



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Selma de Almeida Pinto

**Fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à
higienização das mãos entre profissionais de saúde**

Belo Horizonte

2016

Selma de Almeida Pinto

**Fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à
higienização das mãos entre profissionais de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Prevenção e controle de agravos à saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana C. Oliveira

Belo Horizonte

2016



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós Graduação

Dissertação intitulada “**Fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde**”, da mestranda Selma de Almeida Pinto, defendida e avaliada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof.^a Dr.^a Adriana C. Oliveira
Escola de Enfermagem/UFMG
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Roberta Maia de Castro Romanelli
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Thabata Coaglio Lucas
Examinadora

Belo Horizonte, 20 de Abril de 2016.

Av. Alfredo Balena, 190 – Belo Horizonte, Minas Gerais – 30.130-100 – Brasil.
Tel (fax): 31-3409-9853

Este projeto é parte da pesquisa: “*Monitorização da adesão à prática de higienização das mãos em um hospital público e universitário*”, sob coordenação da orientadora deste estudo e líder do Núcleo de Estudos e pesquisa em Infecções Relacionadas ao Cuidar em Saúde (NEPIRCS/CNPq).

Aos meus pais, Isaura de Almeida Pinto e Egídio Bonani Pinto (*in memorian*), pelo exemplo de amor, coragem e verdade.

Aos meus irmãos e sobrinhos que compartilharam e torceram para realização deste desafio.

A professora Dra. Adriana Cristina Oliveira pela dedicação e comprometimento para a concretização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela força, coragem e sabedoria nas horas mais difíceis e por permitir que eu conseguisse realizar este trabalho.

Aos meus amados: mãe, irmãos e sobrinhos pelo amor, carinho e pela compreensão da minha ausência em tantos momentos especiais em família.

À Professora orientadora Doutora Adriana Cristina de Oliveira pela confiança e pelos preciosos ensinamentos, dignos de uma verdadeira mestra.

À Prof. Dra. Juliana Ladeira Garbaccio, presente em todos os momentos dessa jornada.

Às colegas do grupo NEPIRCS Adriana de Paula, Camila Sarmiento, Maíra Marques, Ivone Coutinho, Prof. Dra. Allana dos R. Corrêa, Prof. Dra. Bruna F. de Manzo e Prof., Dra. Roberta Vasconcellos pelo apoio e sugestões.

À Prof. Dra. Erika Azevedo Leitão pela amizade fraterna, orações nos momentos mais difíceis.

Às amigas e metres Ana Maria Pinheiro e Adriana Aguiar pela confiança, amizade e orações.

Aos amigos, colegas da Unimed Aeromédica e alunos que torceram para que esse desafio fosse concretizado.

Ao treinador Palmério N. Costa Junior pela dedicação e paciência durante essa jornada.

Aos estimados tios Marina Schimmelpfeng e Alípio Figueiredo Guedes (*in memoriam*) pelo carinho e acolhimento.

Aos queridos primos e amigos, Daniela Scarpa, Prof. Dra. Eliane Perlatto e Prof. Dr. Josemar de Almeida Moura, pela torcida e apoio nos momentos delicados.

Aos colegas do mestrado Suzana, Raissa, Emanuella, Luiz, Marconi, Fernanda, Renatinha, Juliane, Rosana e Andreza pelo companheirismo e bons momentos vividos. Em especial, as gêmeas Lilian/Patrícia B. Silva e Mariana Souza Lopes pela amizade e orientações.

À Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFMG, Prof. Dr. Alexandre Rodrigues Ferreira e equipe pelo apoio a pesquisa.

Aos Gerentes das Unidades Funcionais do Hospital das Clínicas da UFMG, em especial, Dr. José Roberto S. Castro, Andrea Portilho S. Ribeiro, Luciana D. Lages Moselli, que prontamente permitiram a realização deste trabalho.

Aos colegas coordenadores, enfermeiros assistências, técnicos de enfermagem e toda equipe do Hospital das Clínicas pela recepção, carinho e parceria.

Aos pacientes entrevistados, por terem contribuído para a construção deste estudo.

À equipe do setor gráfico da Escola de Enfermagem da UFMG, Jussara, Felipe e Guilherme pela presteza no atendimento.

À aluna da iniciação científica Gabriela Moreira pelo empenho e perseverança.

Ao estatístico Renato Teixeira pela disponibilidade e paciência.

Ao programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG, professores e funcionários do colegiado, em especial, Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez pelos ensinamentos e a secretária Lucilene Braga pela atenção recebida durante todo percurso.

“Qual é o segredo da qualidade? Muito simples, é o amor - amor ao conhecimento, o amor do homem e o amor a Deus. O segredo da qualidade é o amor. Você tem que amar o seu paciente, você tem que amar sua profissão, você tem que amar o seu Deus. Se você tem amor, você pode, então, trabalhar, monitorar e melhorar o sistema.”

Avedis Donabedian (1919 - 2000)

PINTO, S.A. Fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde, 2016. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

RESUMO

A higienização de mãos tem sido recomendada como medida fundamental para reduzir a transmissão de microrganismos causadores de infecção entre pacientes. No entanto, a baixa adesão a esta prática, constitui um grande desafio para os serviços de saúde em todo mundo. Diante desta realidade, a Organização Mundial de Saúde em 2004, lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a fim de promover estratégias de prevenção de danos ao paciente, decorrente do cuidado de saúde. O primeiro desafio dessa aliança visa potencializar ações para melhoria da adesão à higienização das mãos. Para o alcance de tal meta foi proposto diversas ferramentas e dentre elas, a participação dos pacientes pelo programa “Paciente pela segurança do paciente”. No entanto, apesar dessa recomendação, observa-se que até o momento há poucos trabalhos que abordem este tema. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi *identificar os fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização de mãos entre profissionais de saúde*. Tratou-se de um estudo transversal, realizado com pacientes e profissionais de saúde de unidades de internação de Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital, geral e público de Belo Horizonte. Os dados foram coletados entre agosto a setembro de 2015, por meio de entrevista face a face para aplicação de um questionário estruturado, digitados e analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, versão 21.0. Para a caracterização da população, realizou-se análise descritiva e para verificação de possíveis associações entre a disponibilidade do paciente em lembrar os profissionais de higienizaram as mãos, variável resposta e as variáveis explicativas, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, nas associações bivariadas, e a técnica de regressão logística, na análise multivariada, considerando a significância estatística para o p-valor < 0,05. Do total de 250 pacientes participantes, verificou-se uma predominância do sexo masculino (52%), idade entre 18 e 90 anos (mediana de 54 anos), a maioria com formação em ensino fundamental incompleto (45,2%), aposentados/afastados do trabalho (53,6%) e com renda mensal inferior a dois salários mínimos (76,4%). A respeito da disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde a higienizar as mãos, se eles se esquecessem, 65,2% apresentaram respostas positivas. No modelo multivariado foi encontrada associação (p<0,05) com as variáveis faixa etária menor ou igual a 54 anos (OR= 2,57; IC 95%; 1,49-4,42; p<0,005) e ausência de internação hospitalar pregressa (OR= 1,74; IC 95%; 1,01-3,00; p<0,05). Os profissionais de saúde do estudo, 83/55,3% eram técnicos de enfermagem; 39/26% enfermeiros e 28/18,7 médicos, em sua maioria era do sexo feminino, idade mediana de 35 anos, tempo de formação profissional < que 9 anos. Dos participantes, 83,3% julgou que pacientes podem ajudar na melhoria da HM e 93,3% gostariam de serem lembrados sobre esta prática. Quanto ao crachá “*PERGUNTE-ME SE HIGIENIZEI MINHAS MÃOS*” 63,3% não gostariam de usá-los e 20,7% conheciam o “*Programa Paciente pela segurança do Paciente*”. Os achados desta pesquisa ressaltam a necessidade de intervenções educacionais sobre a higienização de mãos e iniciativas para envolver pacientes na melhoria da adesão a higienização de mãos. Apesar da maioria dos profissionais de saúde registrar uma predisposição positiva quanto à participação do paciente em lembrá-los sobre a higienização de mãos, os mesmos não se dispuseram a adotar estratégias incentivadoras dessa atitude, o que suscita uma lacuna entre seu discurso e sua prática, distanciando-se da proposta do Programa da Organização Mundial de Saúde, *Paciente pela segurança do paciente*.

Descritores: Higienização das Mãos, Segurança do Paciente, Participação do Paciente, Pessoal de Saúde, Eventos Adversos, Qualidade em Saúde, Infecção Hospitalar.

PINTO, S.A. Factors that influence the participation of patients in hand hygiene adherence among health professionals, 2016. 138s. Dissertation (MSc in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

ABSTRACT

Hand hygiene has been recommended as a key measure to reduce the transmission of microorganisms that cause infection among patients. However, low adherence to this practice constitutes a major challenge for health services worldwide. Given this reality, the World Health Organization, in 2004, launched the World Alliance for Patient Safety, in order to promote strategies for the prevention of patient injuries arising from healthcare. The first challenge of this alliance was to potentialize actions to improve hand hygiene adherence. In order to achieve this goal several tools were proposed, among them the participation of patients in the “Patients for patient safety” program. However, despite this recommendation, it can be noted that to date few studies have addressed this issue. In this context, the aim of this study was to identify factors that influence the participation of patients in hand hygiene adherence among health professionals. This was a cross-sectional study conducted with patients and health personnel of the Internal Medicine and Surgical inpatient units of a public general hospital of Belo Horizonte. Data were collected from August to September 2015, through face to face interviews for the application of a structured questionnaire, which were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences statistical program. To characterize the population, a descriptive analysis was conducted and to investigate possible associations between the willingness of the patients to remind the health personnel about hand hygiene and the explanatory variables, the chi-square test was used, in the bivariate associations. In the multivariate analysis, logistic regression was used, considering a statistical significance of $p < .05$. Of the 250 participating patients, there was a predominance of males (52%); a median age of 54 years; incomplete elementary education (45.2%); retired/sick leave from work (53.6%) and with a monthly income below two minimum salaries (76.4%). Regarding the willingness of the patients to remind the health personnel to wash their hands if they forgot, 65.2% gave positive responses. In the multivariate model an association ($p < 0.05$) was found between the variable age lower than or equal to 54 years (OR= 2.57; 95%CI: 1.49-4.42; $p < .005$) and no previous hospitalization (OR= 1.74; 95% CI, 1.01-3.00; $p < .05$). The health personnel of the study, included 83/55.3% nursing technicians; 39/26% nurses and 28/18.7% physicians, the majority were female, with a median age of 35 years and time since professional qualification of < 9 years. Of these participants, 83.3% thought that patients could help to improve hand hygiene and 93.3% would like to be reminded about this practice. Regarding the badge “Ask me if I washed my hands”, 63.3% said they would not like to use it and 20.7% knew the “Patients for patient safety” program. The findings of this study emphasize the need for educational interventions regarding hand hygiene and initiatives to involve patients in the improvement of hand hygiene adherence. Although the majority of the health personnel responded positively regarding the participation of the patient in reminding them about hand hygiene, they were unwilling to adopt incentive strategies for this attitude, which highlights a gap between their discourse and practice, distancing them from the proposal of the World Health Organization Patients for patient safety program.

Descriptors: Hand Hygiene, Patient Safety, Patient Participation, Health Personnel, Adverse Events, Health Quality, Nosocomial Infection.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Modelo de Reason “ Queijo Suíço”	30
FIGURA 2 - Camadas da pele.....	36
FIGURA 3 - Os cinco momentos para higienização das mãos.....	39
FIGURA 4 - “ <i>Botons</i> ” da Joint Commission.....	43
QUADRO 1- <i>Speak Up</i>	42
GRÁFICO 1 - Produtos para higienização das mãos. Belo Horizonte, 2016.....	70
GRÁFICO 2 - Sentimentos dos pacientes em perguntar aos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos. Belo Horizonte, 2016.....	71
GRÁFICO 3 - Disponibilidade dos pacientes (n=250) em perguntar aos profissionais de saúde se higienizaram as mãos. Belo Horizonte, 2016.....	71
GRÁFICO 4 - Tipos de higiene das mãos preferidos pelos profissionais de saúde. Belo Horizonte, 2016.....	79
GRÁFICO 5 - Sentimentos dos profissionais de saúde em serem questionados pelos pacientes sobre a higienização das mãos. Belo Horizonte, 2016.....	82

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, renda mensal e história pregressa de internação hospitalar dos pacientes e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.....	72
TABELA 2 - Análise bivariada entre as variáveis associadas ao conhecimento dos pacientes sobre o risco de infecção relacionada à assistência à saúde e da higienização das mãos e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.....	74
TABELA 3 - Análise bivariada entre as variáveis relacionadas ao cumprimento da higienização das mãos pelos profissionais de saúde e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.....	75
TABELA 4 - Análise bivariada entre as variáveis relacionadas à percepção e atitudes dos pacientes a respeito da sua participação na HM e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.....	76
TABELA 5 - Análise de regressão logística multivariada entre as variáveis independentes e a disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos se eles se esquecessem. Belo Horizonte, 2016.....	78
TABELA 6 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.....	83
TABELA 7 - Resultado da análise bivariada entre as variáveis relacionadas à percepção e atitudes dos profissionais de saúde a respeito de participação dos pacientes na adesão a higienização das mãos. Belo Horizonte, 2016.....	84

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APIC	<i>Association for Professionals in Infection Control</i>
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CCAH	Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EA	Eventos Adversos
EUA	Estados Unidos da América
FUNDEP	Fundação de Desenvolvimento e Pesquisa
HM	Higienização das Mãos
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde
HICPAC	<i>Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee</i>
JCHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCI	<i>Joint Commission on Accreditation International</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MRSA	<i>Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus</i>
MS	Ministério da Saúde
NEPIRCS	Núcleo de Estudos e pesquisa em Infecções Relacionadas ao Cuidar em Saúde
NPSF	<i>National Patient Safety Foundation</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
PPSP	Programa Paciente pela Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente

Proqualis	Centro Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente
RDC 36	Resolução da Diretoria Colegiada de número 36
RDC 42	Resolução da Diretoria Colegiada de número 42
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VDTE	Vice Diretoria Técnica de Enfermagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 OBJETIVOS	22
1.1.1 Geral.....	22
1.1.2 Específicos	22
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Qualidade nos serviços de saúde	23
2.2 Eventos adversos nos serviços de saúde	26
2.3 Infecções relacionadas à assistência à saúde	31
2.4 Higienização das mãos	33
2.5 Participação dos pacientes no cuidado em saúde e na higienização das mãos	40
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	48
3.1 Delineamento do estudo	48
3.2 Local do estudo.....	48
3.3 População/amostra do estudo	48
3.3.1 Pacientes do estudo.....	49
3.3.2 Profissionais de Saúde do estudo	50
3.4 Variáveis do estudo	50
3.4.1 Variável dependente (variável resposta)	50
3.4.2 Variáveis independentes (explicativas).....	51
3.5 Coleta de dados.....	63
3.6 Instrumentos para coleta de dados	64
3.7 Análise dos dados	66
3.8 Aspectos éticos	67
4 RESULTADOS.....	68
4.1 Pacientes do Estudo	68
4.1.1 Características sociodemográficas dos pacientes.....	68
4.1.2 História progressiva de internação hospitalar dos pacientes e de seus familiares e ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde.....	68
4.1.3 Conhecimento dos pacientes sobre o risco de adquirir infecções relacionadas ao serviço de saúde e da higienização das mãos	69
4.1.4 Percepção dos pacientes em relação ao cumprimento da higienização das mãos realizado pelos profissionais de saúde.....	69
4.1.5 Percepção e atitudes dos pacientes a respeito da sua participação na adesão à higienização das mãos.....	70
4.1.6 Análise bivariada entre a variável disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde de higienizarem as mãos se eles se esquecessem e as variáveis independentes.....	72
4.1.7 Fatores associados à disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos se eles se esquecessem.....	77
4.2 Profissionais de Saúde do Estudo	78
4.2.1 Características sociodemográficas dos profissionais de saúde	78
4.2.2 Percepção dos profissionais de saúde em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde e da higienização das mãos	79

4.2.3 Percepção dos profissionais de saúde a respeito do cumprimento da higienização das mãos	80
4.2.4 Conhecimento dos profissionais de saúde quanto à estrutura da unidade e de materiais para higienização das mãos.....	80
4.2.5 Percepção e atitudes dos profissionais de saúde em relação à participação dos pacientes na higienização das mãos.....	81
4.2.6 Análise bivariada entre a variável resposta (pacientes ajudariam a melhorar a higienização das mãos, lembrando os profissionais de saúde sobre esta prática) e as variáveis independentes.	83
5 DISCUSSÃO	86
6 CONCLUSÕES	99
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES.....	114
ANEXOS	134

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados, e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL, 2011). Embora as instituições de saúde tenham como um dos princípios, prestarem assistência de qualidade com o menor risco possível de danos, eventos adversos (EA) podem ocorrer durante o cuidado do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; DUARTE *et al.*, 2015).

Neste contexto, EA podem ser definidos como lesões ou danos não intencionais que resultam em incapacidade ou disfunção temporária ou permanente, e/ou prolongamento do tempo de permanência ou morte, como consequência do cuidado de saúde prestado e não pela doença de base (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL, 2013a; MENDES *et al.*, 2013).

Em relação aos tipos de EA que ocorrem nos serviços de saúde, estes podem estar associados ao diagnóstico, terapêutica, medicação e cirurgia realizada no paciente, dentre outros. Dos EA, considera-se que as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) sejam as de maior destaque mundial, visto que essas acarretam prolongamento da hospitalização dos pacientes, aumento da morbimortalidade, além de onerar custos para os pacientes, familiares e sistema de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; OLIVEIRA, BETTCHER, 2010; ALLEGRANZI *et al.*, 2011; OLIVEIRA, *et al.*, 2012; PAGNAMENTA *et al.*, 2012).

No tocante às IRAS, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), as definem como toda e qualquer infecção adquirida pelos pacientes, nas instituições hospitalares ou outros serviços de saúde, relacionadas a procedimentos com a finalidade de tratamento ou diagnóstico. As IRAS são consideradas um dos EA mais frequentes e que ameaçam a segurança dos pacientes nos serviços de saúde. Entretanto, estimativa real das IRAS no contexto global ainda é escassa (SIEGEL *et al.*, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; ALLEGRANZI *et al.*, 2011; CARDOSO *et al.*, 2014).

Dados do CDC apontam que 5% a 10% dos pacientes hospitalizados desenvolvem IRAS, com ocorrência anual de cerca de dois milhões de casos e de 90.000 mortes nos Estados Unidos da América (EUA) (BURKE, 2003; TABLAN *et al.*, 2004; PITTET,

DONALDSON, 2005; MCKIBBEN *et al.* 2005; YOKOE, CLASSEN, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

No Brasil, estudos nacionais estimam que as IRAS ocorram em 5 a 15% dos pacientes internados, podendo levar a 144.000 mortes anualmente (BARROS *et al.*, 2012; PADOVEZE, FORTALEZA, 2014).

Entretanto, em relação às IRAS, há de considerar que, mesmo com tais estimativas, a ocorrência dessas pode variar de acordo com as características clínicas do paciente, tipo de instituição de saúde e do setor do cuidado prestado (OLIVEIRA *et al.*, 2012; BRASIL, 2013a; SILVA *et al.*, 2013).

Apesar dessas considerações, a maioria das IRAS é decorrente da transmissão de diversos patógenos hospitalares responsáveis pelas infecções. Dentre estes, destacam-se os microrganismos resistentes aos antimicrobianos, cada vez mais frequentes nos serviços de saúde e que apresentam maior relevância clínica e epidemiológica, variando de acordo com a população afetada, setor e a instituição de internação (OLIVEIRA *et al.*, 2012; BRASIL, 2013a; SILVA *et al.*, 2013).

No entanto, tais agentes resistentes podem ser disseminados, principalmente pelas mãos dos profissionais de saúde, por meio do contato direto com pacientes colonizados ou infectados, bem como, pelo contato com o meio ambiente ou superfícies próximas ao paciente. Assim, destaca-se que o hábito da equipe de higienizar as mãos, pode reduzir significativamente a transmissão dos microrganismos, sobretudo os resistentes (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007; SMITH *et al.*, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; SILVA *et al.*, 2013).

Neste contexto, a higienização das mãos (HM) tem sido recomendada desde 1846, por *Semmelweis*, como medida fundamental para reduzir a transmissão da infecção cruzada entre pacientes e, amplamente reconhecida como um procedimento simples, de baixo custo e alta efetividade (SEMMELEWEIS, 1983; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; PRIMO *et al.*, 2010; OLIVEIRA, PAULA, 2013).

Entretanto, a baixa adesão verificada entre profissionais de saúde no âmbito mundial, tem sido reportada, com estimativa que variam de 5% a 89%, com uma média geral de 38,7%, evidenciando que a adesão à HM ainda constitui um grande desafio nos serviços de saúde (PITTET *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; LEE, *et al.*, 2011; BUET *et al.*, 2013; MEGEUS, *et al.* 2015).

No tocante à baixa adesão a HM entre profissionais de saúde, estudos apontam como causas: sobrecarga de trabalho ou indisponibilidade de tempo; déficit de conhecimento; falta ou baixa qualidade dos insumos (água, sabonete, preparação alcoólica e papel toalha); acessibilidade ou escassez de pias e lavatórios nos locais de trabalho; ressecamento e/ou lesões cutâneas, além daqueles relacionados aos aspectos comportamental, cultural e religioso dos profissionais, bem como a ausência de uma cultura organizacional que incentive e promova atitudes seguras para a prestação do cuidado de saúde (PITTET *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; PRIMO *et al.*, 2010; OLIVEIRA, PAULA, 2011; BRASIL, 2013; OLIVEIRA, PAULA, 2014).

Frente a essa realidade, órgãos governamentais internacionais e nacionais, como o *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*, Organização Mundial de Saúde (OMS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), têm discutido vastamente a questão e proposto estratégias direcionadas à melhoria da adesão à prática da HM em todo mundo (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; BRASIL, 2009).

Nesse contexto, em 2004, a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, recomendando aos países maior atenção a este tema. De acordo com esta Aliança, alguns desafios foram propostos com objetivo de minimizar os riscos de EA aos pacientes nos serviços de saúde em todos os países do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente – “Cuidado Limpo é Cuidado Seguro”, visa à redução das IRAS, priorizando ações relacionadas à melhoria da HM em Serviços de Saúde. No âmbito desse desafio, uma importante campanha “SALVE VIDAS: higienize suas mãos” foi lançada em 2009 (PITTET, DONALDSON, 2005; ALLEGIANZI *et al.*, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; BRASIL, 2013).

Neste primeiro desafio global, a OMS propôs um guia com várias estratégias a fim de favorecer a maior adesão à HM nas instituições de cuidado à saúde para ser adotado entre os países membros, incluindo o Brasil, por ser um país signatário da aliança mundial para segurança do paciente, desde 2007 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; MERCOSUL, 2007; BRASIL, 2013a).

Para este desafio, foram instituídas de forma sintetizada, as oportunidades para HM através do protocolo “Meus Cinco Momentos para a Higiene das Mãos”, contemplado no

segundo componente dos cinco eixos norteadores da estratégia multimodal de melhoria da HM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; BRASIL, 2013).

Fazem parte dos cinco eixos norteadores dessa estratégia: a) mudança no sistema, que propõe melhoria na infraestrutura para a realização da HM com a disponibilização de insumos como preparação alcoólica, água, sabonete, produtos antissépticos e papel toalha nas unidades de saúde; b) treinamento e educação para profissionais de saúde com foco na valorização da HM; c) avaliação e monitorização da prática de HM; d) lembretes visuais no local de trabalho para incentivar e recordar profissionais de saúde da importância da HM; e) clima de segurança institucional, criando um ambiente favorável quanto à segurança do paciente, estimulando a participação dos gestores, profissionais de saúde e, principalmente o envolvimento dos pacientes no seu cuidado, sobretudo na melhoria da HM nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; LANDERS *et al.*, 2012 ALLEGIANZI *et al.*, 2013).

Para o item participação dos pacientes na assistência à saúde, esse tem se configurado como um tema de discussão desde os anos de 1960 e tem sido cada vez mais reconhecido como uma ferramenta fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, assim como a sua segurança nos serviços de saúde, principalmente após sua recomendação pela OMS, desde 2005 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007, LONGTIN *et al.*, 2010).

Esta estratégia se refere ao fato de que o engajamento do paciente em iniciativas para sua própria segurança, estabelecida no programa “Paciente Pela Segurança do Paciente”, que visa torná-los, como centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo, constituindo um ponto de referência central no programa da OMS. Tal estratégia favorece o envolvimento desses com os profissionais de saúde, repercutindo potencialmente em maior adesão à HM, reduzindo a ocorrência dos EA e contribuindo para uma assistência mais segura e livre de riscos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL, 2013a).

Neste sentido, a participação do paciente passou a constituir uma das áreas de ação da OMS e parte integrante do Plano de Segurança do Paciente (PSP) em Serviços de Saúde e, no âmbito nacional, da Resolução da Diretoria Colegiada de número 36 (RDC-36/13) do Ministério da Saúde, que prevê a elaboração de estratégias e ações de gestão de risco, voltadas para a segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; LONGTIN *et al.*, 2009; LANDERS *et al.*, 2012; WEINGART *et al.*, 2011; BRASIL, 2013b). No entanto, apesar da estratégia de participação dos pacientes na melhoria da HM, ser recomendada pela

OMS, desde 2009, observa-se que até o momento há poucos trabalhos que contemplam essa temática, e dentre esses, nenhuma abordagem foi realizada, visando conhecer como o paciente percebe sua participação direta no procedimento de HM entre os profissionais de saúde (ALLEGIANZI *et al.*, 2007; LENT *et al.*, 2009; LONGTIN *et al.*, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; PITTET *et al.*, 2011; LANDERS *et al.*, 2012; PAN, 2013; WU *et al.*, 2013).

Em face à lacuna verificada na literatura nacional e internacional, ao refletir o envolvimento dos pacientes na adesão a HM entre profissionais de saúde, torna-se fundamental questionar: *quais fatores influenciam a participação dos pacientes na adesão à HM entre profissionais de saúde?*

Nessa perspectiva, este estudo se propôs a *identificar os fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à HM entre profissionais de saúde*. Essa temática é de extrema relevância, por se tratar de um assunto atual no contexto global, subsidiado pelas Metas da OMS para a Segurança do Paciente e da RDC 36/2013, no Brasil, que institui ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; BRASIL, 2013b).

Diante disso, almeja-se que os resultados desse estudo possam subsidiar gestores, líderes, profissionais de saúde e membros da comissão de controle de infecção hospitalar a implementarem ações visando reforçar a educação e estimular pacientes a se envolverem, com o incentivo dos profissionais, à melhoria das taxas de HM. Estas ações contribuirão diretamente para uma assistência de saúde mais segura, buscando reduzir a ocorrência dos EA, sobretudo daqueles preveníveis, impactando firmemente na redução das IRAS e da disseminação dos microrganismos resistentes que constituem um sério problema mundial de saúde pública.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Identificar os fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde.

1.1.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos pacientes.
- Investigar a história pregressa dos pacientes e seus familiares quanto à internação hospitalar e presença de infecção relacionada à assistência de saúde.
- Descrever o conhecimento dos pacientes em relação ao risco de adquirirem infecções relacionadas à assistência de saúde e da higienização das mãos.
- Investigar a percepção dos pacientes a respeito do cumprimento da higienização das mãos entre profissionais de saúde.
- Verificar a percepção e atitudes dos pacientes a respeito da sua participação na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde.
- Verificar a percepção e atitudes dos profissionais de saúde em relação à participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Qualidade nos serviços de saúde

A temática qualidade nos serviços de saúde emergiu no contexto mundial, no final da década de 1980, embora fosse motivo de preocupação no sistema de saúde americano, desde o século passado (FELDMAN, GATTO, CUNHA, 2005; BRASIL, 2013a).

Em 1914, o médico cirurgião *Ernest Amory Codman*, argumentava que para melhorar os resultados da assistência aos pacientes, primeiramente era preciso aperfeiçoar as condições dos hospitais. *Codman* propôs o sistema de resultado final – *End result system*, visando à melhoria da qualidade das intervenções hospitalares. Nesse sistema, os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos deveriam ser acompanhados e avaliados para determinar a eficácia do tratamento realizado. Caso este fosse ineficaz, o hospital deveria verificar a causa do erro e corrigi-lo, para que situações semelhantes fossem tratadas futuramente com sucesso. Diante disso, o autor reconheceu a possibilidade da padronização dos processos de trabalho no ambiente hospitalar (MAXWELL, 1984; BRAND, 2009; THE JOINT COMMISSION, 2014).

O “Programa de Padronização Hospitalar” (PPH), estabelecido em 1917, pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), realizou a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos, concluindo que das 692 instituições hospitalares com 100 leitos, apenas 89 cumpriam os padrões preconizados pelo PPH. Frente ao resultado encontrado, em 1926, o CACE publicou o Manual de Padronização Hospitalar (FELDMAN, GATO, CUNHA, 2005; LEE *et al.*, 2013).

Com o avanço em busca da qualidade, em 1951, foi instituída a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH), que delegou no ano seguinte, o programa de Acreditação à *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Essa foi criada pela junção da Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais (FELDMAN, GATO, CUNHA, 2005; THE JOINT COMMISSION, 2014).

A *Joint Commission* é uma organização Norte Americana, sem fins lucrativos, que avalia organizações de saúde e as auxilia na prestação de cuidados seguros e eficazes da mais alta qualidade e valor; além de incentivar a padronização de procedimentos e o envolvimento

do paciente e da família, somando estratégias para minimizar a ocorrência de eventos adversos (THE JOINT COMMISSION, 2011).

Neste contexto, na década de 1960, a maioria dos hospitais americanos já haviam alcançado os padrões mínimos preconizados inicialmente pela JCA, que publicou em 1970, o manual *Accreditation Manual for Hospital*, contendo padrões ótimos de qualidade, considerando também processos e resultados da assistência (FELDMAN, GATO, CUNHA, 2005; THE JOINT COMMISSION, 2014).

Sendo assim, o movimento pela qualidade no setor da saúde tornou-se amplamente difundido e instituições se mobilizaram no sentido de adotar ações para mensurar e monitorar a qualidade dos seus produtos e serviços (D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006; BRASIL, 2013a).

Porém, foi o médico libanês, *Avedis Donabedian* (1919-2000), que se dedicou a investigar a qualidade no setor da saúde. Segundo esse autor, a avaliação dos serviços de saúde se comporta sempre em duas dimensões - *desempenho técnico*, que é a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica, a fim de elevar os benefícios e reduzir os riscos, respeitando as preferências individuais dos pacientes:- *relacionamento pessoal* com os clientes, obedecendo aos princípios éticos, normas sociais, expectativas e necessidades dos pacientes (REIS *et al.*, 1990; D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006; BRASIL, 2013a).

Donabedian introduziu os conceitos de estrutura, processo e resultado, que se tornaram os pilares do modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde (D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006, MAIA *et al.*, 2011; BRASIL, 2013a).

Na *estrutura* avaliam-se as características dos recursos necessários ao processo assistencial, que é constituída pela área física, recursos humanos, materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais (REIS *et al.*, 1990; D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006; MAIA *et al.*, 2011; BRASIL, 2013a).

O *processo* corresponde à prestação da assistência, conforme os padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos pela comunidade científica, utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos, tais como o reconhecimento de problemas, métodos de avaliação, diagnóstico, cuidados e tratamentos estabelecidos (REIS *et al.*, 1990; D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006; MAIA *et al.*, 2011, BRASIL, 2013a).

Os *resultados* são as modificações verificadas no estado de saúde dos pacientes, posteriores às atividades executadas nos serviços de saúde ou pelo profissional aos pacientes,

assim como as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos (condutas/ações), satisfação do usuário e do trabalhador, proporcionada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente (REIS *et al.* 1990; D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006; MAIA *et al.*, 2011; BRASIL, 2013a).

Em 1990, *Donabedian*, ampliou o conceito de qualidade, intitulando-o como os "sete pilares da qualidade", que são - **eficácia**: capacidade de atendimento, no seu melhor, para aprimorar a saúde; - **eficiência**: capacidade de obter avanços na saúde com menor custo; - **efetividade**: grau em que as melhorias nas condições de saúde possíveis a cada momento são, de fato, atingidas; - **otimização**: que é o balanço dos progressos das condições de saúde comparadas ao custo de tais melhorias; - **aceitabilidade**: conformidade com as preferências do paciente em relação à acessibilidade, relação paciente-médico, instalações, efeitos dos cuidados, e custos da assistência; - **legitimidade**: a conformidade com as preferências sociais sobre todos os itens acima; - **equidade**: igualdade na distribuição do cuidado e seus efeitos na saúde (DONABEDIAN, 1990; BRASIL, 2013a).

Assim, os profissionais de saúde devem valorizar as preferências do paciente, bem como as escolhas sociais na avaliação e garantia da qualidade do atendimento. *Donabedian* ainda enfatiza que é imprescindível a participação ativa do usuário, junto com a equipe de saúde no seu próprio cuidado (DONABEDIAN, 1990; D'INNOCENZO, ADAMI, CUNHA, 2006; BRASIL, 2013a).

Neste âmbito, o Instituto de Medicina (IOM), definiu “qualidade da assistência como o grau em que as organizações serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de obter resultados esperados e consistentes com o conhecimento profissional atual” (INSTITUTE OF MEDICINE, 1994; KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000; RUNCIMAN *et al.*, 2009; VIACAVA *et al.*, 2012; BRASIL, 2013^a)

O IOM, em 1999, o publicou o relatório “*To Err is Human: building a safer health system*”- Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro, levando a mobilização da classe médica, da sociedade americana e do público em geral, das organizações norte-americanas e de diversos países ao revelar que a assistência de saúde prestada nos EUA encontrava-se em situação de risco devido à ocorrência de EA (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000; RUNCIMAN *et al.*, 2009; BRASIL, 2013a).

2.2 Eventos adversos nos serviços de saúde

Em relação aos EA, o relatório suprarreferido, apontou que entre 44.000 a 98.000 norte-americanos morriam a cada ano nos serviços de saúde e que, cerca de um milhão de pacientes admitidos nos hospitais eram vítimas de EA, sendo que esses poderiam, na sua grande maioria, ser evitáveis (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000).

Esse relatório ainda apontou que os EA representavam a oitava causa de morte nos EUA, ultrapassando as taxas de mortalidade por acidentes automobilísticos, câncer de mama ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), ocasionando também um custo total entre US\$ 17 a 29 milhões por ano ao sistema de saúde americano (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 2000).

Em 2004, no Canadá, um estudo apontou uma taxa de EA de 7,5%, sugerindo que dos 2,5 milhões de internações hospitalares ao ano, cerca de 185.000 foram associados à EA e, aproximadamente 70.000 desses eram potencialmente evitáveis, (BAKER *et al.*, 2004; Oakley, 2006). Na Suécia, da amostra de 1.967 do total de 1,2 milhões de internações, 12,3% registraram EA e 70% foram considerados preveníveis (SOOP *et al.*, 2009).

Demais estudos internacionais demonstram que a variação da ocorrência de EA em serviços de saúde foi amplo de 1,1% a 37,2% e, cerca de 15,5% a 76,5% foram considerados como evitáveis (SARI, DOSHMANGIR, SHELDON, 2010; MATLOW *et al.*, 2012; VAN DER STARRE *et al.*, 2012).

Em hospitais portugueses, em 2014, estimou uma taxa de 11,1% de EA, sendo que aproximadamente 53,2% desses foram considerados evitáveis. A maioria dos eventos adversos (61%) resultou em mínima ou nenhuma incapacidade física, total ou parcial e 10,8% foram associadas à morte. Em 58,6% do EA implicou em prolongamento do tempo de internação para 10,7 dias em média, com custos adicionais de 470.380,00 euros (SOUZA *et al.*, 2014).

No Reino Unido, o custo hospitalar adicional com EA foi de aproximadamente dois bilhões de libras associado ao tempo de internação adicional, e cerca de 400 milhões de libras por ano, sendo esses referentes a queixas e indenizações decorrentes dos EA. Em países, como Estados Unidos, este valor, incluindo perda da renda, invalidez e despesas médicas, estima-se valores entre 17.000 a 29.000 milhões de dólares por ano. Somam-se a esses custos, aqueles intangíveis como a perda da confiança e da satisfação da população com o sistema de

saúde vigente (KOHN, CORRIGAN, DONALDSON, 1990; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; BRASIL, 2013a).

No Brasil, embora registros oficiais sejam escassos, infere-se que os EA ocorram em aproximadamente 7,6% a 12,7% dos hospitais brasileiros, associado aa 34% de óbitos e desses, 26,6% são considerados evitáveis (MENDES, VIERA, 2007; MENDES *et al.*, 2009; MARTINS *et al.*, 2011).

Em relação aos EA, muitos termos têm sido utilizados na literatura como equivalentes, tais como *sentinel events*, *medical error* e *medical practice*. Porém estes devem ser traduzidos criteriosamente, respeitando o conceito instituído na língua inglesa (MENDES, VIEIRA, 2007; RUNCIMAN, *et al.*, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; BRASIL, 2013a; MCGUCKIN, GOVEDNIK, 2013).

A fim de favorecer a compreensão internacional dos termos e conceitos relevantes para a segurança do paciente no cuidado de saúde, a OMS, em 2004, desenvolveu a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety* – ICPS (RUNCIMAN *et al.*, 2009; WHO, 2009a; BRASIL, 2013a).

Em 2010, os principais conceitos da ICPS foram traduzidos para a língua portuguesa, pelo Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e a Segurança do Paciente (Proqualis) (BRASIL, 2013a).

O erro- definido como uma falha em executar uma ação planejada como pretendida ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer ao executar uma ação incorreta (erro de ação) ou devido a falhas ao realizá-las corretamente (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Erros são, por definição, não intencionais, enquanto *violações* são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos. Um exemplo de violação é a não adesão à higiene das mãos por profissionais de saúde. O risco é a probabilidade de um incidente acontecer (RUNCIMAN *et al.*, 2009; NASCIMENTO, TRAVASSOS, 2010; BRASIL, 2013a).

Incidente é um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente. Os incidentes classificam-se como: *near miss* (quase acidente) – incidente que não atingiu o paciente, por exemplo: uma unidade de sangue é conectada ao paciente de forma incorreta, mas o erro é detectado antes de sua infusão; incidente sem dano – evento que atingiu o paciente, mas não causou nenhum dano (por exemplo: a unidade de sangue acabou sendo transfundida para o paciente, mas não houve reação); incidente com

dano (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente (por exemplo: é realizada a infusão da unidade errada de sangue no paciente e este morre por reação hemolítica) (RUNCIMAN *et al.*, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; BRASIL, 2013a).

O Dano ocorre quando há um comprometimento da estrutura ou da função do corpo e/ou qualquer efeito dele proveniente, como doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo ser físico, social ou psicológico (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; BRASIL, 2013a).

Nos serviços de saúde, o risco de EA é favorecido pela elevada complexidade das atividades, principalmente nas organizações hospitalares. Sendo assim, pesquisadores e órgãos governamentais reconhecem que as causas dos EA, decorrentes do cuidado, devem ser relacionadas não só com as ações dos profissionais que prestam assistência direta aos pacientes, mas também ao sistema de saúde como um todo. Devem-se considerar além do comportamento dos profissionais de saúde, sobretudo, as condições de trabalho, recursos materiais e humanos disponíveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; SMITS, *et al.*, 2010; SARI, DOSHMANGIR, SHELDON, 2010).

Estudo realizado em hospitais holandeses identificou que 61% dos EA foram predominantemente acarretados pelo fator humano, 39% estavam relacionados aos pacientes, 14% por fatores organizacionais, 4% por motivos técnicos e 19% por outras causas (SMITS *et al.*, 2010). Sari *et al* (2010), em uma revisão sistemática que incluiu resultados de estudos de diversos países, apontou que a maioria dos EA ocorreu por erro humano e a ocorrência daqueles decorrentes do uso de equipamentos foram raros. A proporção de falhas no sistema variou de 3% a 85%, dependendo dos dados coletados e metodologia utilizada nos estudos.

Com o objetivo de reduzir os erros e melhorar a segurança nos setores como da aviação, indústria e saúde, pesquisadores têm avaliado o contexto humano, tecnológico e foco organizacional que contribuem para a ocorrência dos incidentes. Na abordagem do erro individual, procura-se na pessoa um responsável, ocultando as possíveis causas sistêmicas do problema, sendo que, essas são consideradas as mais complicadas de resolução. No entanto, apresentam maior relevância de serem abordadas, pois podem assinalar o caminho para o aprendizado e a efetiva melhoria no sistema (COOK, WOODS, MILLER, 1998; ROSA; PERINI, 2003).

Na abordagem individual, o erro é associado a um profissional que não cumpriu o que era estabelecido por falta de atenção, esquecimento, desmotivação, negligência ou desvio moral. As medidas corretivas adotadas nessa abordagem geralmente são punitivas e não

educativas, causando no profissional, sentimentos negativos como medo, vergonha e frustração e não resolvem a origem da causa do problema. Ao contrário, possibilitam que o mesmo erro continue a ocorrer (REASON, 2000; ROSA; PERINI, 2003).

A premissa básica na abordagem do erro sistêmico é que esse é visto como consequência e não causa, gerado por situações recorrentes no local de trabalho e dos processos organizacionais que lhes dão origem. Quando ocorre um evento adverso nessa abordagem, o importante não é quem errou, mas sim, como e por que o sistema de defesa falhou (REASON, 2000; ROSA; PERINI, 2003).

Nesse sentido, para o pesquisador americano Luciano Leape (1994), na publicação "Erros em Medicina" - "erro médico" é um problema sistêmico e não individual. Sendo assim, para reduzir a ocorrência de erros no cuidado de saúde, seria necessário mudar a maneira como se pensa em relação ao evento, reconhecendo a vulnerabilidade do ser humano e valorizando o sistema organizacional na prevenção do erro (COOK, WOODS, MILLER, 1998; MENDES, VIEIRA, 2007).

Segundo a explicação do erro, proposto pelo psicólogo *James Reason*, conhecido como modelo do "Queijo Suíço" (Figura 1), a ocorrência do erro se baseia na sequência de barreiras que podem ser facilmente ultrapassadas por trajetória de erros em um sistema, tais como os EA na assistência de saúde (REASON, 2000; EMANUEL *et al.*, 2008).

Analogicamente as barreiras do sistema de defesa são comparadas as fatias do queijo, que podem ser modificáveis (ex.: sistema de alarmes, barreiras físicas); dependentes de pessoal (profissionais de saúde) e os que necessitam de procedimentos e controle administrativos. "Os buracos" no queijo (suíço) representam as falhas nos sistemas de defesa, que surgem por duas razões: falhas ativas e condições latentes. Geralmente a ocorrência dos EA está associada à combinação de ambas as causas (REASON, 2000; EMANUEL *et al.*, 2008).

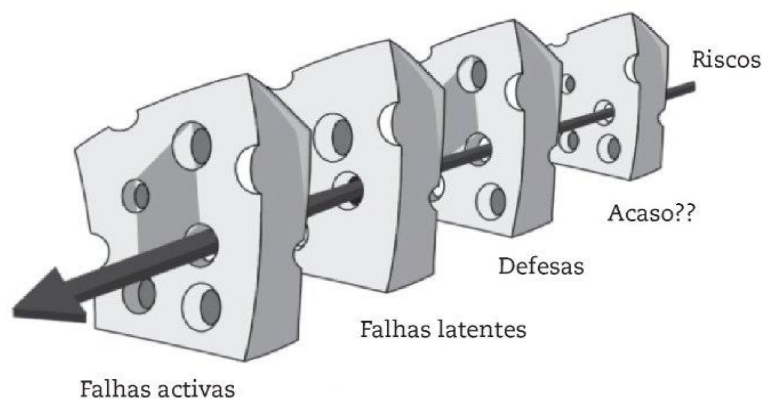


FIGURA 1- Modelo de Reason "Queijo Suíço"

Fonte: FRAGATA, 2010, P.23

As *falhas ativas* são representadas pelos *atos inseguros* cometidos pelos profissionais que executam atividade direta em sistemas complexos, devido a deslizes, lapsos, perdas, erros e violações de procedimentos. Essas falhas provocam efeito imediato e direto no sistema de defesa (REASON, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Enquanto os erros latentes são aqueles relacionados com a estrutura e/ou gestão organizacional e que poderá desencadear falhas ativas, tornando assim, uma oportunidade para o acidente. Essas situações de riscos podem permanecer ocultas por longo tempo dentro do sistema e, só serão perceptíveis, quando se associarem a outros fatores organizacionais (REASON, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; BRASIL, 2013a).

No contexto dos serviços de saúde, os erros ocorrem por sequências de falhas e não apenas por um fator único e, são provocados por sistemas organizacionais fragilizados com problemas. Muitas vezes esses erros são conhecidos e comuns, que podem ser preveníveis, de acordo com a sua natureza (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Em relação à natureza dos EA no serviço de saúde, estudos consideram que esses são classificados de acordo com o tipo de incidentes, que podem estar relacionados a falhas nos processos ou registros; procedimentos clínicos como infusões intravenosas de medicações, sangue e hemoderivados, nutrição do pacientes, oxigenoterapia e outros gases; acidentes por queda do paciente; equipamentos inadequados e produtos para a saúde; falhas em atitudes e comportamentos; deficiência da infraestrutura e área física; gerenciamento organizacional (RUCIMAN *et al.*, 2009; BRASIL, 2013a).

Diante da dimensão dos diversos tipos de EA que ocorrem nos serviços de saúde, ressalta-se que os que acarretam maior repercussão na vida do paciente e seus familiares e no

ambiente hospitalar são os relacionados à medicação, procedimentos cirúrgicos, quedas e principalmente as IRAS (LEAPE, *et al.*, 1991; KLEINPELL, MUNRO, GIULIANO, 2008).

2.3 Infecções relacionadas à assistência à saúde

Em 2007, o CDC, no *guideline* para precauções de isolamento, ampliou o termo infecção hospitalar para infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visto que essas são susceptíveis de ocorrer em todos os níveis de atenção à saúde e não exclusivamente em ambiente hospitalar. As IRAS podem se manifestar durante a internação e/ou após alta, quando relacionadas à internação ou procedimentos hospitalares (SIEGEL *et al.*, 2007; MCKIBBEN *et al.*, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A magnitude do problema das IRAS, no contexto mundial, é justificada pelo aumento das taxas de morbidade e mortalidade, prolongamento de dias de internação e custo adicional para o sistema de saúde. Estimativas globais apontam que mais de dois milhões de pacientes em todo o mundo, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, são afetados pelas infecções nos serviços de saúde em qualquer momento do seu tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; ALLEGRANZI *et al.*, 2007; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Nos Estados Unidos, cerca de um em cada 25 pacientes internados apresentam uma infecção nos serviços de saúde, com registros de aproximadamente 90 mil óbitos por ano. Dessa forma, as infecções nos serviços de saúde pressupõem um custo adicional superior a 4,5 bilhões de dólares a cada ano e levam à perda de dezenas de milhares de vidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; ALLEGRANZI *et al.*, 2007, MAGILL *et al.*, 2014).

Estudos europeus demonstram prevalência de IRAS entre 4,4% e 14,8. Entretanto, todos os anos, na Inglaterra, mais de 100.000 casos ocasionaram a 5.000 mortes diretamente atribuídas às infecções decorrentes do cuidado em saúde (ALLEGRANZI *et al.*, 2007).

Nesse contexto, apesar de dados sobre as taxa de IRAS nos países em desenvolvimento serem escassos, observa-se diferenças entre essas em países desenvolvidos e os em desenvolvimento. No ano de 2002, a prevalência média de infecções associadas ao cuidado de saúde na Europa foi de 7,1% e nos Estados Unidos de 4,5%, enquanto, segundo um estudo multicêntrico no México, Tailândia e Brasil, as taxas foram de 9,0%, 11,7% e 5,1%, respectivamente (ALLEGRANZI *et al.* 2007; ALLEGRANZI *et al.*, 2011).

Todavia, destaca-se que em países com poucos recursos, o risco de infecção foi

estimado em 2 a 20 vezes mais elevada do que nos países industrializados. No âmbito da Terapia Intensiva, a taxa global de IRAS estimada nestas unidades, em países em desenvolvimento foi de 47,9% pacientes-dia, enquanto que nos EUA há registro de apenas 13,6% (ALLEGIANZI *et al.*, 2007; ALLEGIANZI *et al.*, 2011).

Diante disso, o impacto das IRAS como problema para a segurança do paciente torna-se relevante, pois os principais microrganismos causadores dessas infecções são aqueles com perfil de resistência que influenciam diretamente sobre o sistema de saúde, onerando custos, em decorrência do prolongamento de dias de internação, reinternações, aumento da resistência microbiana e, elevação na taxa de morbimortalidade (MOURA *et al.*, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; OLIVEIRA, KOVNER, SILVA, 2010; MORAES *et al.*, 2013).

No Brasil, até o momento, única avaliação de amplitude nacional que se tem conhecimento é o estudo de Prade *et al* (1995), que, em 1994, identificou prevalência de 15,0% de taxas de IRAS em 99 hospitais terciários brasileiros (PADOVEZE, FORTALEZA, 2014).

Frente a complexidade e gravidade das IRAS, visto que essas estão diretamente associadas à mortalidade de pacientes, sobretudo os que são colonizados ou infectados por microrganismos multirresistentes, podendo variar de acordo com faixa etária, condição clínica do paciente (DAL-BÓ, SILVA, SAKAE, 2012; SOUZA *et al.* 2015).

Quanto ao custo adicional médio de infecções, esses podem variar de acordo com o país, tipo de infecções prevalente, perfil da clientela e qualidade da assistência prestada. Além disso, tem sido demonstrada uma associação entre a ocorrência das IRAS e o uso de dispositivos invasivos como tubos endotraqueais, cateteres intravasculares e sondas (KLEINPELL, MUNRO, GIULIANO, 2008; OLIVEIRA, *et al.*, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; BRASIL, 2013a).

Não obstante, fatores como o *agente infeccioso* (resistência antimicrobiana, virulência e capacidade de sobrevivência no ambiente); *perfil dos pacientes* (baixo peso ao nascer, idade avançada, gravidade da doença pregressa, tempo de internação, desnutrição e imunossupressão (KLEINPELL, MUNRO, GIULIANO, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2013a); contribuição do ambiente como sistema de ar condicionado e de água contaminados; materiais e instrumentais inadequados ou não esterilizados, recursos humanos insuficientes (ex.: relação enfermeiro-paciente); planta física (ex.: leitos muito próximos); e das boas práticas em saúde como uso indiscriminado de

antimicrobiano, técnica asséptica incorreta e a falta de adesão à prática da HM devem ser considerados como vias de transmissão de microrganismos patogênicos (KLEINPELL, MUNRO, GIULIANO, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2013).

Desta maneira, a OMS enfatiza a necessidade de priorizar medidas para prevenir e controlar as infecções nos serviços de saúde. Dentre essas, destaca-se a higiene das mãos, preconizada há mais de 150 anos, com uma medida prioritária para o cuidado ao paciente (CDC, 2002; WHO, 2009; BRASIL, 2013).

2.4 Higienização das mãos

Desde o século XV, Maimônides preocupava e defendia a lavagem das mãos nos serviços de saúde pelos praticantes da medicina. Entretanto nos séculos seguintes, esta prática não passava de rituais de purificação sem muita relevância (SANTOS, 2002; BRASIL, 2007).

Em 1822, *Labarraque*, um farmacêutico francês, sugeriu a utilização de soluções à base de cloro para eliminar maus odores de cadáveres humanos e serem usadas como desinfetantes e antissépticos. Três anos depois, ele publicou um documento em que argumentava que médicos e demais pessoas, em contato com pacientes portadores de doenças contagiosas, se beneficiariam em aplicar solução clorada em suas mãos (LABARRAQUE, 1822; PITTET, BOYCE, 2001; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002).

No contexto da transferência de microrganismos pelas mãos, o médico *Oliver Wendel Homes*, em 1843, após investigar mortes de parturientes, concluiu que a febre puerperal era transmitida por meio das mãos da equipe de saúde e que medidas poderiam ser utilizadas para reduzir a infecção (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; LANE, BLUM, FEE, 2010).

Em 1847, o médico húngaro, *Ignaz Phillip Semmelweis*, observou maior taxa de mortalidade de parturientes, cujos partos foram realizados por estudantes de medicina e médicos em comparação aos efetuados por parteiras. Inferindo então, que as mãos dos estudantes de medicina e dos médicos poderiam carrear “partículas cadavéricas”, durante a realização de autópsias em cadáveres que morriam de febre puerperal e após tais procedimentos atuavam diretamente com as parturientes na sala de parto sem higienizarem as mãos (SEMMELWEIS, 1983; PITTET, 2005 LANE, BLUM, FEE, 2010).

Semmelweis sugeriu que a HM com água e solução clorada poderia reduzir a disseminação de agentes infecciosos, e com isso diminuiria a mortalidade ocasionada pela febre puerperal, consolidando a hipótese, que essa estava relacionada com a contaminação das mãos da equipe médica. A partir dessa premissa, tornou-se obrigatória a higiene das mãos com solução clorada para todos profissionais de saúde, antes de entrarem nas salas de parto. Com essa simples medida, conseguiu-se reduzir a taxa de mortalidade entre as puérperas de aproximadamente 20% para menos de 2% (SEMMELWEIS, 1983; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; SYDNOR, PERL, 2011).

Desde então, a HM passou a ser considerada a medida mais importante para reduzir a transmissão de infecções nos serviços de saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007; PITTET, 2005).

Na década de 1980, ocorreu nos EUA, uma das principais orientações desta prática nos serviços de saúde, assim como, outros documentos foram, posteriormente, divulgados em diferentes países (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Entre 1995 e 1996, o Comitê Consultivo em Práticas de Controle de Infecções (HIPAC – *Health Care Infection Control Practices Advisory Committee*) do CDC passou a recomendar aos profissionais de saúde a utilização de sabonete associado à preparação alcoólica para higienizar as mãos dos cuidadores, após esses deixarem os quartos de pacientes colonizados com microrganismos multirresistentes (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2009).

Uma importante revisão das orientações para HM, publicada pelo CDC, em 2002, “*Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings*– Guia para higiene de mãos em serviços de saúde”, trouxe modificações no conceito, amplitude e recomendações do procedimento de HM. Nessa diretriz, a ênfase foi direcionada para HM com água e sabonete e a fricção antisséptica das mãos com preparações alcoólicas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2009).

Nesse documento, enfatiza-se a preferência pela fricção das mãos com preparações alcoólicas, em substituição à lavagem simples das mãos com água e sabonete, devida eficácia deste método e por reduzir o tempo da realização da HM pelos profissionais de saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2009).

Em consonância com as novas diretrizes do CDC, a expressão “lavagem das mãos” foi

ampliada para “higienização das mãos”, pela maior abrangência deste procedimento, contemplando a inclusão de quatro tipos de HM, descrito a seguir:

- **Higienização simples das mãos** - tem como finalidade remover os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando mecanicamente a sujidade que contribui para a proliferação de patógenos. Deve ser realizada com uso da água e sabonete comum, com duração recomendada de 40 a 60 segundos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2009).
- **Higiene antisséptica das mãos** – realizada com água e sabonete associado à produtos antisséptico, com objetivo de promover a remoção de sujidades e de microrganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos, e com indicação do tempo do procedimento de 40 a 60 segundos. Este procedimento assemelha-se a higiene simples das mãos, porém, devido ao uso o agente antisséptico, está reservada para situações de surto, sobretudo em unidades críticas. (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2009).
- **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica** – o álcool a 70% na forma de gel ou solução é recomendado em substituição ao procedimento de higiene simples das mãos com água e sabonete, desde que as mãos não estejam com sujidade visível. Tem como finalidade a redução da carga microbiana das mãos, sem remover sujidades. Como uma das vantagens, aponta-se a diminuição da metade do tempo do procedimento, 20 a 30 segundo em comparação a higienização simples das mãos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007; BRASIL, 2009).
- **Antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos** – propõe eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual. Indicada para equipe profissional, antes de procedimentos cirúrgicos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2009).

Diante das indicações da HM, torna-se relevante conhecer a anatomia, fisiologia da pele e seus aspectos microbiológicos para a melhor compreender as ações relacionadas a cada tipo de HM, bem como sua abrangência.

A pele é considerada o maior órgão humano, constituída de dobras, invaginações e nichos especializados que abrigam uma grande variedade de microrganismos. A principal

função da pele é proteger o corpo contra agressões externas, agentes patogênicos e substâncias químicas nocivas, funcionando assim como uma verdadeira barreira física. Sendo também fundamental na regulação da temperatura e manutenção da unidade, além de assumir funções sensoriais, imunológicas e bioquímicas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; ROSENTHAL *et al.*, 2011; GRICE, SEGRE, 2014).

As camadas da pele incluem: estrato córneo, epiderme, derme e hipoderme como observado na Figura 2.

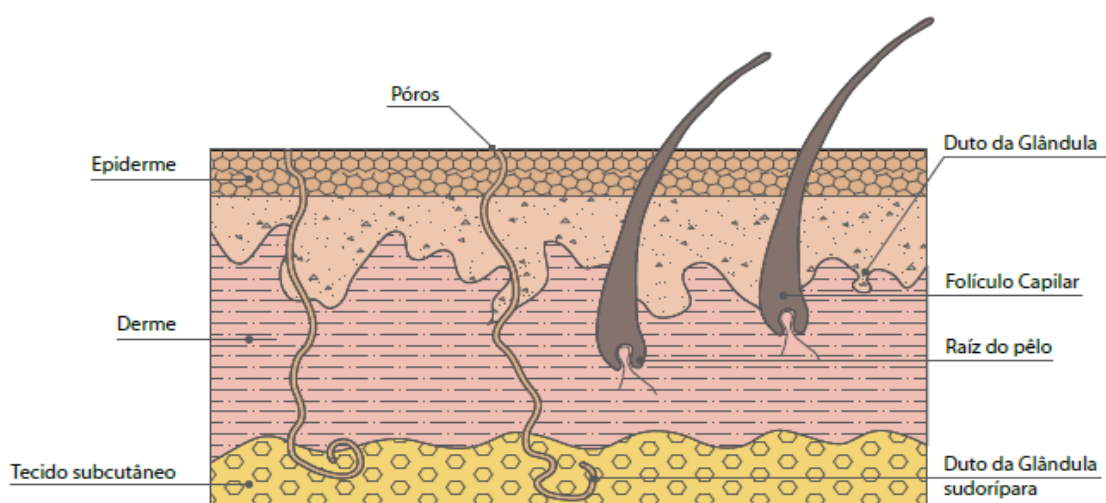


FIGURA 2 - Camadas da pele

Fonte: ANVISA, 2009, p.17.

- **Estrato córneo:** camada mais externa, mais fina, menor e que atua como regulador do fluxo de água da pele e o meio ambiente;
- **Epiderme:** composta por 10 a 20 camadas de células e contém os melanócitos, que são responsáveis pela pigmentação da pele, e de células Langerhans, sendo estas envolvidas na resposta imune;
- **Derme:** camada abaixo da epiderme, constituída de vasos sanguíneos, vasos linfáticos, fibras de colágeno e elastina;
- **Hipoderme ou tecido subcutâneo:** camada de tecido conjuntivo frouxo, localizada abaixo da derme (KAISER, NEWMAN, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Estudos sobre a colonização da pele têm sido registrados, sendo um dos mais importantes foi conduzido por Price, em 1938, que classificou a microbiota da pele em dois grupos:

- *microbiota transitória* - camada mais superficial e passível de ser removida com a higiene simples das mãos. Os microrganismos da microbiota transitória, geralmente não se proliferam sobre a pele, mas podem ser carregados pelas mãos dos profissionais de saúde quando em contato direto com pacientes ou ambiente contaminado. Nessa camada, encontram-se bactérias gram-negativas, como enterobactérias (ex: *Escherichia coli*), bactérias não fermentadoras (ex.: *Pseudomonas aeruginosa*), além de fungos e vírus (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).
- *microbiota residente* - camada mais profunda da pele e de difícil remoção apenas com água e sabonete. Os microrganismos residentes são de baixa virulência, como *Staphylococcus*, *Corynebacterium* e *Micrococcus* pouco associados às infecções veiculadas pelas mãos. É mais difícil de ser removida pela higienização das mãos com água e sabonete, uma vez que coloniza as camadas mais internas da pele (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BRASIL, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a). Em relação à microbiologia da pele normal do ser humano, estima-se uma variação na contagem bactérias aeróbias de acordo com a área do corpo sendo estimada como de 1×10^6 de unidades formadoras de colônia (UFC)/cm² para o couro cabeludo; 5×10^5 UFCs/cm² na axila; 4×10^4 UFCs/cm² no abdome e 1×10^4 UFC/cm² no antebraço. Nas mãos dos profissionais de saúde, a contagem de bactérias total pode chegar a $3,9 \times 10^4$ a $4,6 \times 10^6$ UFC/cm² (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; ROSENTHAL *et al.*, 2011).

Frente à diversidade de patógenos presentes na pele do ser humano, as mãos dos profissionais de saúde são consideradas a principal via de transmissão de microrganismos durante assistência prestada aos pacientes, seja por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados (BRASIL, 2007, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

A transmissão dos patógenos, pelas mãos dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, tem sido documentada, demonstrando a correlação entre adesão a HM e a redução das IRAS (DUNN-NAVARRA *et al.*, 2011; LIN HUANG, STEWARDSON, LINDSAY GRAYSON, 2014).

Entretanto, para que as mãos dos profissionais de saúde participem da cadeia de transmissão dos patógenos de um paciente para outro, são necessários cinco elementos sequenciais:

- Presença de microrganismos na pele do paciente, ou em objetos inanimados como equipamentos, matérias e superfícies próximos a eles;
- Transferência dos patógenos para as mãos dos profissionais de saúde.
- Capacidade de sobrevivência dos organismos nas mãos;
- Higienização simples fricção com preparação alcoólica das mãos dos profissionais inadequadas ou omitidas;
- Contato direto das mãos contaminadas dos profissionais de saúde com outro paciente ou objetos inanimados (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Entretanto, apesar da importância das mãos na transmissão das IRAS e o reconhecimento, em consenso mundial, da eficácia da HM, o cumprimento dessa prática preventiva é insatisfatório nos serviços de saúde, pela forma inadequada e frequência aquém do necessário, com taxas inferiores a 50% em diversos estudos (HUGONNET, PERNEGER, PITTET, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; PRIMO *et al.*, 2010 DUNN-NAVARRA *et al.*, 2011; OLIVEIRA; PAULA, 2011).

Em uma análise de 1.316 oportunidades de HM, em hospital universitário, observou-se que em 951 (72,3%) dessas não houve adesão a essa prática (PRIMO *et al.*, 2010). De forma semelhante, Bathkei *et al* (2013) registraram 1.277 oportunidades e encontraram taxa de adesão de apenas 28,6% e, significativamente menor antes do contato e dos procedimentos assépticos do que após o contato com o paciente.

O termo “*oportunidade*” pode ser entendido como os momentos para a realização da HM, sejam com o uso de água e sabonete ou preparação alcoólica, descritos no Guia para estratégia multimodal para a melhoria da HM, da OMS em 2009. Nesse guia, as indicações para a HM, estabelecidas como os “Cinco Momentos: **1-** antes do contato com paciente; **2-** antes da realização de procedimentos assépticos; **3-** após exposição a fluídos corporais; **4-** depois do contato com paciente; **5-** após contato com áreas próximas ao paciente (Figura 3).

Os 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

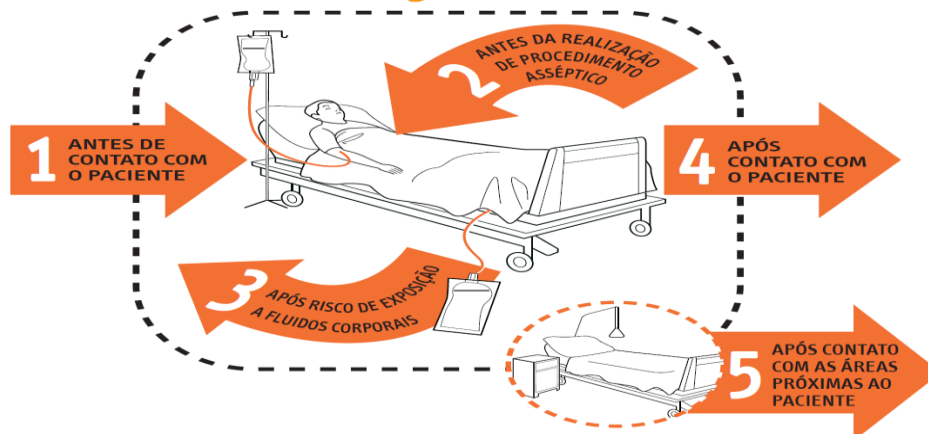


FIGURA 3 - Os cinco momentos para higienização das mãos

Fonte: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), 2010.

Apesar do conhecimento da importância e das indicações da HM, alguns fatores contribuem para a baixa adesão a esta prática pelos cuidadores nos serviços saúde e estão relacionadas aos aspectos *materiais*: como ausência de suprimentos, pias, uso de produtos que causam reações cutâneas; *comportamentais*: que são influenciados por crenças e valores culturais e religiosos e, *institucionais*: motivação pessoal, déficit de recurso humanos, falta de treinamento e conscientização sobre a importância das mãos na transmissão de microrganismos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; PRIMO *et al.*, 2010; BATHKE *et al.*, 2013; OLIVEIRA, PAULA, 2014).

No entanto, além dos fatores que contribuem para baixa adesão a HM pelos profissionais de saúde, deve-se considerar um elemento essencial, que é a qualidade da informação e treinamento para os cuidadores para explicar: por que, quando e como aplicar a HM durante a rotina de cuidados e, sobretudo, os processos estruturais e organizacionais dos serviços de saúde (SAX *et al.*, 2007).

Sendo assim, a abordagem multimodal para melhoria da HM é apontada como estratégia mais eficiente do que medidas isoladas (PITTET, 2000; SAX *et al.*, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Um estudo quase experimental, multicêntrico, demonstrou aumento de 21.884 para 23.746 oportunidades após implementação das diversas ferramentas contempladas na estratégia multimodal para HM, sugerida pela OMS (ALLEGIANZI *et al.*, 2013). Em outra

pesquisa, realizada na Arábia Saudita, a taxa global de conformidades de HM aumentou significativamente de 60,8% para 86,4% após intervenção multimodal (MAHFOUZ *et al.*, 2014).

As principais estratégias para melhorar a adesão à higiene das mãos entre profissionais da saúde, contempladas em pesquisas de intervenções em diversos países, ocorrem por meio de métodos multimodais para o monitoramento das taxas de adesão, tais como observação direta, uso de suprimentos, taxa auto reportada, estratégias educativas e de *feedback aos profissionais de saúde*, disponibilização de preparação alcoólica e de cartazes e lembretes para o ato de HM tem sido registradas (OLIVEIRA, PAULA, 2013).

O programa da OMS para melhoria da HM propõe estratégias múltiplas associadas, visto que intervenções isoladas podem impactar na melhoria das taxas de HM em um momento inicial aos treinamentos, sendo rapidamente reduzidas e, muitas vezes, voltando a patamares anteriores ou até menores, demonstrando que as mesmas estratégias não são efetivas e não se sustentam ao longo do tempo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; ALLEGRANZI *et al.*, 2014).

No tocante a estas estratégias, o clima de segurança é fundamental por considerar a participação dos pacientes neste processo como parceiros e corresponsáveis pelo seu cuidado e, ao mesmo tempo, podendo atuar de forma a incentivar os profissionais de saúde na promoção e prática da HM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; BRASIL, 2013a; ALLEGRANZI *et al.*, 2014).

2.5 Participação dos pacientes no cuidado em saúde e na higienização das mãos

A participação dos pacientes na melhoria da HM tornou-se destaque no contexto global após a criação do “Programa Pacientes pela Segurança dos Pacientes” (PPSP), que tem como objetivo assegurar a participação dos pacientes em todos os níveis da assistência de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

A participação e envolvimento dos pacientes e seus familiares serem considerados uma nova abordagem no campo da saúde e foco central do programa da OMS desde 2009, este tema recebe atenção nos Estados Unidos, desde a década de 1960 (KENNEDY, J.F, 1962; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Em 15 de março de 1962, o presidente americano, John Fitzgerald Kennedy reconheceu, pelo documento *Special Message to the Congress on Protecting the Consumer*

Interest, os seguintes direitos do consumidor: ***direito à segurança*** - ser protegido contra a comercialização de substâncias prejudiciais à saúde ou à vida; ***direito à informação*** - ser informado a respeito do produto a ser consumido; ***direito à escolha*** - assegurar o consumidor a fazer sua escolha após ser devidamente informado; ***direito de ser ouvido*** - ter certeza que seus interesses receberão a devida atenção na formulação da política do Governo com tratamento justo e rápido em seus tribunais administrativos (KENNEDY, J.F, 1962; BRASIL, 2013a).

No contexto europeu, em resposta à demanda dos sistemas de saúde nos países industrializados, na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, no Canadá, resultou na Carta de Ottawa. Esse documento reconheceu a importância do processo de educar a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Desde então, iniciativas da OMS (escritório europeu), organizações não governamentais, associações e universidades tem proposto estratégias para a participação da comunidade no cuidado com a saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986; HEIDMANN, 2006; RIBEIRO, COTTA, RIBEIRO *et al.*, 2012).

Em relação à informação, comunicação e educação dos pacientes, as recomendações de Viena - *The Viennam Recommendationson Health Promoting*, endossada pela OMS, percebeu a necessidade da participação dos pacientes na melhoria do seu cuidado e eficácia do sistema de saúde, propondo aos serviços que estimulassem os usuários a terem um papel mais ativo no cuidado; melhorar a comunicação entre a equipe do hospital e pacientes, respeitar os valores humanos; aprimorar a qualidade da informação e da comunicação, instituir programas de educação e treinamento de habilidade para os pacientes e seus familiares (WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE, 1997; LONGTIN *et al.*, 2010; BRASIL, 2013a).

Em 1999, após a divulgação do relatório do IOM, a Fundação Nacional para Segurança dos Pacientes - *The National Patient Safety Foundation*, focou-se no envolvimento dos pacientes e familiares e desenvolveu um programa para que o sistema nacional de saúde estabelecesse uma cultura de segurança centrada no paciente e família (Pacientes e Famílias em Segurança do Paciente: *Nada sobre mim, sem mim - Patients and Families in Patient Safety: Nothing About Me*). De acordo com esse programa, a participação ativa dos pacientes e famílias é um fator fundamental para melhorar a qualidade do atendimento e segurança nos

serviços de saúde (THE NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION, 2000; BRASIL, 2013a).

Neste mesmo ano, foi publicado pelo IOM dos Estados Unidos, *Cruzando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século 21- Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21 st Centur*, que reconheceu a importância do cuidado centrado no paciente para a qualidade dos serviços de saúde, respeitando suas preferências individuais, necessidades, valores e garantindo a orientação de todas as decisões clínicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Outra iniciativa da Fundação Nacional de Segurança do Paciente foi o programa ASK ME, proposto para educar pacientes a comunicarem com profissionais de saúde, encorajando-os a serem parceiros, instruindo o paciente a fazer três perguntas: 1) *Qual meu problema principal?* 2) *O que eu preciso fazer?* 3) *Porque é importante eu fazer isso?* (GALLIHER *et al.*, 2010; BRASIL, 2013a).

Em 2002, a *Joint Commission*, reafirmando o papel ativo dos pacientes na prevenção de erros relacionados à assistência, propôs o mnemônico *Speak Up*, a fim de dar subsídios aos pacientes para seu envolvimento e informação a respeito da sua saúde e dos cuidados recebidos a partir de das reflexões, conforme mostra o Quadro 1:

QUADRO 1 - *Speak Up*

S	Pergunte, se você tiver dúvidas ou preocupações, pois é seu direito saber.
P	Preste atenção no cuidado que você recebe.
E	Eduque-se sobre o seu diagnóstico, teste e tratamento.
A	Peça a um familiar ou amigo de sua confiança para ser seu responsável
K	Conheça os medicamentos que toma e porque usá-los.
U	Utilize um serviço de saúde com avaliação de qualidade e segurança.
P	Participe de todas as decisões sobre os seus cuidados.

Fonte: THE JOINT COMMISSION, 2002; BRASIL, 2013a.

Em 2005, a Declaração de Londres, endossada pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente da OMS, propõe o programa “Paciente Pela Segurança dos Pacientes” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; LONGTIN *et al.*, 2010).

Nesse programa, pacientes são orientados a terem cinco atitudes para evitar infecções: higienizar as mãos; certifique se profissionais de saúde higienizam as mãos e usam luvas; cubra a boca e nariz ao espirrar e tossir; evite contato próximo com outras pessoas se estiver doente e confira sua imunização (THE JOINT COMMISSION, 2009; LONGTIN *et al.*, 2010).

Em parceria com o programa da OMS para a melhoria da HM, a *Joint Commission* apresentou como iniciativa a criação de “*botons*” para lembrar profissionais de saúde a higienizarem as mãos e estimular a participação dos pacientes no cuidado de saúde recebido (THE JOINT COMMISSION, 2009; LANDERS *et al.*, 2012).



FIGURA 4 - "Botons" da Joint Commission

Fonte: THE JOINT COMMISSION, 2009.

Paciente como parceiro na melhoria da HM tem sido reconhecido como uma das ferramentas essenciais para elevação das taxas de adesão entre cuidadores nos serviços de saúde em países desenvolvidos (MCGUCKIN *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; THE JOINT COMMISSION, 2009).

Em relação a HM, informar e educar pacientes a participarem do seu cuidado é uma estratégia, relativamente recente, sugerida pela OMS e tem demonstrado resultados positivos para o aumento da adesão à HM nos serviços de saúde (MCGUCKIN *et al.*, 1999; MCGUCKIN *et al.*, 2001; MCGUCKIN *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Tal melhoria tem sido mensurada também por indicadores indiretos como aumento do consumo de sabonete, inferindo-se maior frequência da prática de HM nos serviços de saúde (MCGUCKIN *et al.*, 2001, MCGUCKIN *et al.*, 2004).

Educar pacientes e familiares a respeito da HM, também tem sido demonstrado como uma das ferramentas relevantes para o aumento da adesão a esta prática, seja pelo incentivo

ou até mesmo pelo seu empoderamento no tema (MCGUCKIN *et al.*, 2001, MCGUCKIN *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

O termo empoderamento - “*empowerment*”, pode ter diferentes significados e interpretações. No campo da saúde é considerado um conceito inovador e de acordo com a definição da OMS, é o processo que o paciente “ganha” mais poder para decidir e agir sobre a sua saúde e cuidado (MCGUCKIN *et al.*, 1999; MCGUCKIN *et al.*, 2001, MCGUCKIN *et al.*, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; LANCET, 2012).

De acordo com *European Network on Patient Empowerment (ENOPE)*, “empoderar” pacientes no campo da saúde, significa ativar suas competências para compreender sua condição de saúde e seu efeito sobre o seu corpo; participar na tomada de decisão com os profissionais de saúde; fazer escolhas informadas sobre o tratamento; entender a necessidade de mudar seu estilo e condições de vida; assumir responsabilidade ativa no cuidado; perguntar aos cuidadores; avaliar e fazer uso da informação (THE LANCET, 2007).

A origem do fundamento teórico de empoderamento de pacientes se deu pelo trabalho dos educadores e psicólogos comunitários que trabalhavam principalmente com pessoas socialmente desfavorecidas (FESTE, ANDERSON, 1995; CARVALHO, GASTALDO, 2008).

Numa visão mais filosófica, empoderamento é um processo educativo projetado para ajudar pacientes a desenvolverem conhecimentos, habilidades, atitudes e grau de autoconhecimento necessário para efetivamente assumir a responsabilidade por suas decisões relacionadas com a saúde (FESTE, ANDERSON, 1995; TADDEO *et al.*, 2012).

Para que os pacientes sejam empoderados é necessário que recebam primeiramente informações suficientes e as compreendam, assumindo que seu conhecimento os permitirá compartilhar responsabilidades (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; TADDEO *et al.*, 2012).

No entanto, o processo de empoderar pacientes deve ser constituído de quatro componentes fundamentais que são: a) compreensão do seu papel; b) aquisição de conhecimento para envolver-se com o provedor de saúde; c) habilidade e presença de ambiente favorável. Os elementos anteriores devem ser amplamente difundidos pelos prestadores do cuidado, em um ambiente em que todos os envolvidos facilitem este processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; LENT *et al.*, 2009; MCGUCKIN *et al.*, 2011).

Nesse contexto, o profissional de saúde desempenha papel fundamental no processo de empoderar pacientes, pois sua atuação perpassa além do conhecimento e devem-se incluir outras habilidades. Segundo a OMS, profissionais devem habilitar pacientes ao promover: **autoeficácia** - que é o julgamento das pessoas em sua capacidade de causar um efeito ou atingir uma meta; **literacia** - que é a capacidade de compreender a informação e usá-la para decidir a respeito de sua saúde e cuidados médicos; **ambiente facilitador** - em que os pacientes são encorajados a desenvolver e praticar a comunicação aberta sobre seus cuidados em um ambiente livre de barreiras (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001; BANDURA, 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Além do termo empoderamento, em serviços de saúde, outras expressões têm sido utilizadas, como sinônimo de participação do paciente: envolvimento, engajamento, parceria e cuidado centrado no paciente. Esses termos podem também ser ampliados para outros aspectos da assistência de saúde que se tenha que tomar alguma decisão, tais como automedicação, automonitorização, autocuidado, sobretudo a HM (ALLEGIANZI *et al.*, 2009; MCGUCKIN, GOVEDNIK, 2013).

Sendo assim, pacientes que participam de seu cuidado podem contribuir para reduzir o risco de eventos adversos e até mesmo fornecer informações a respeito do seu histórico médico, condição clínica atual, relato de alergia, medicação em seus respectivos efeitos colaterais (LONGTIN *et al.*, 2010; WEINGART *et al.*, 2011).

A fim de entender melhor a natureza e extensão da participação do paciente e seu impacto sobre os cuidados, foi realizado um estudo com 2.025 pacientes com história de internação pregressa em hospitais americanos de cuidados agudos. Cerca de 99,9% desses pacientes participou de algum aspecto do seu cuidado. O estudo revelou uma forte associação entre a redução de risco de sofrer um evento adverso durante sua hospitalização mediante participação positiva do paciente no seu cuidado (WEINGART *et al.*, 2011).

No contexto da HM, OMS reconhece a importância de realizar parceria entre pacientes, famílias e equipe de cuidadores. A participação dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos é uma abordagem fundamental e promissora, para a melhoria da adesão nos serviços de saúde de mundo todo, principalmente, quando associada a outras estratégias (MCGUCKIN *et al.* 2004; *et al.*, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; PITTET, PANESAR, WILSON, 2011; DAVIS *et al.*, 2012; PAN *et al.*, 2013; DAVIS, 2014).

Estudos internacionais mostram que a concordância do paciente e sua disposição em participar da melhoria da adesão à HM, perguntando aos profissionais de saúde se higienizaram as mãos antes de assisti-los foi variável entre 40% a 95,4%. Apesar de pacientes estarem dispostos, em um estudo observou que apenas 5% dos pacientes realmente perguntaram aos profissionais se esses higienizaram as mãos (MCGUCKIN *et al.*, 2001; BITTLE, LAMARCHE, 2009; WATERMAN *et al.*, 2006; KIM *et al.*, 2015).

Ainda que os pacientes se mostrem dispostos a participar perguntando aos profissionais de saúde se higienizaram as mãos, o que se verifica de fato, é que uma variação de 5% a 80% dos pacientes, de fato, perguntaria aos profissionais de saúde sobre essa prática, como evidenciado em pesquisa de revisão que avaliou estudos realizados em outros países (WATERNAM *et al.*, 2006; OTTUM *et al.*, 2012; KIM *et al.*, 2015).

Estudos demonstram que aproximadamente 63% dos pacientes relataram sentir-se confortáveis em perguntar aos profissionais se eles higienizaram suas mãos (MCGUCKIN *et al.*, 2001; OTTUM *et al.*, 2012). No entanto, WATERMAN *et al.* (2006) demonstrou que 45% dos entrevistados sentiriam-se muito confortáveis. Em relação a opinião dos pacientes, quanto a categoria profissional, esses sentiriam-se mais confortáveis de perguntar para enfermeiros (64% a 100%) comparado a perguntar aos médicos (14% a 35%) (OTTUM *et al.*, 2012).

LONGTIN *et al.* (2009), avaliou 194 pacientes que relataram sentir desconfortáveis em perguntar aos profissionais de saúde se higienizarem as mãos, mas não houve diferença significativa na abordagem à médicos e enfermeiros. Entretanto nesse estudo, ocorreu um aumento da intenção de indagar aos enfermeiros de 34% para 83% e para os médicos de 30% para 78%, após convite do profissional de saúde ao paciente para a perguntar sobre a higienização da mãos (LONGTIN *et al.*, 2009).

Estudo realizado no Reino Unido evidenciou que 57% dos pacientes não perguntariam aos médicos se estes higienizaram as mãos, pois 43% confiavam que eles sabiam quando adotar a HM e 20% deduziu que eles não gostariam de serem questionados ou não perguntariam aos profissionais se higienizaram as mãos (PITTET *et al.* 2011).

Outro aspecto desafiador da participação do paciente se refere à abordagem das diferentes categorias, constando-se que pacientes tem afirmado maior predisposição a perguntar aos enfermeiros do que para equipe médica (LONGTIN *et al.*, 2009; PITTET *et al.* 2011).

Dentre os fatores que contribuem positivamente para a participação do paciente para a melhoria da HM encontrados na literatura destacam-se: não ter religião; ser comunicativo e

preocupado com infecções; acreditar que a participação do paciente evitaria infecções e trabalhar ou ter algum familiar atuando na área da saúde (LONGTIN *et al.*, 2009; OTTUM *et al.*, 2012).

Em contrapartida, os fatores que influenciaram pacientes/familiares a não perguntar aos profissionais se higienizaram as mãos foram: sexo feminino, analfabetismo e familiares que acompanhavam pacientes internados na unidade pediátrica (PAN *et al.*, 2013).

Por outro lado, quando se buscou saber a opinião dos profissionais de saúde em relação à participação dos pacientes na HM, 81,1% apresentaram atitudes positivas para que estes tenham posição ativa e 62,8% para a intenção de serem lembrados de higienizarem as mãos. A idade dos profissionais de saúde superior a 25 anos foi um dos fatores associados para que estes não tivessem um posicionamento positivo em relação à capacitação dos pacientes sobre a HM (PAN *et al.*, 2013).

De acordo com uma pesquisa realizada na Coréia do Sul, apenas 26% dos médicos e 31% dos enfermeiros não apoiaram a participação dos pacientes em perguntar aos profissionais se higienizaram suas mãos. As razões para tais respostas foi a preocupação com os efeitos negativos sobre a sua relação com os pacientes (54%) (KIM, *et al.*, 2015).

Nesse sentido, é fundamental uma mudança de paradigmas referente a posição passiva dos pacientes para uma postura mais ativa desses, diante de sua saúde; aceitação e disponibilidade dos profissionais de saúde em educar e incentivar a participação dos pacientes. Além do compromisso dos gestores em proporcionar condições para que a participação dos pacientes no seu cuidado seja uma realidade nos serviços de saúde em todo mundo.

Assim, a participação do paciente no seu cuidado, sobretudo na HM, é uma ferramenta desafiadora, que requer avaliação periódica de sua implementação; construção de parcerias entre profissionais de saúde e pacientes pautada na confiança do processo e na percepção de um cuidado mais seguro.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo transversal, em que o fator e o efeito foram observados em um mesmo momento histórico (GIL, 2010, GORDIS, 2010).

3.2 Local do estudo

O estudo foi conduzido em nove unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário, de cuidado terciário, público e de grande porte, que fornece 100% de atendimento a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O complexo hospitalar possui capacidade total instalada de 547 leitos e realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência a pacientes portadores de doenças de média e alta complexidade, com especialidades variadas e é considerado referência no sistema municipal e estadual de saúde.

As unidades de estudo recebem pacientes adultos de diversas especialidades (cardiologia, clínica médica, cirurgia, doenças infecto parasitárias, gastroenterologia, hematologia, ortopedia, neurologia e pneumologia). As unidades foram selecionadas, devido ao perfil dos pacientes internados nestes locais, pois a maioria era capaz de verbalizar com cognição preservada.

As nove unidades de clínica médica e cirúrgica totalizaram 234 leitos, com média de permanências mensal de pacientes de aproximadamente 17,5 dias.

A equipe de saúde atuante nas unidades é formada por médicos preceptores, residentes e estagiários do curso de medicina, enfermeiros, acadêmicos e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas.

3.3 População/amostra do estudo

A população deste estudo foi composta por pacientes internados e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) atuantes nas unidades de clínica médica e cirúrgica.

3.3.1 Pacientes do estudo

Para determinação do tamanho da amostra dos pacientes utilizou-se a equação apresentada abaixo, considerando um intervalo de confiança de 95%, desvio-padrão de 0,4 e erro máximo de estimativa de 0,05:

$$n = \left(\frac{Z_{\alpha/2} \cdot \sigma}{E} \right)^2$$

Onde:

n = número de indivíduos da amostra;

Z_{α/2} = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

σ = desvio padrão populacional da variável estudada;

E = margem de erro ou erro máximo de estimativa (identifica a diferença entre média amostral (X) e verdadeira média populacional).

$$n = (1,96 \times 40/5)^2 = (1,96 \times 8)^2 = 246 \text{ pacientes}$$

Estimou-se para a pesquisa uma amostra (n) de 246 pacientes, sendo esses incluídos no estudo, conforme os seguintes critérios:

- **Critérios de inclusão**
 - Paciente em boas condições clínicas, com comunicação e expressão preservadas e que estivessem em pleno domínio de suas funções cognitivas.¹
 - Idade igual ou maior de 18 anos;
 - Tempo de internação equivalente ou superior a 24 horas. Este período foi definido, considerando-o necessário para o paciente se ambientar e perceber a rotina dos profissionais de saúde e sobre a higienização de mãos.

¹ A cognição foi compreendida como as diversas funções mentais que envolvem aquisição, armazenamento, retenção e uso do conhecimento através de processos fundamentados na atenção, percepção, memória, raciocínio, aprendizagem e informação provinda do ambiente (FREITAS, AGUIAR, 2012)

- **Critério de exclusão**

- Paciente ausente do leito no momento da coleta de dados, por motivo de realização de exames e/ou procedimentos em outros setores, após três tentativas de encontrá-lo.

3.3.2 Profissionais de Saúde do estudo

Foram elegíveis profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que prestavam assistência direta aos pacientes nas unidades de estudo, durante o período de coleta de dados.

- **Crítérios de inclusão**

- Profissional médico ou da equipe de enfermagem;
- Atuar na assistência direta aos pacientes;
- Pertencer ao setor do estudo.

- **Crítério de exclusão**

- Profissionais de saúde ausentes do setor, por motivo de folga, férias ou licença médica durante o período de coleta de dados.

3.4 Variáveis do estudo

Para atender aos objetivos propostos neste estudo, foram definidas as variáveis, descritas a seguir:

3.4.1 Variável dependente (variável resposta)

Foi considerada a disposição dos pacientes em perguntar aos profissionais de saúde se higienizaram mãos, de forma categórica dicotômica.

Categorias:

0- Não

1- Sim

3.4.2 Variáveis independentes (explicativas)

As variáveis independentes ou explicativas do estudo foram agrupadas, de acordo com os objetivos do estudo:

I - Características sociodemográficas do paciente

- Idade - calculada a partir da data de nascimento, expressa em anos completos. Categorizada de acordo com a mediana (54 anos).
 - 0- \leq 54 anos
 - 1- $>$ 54 anos
- Sexo - categorias:
 - 0- Feminino
 - 1- Masculino
- Cor ou Raça - categorizadas conforme as opções definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).
 - 0- Branca
 - 1- Preta
 - 2- Parda
 - 3- Outra: _____
- Religião - segundo as opções determinadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).
 - 0- Católica
 - 1- Evangélica
 - 2- Espírita
 - 3- Outra: _____
- Procedência – caracterizada de acordo com a cidade de origem do paciente.
 - 0- Capital
 - 1- Interior

- Estado civil - conforme categorização estabelecida pelo IBGE, 2010.
 - 0- Solteiro
 - 1- Casado/amasiado
 - 2- Divorciado
 - 3- Outro: _____

- Renda mensal – em relação ao salário mínimo vigente no país (R\$ 788,00) (MINISTÉRIO DO TRABALHO, 2015) e conforme as seguintes categorizações:
 - 0- Não remunerado
 - 1- Até 2 salários mínimos
 - 2- De 3 a 5 salários mínimos
 - 3- Acima de 5 salários mínimos
 - 4- Outros: _____

- Grau de Escolaridade - categorizada pelo grau concluído ou não, e ausência deste (IBGE, 2010).
 - 0- Sem instrução.
 - 1- Ensino fundamental completo
 - 2- Ensino fundamental incompleto
 - 3- Ensino médio completo
 - 4- Ensino médio incompleto
 - 5- Ensino superior completo
 - 6- Ensino superior incompleto

- Ocupação² - foi descrita a ocupação principal de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), do Ministério do Trabalho.
 - 0- Afastado, aposentado e pensionista.
 - 1- Profissionais das ciências e das artes
 - 2- Trabalhadores de serviços administrativos

² Ocupação é definida como a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas. Considerada como cargo, função, profissão ou ofício exercido pela pessoa (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES, 2015).

- 3- Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados
- 4- Trabalhadores agropecuários, florestais, caça e pesca
- 5- Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais
- 6- Desempregado
- 7- Outros

- Atuação profissional do paciente na área da saúde

0- Não

1- Sim

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Paciente possui algum familiar que atua/atuou, profissionalmente, na área da saúde

0- Não

1- Sim

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Se sim, qual o nível de formação profissional do familiar que exerce/exerceu na área da saúde:

0- Nível básico _____

1- Nível médio _____

2- Nível superior _____

I - História progressa³ de internação hospitalar do paciente e seu familiar⁴ e ocorrências de infecções relacionadas ao serviço de saúde⁵.

- Paciente internou em algum hospital no ano último, referência 2014:

0- Não

1- Sim

³Internação progressa - será considerada a internação hospitalar anterior, considerando como referência o ano de 2014.

⁴Familiar - considerará as pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, residente na mesma unidade domiciliar, ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar (IBGE, 2010).

⁵Infecções relacionadas ao serviço de saúde: adquiridas durante o cuidado, em serviços de saúde, e que não estavam presentes ou em incubação na admissão do indivíduo (SIEGEL, 2007).

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Se sim, paciente adquiriu IRAS durante a última internação:

0- Não

1- Sim

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Se sim, paciente necessitou de adoção de medida de isolamento⁶ e/ou precauções por vias de transmissão.

0- Não

1- Sim

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Se sim, por qual motivo foi instituído medida de isolamento e/ou de precauções de vias de transmissão:_____.

• Paciente sabe informar o microrganismo(s) causadores da colonização/infecção adquirida no hospital:

0- Não

1- Sim

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Se sim, qual microrganismo_____.

• Paciente sabe se alguma familiar já adquiriu IRAS:

0- Não

1- Sim

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

• Paciente sabe informar se seu familiar necessitou de adoção de medida de isolamento e/ou precauções por vias de transmissão.

0- Não

1- Sim

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

⁶Isolamento: separação de pacientes ou implementação de medidas para reduzir a transmissão de patógenos de uma pessoa para outra, por via direta ou indireta, segundo o CDC, 2007).

- Paciente sabe informar o microrganismo(s) causadores da colonização/infecção adquirida no hospital em seu familiar:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)
- Se sim, qual foi o microrganismo: _____.

III - Conhecimento do paciente sobre o risco de adquirir infecções relacionadas à assistência de saúde e da higienização das mãos.

- Conhecimento do risco do paciente adquirir IRAS:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)
- Preocupação com o risco de adquirir IRAS:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 1- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)
- Opinião do paciente a respeito da higienização das mãos realizada pelos profissionais de saúde *antes do cuidado aos pacientes*:
 - 0- Pouco importante
 - 1- Importante
 - 2- Muito importante
- Opinião do paciente sobre a importância da higienização das mãos realizada pelos profissionais de saúde *após o cuidado dos pacientes*:
 - 0- Pouco importante
 - 1- Importante
 - 2- Muito importante

- Paciente sabe quais os momentos que os profissionais devem higienizar as mãos:
 - 0- Não
 - 1- Sim
- Se sim em quais os momentos:
 - 0- Antes do contato com paciente
 - 1- Após contato com paciente
 - 2- Antes e após contato com paciente
- Paciente recebeu orientação dos profissionais de saúde sobre higienização das mãos, *em algum momento da sua vida*:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

IV - Percepção⁷ do paciente em relação ao cumprimento da higienização de mãos pelos profissionais de saúde:

- Profissionais de saúde, *de modo geral*, higienizam as mãos com *água e sabonete* ou preparação *alcoólica antes/depois* entrar em contato com os pacientes:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)
- Profissionais de saúde *desta instituição* cumprem a higienização das mãos todas as vezes que é necessário:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

⁷ Percepção - Segundo Forgas, 1971, percepção é o “processo de extrair informação”, a partir da “recepção, aquisição, assimilação e utilização do conhecimento”, no qual estão subordinados a aprendizagem e o pensamento (Rodrigues *et al.*, 2012).

- Profissionais de saúde desta instituição higienizam as mãos *antes* de tocar nos pacientes:
 - 0- Nunca
 - 1- Algumas vezes
 - 2- Sempre
 - 3- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Profissionais de saúde desta instituição higienizam as mãos *após* tocar nos pacientes:
 - 0- Nunca
 - 1- Algumas vezes
 - 2- Sempre
 - 3- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Profissionais de saúde que o atendem *nesta internação* têm higienizado as mãos *antes* do cuidado:
 - 0- Nunca
 - 1- Algumas vezes
 - 2- Sempre
 - 3- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Profissionais de saúde que o atendem *nesta internação* têm higienizado as mãos *após* o cuidado:
 - 0- Nunca
 - 1- Algumas vezes
 - 2- Sempre
 - 3- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Pacientes sabem quais os produtos utilizados pelos profissionais de saúde para higienizar as mãos:
 - 0- Não
 - 1- Sim

- Se sim, quais os produtos para HM?

0- Água e sabonete

1- Preparação alcoólica

2- Água, sabonete e preparação alcoólica

3- Outros (não lembro/não respondeu)

V - Percepção e Atitude⁸ do paciente a respeito da adesão a higienização das mãos entre os profissionais de saúde?

- Disponibilidade do paciente para receber *orientação verbal e escrita* sobre a importância da HM na prevenção das IRAS:

0- Não

1- Sim

2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Concordância que pacientes e familiares devem estar cientes de que os profissionais de saúde higienizam as mãos antes/depois de entrar em contato com os pacientes:

0- Não

1- Sim

- Disponibilidade do paciente de lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos se eles esquecerem:

0- Não

1- Sim

- Se não, por quê: _____.

- Se sim, por quê: _____.

⁸ Atitude – modo de proceder ou agir de um indivíduo em relação a grupos, questões, outros seres humanos ou situações ocorridas no cotidiano circundante (ALVES, 2008).

- Sentimento do paciente em perguntar aos profissionais de saúde se eles higienizaram as mãos:
 - 0- Desconfortável
 - 1- Confortável
 - 2- Muito confortável

- Possibilidade do paciente em perguntar aos *médicos* se eles higienizaram as mãos:
 - 0- Nunca
 - 1- Algumas vezes
 - 2- Sempre
 - 3- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Possibilidade do paciente em perguntar aos *enfermeiros* se eles higienizaram as mãos:
 - 0- Nunca
 - 1- Algumas vezes
 - 2- Sempre
 - 3- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Possibilidade do paciente em perguntar aos *técnicos de enfermagem* se eles higienizaram as mãos:
 - 0- Nunca
 - 1- Algumas vezes
 - 2- Sempre
 - 3- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Paciente sentiria confortável em perguntar aos profissionais de saúde se eles higienizaram as mãos, se outros pacientes também perguntassem:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

- Paciente já perguntou a algum profissional de saúde se ele higienizou as mãos:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)
- Paciente considera que profissionais de saúde desta instituição estão preparados/treinados para serem questionados pelos pacientes sobre a higienização de suas mãos:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)
- Paciente se considera preparado/capacitado para perguntar aos profissionais se higienizaram as suas mãos:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)
- Paciente considera que pacientes devam participar de campanhas para melhoria da adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde no cuidado recebido?
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - 2- Outros (Não sei/não lembro/não respondeu)

VI - Percepção e Atitudes do profissional de saúde a respeito da participação dos pacientes na adesão a higienização das mãos.

- Profissional de saúde considera que pacientes podem ajudar a melhorar a adesão à higienização das mãos, em lembrá-los sobre esta prática:
 - 0- Não
 - 1- Sim
- Se não, por quê:_____.
- Se sim, por quê:_____.

- Profissional de saúde considera importante ser lembrado a higienizar as mãos, pelo paciente que receberia seu cuidado, caso esquecesse:
 - 0- Não
 - 1- Sim
- Em algum momento de sua atividade profissional, você foi lembrado a higienizar as mãos pelo paciente:
 - 0- Não
 - 1- Sim
- Se sim, quantas vezes: (_____).
- Se sim, quando:
 - 0- Última semana
 - 1- Último mês
 - 2- Último ano
 - 3- Não lembra
- Ser lembrado pelo paciente à higienização das mãos em caso de não realizá-la, o deixaria:
 - 0- Desconfortável
 - 1- Confortável
 - 2- Muito confortável
 - Por quê:_____.
- Caso o profissional de saúde apoie à participação dos pacientes em campanha de melhoria da higienização das mãos, o que facilitaria para sinalizar ao paciente que o profissional está aberto a ser questionado:
 - Utilização de crachás com dizeres que incentiva a participação deles a perguntar sobre a higienização das mãos:
 - 0- Pouco importante
 - 1- Importante
 - 2- Muito importante

- Lembrete escrito no quarto, orientando paciente a perguntar aos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos:
 - 0- Pouco importante
 - 1- Importante
 - 2- Muito importante

- Orientação verbal da equipe aos pacientes incentivando-os a perguntar aos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos:
 - 0- Pouco importante
 - 1- Importante
 - 2- Muito importante

- Orientação escrita pela equipe aos pacientes incentivando-os a perguntar aos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos:
 - 0- Pouco importante
 - 1- Importante
 - 2- Muito importante

- Profissional de saúde sugere outra forma de abordagem para incentivar os pacientes a participarem da adesão a higienização das mãos:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - Se sim, qual forma: _____.

- Profissional de saúde gostaria de utilizar crachá informando: ***“PERGUNTE-ME SE HIGIENIZEI MINHAS MÃOS”***:
 - 0- Não
 - 1- Sim
 - Se não, por quê: _____.
 - Se sim, por quê: _____.

- Como o profissional de saúde sentiria se o paciente o perguntasse se higienizou as mãos, no caso de utilizar crachá informando: **“PERGUNTE-ME SE HIGIENIZEI MINHAS MÃOS”**:
 - 0- Desconfortável
 - 1- Confortável
 - 2- Muito confortável
- Profissional de saúde conhece ou ouviu falar no programa da Organização Mundial de Saúde **“PACIENTE PELA SEGURANÇA DO PACIENTE”**:
 - 0- Não
 - 1- Sim

- Se sim, qual o principal fundamento deste programa:_____.

3.5 Coleta de dados

Realizou-se um estudo piloto, seguindo o mesmo delineamento e desenvolvimento das etapas da pesquisa, visando testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e técnicas de coleta de dados.

O referido teste foi realizado em uma unidade de internação de clínica médica e cirúrgica do mesmo hospital em que a pesquisa foi desenvolvida, comum à amostra de 39 pacientes e 42 profissionais de saúde, atendendo aos mesmos critérios de elegibilidade previstos para a pesquisa (MARCONI, LAKATOS, 2013).

Após o estudo piloto, verificou-se uma necessidade de adequação dos instrumentos de coleta de dados, quanto à existência de perguntas duplicadas, reorganização da ordem e sequência dos enunciados, das alternativas de respostas e da apresentação das questões que foram realizadas para a aplicação definitiva dos questionários.

Finalizada a etapa anterior foi conduzida a coleta de dados propriamente dita, posteriormente ao convite do pesquisador, aos pacientes e profissionais elegíveis, com apresentação dos objetivos, relevância, possíveis contribuições da pesquisa. Destacou-se ainda o caráter voluntário, não gratificação, confidencialidade e sigilo quando a identidade do participante, riscos e benefícios.

Pacientes e profissionais de saúde de acordo em participar do estudo, assinaram os termos de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndices A e B respectivamente), em duas vias.

Os dados foram coletados de forma face a face entre o entrevistador e os participantes (pacientes internados e profissionais de saúde) das unidades de estudo. As entrevistas com os pacientes ocorreram preferencialmente no período da manhã e tarde, a fim de respeitar o horário de descanso noturno dos pacientes. Entretanto, os profissionais de saúde foram abordados nos turnos matutino, vespertino e noturno, com o intuito de contemplar todos os períodos de trabalho da equipe médica e de enfermagem.

3.6 Instrumentos para coleta de dados

Os instrumentos de coletas de dados foram elaborados com base em outras pesquisas prévias relacionadas ao tema. Após o consentimento dos autores e adaptação das perguntas, de acordo com objetivos propostos e o perfil da população do estudo, utilizou-se como referência, os instrumentos aplicados na pesquisa de Kim *et al* (2015).

O “Questionário básico sobre a percepção de profissionais de saúde a respeito das infecções relacionadas à assistência à saúde e à higienização das mãos”, desenvolvido pela OMS, também foi adotado como modelo, no instrumento de coleta de dados, direcionado para profissionais de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). Realizou-se um pré-teste para averiguar se os instrumentos foram formulados com clareza, com as informações necessárias e realizado os ajustes pertinentes, conforme descrito anteriormente.

Nas entrevistas com os pacientes utilizou-se um questionário estruturado, composto por *cinco partes* (Apêndice C).

Parte I: Características sociodemográficas do paciente - idade, sexo, raça, religião, naturalidade, procedência, estado civil, renda mensal, grau de escolaridade, ocupação, atuação profissional na área da saúde, atuação profissional do familiar na área de saúde.

Parte II: História pregressa de internação hospitalar do paciente e de seu familiar e ocorrência de infecções relacionadas ao serviço de saúde - história da internação hospitalar prévia do paciente e seus familiares no último ano; presença de infecção durante internação; necessidade de isolamento e ou medidas de precauções; microrganismo envolvido.

Parte III: Conhecimento do paciente sobre o risco de adquirir infecções relacionadas ao serviço de saúde e da higienização das mãos - conhecimento e preocupação com o risco de

adquirir IRAS; momentos que os profissionais de saúde devem higienizar as mãos; importância da HM antes e depois do cuidado; orientação sobre HM pelos profissionais de saúde.

Parte IV: Percepção do paciente em relação ao cumprimento da higienização das mãos pelos profissionais de saúde-observação da HM; cumprimento da HM pelos profissionais da instituição; frequência da HM (antes e após contato com paciente) realizada por profissionais; conhecimento a respeito dos produtos utilizados pelos profissionais para higienização das mãos.

Parte V: Percepção e Atitude do paciente a respeito da sua participação na adesão à higienização das mãos-disponibilidade do paciente em receber orientação verbal e escrita sobre a importância da HM; estar de acordo que pacientes e familiares devam estar cientes da importância da HM pelos profissionais de saúde antes e após cuidados; disponibilidade de lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos se eles esquecessem; sentimento do paciente em solicitar aos profissionais de saúde para higienizarem as mãos; possibilidade do paciente em solicitar aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) a higienizarem suas mãos; paciente sentiria mais confortável de perguntar se visse outros pacientes indagando aos profissionais se higienizaram as mãos; paciente já perguntou a algum profissional de saúde se higienizou as mãos; paciente considera que profissionais de saúde da instituição estão preparados/treinados para serem questionados pelos pacientes sobre a HM; paciente se sente preparado para questionar aos profissionais de saúde se higienizaram as mãos; pacientes devem participar de campanhas para melhoria da adesão a HM entre profissionais de saúde no cuidado.

Para a **abordagem dos profissionais de saúde**, o instrumento de coleta de dados foi composto por *cinco partes* (Apêndice D).

Parte I: Características sociodemográficas do profissional de saúde - idade, sexo, raça, religião, estado civil, grau de escolaridade, categoria profissional, tempo de formação e de atuação profissional na instituição/setor; turno de trabalho; de vínculo de trabalho na instituição.

Parte II: Percepção do profissional de saúde a respeito das infecções relacionadas à assistência à saúde e da higiene das mãos – risco dos pacientes em adquirir infecção no hospital/ instituição/ setor; percentual dos pacientes internados que desenvolvem infecções na unidade; preocupação com o risco de infecção ao prestar o cuidado; repercussão das IRAS na evolução clínica dos pacientes; eficácia da HM para a redução das IRAS; importância dos

profissionais de saúde higienizar as mãos antes e após o contato com paciente; preferência e o porquê do tipo de HM; profissional recebeu e gostaria de receber treinamento sobre HM.

Parte III: Percepção do profissional em relação ao cumprimento da higienização das mãos – frequência que outros profissionais de saúde, em geral, higienizam as mãos (antes e após contato com paciente; antes e após contato utilizando água e sabonete, preparação alcoólica); situações e frequência que o profissional utiliza água e sabonete e preparação alcoólica; opinião sobre a necessidade de programas adicionais para melhorar a adesão a HM entre profissionais de saúde.

Parte IV: Conhecimento do profissional de saúde a respeito da estrutura da unidade e/materiais para higienização das mãos e da legislação– importância e disponibilidade de pias, água, sabonete papel toalha, preparação alcoólica, lixeira com pedal, exposição de cartazes na enfermaria sobre a HM; incentivo da chefia imediata, instituição e colegas a prática da HM no setor; conhecimento a respeito de alguma regulamentação sobre HM, RDC 42/2010 e os cinco momentos para HM.

Parte V: Percepção e atitudes do profissional de saúde a respeito da sua participação dos pacientes na adesão a higienização das mãos – profissional considera que os pacientes devam participar de campanhas para melhoria da adesão a HM; pacientes podem ajudar a melhorar a prática da HM entre profissionais de saúde, lembrando-os sobre esta prática; profissional de saúde já foi questionado por pacientes ou familiares da HM; como se sentiria ao ser abordado pelo paciente a higienizar suas mãos; opinião do profissional sobre qual a melhor abordagem para o pacientes identificá-lo que está aberto a ser questionado; profissional gostaria de usar um crachá com dizeres “*Pergunte-me se higienizei minhas mãos*”; conhecimento do profissional sobre o programa da OMS, “*paciente pela segurança do paciente*” e qual seu fundamento.

3.7 Análise dos dados

Os dados obtidos pelos questionários foram digitados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.

Inicialmente, utilizou-se estatística descritiva para a caracterização da população estudada, pelos cálculos das frequências absolutas e relativas, assim como medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas.

Para verificar a influência das variáveis independentes com as variáveis dependentes (variáveis respostas) Foi realizada análise bivariada, tendo como teste Qui-Quadrado de Pearson e exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%.

As variáveis que apresentaram um nível de significância inferior ou igual a 20% ($p \leq 0,20$), na análise bivariada, foram selecionadas para a análise de regressão logística multivariada. Para ajuste do modelo, foi aplicado o algoritmo *Backward-stepwis*, no qual as variáveis menos significativas foram retiradas, permanecendo apenas aquelas com valor de $p < 0,05$.

Os resultados realizados para o teste final foram considerados significativos a um nível de significância de 5% ($p < 0,05$), com intervalo de confiança de 95%.

3.8 Aspectos éticos

O presente estudo faz parte do projeto “*Impacto da estratégia multimodal na adesão à higiene de mãos entre a equipe multiprofissional*”. Este foi submetido e aprovado em 18 de Setembro de 2013, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o registro CAAE - 18477913.1.0000-5149 (Anexo A), atendendo aos princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

4 RESULTADOS

Os resultados deste estudo estão apresentados em consonância com os objetivos, seguindo a sequência dos instrumentos de coleta de dados dos pacientes e profissionais de saúde, respectivamente.

4.1 Pacientes do Estudo

4.1.1 Características sociodemográficas dos Pacientes

Considerando o cálculo amostral, 250 pacientes foram elegíveis para este estudo. Quanto à idade dos entrevistados, encontrou-se faixa etária entre 18 e 90 anos (mediana de 54 anos). Houve predomínio do sexo masculino (130/52%) e de religião católica (153/61,2%), com distribuição semelhante entre brancos e pardos (40%); casados (117/46,8%); procedentes do interior do Estado de Minas Gerais (127/50,8%), com ensino fundamental incompleto (113/45,2%); aposentados ou afastados do trabalho (122/48,8%) e com renda mensal inferior a dois salários mínimos (191/76,4%).

Um total 22/8,8% entrevistados atuavam profissionalmente na área da saúde, sendo a maioria desses, como agente comunitário de saúde ou cuidador. Centro e quatro (41,6%) dos pacientes afirmaram ter algum familiar próximo trabalhando na área da saúde, sendo que destes, 36/34,7% possuíam formação de nível superior (enfermeiros), 51/49% nível médio (técnicos de enfermagem) e 17/6,3% nível básico (agentes comunitários de saúde ou cuidadores).

4.1.2 História progressiva de internação hospitalar dos pacientes e de seus familiares e ocorrência de infecções relacionadas à assistência à saúde

Dentre os 250 pacientes do estudo, 101/40,4% foram hospitalizados no ano de 2014, 11/4,4% adquiriram IRAS. Desses, 8/3,2% necessitaram de isolamento ou medidas de precaução por via de transmissão por microrganismos multirresistente, *Enterococos* resistente à vancomicina e Varicela Zoster, (3/37,2%); suspeita de meningite (1/12,5%); suspeita de tuberculose pulmonar (1/12,5%); uso de imunossupressores, após realização de transplante cardíaco (1/12,5%) e os demais não tinham informação (2/25%).

A história pregressa de IRAS em familiares de pacientes internados, considerando o ano anterior à data da entrevista, referência 2014, 9/3,6% dos respondentes mencionaram presença de infecção e 2/0,8% necessitou de medidas de isolamento e/ou precaução por Varicela-Zoster.

4.1.3 Conhecimento dos pacientes sobre o risco de adquirir infecções relacionadas ao serviço de saúde e da higienização das mãos

A maioria (234/93,6%) dos pacientes do estudo estava ciente do risco de adquirir algum tipo de infecção no hospital durante a internação; 226/90,4% se preocupavam em adquiri-las; 209/83,6% julgaram muito importante a realização da HM antes e após o cuidado pelos profissionais de saúde.

Os pacientes, ao serem questionados se sabiam quais os momentos que os profissionais deveriam higienizar as mãos, 245/98% relataram ter conhecimento; 206/82,4% responderam *antes e após contato com pacientes*; - 31/12,4% *antes do contato com paciente*; 8/3,2% *após contato com paciente* e 5/2% não responderam. Entretanto, 103/41,2% dos 250 pacientes, relataram nunca ter recebido orientação sobre HM de profissionais de saúde.

4.1.4 Percepção dos pacientes em relação ao cumprimento da higienização das mãos realizado pelos profissionais de saúde

A observação da prática de HM entre os profissionais de saúde durante a assistência prestada foi apontada por 211/84,4% dos pacientes. No contexto da instituição de estudo, 170/68% consideraram que esses executavam a HM todos os momentos necessários. Em relação à percepção dos pacientes para a frequência da HM realizada por profissionais de saúde, de maneira geral, (154/61,6%) afirmaram que esses executam *sempre, antes e após de tocar nos pacientes*.

Sobre os produtos utilizados pelos profissionais de saúde, 229/91,6% dos pacientes apontaram conhecê-los, sendo uso conjugado da água, sabonete e preparação alcoólica (140/61,1%), água e sabonete (49/21,4%) e preparação alcoólica isoladamente (40/17,5%) referidos (Gráfico 1).

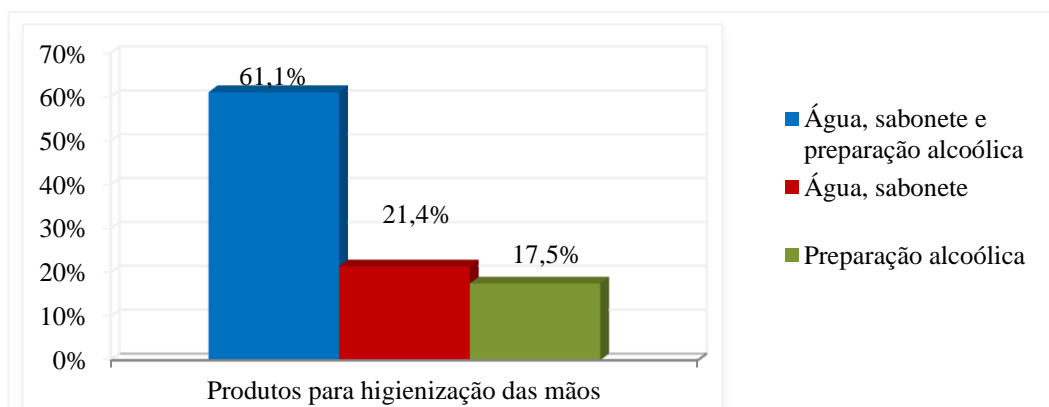


GRÁFICO 1 - Produtos para higienização das mãos. Belo Horizonte, 2016.

4.1.5 Percepção e atitudes dos pacientes a respeito da sua participação na adesão à higienização das mãos

No tocante à participação dos pacientes na HM, 204/81,6% dos entrevistados afirmaram que gostariam de receber orientação verbal/escrita sobre a importância dessa prática na prevenção das IRAS e 237/94,8% concordaram que pacientes e familiares devam estar cientes que profissionais de saúde têm que realizar a HM, *antes e após tocar nos pacientes*. A respeito da disponibilidade do paciente em lembrar os profissionais de saúde a higienizar as mãos, se eles se esquecessem, 163/65,2% responderam que estavam dispostos em lembrá-los. Dentre os motivos, pontuados pelos pacientes para recordar aos profissionais de saúde a higienizar as mãos, as razões foram à prevenção de infecção/evitar transmissão de bactérias (77/47,2%), sua proteção/ segurança (44/27%), proteção para outros pacientes e profissionais de saúde (14/8,6%), faz parte do cuidado/higiene (11/6,7%), aumentaria o cumprimento desta prática da HM (9/5,5%); direito do paciente (8/4,9%).

No entanto, 87/34,8% pacientes que relataram que não estariam dispostos em lembrar os profissionais de saúde a respeito da HM, (36/41,4%) justificaram ser devido constrangimento/vergonha; (36/41,4%) acreditavam que profissionais sabiam da sua obrigação; (9/10,3%) medo da resposta e (4/4,6%) para evitar conflitos entre pacientes e equipe de saúde e (2/2,3%) não responderam qual era o motivo.

Em relação ao sentimento dos pacientes em perguntar aos profissionais de saúde se higienizaram as mãos, 170/68% sentiriam desconfortáveis; 67/26,8% confortáveis e 13/5,2% muito confortáveis. Entretanto, do total de 250 dos entrevistados (208/83,2%) ficariam mais

confortáveis em perguntar aos profissionais de saúde, se vissem outros pacientes perguntando (Gráfico 2).

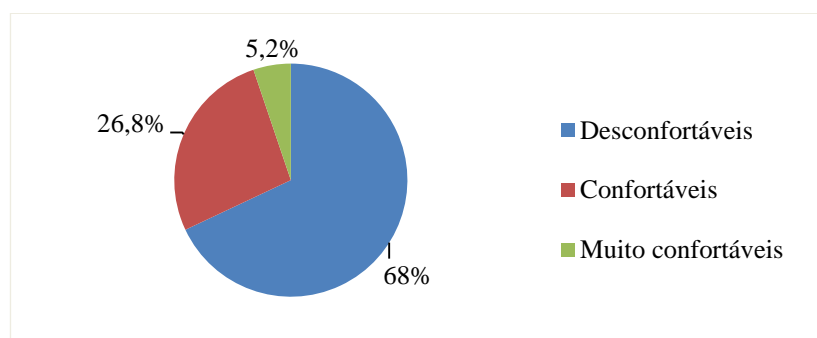


GRÁFICO 2 - Sentimentos dos pacientes (n=250) em perguntar aos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos. Belo Horizonte, 2016.

A questão proposta de perguntar ou não ao profissional de saúde sobre a HM também variou de 22,4% a 46,8 %, em detrimento da categoria a ser abordada, sendo aos *médicos*: nunca (115/46%), sempre (75/30%), algumas vezes (56/22,4%), não responderam (4/1,6%); aos *enfermeiros*: nunca (102/40,8%), sempre (82/32,8%), algumas vezes (62/24,8%) não responderam (4/1,6%); aos *técnicos de enfermagem*: nunca (98/39,2%), sempre (70/28%), algumas vezes (66/26,4%), não responderam (16/6,4%) (Gráfico 3).

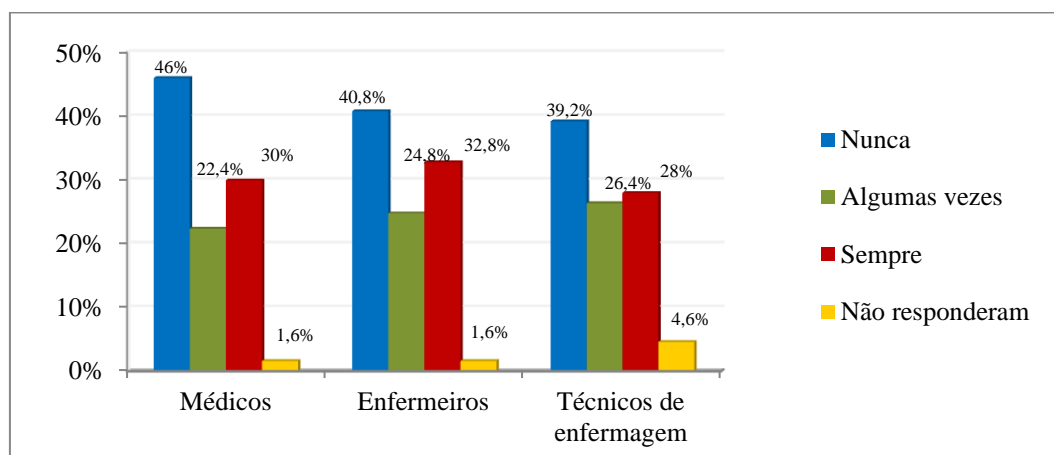


GRÁFICO 3 - Disponibilidade dos pacientes (n=250) em perguntar aos profissionais de saúde se higienizaram as mãos. Belo Horizonte, 2016.

Os pacientes, ao serem questionados se em internações anteriores eles perguntaram alguma vez aos profissionais de saúde sobre a HM, 201/80,4% afirmaram que, nunca de fato, questionaram algum profissional de saúde se este higienizou as suas mãos.

Quanto à abertura dos profissionais de saúde da instituição para o questionamento

sobre a higienização das mãos, 172/68,8% consideraram que estes estavam treinados/capacitados para serem indagados pelos pacientes.

4.1.6 Análise bivariada entre a variável *disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde de higienizarem as mãos se eles se esquecessem* e as variáveis independentes

4.1.6.1 - Características sociodemográficas e história pregressa de internação hospitalar e IRAS dos pacientes

A análise da variável *resposta (disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde de higienizarem as mãos se eles se esquecessem)* e as variáveis sociodemográficas idade, escolaridade, e história prévia de internação hospitalar dos pacientes estão apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas idade, escolaridade e história pregressa de internação hospitalar dos pacientes e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	N= 250	Disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais a higienizar das mãos			Odd Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	
		Sim	%	Valor-p		Limite Inferior	Limite Superior
Idade Mediana				0,000			
≤ 54 anos	130	98	75,4		Referência		
> 54 anos	120	65	54,2		0,719	0,593	0,870
Escolaridade				0,007			
Sem instrução	20	8	40,0		Referência		
Fundamental completo	28	26	92,9		2,321	1,344	4,010
Fundamental incompleto	113	75	66,4		1,659	0,955	2,883
Médio completo	35	21	60,0		1,500	0,822	2,736
Médio incompleto	27	18	66,7		1,667	0,915	3,035
Superior completo	20	10	50,0		1,250	0,625	2,500
Superior incompleto	7	5	71,4		1,786	0,876	3,641
Internação prévia				0,042			
Não	149	105	70,5		Referência		
Sim	101	58	57,4		0,815	0,669	0,993

Foram encontradas associação significativa ($p < 0,05$) entre faixa etária ($p = 0,000$) e escolaridade ($p = 0,007$) e a história prévia de internação hospitalar ($p = 0,042$). Pacientes com idade inferior ou igual a 54 anos apresentaram mais disponibilidade em perguntar aos profissionais se higienizaram as mãos bem como, pacientes com nível de formação fundamental completo em comparação ao sem instrução. Pacientes que não internaram previamente eram mais dispostos a perguntar aos profissionais de saúde se higienizaram as mãos (70,5%) do que pacientes que tiveram internação hospitalar pregressa (57,4%).

4.1.6.2 Conhecimentos dos pacientes sobre o risco de adquirir infecção relacionada à assistência à saúde e da higienização das mãos

Quanto as variáveis conhecimento sobre IRAS e HM e, a variável resposta (*disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde de higienizarem as mãos se eles se esquecessem*), foram verificadas associações com a variável paciente sabe quais as situações que os profissionais devem higienizar as mãos e descrição do momento *antes* de tocar no paciente. Os entrevistados que informaram que sabiam quais as situações que os profissionais de saúde devem higienizar as mãos, apresentaram mais disponibilidade de perguntar a esses em comparação aqueles que relataram não saber ($p < 0,005$).

No que se referem à descrição dos momentos que os profissionais devem higienizar as mãos, pacientes que responderam que seria *antes* do contato com paciente, demonstraram mais disponibilidade de perguntar ao profissional sobre a HM ($p = 0,019$), em relação aos que citaram *antes e após* contato com paciente e aqueles que relataram *após* o contato com pacientes (Tabela 2).

TABELA 2 - Análise bivariada entre as variáveis relacionadas ao conhecimento dos pacientes sobre o risco de infecção relacionada à assistência à saúde e da higienização das mãos e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	N= 250	Disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais a higienizar das mãos			Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	
		Sim	%	Valor-p		Limite Inferior	Limite Superior
Momentos da HM*					0,005		
Não	05	0	0,0**				
Sim	245	163	66,5				
Descrição dos momentos					0,019		
Antes de tocar no paciente	31	22	71,0	Referência			
Após tocar no paciente	8	5	62,5	0,881	0,492	1,576	
Antes e após tocar no paciente	206	136	66,0	0,930	0,728	1,189	

* HM= higienização das mãos

** Categoria igual zero = não foi calculado estimativa da medida de risco.

4.1.6.3. Percepção dos pacientes quanto ao cumprimento da HM pelos profissionais de saúde.

Em relação à percepção dos pacientes quanto ao cumprimento da HM pelos profissionais de saúde e a variável à disponibilidade em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos se eles se esquecessem, foram encontradas associações significativas ($p < 0,05$) entre cumprimento da HM pelos profissionais todas as vezes que necessário ($p = 0,005$); frequência da higienização das mãos pelos profissionais (*antes de tocar o paciente*) ($p = 0,013$); frequência da HM pelos profissionais (*após tocar o paciente*) ($p = 0,004$) e conhecimento dos produtos utilizados para HM ($p = 0,022$), conforme apresentado na Tabela 3.

TABELA 3 - Análise bivariada entre as variáveis relacionadas ao cumprimento da higienização das mãos pelos profissionais de saúde e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	N= 250	Disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais a higienizar das mãos			Odd Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	
		Sim	%	Valor-p		Limite Inferior	Limite Superior
Cumprimento HM*					0,005		
Não	48	22	45,8		Referência		
Sim	170	121	71,2		1,553	1,125	2,143
Outros**	32	20	62,5		1,364	0,907	2,051
Frequência da HM (antes)					0,013		
Nunca	2	1	50,0		Referência		
Algumas vezes	68	35	51,5		1,029	0,253	4,195
Sempre	155	113	72,9		1,458	0,363	5,850
Outros*	25	14	56,0		1,120	0,268	4,675
Frequência da HM (após)					0,004		
Nunca	3	1	33,3		Referência		
Algumas vezes	64	33	51,6		1,547	0,307	7,800
Sempre	153	113	73,9		2,216	0,446	11,009
Outros	30	16	53,3		1,600	0,312	8,207
Produtos HM					0,022		
Água e sabonete	49	30	61,2		Referência		
Preparação alcoólica	40	20	50,0		0,817	0,558	1,196
Água/ sabonete + preparação alcoólica	141	102	72,3		1,182	0,925	1,510

* HM = Higiene das mãos

**Outros= não sabe, não lembra e não respondeu.

Pacientes que concordaram que profissionais de saúde da instituição do estudo realizam a HM, todas as vezes que foi necessário demonstraram-se mais dispostos a questioná-los sobre a HM (71,2%) do que aqueles que discordaram (45,8%).

Em relação à frequência da HM pelos profissionais, pacientes que consideraram que esses higienizavam as mãos *antes* de tocá-los: *sempre* (72,9%) estão mais dispostos a questioná-los sobre a HM, do que aqueles que responderam *nunca* (50%). Entretanto os entrevistados que julgaram que profissionais de saúde higienizam as mãos *após* contato com paciente: *sempre* (73,9%), são mais propensos a perguntá-los a respeito da HM em comparação àqueles que reportaram *nunca* (33,3%).

Os respondentes que observaram que os profissionais de saúde da instituição utilizavam água e sabonete e também preparação alcoólica estavam mais dispostos a

questioná-los sobre a HM (72,3%) em relação aos que responderam que usavam água e sabonete (61,2%) e somente em preparação alcoólica (50%).

4.1.6.4. Percepção e atitudes dos pacientes a respeito da sua participação na higienização das mãos

As variáveis relacionadas à percepção e atitudes dos pacientes a respeito da sua participação na HM e a variável resposta são apresentadas na tabela 4.

TABELA 4 - Análise bivariada entre as variáveis relacionadas à percepção e atitudes do paciente a respeito da sua participação na HM e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	N= 250	Disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais a higienizar das mãos			Odd Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	
		Sim	%	Valor-p		Limite Inferior	Limite Superior
Sentimento em perguntar Sobre HM*					0,000		
Desconfortável	170	88	51,8		Referência		
Confortável	67	62	92,5		1,788	1,523	2,098
Muito confortável	13	13	100,		1,932	1,671	2,234
Perguntar aos médicos					0,000		
Nunca	115	39	33,9		Referência		
Algumas vezes	56	48	85,7		2,527	1,917	3,333
Sempre	75	73	97,3		2,870	2,218	3,714
Outros*	4	3	75,0		2,212	1,189	4,114
Perguntar aos Enfermeiros					0,000		
Nunca	102	29	28,4		Referência		
Algumas vezes	62	51	82,3		2,893	2,082	4,020
Sempre	82	80	97,6		3,431	2,517	4,678
Outros*	4	3	75,0		2,638	1,385	5,024
Perguntar aos técnicos de Enfermagem					0,000		
Nunca	98	26	26,5		Referência		
Algumas vezes	66	54	81,8		3,084	2,176	4,370
Sempre	70	68	97,1		3,662	2,627	5,103
Outros	16	15	93,8		3,534	2,483	5,029
Perguntaria se outros pacientes lembrassem					0,001		
Não	42	18	42,9		Referência		
Sim	208	145	69,7		1,627	1,134	2,333

Variáveis	N=250	Disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais a higienizar das mãos			Odd ratio	Intervalo de Confiança (95%)	
		Sim	%	Valor-p		Limite inferior	Limite superior
Continua							
Perguntou antes sobre HM*							
Não	201	125	62,2	0,046	Referência	1,036	1,501
Sim	49	38	77,6				
Profissionais estão capacitados							
Não	52	27	51,9	0,001	Referência	1,061	1,847
Sim	172	125	72,7				
Outros**	26	11	42,3				
Você sente capacitado							
Não	108	33	30,6	0,000	Referência	2,271	4,043
Sim	135	125	92,6				
Outros	7	5	71,4				
Necessárias campanhas sobre HM*							
Não	11	4	36,4	0,006	Referência	0,844	4,069
Sim	236	159	67,4				
Outros**	3	0	0,0				

* HM = Higiene das mãos.

**Outros= não sabe, não lembra e não respondeu.

***Categoria igual zero = não foi calculado estimativa da medida de risco.

Conforme a Tabela 4, as variáveis referentes à percepção e atitudes dos pacientes quanto a sua participação na HM apresentaram, em sua maioria, associação significativa ($p < 0,05$) com a variável resposta (*disponibilidade em lembrar os profissionais de saúde de higienizarem as mãos se eles se esquecessem*). As variáveis fortemente correlacionadas entre si (multicolinearidade) foram selecionadas e retiradas, não sendo contempladas na modelagem final.

4.1.7 Fatores associados à disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos se eles se esquecessem

A tabela 5 apresenta os resultados da análise de regressão logística multivariada entre as variáveis independentes e a *disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos se eles se esquecessem*.

Analisando o valor beta, pacientes com idade até 54 anos e aqueles que não foram

internados previamente, influenciaram positivamente na disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos, uma vez que os betas se mostraram positivos, confirmando o resultado da bivariada (Tabela 1).

Nesse sentido, a estimativa do Odd Ratio (OR) mostrou que:

- Pacientes com idade igual ou menor a 54 anos apresentou 2,5 vezes mais chance de estar *disposto em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos, se eles se esquecessem*.
- Pacientes que não tiveram internação hospitalar prévia, no último ano, apresentou mais chance (1,7 vezes) de perguntar ao profissional se higienizou as mãos, do que aqueles hospitalizados em 2014.

TABELA 5 - Análise de regressão logística multivariada entre as variáveis independentes e a disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos se eles se esquecessem. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	Nível de significância	Beta	Odds Ratio	I.C. de 95% para Odds Ratio	
				Inicial	Final
Idade ≤ 54 anos em relação à idade > 54 anos de idade	0,001	0,946	2,574	1,498	4,423
Internação hospitalar pregressa (Não em relação ao Sim)	0,043	0,559	1,749	1,017	3,008

OR= Odds Ratio; I.C. 95% = Intervalo de Confiança

4.2 Profissionais de Saúde do Estudo

4.2.1 Características sociodemográficas dos profissionais de saúde

Os profissionais de saúde que atenderam aos critérios de inclusão totalizaram 150 entrevistados, 55,3% eram técnicos de enfermagem, 26,0% enfermeiros e 18,7% médicos, com idade variando entre 22 anos e 64 anos. Definida pela mediana, a faixa etária dos participantes foi categorizada em idade igual ou menor que 35 anos (75/50%) e maior que 35 anos de idade (73/48,7%). Observou uma predominância de profissionais do sexo feminino (112/74,7%), cor branca (66/44%), católicos (92/61,3%), solteiros (71/47,3%), seguido de casados (61/40,7%).

O tempo de formação profissional foi de até 09 anos (79/52,7%), na instituição foi de 4,6 anos e na unidade de 3,2 anos.

4.2.2 Percepção dos profissionais de saúde em relação às infecções relacionadas à assistência à saúde e da higienização das mãos

Quanto à percepção dos profissionais de saúde a respeito das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), 100% estavam cientes dos riscos dos pacientes adquirirem infecção e 90,7% consideraram que as IRAS, representam um problema de *alta relevância*. Nesse contexto, 90% dos profissionais de saúde considerou *alta* a eficácia da higiene das mãos na redução das infecções relacionadas ao cuidado.

Em relação à preferência do tipo de HM apontada pelos profissionais, destacou-se a higiene das mãos com água e sabonete (117/78%), em detrimento da fricção com preparação alcoólica (33/22%) (Gráfico 4).

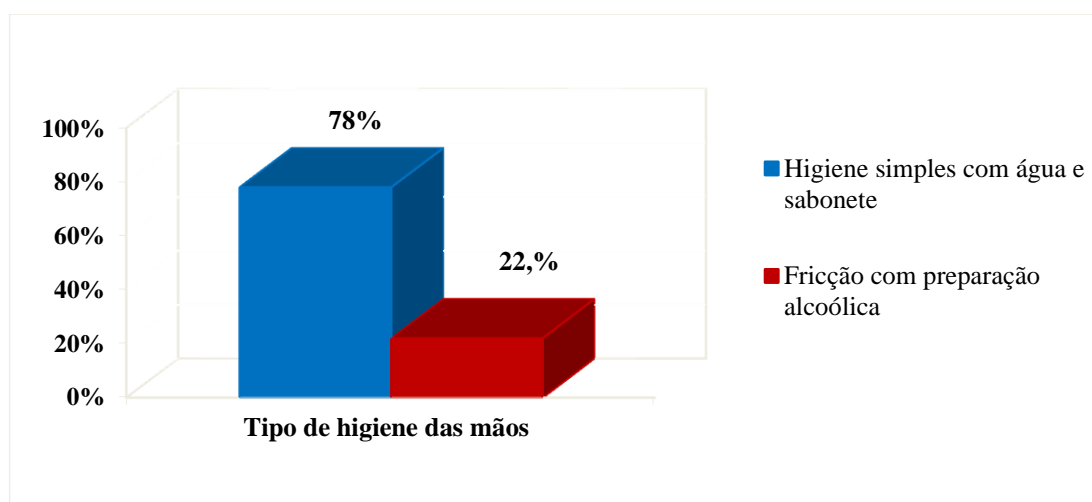


GRÁFICO 4 - Tipos de higiene das mãos preferidos pelos profissionais de saúde. Belo Horizonte, 2016.

Os motivos relatados pelos profissionais para o uso da água e sabonete foram relacionados à eficácia (51/43,6%); praticidade (29/24,8%), associado ao hábito/costume (19,7%) e não se manifestaram para a razão pela preferência (12%). A respeito do uso de preparação alcoólica, as justificativas mencionadas foram devido à praticidade (69,7%), eficácia (12,1%), hábito/costume (3%) e não informado o motivo da preferência (15,2%).

Do ponto de vista de treinamentos sobre a HM, realizado na instituição, no último ano, 79/52,7% relataram ter recebido e mais frequentemente, 60,3% realizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

4.2.3 Percepção dos profissionais de saúde a respeito do cumprimento da higienização das mãos

Em relação à frequência do cumprimento da HM pelos profissionais de saúde, de maneira geral, os entrevistados consideraram que as realizam *algumas vezes*: antes do contato com paciente (120/80%) e após o tocá-los (89/59,3%); utilizam preparação alcoólica, *algumas vezes*: antes do e contato com paciente (113/75,3%) e após tocá-los (108/72%); usavam água e sabonete, *algumas vezes*: antes do contato com paciente (117/78%) e depois de tocá-los (94/62,7%).

Ao perguntar qual a frequência que o profissional cumpria a HM, realizada com o uso de *água e sabonete*, (102/68%) dos entrevistados responderam *sempre* e (48/32%) *algumas vezes*. Sobre os momentos que os profissionais de saúde realizavam a HM com água e sabonete, (80/57,6%) relataram: *antes e após* o contato com os pacientes. Em relação a HM com o uso de preparação *alcoólica*, profissionais responderam que cumprem *algumas vezes* (85/56,7%) e *sempre* (59/39,3%). As situações para esse tipo de HM foram mencionadas por 65% dos entrevistados, apenas um momento da HM (*antes do contato*) com paciente.

4.2.4 Conhecimento dos profissionais de saúde quanto à estrutura da unidade e de materiais para higienização das mãos

A respeito dos aspectos estruturais das unidades e dos produtos que contribuem para o cumprimento da HM, os profissionais de saúde consideraram *muito importante* a disponibilidade de insumos como água, sabonete e papel toalha (142/94,7%); lixeira sem contato manual (140/93,3%); pias nas unidades (135/90%) e preparação alcoólica (130/86,7%).

Os entrevistados registraram a presença de todos os insumos que contribuem para a HM no serviço, como água e sabonete (112/74,7%); papel toalha (110/73,3%); preparação alcoólica (88/58,7%) e cartazes sobre a HM (80/53,3%). Quanto ao incentivo à prática da HM, 57,3% dos profissionais referiram a importância do estímulo de seu superior imediato;

81,3% pela instituição e 32% pelas atitudes dos colegas.

Em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre regulamentações e diretrizes para a HM apenas 67/44,7% e 56/37,3%, respectivamente, conseguiram expressar algum princípio contido nas regulamentações para HM identificando-o com a sua denominação ou ano de publicação. A exemplo da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) 42 de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, nos pontos de assistência dos serviços de saúde apenas 56/37,3% sobre ela e 85/56,7% referiu-se de alguma forma sobre os “*Cinco momentos da Higienização das Mãos*” da OMS, sendo que desses, apenas 7/8,1% os descreveram corretamente.

4.2.5 Percepção e atitudes dos profissionais de saúde em relação à participação dos pacientes na higienização das mãos

A maioria dos participantes (125/83,3%) concordou que pacientes poderiam ajudar a melhorar a adesão à HM, lembrando os profissionais de saúde sobre essa prática, atribuindo que essa participação aumentaria o cumprimento da HM pela equipe de saúde (55,2%), a proteção/segurança do paciente (25,6%), ser direito do paciente (11,2%) e evitar/prevenir infecção (8%). Em contrapartida, aqueles (25/16,75%) que não percebiam como positiva a participação do paciente alegou ser desnecessário (60%), não ser função do paciente (24,0%) e ser constrangedor (16,0%).

Grande parte dos profissionais de saúde (140/93,3%) considerou importante serem lembrados pelo paciente que receberia seu cuidado, caso esquecessem de higienizar suas mãos. No entanto, apenas (14/9,3%) dos entrevistados foram questionados previamente pelos pacientes ou familiares.

Quanto aos sentimentos dos entrevistados em serem questionados pelos pacientes sobre a HM, (72/48%) relataram desconfortáveis, (68/45,3%) confortáveis e (10/6,7%) muito confortáveis (Gráfico 5).

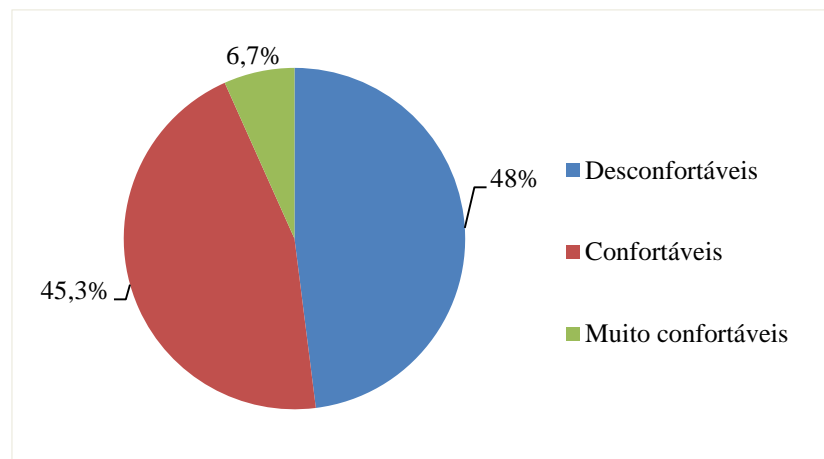


GRÁFICO 5 - Sentimentos dos profissionais de saúde (n=150) em serem questionados pelos pacientes sobre a higienização das mãos. Belo Horizonte, 2016.

Assim, quando se contrapõe o percentual dos profissionais de saúde que manifestaram uma predisposição positiva à participação do paciente na sua lembrança à HM, e o sentimento que lhes seria acompanhado ao ser questionado, verifica-se que 48% dos profissionais não se sentiriam verdadeiramente confortáveis, mesmo que tenham afirmado estar abertos a serem questionados.

Ao questionar os entrevistados sobre estratégias que facilitariam para os pacientes identificarem que estes estariam abertos a serem questionados sobre a HM, os profissionais consideram *importantes*: cartazes nas unidades do paciente (81/54%), cartilhas/orientação escrita (82/54,0%) e orientações verbais (73/48,7%) e, como *pouco importante* à utilização de crachás com dizeres que incentivassem os pacientes a questioná-los (62/41,3%).

A respeito do uso de crachá informando “*Pergunte-me se higienizei minhas mãos*”, 95/63,3% dos entrevistados afirmaram que não gostariam de utilizá-los, por considerarem tal estratégia desnecessária (45,3%), constrangedora (26,3%), não ser função do paciente (11,6%) podendo ainda gerar conflito entre paciente e equipe de saúde (4,2%). Por outro lado, aqueles (55/36,7%) que se dispusera a usá-lo declararam que seu uso melhoraria o cumprimento da HM ao ser lembrado pelo paciente (54,5%), favoreceria ao paciente para se sentir à vontade para questioná-los (32,7%), segurança/direito do paciente (5,5%), evitar infecção (3,6%) e, não informaram o motivo (3,6%).

Da mesma forma, outra contradição é constatada, pois, 83,3% apoiaram a participação do paciente na melhoria da HM e 93% gostaria de ser lembrado pelo paciente sobre a HM, mas 63,3% dos profissionais declaram que não gostariam de utilizar os crachás “*Pergunte-me*

se higienizei minhas mãos”, com abertura ao paciente para serem questionados, ainda que 78% se referem a um sentimento de confortável a muito confortável, deixando a ideia de que 14,7% daqueles que afirmaram que não queriam usar para com o uso do mesmo.

E, sobre o programa da OMS, “*Paciente Pela Segurança do Paciente*” que prevê a participação do paciente como corresponsável pela sua assistência, 31/20,7% dos entrevistados apontaram desconhecê-lo e 14/45,2% relataram que seu fundamento seria o envolvimento do paciente no cuidado assistencial.

4.2.6 Análise bivariada entre a variável resposta (*pacientes ajudariam a melhorar a higienização das mãos, lembrando os profissionais de saúde sobre esta prática*) e as variáveis independentes.

4.2.6.1 Características sociodemográficas dos profissionais de saúde

Quanto as variáveis relacionadas às características sociodemográficas dos profissionais de saúde e a variável resposta (*pacientes ajudariam a melhorar a higienização das mãos, lembrando os profissionais de saúde sobre esta prática*) e as variáveis independentes, foram encontradas associações entre o tempo de formado do profissional de (p=0,002), em que profissionais de saúde com tempo de formação menor ou igual a nove anos apresentaram mais resposta positiva quanto à participação do paciente na melhoria da HM, perguntando ao profissional se higienizou as mãos (Tabela 6).

TABELA 6 - Análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e a variável resposta. Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	N= 150	Pacientes podem ajudar a melhorar a adesão à HM			Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	
		Sim	%	Valor-p		Limite Inferior	Limite Superior
<i>Tempo de formação</i>				0,002			
≤ 9 anos	79	73	92,4		Referência		
> 9 anos	71	52	73,2			0,679	0,925

4.2.6.2 Percepção e atitudes dos profissionais de saúde a respeito de participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos

No tocante a percepção e atitudes dos profissionais de saúde a respeito de participação dos pacientes na adesão a HM a variável resposta (*pacientes ajudariam a melhorar a HM, lembrando-os sobre esta prática*), foram encontradas associações entre a importância de ser lembrado pelos pacientes a higienizar as mãos ($p < 0,002$); estratégias avaliadas como importantes para que pacientes identifiquem que profissionais de saúde estão abertos a serem questionados sobre a HM: lembretes escritos ($p < 0,000$), orientação verbal ($p < 0,001$) e orientação escrita ($p < 0,006$); profissionais gostariam de utilizar crachá informando “Pergunte-me se higienizei as minhas mãos” ($p < 0,006$) (Tabela 7).

TABELA 7 - Resultado da análise bivariada entre as variáveis relacionadas à percepção e atitudes dos profissionais de saúde a respeito de participação dos pacientes na adesão a higienização das mãos Belo Horizonte, 2016.

Variáveis	N= 150	Pacientes podem ajudar a melhorar a adesão à higiene das mãos?			Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)		
		Sim	%	Valor - p		Limite Inferior	Limite Superior	
Lembretes escritos HM*								
Pouco importante	20	8	40,0	0,000	Referência			
Importante	81	72	88,9			2,222	1,292	3,822
Muito importante	49	45	91,8			2,296	1,334	3,953
Orientação verbal sobre HM*								
Pouco importante	17	9	52,9	0,001	Referência			
Importante	73	61	83,6			1,578	0,997	2,499
Muito importante	60	55	91,7			1,731	1,099	2,728
Orientação escrita sobre HM*								
Pouco importante	27	17	63,0	0,006	Referência			
Importante	82	73	89,0			1,414	1,048	1,907
Muito importante	41	35	85,4			1,356	0,989	1,859
Gostaria de usar crachá								
Não	94	73	77,7	0,006	Referência			
Sim	55	52	94,5			1,217	1,074	1,380

* HM = Higiene das mãos.

Foi encontrada associação significativa ($p < 0,05$) entre as variáveis relacionadas: as estratégias que facilitariam para os pacientes reconhecerem que o profissional de saúde estaria aberto a ser questionado sobre a HM, por orientação de lembretes escritos no quartos ($p = 0,000$), orientação verbal ($p = 0,001$) e orientação escrita ($p = 0,006$); profissional gostaria de usar crachá informando “*Pergunte-me se higienizei a minhas mãos*” ($p = 0,006$).

5 DISCUSSÃO

– Pacientes

Em relação às características dos pacientes incluídos no estudo, observou-se que a maioria era do sexo masculino, casados, com faixa etária entre 18 e 90 anos, com mediana de 54 anos. Esses achados estão coerentes com os dados de pesquisas internacionais com objetivos e metodologia semelhante a esta pesquisa (PAN *et al.*, 2013; WU *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2015).

Os achados referentes à escolaridade dos pacientes apontam que 45,2% cursaram apenas nível fundamental incompleto, contrastando com os estudos de Wu *et al* (2013) e Kim *et al* (2015), em que os pacientes apresentavam, em sua maioria, nível superior completo.

Quanto à remuneração dos participantes deste estudo, grande parte recebia valores inferiores a dois salários mínimos. Desses, aproximadamente 90% relataram ganhar apenas um salário mínimo ao mês, ou seja, R\$ 788,00. Esse valor era vigente na data entrevista e foi estabelecido, no Brasil, desde 1º de janeiro de 2015. A baixa remuneração pode ser justificada em virtude de que 53% dos pacientes obtinham salários provenientes de aposentadoria ou afastamento do emprego por motivo de doença (BRASIL, 2015).

Alguns estudos demonstraram que o nível de instrução e condições socioeconômicas dos pacientes influenciaram diretamente a sua participação no cuidado recebido nos serviços de saúde (LONGTIN *et al.*, 2010). No Reino Unido, pacientes de grupos socioeconômicos mais desfavorecidos, geralmente relataram sentir menos capaz de fazer perguntas aos médicos em comparação aos do grupo mais favorecidos do ponto de vista socioeconômico (PROTHEROE *et al.*, 2013).

O *Institute of Medicine* (IOM) define que a literacia (“alfabetização”) em saúde consiste no “grau de capacidade individual em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e serviços de saúde, tendo por finalidade um adequado processo de tomada de decisão em saúde.” Um dos maiores obstáculos para uma eficiente compreensão dos pacientes a respeito do processo saúde-doença é a fraca literacia, causando incompreensão e proporcionando maior risco de ocorrência de erros e eventos (CAVACO, SANTOS, 2012; OZDEMIR *et al.*; 2010; BRASIL, 2013a).

O registro da história pregressa de IRAS e da utilização de medida de isolamento dos pacientes e seus familiares, *no ano anterior* à data da entrevista, foram < 5%, concordando com Longtin *et al* (2009) que identificou 11,9% do total de 194 pacientes e 10,8% de seus familiares com citação da ocorrência de IRAS em ano anterior a pesquisa.

Por outro lado, de acordo com Duncan e Dealey (2007), pacientes com história pregressa de infecção por *methicillin-resistant Staphylococcus aureus* (MRSA) se sentiam mais confiantes em participar de campanhas de melhoria da HM, solicitando aos profissionais de saúde a higienizarem as mãos.

Essa informação é preocupante, visto que neste estudo, valores inexpressivos de pacientes sabiam o motivo pelos quais medidas de isolamento e/ou precaução por via de transmissão foram instituídas durante sua internação ou qual eram os microrganismos envolvidos na infecção adquirida no serviço de saúde.

A maior parte dos pacientes relatou ter conhecimento do risco de adquirir infecção no hospital e se preocupavam com a mesma, em consonância com outros estudos em que aproximadamente 70% de seus participantes mencionaram preocupar-se com infecções decorrentes ao cuidado (LONGTIN *et al.* 2009; MCGUCKIN, GOVEDNIK, 2013).

A ausência de informação adequada da população em geral, sobretudo a pacientes e familiares no tocante das IRAS é um grande desafio para os serviços de saúde, no âmbito mundial. O envolvimento do paciente deve ser incentivado pelos gestores e profissionais de saúde, dividindo responsabilidade na tomada de decisões e nos cuidados, a fim de promover uma assistência mais segura (JOINT COMMISSION, 2009).

Uma das ações da OMS para prevenir e reduzir as IRAS, e parte integrantes do “Programa Paciente pela Segurança do Paciente”, é incentivar os pacientes a terem posição ativa em seu cuidado, lembrando aos profissionais a higienizarem as mãos, impactando positivamente na melhoria da adesão a esta prática (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; LANDERS *et al.*, 2012);

Portanto a participação de pacientes, famílias, consumidores e cidadãos constituem umas das ferramentas fundamentais para melhorar a segurança do paciente, sendo esse ponto essencial no programa da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; WU *et al.*, 2013).

Sobre a realização da HM pelos profissionais de saúde, os pacientes do estudo reconheceram que esta prática era muito importante: *antes e após* tocá-los (84%). Esse achado está em consonância com estudo que demonstrou que 89,8% dos entrevistados concordaram

na importância da HM para prevenir as IRAS e 99,5% acreditam que os profissionais de saúde deveriam higienizar as mãos *antes e depois* do cuidado (OTTUM *et al.*, 2012; WU *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, a importância da HM, realizada pelos profissionais, está bem estabelecida como medida fundamental para reduzir as IRAS, visto que as mãos dos cuidadores são consideradas uma das principais vias de transmissão de microrganismos nos serviços de saúde. Estudos indicam que o aumento do cumprimento da HM pela equipe de saúde impacta diretamente na redução das infecções nos serviços de saúde. De acordo com os órgãos governamentais, como CDC e OMS, a higiene das mãos é considerada a medida a mais importante na prevenção das IRAS (BOYCE, PITTET, 2002; PITTET, ALLEGRANZI, BOYCE, 2009; LANDERS, *et al.*, 2012).

A respeito das situações em que os profissionais de saúde devem higienizar as mãos, a maior parte dos pacientes afirmou conhecê-las. No entanto, os momentos da HM mencionados pelos entrevistados foram predominantemente *antes e após* tocar nos pacientes, em concordância com Ottum *et al* (2012) em que 99,5% dos pacientes abordados fizeram a mesma referência ao momento *antes e após* o contato com paciente e PAN *et al* (2013) referiu que a maioria dos pacientes e seus familiares relataram conhecimento dos cinco momentos da HM (59,4%).

Essa constatação é preocupante, no sentido de trazer à tona a limitação da percepção do paciente para a necessidade da HM nos momentos relacionados ao manuseio de dispositivo invasivo durante a assistência ao paciente; na mudança de um sítio corporal contaminado para outro; após contato com fluidos ou excreções corporais, membrana mucosa, pele não íntegra ou curativos de feridas; após remoção de luvas e, sobretudo, após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente, compreendendo que ambiente e equipamentos podem ser considerados potenciais reservatórios de microrganismos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; DAMASCENO, IQUIAPAZA, OLIVEIRA, 2014).

Um aspecto preocupante encontrado neste estudo foi à falta de investimento na capacitação dos pacientes para a HM, visto que a orientação e capacitação dos pacientes são fundamentais e parte integrante da Estratégia Multimodal da OMS para Melhoria da Higiene das Mãos. MCGUCKIN *et al* (2004) evidenciou que treinamento sobre a HM e orientação aos pacientes a fim que esses solicitassem aos profissionais de saúde para higienizarem as mãos, contribuiu com um aumento de 34% para 94% do cumprimento dessa prática.

Todavia, ainda não se verifica nos serviços de saúde, uma cultura de envolvimento dos pacientes no processo do cuidado, sobretudo, a respeito da HM, apesar da existência de diversas ferramentas, bem como de resultados de vários estudos que apontam que a participação ativa dos pacientes é um instrumento promissor para sua segurança nos serviços de saúde (WATERMAN *et al.*, 2006; WEINGART, 2011; LANDER *et al.*, 2012; BRASIL, 2014; SHARP, PALMORE, GRADY, 2014).

Quanto a HM, pesquisadores internacionais apontam que dentre os principais motivos que influenciam negativamente o envolvimento dos pacientes em perguntar aos profissionais se higienizarem as mãos, encontra-se a crença de que não é sua função, o sentimento de constrangimento, o medo das respostas ou represálias dos profissionais e receio de gerar conflitos com a equipe (LONGTIN *et al.* 2009; PITTER *et al.*, 2001; KIM *et al.*, 2015).

No entanto, deve-se ter em conta que a melhoria da HM nos serviços de saúde exige um conjunto de medidas/estratégias de forma simultânea, sendo que a participação e educação do paciente isoladamente não são suficientes, necessitando de outras ferramentas como, melhoria do sistema, principalmente disponibilização de preparação alcoólica, *feedback* e lembretes no ambiente de trabalho, ou seja, a implementação de intervenções multimodais, considerando-se as características institucionais, perfil dos profissionais e dos pacientes envolvidos, conforme sugerido pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Quanto à percepção do cumprimento da HM entre profissionais de saúde, 84,4% dos pacientes relataram observar tal ação, sendo que 68% acreditavam que os profissionais de saúde da instituição higienizavam as mãos, todas as vezes que é necessário.

Apesar destes resultados, percebe-se que os pacientes tendem a dar respostas socialmente aceitas, podendo superestimar as taxas de observação do cumprimento da HM pelos profissionais de saúde. Essa inferência é justificada, pois os pacientes, em sua maioria, não conheciam todas as situações que os profissionais de saúde deveriam higienizar as mãos. Associado a este fato, nenhum programa, com o objetivo de envolver os pacientes na melhoria da HM, foi implantado efetivamente nos setores do estudo, até o momento de realização dessa pesquisa. Diferentemente desses resultados, WU *et al* (2013) descreveu que a implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a Melhoria da Higiene das mãos contribuiu para que 75% dos pacientes observassem a prática da HM pelos profissionais de saúde.

De acordo com a percepção dos participantes sobre a frequência (nunca, algumas vezes e sempre) em que os profissionais de saúde da instituição higienizam as mãos durante o

cuidado com pacientes, 68% responderam que esses higienizam *sempre antes e após contato* com os mesmos.

Quanto aos produtos utilizados na HM, pelos profissionais de saúde, a maior parte dos entrevistados apontou conhecê-los, referindo-se à indicação da água e sabonete em 19,6%, seguido de preparação alcoólica em 16%, e o uso conjugado da água, sabonete e preparação alcoólica em 56,4%.

Neste contexto, observa-se que pacientes perceberam que os profissionais de saúde utilizavam preparação alcoólica isoladamente, e em apenas 16% das oportunidades da HM. Esse achado é bastante relevante, considerando que o uso de produtos à base de álcool tem sido amplamente recomendado pelo CDC, desde 2002, como o método preferido de descontaminação das mãos, na maioria das situações de atendimento ao paciente, desde que não haja sujidade (BOYCE, PITTET, 2002; HAAS LARSON, 2008).

De acordo com a OMS, o uso de produto para fricção antisséptica das mãos sem o uso de água justifica-se pela maior eficácia na redução da contagem bacteriana das mãos; facilidade e acessibilidade nos serviços de saúde; praticidade e menor gasto de tempo em sua execução; além de não causar ressecamento ou lesões em comparação com sabonete (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; SIQUEIRA *et al.*, 2012; BRASIL, 2013a; PRADO, MARAN, 2014).

No Brasil, a RDC 42 de 25 de outubro de 2010, tornou obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, nos serviços de saúde em todos os pontos de assistência, ou seja, onde existam profissionais de saúde e pacientes. Entretanto, observa que na prática, muitos serviços de saúde não cumprem o que a legislação determina por desconhecimento e/ ou negligência (BRASIL, 2010).

Outro dado relevante refere-se no relato dos pacientes de que os profissionais de saúde da instituição, geralmente, utilizam água e sabonete e em seguida friccionam as mãos com preparação alcoólica. Essa informação é alarmante, visto que, de acordo com as orientações da OMS/ANVISA, está contraindicada a higienização das mãos com água e sabonete seguida de fricção com preparação alcoólica, pois além de ser desnecessário, pode causar ressecamento das mãos e dermatites (BRASIL, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

Em relação à percepção dos entrevistados no que tange a participação dos pacientes em perguntar aos profissionais de saúde se esses higienizam suas mãos, foi evidenciado que 65,2% pacientes estavam dispostos a participar de forma ativa. Esses achados corroboram

com dados encontrados em estudos internacionais, realizados em diferentes países, dentre estes, Reino Unido, Taiwan e Coréia do Sul. De acordo com essas pesquisas, entre 40 a 75% dos pacientes apresentavam intenção positiva para lembrar os profissionais a higienizarem as mãos (MCGRUCKIN, 2001; PAN *et al.*, 2013; Wu *et al.*, 2013).

Entretanto, nos estudos de Pan *et al.* (2013) e Wu *et al.* (2013), as taxas de disponibilidade dos pacientes em lembrar os profissionais de saúde sobre a HM foram superiores (67% e 75%, respectivamente). Esses dados, provavelmente, estão associados ao fato de que, esses estudos foram realizados em serviços de saúde em que a Estratégia Multimodal Melhoria da HM, sobretudo a participação do paciente, estavam implementadas.

No Brasil, observa-se que o incentivo a participação dos pacientes na HM ainda encontra-se incipiente, devido o desconhecimento dos profissionais de saúde a respeito dessa ferramenta e, principalmente, pelo modelo assistencial vigente, da maioria dos serviços de saúde, centrado na doença e não no paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b; BRASIL, 2015).

O cuidado centrado no paciente é um modelo assistencial focado na pessoa (ser humano), que visa valorizar suas queixas e necessidades, assim como suas ideias e emoções a respeito do processo saúde-doença. Outro ponto relevante dessa abordagem é a associação entre os objetivos comuns da equipe saúde e dos pacientes em relação ao contexto da doença e de sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades, valorizando o desejo dos mesmos (RIBEIRO, AMARAL, 2008). Entretanto, o modelo mais complexo e atual, é o cuidado centrado na família e tem o objetivo de promover a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família e restaurar seu controle e dignidade (PINTO, *et al.*, 2010).

Quanto à participação dos pacientes na HM, 65,2% relataram dispostos em lembrar os profissionais sobre a HM, por considerarem que tal atitude, evitaria infecção, promoveria mais segurança e proteção. No entanto, pacientes não dispostos (34,8%), mencionaram que o motivo foi devido ao medo da resposta, por considerarem que a HM é uma obrigação dos profissionais e não era função dos pacientes lembrá-los e, por sentirem constrangidos e envergonhados de questioná-los, corroborados tais resultados com aqueles de LONGTIN *et al.*, 2009; PITTET *et al.*, 2011; KIM *et al.*, 2015.

No entanto, 68% dos pacientes se sentiriam desconfortáveis, 26,8% confortáveis e apenas 5,2% muito confortáveis em perguntar aos profissionais se higienizaram as mãos. Os achados foram esses semelhantes aos de MCGUCKIN *et al.* (2001), que apontou que cerca de 70% dos pacientes de seu estudo não se sentiriam confortáveis e, ainda para LONGTIN *et al.*

(2009) e PITTET *et al* (2011), os pacientes relataram sentirem desconfortáveis ou não perguntariam aos profissionais se higienizaram as mãos.

Neste estudo não foi avaliado o sentimento dos pacientes em perguntar para as diferentes categorias profissionais, como o realizado por OTTUM *et al* (2012), que evidenciou que 64% dos paciente do estudo sentiriam-se confortáveis em pedir para enfermeiras e 14% para os médicos. Dados diferentes foram encontrados por LONGTIN *et al* (2009), onde demonstrou que 76% dos pacientes sentiram-se desconfortáveis em perguntar para enfermeiros e 77% para médicos se higienizaram suas mãos.

Entretanto, foi avaliada a possibilidade dos pacientes perguntarem aos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, porém os valores observados foram equivalentes para tais categorias. Em contraste a esse achado, Pittet *et al* (2011) revelou que 57% dos pacientes não perguntariam aos médicos. McGuckin *et al* (2001) demonstrou que todos pacientes entrevistados perguntariam para enfermeiros e apenas e 35% à categoria médica.

Dado relevante encontrado neste estudo foi que apenas 19,6% dos pacientes perguntaram anteriormente para algum profissional de saúde se higienizaram as mãos, revelando discrepância entre o desejo dos pacientes (65,3%) e a real atitude de lembrar os profissionais de higienizarem as mãos.

Diante disso, infere-se que na prática, apenas 1/3 dos pacientes de fato questionaram aos profissionais a respeito da HM em comparação com seu desejo. Autores internacionais assinalaram de forma semelhante para essa divergência entre a percepção dos pacientes e sua ação real em perguntar aos profissionais sobre a HM (WATERNAM *et al.*, 2006; OTTUM *et al.*, 2012; KIM *et al.*, 2015).

A maioria dos pacientes entrevistados considerou que profissionais de saúde da instituição do estudo estão capacitados para serem questionados pelos pacientes sobre a HM. Apesar desse achado, percebeu-se que na realidade, como uma inferência, que os pacientes avaliam a “capacitação” dos profissionais associada à sua formação e competência profissional, além da presteza e atenção ao durante o cuidado.

Quanto aos pacientes, 54% se auto definiram como capacitados para perguntar aos profissionais de saúde se eles higienizaram as mãos, no entanto, atribui-se esse auto definição a potenciais respostas socialmente desejadas, divergindo de outras pesquisas, em que os pacientes relataram que um dos motivos para não questionar os profissionais sobre a HM, seria o fato de não sentirem capacitados (REID *et al.*, 2012; MCGUCKIN, GOVEDNIK, 2013; KIM *et al.*, 2015).

De acordo com a OMS, o “empoderamento do paciente na HM” é definido como um processo em que os pacientes compreendem o seu papel ativo no cuidado, e os profissionais de saúde os fornecem conhecimentos e habilidades, em um ambiente encorajador a sua participação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b, KIM *et al.*, 2015).

A participação dos pacientes em campanhas para melhoria da adesão a HM entre profissionais de saúde no cuidado recebido foi apoiada pela grande parte dos entrevistados (236/94,4%). Esse dado é superior ao encontrado no estudo de WU *et al* (2013), que verificou que do total de pacientes, 89% julgavam importante a sua participação na melhoria da adesão a HM (WU *et al.*, 2013).

Os achados apresentados nesse estudo demonstram que os pacientes estão receptivos para participar e contribuir para o processo de melhoria da adesão a HM nos serviços de saúde, contudo, um aspecto relevante para seu envolvimento se refere à conscientização e incentivo por parte dos profissionais de saúde, visto a discrepância de percepções e atitude entre esses, verificada na literatura (PITTET *et al.*, 2011; PAN *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2015 VAISMORADI; JORDAN; KANGASNIEMI, 2015).

Nesta pesquisa, os fatores que influenciaram a *disposição dos pacientes em perguntar aos profissionais de saúde se higienizaram mãos, se eles esquecessem*, foram apenas a faixa etária menor ou igual a 54 anos de idade e a inexistência de internação hospitalar pregressa no último ano. Esse achado foi diferente de pesquisas internacionais que revelaram fatores como: não ter religião, personalidade expansiva, preocupação com IRAS, acreditar que paciente pode lembrar os profissionais sobre a HM e acreditar que a participação do paciente evitaria infecções, destacando-se que, religião judaica, ortodoxa ou budista foi associado à maior intenção de pedir ao enfermeiro para realizar a HM, e por outro lado, ter fé cristã, ter solicitado ao médico para higienizar as mãos, anteriormente, foram associadas às intenções de pedir a um médico para realizar a HM (LONGTIN *et al.*, 2009; OTTUM, *et al.*, 2012).

– Profissionais de saúde

Quanto à percepção dos profissionais de saúde a respeito das IRAS, observou-se que a maioria estava ciente do risco dos pacientes adquirirem infecções, decorrentes do cuidado e, consideram que tal risco era alto nos serviços de saúde, em geral, na instituição e em menores taxas, no setor que os respondentes atuavam. Resultado semelhante foi encontrado no Kim *et*

al (2015), em que a maior parte dos médicos e enfermeiros reconheceu que as infecções adquiridas nos serviços de saúde é um problema relevante para pacientes hospitalizados.

Em relação à estimativa, em percentual, do risco dos pacientes evoluírem com infecção no setor, observou-se que os profissionais assistenciais e/ou coordenadores responderam a pergunta, entretanto não sabiam o valor real das taxas de infecção nas unidades que atuavam. De acordo com esses achados e, em consonância com o observado, os profissionais de saúde da instituição da pesquisa, em geral, não recebem informações a respeito das taxas de infecção nos setores que prestam assistência.

Nesse contexto, a Portaria nº 2616 de 1998, que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, é de responsabilidade da CCIH elaborar e divulgar relatórios, assim como comunicar, periodicamente, para autoridade máxima da instituição e às chefias dos setores do hospital a situação das infecções (BRASIL, 1998).

Dentre as boas práticas para a prevenção as IRAS, destaca-se o cumprimento da HM pelos profissionais de saúde. Neste estudo, grande parte dos entrevistados considerou *alta* a eficácia da HM na redução das infecções relacionadas ao cuidado, ressaltando a importância de sua realização *antes e após* o contato com pacientes. Tal achado está em consonância com os resultados de outros estudos que verificaram que maioria dos profissionais de saúde considerou a HM foi altamente na prevenção das IRAS (BATHKE *et al.*, 2013; KIM *et al.*, 2015).

Os profissionais de saúde do estudo relataram preferência pela HM simples, em detrimento da fricção antisséptica com preparação alcoólica, por considerarem esse tipo mais eficaz. Esses resultados estão em concordância com a observação e registro dos pacientes deste estudo, embora estes, não receberam nenhum treinamento a respeito da HM no serviço de saúde.

O cumprimento da HM ocorreu em maior proporção *antes* do contato com paciente comparado ao momento *após* contato, seja com o uso de água e sabonete ou fricção antisséptica com preparação alcoólica. Possivelmente, os profissionais de saúde do estudo não reconhecem as indicações e efetividade dos tipos de HM, o que pode ter influenciado na adoção da HM simples ou fricção alcoólica, além dos momentos que devem realizá-las. Esta inferência está fundamentada na declaração que apenas 52,7% dos profissionais de saúde relataram ter recebido treinamento sobre HM na instituição.

O estímulo ao uso de produtos a base de álcool tem sido considerado uma estratégia para elevar a adesão dos profissionais de saúde à HM e reduzir a taxa de IRAS, pelo fato de

diminuir o gasto de tempo para realização desta prática e devido ação rápida e eficaz dos produtos na redução da carga microbiana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; PRIMO *et al.*, 2010).

De acordo com a orientação da OMS e da ANVISA, para que instituições de saúde monitorem a HM, realizada pelos profissionais de saúde, por meio do consumo de suprimentos (sabonete/preparação alcoólica). Essa estratégia de avaliação da adesão a HM é considerada uma mensuração indireta, que pode apresentar erros de avaliação no real consumo do produto usado e não dever ser utilizada como uma medida isolada (MCGUCKIN *et al.*, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

A respeito dos aspectos estruturais das unidades e dos produtos que contribuem para o cumprimento da HM, houve pleno reconhecimento dos profissionais de saúde do da importância da sua disponibilidade, entretanto, observou-se que a maioria das unidades não dispunha de preparação alcoólica e, em alguns setores, as pias estavam fixadas em locais de difícil acesso aos profissionais de saúde.

A RDC N° 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, tornando obrigatória a presença de pias ou lavatórios em local onde houver paciente acamado ou não. Locais onde as enfermarias não possuam pias exclusivas devem atender, sobretudo, a RDC 42/2010 que exige a disponibilidade de preparações alcoólicas, próxima ao ponto de assistência, podendo ainda contar com um lavatório/pia externo ao quarto ou enfermaria que permite servir no máximo 4 (quatro) quartos ou 2 (duas) enfermarias (BRASIL, 2002).

A disponibilidade de insumos consiste um dos elementos fundamentais para o cumprimento da HM pelos profissionais de saúde. A mudança do sistema, de acordo com a proposta da OMS, estabelecida no “Guia de implementação de estratégia multimodal para a melhoria da HM” nos serviços de saúde, é assegurar a disponibilidade de materiais necessários para a prática da higiene das mãos pelos profissionais de saúde, incluindo o acesso contínuo e seguro de água e de tais materiais como o sabonete líquido, papel-toalha e, principalmente, o acesso imediato à preparação alcoólica, seja na forma líquida, gel ou espuma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; ALLEGIANZI *et al.*, 2010).

Entretanto, verificou-se por meio de relato informal que mais da metade dos entrevistados receberam incentivo verbal sobre a prática da HM, de suas chefias imediatas.

Quanto a Resolução de Diretoria Colegiada, RDC 42, observou-se que a maioria dos profissionais de saúde, que atuam diretamente na assistência aos pacientes, desconhecia essa legislação vigente no país, desde 2010. Este fato pode justificar o uso reduzido de preparação alcoólica no serviço de saúde.

Nesse sentido, as preparações alcoólicas devem estar disponíveis para os profissionais de saúde em pontos da assistência e tratamento, próximos aos pacientes, permitindo uma maior adesão, de forma rápida e fácil, ao cumprimento dos cinco momentos para HM (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008; BRASIL, 2010; PRADO, HARTMANN, TEIXEIRA, FILHO, 2013).

A respeito dos “*Cinco momentos da Higienização das Mãos,*” apesar de 56,7 % profissionais relatarem que tinha conhecimento, apenas 8,1% os descreveram corretamente. Esses achados demonstram que apesar de mais da metade dos profissionais de saúde já haviam ouvido falar sobre os cinco momentos para a HM, no entanto, apenas 14% de fato citaram corretamente todas as situações que os profissionais de saúde devem higienizar as mãos, evidenciado a necessidade de treinamentos sobre a HM, na instituição de saúde.

Nesse contexto, a maioria dos profissionais de saúde apoiava a participação do paciente na melhoria da adesão à HM, lembrando os cuidadores sobre essa prática. Esse resultado está em consonância com os achados de Pan *et al* (2013), que revelou que 62,8% dos profissionais de saúde pesquisados concordavam com participação do paciente na HM.

No estudo de LONGTIN *et al.* (2009), apesar de 74% dos profissionais acreditavam que os pacientes poderiam ajudar a prevenir IRAS, 29% dos entrevistados não concordavam em ser lembrados de higienizar as mãos pelos pacientes. Entretanto nosso resultado contrapõe aos dados encontrados por Kim *et al* (2013), em que apenas 26% dos médicos e 31% dos enfermeiros apoiaram a participação de pacientes.

Dentre os motivos considerados pelos entrevistados em apoiar a participação dos pacientes na HM, a maioria respondeu que esta atitude aumentaria o cumprimento da HM entre profissionais de saúde, pois o cuidador pode esquecer. Porém, daqueles que não apoiavam o envolvimento do paciente na HM, mais da metade dos profissionais de saúde alegou que este método era desnecessário, pois tal atitude não seria função dos pacientes e trabalhador sabe da sua obrigação. No estudo de Kim *et al* (2015), o motivo justificado pelos profissionais de saúde discordarem da participação dos pacientes, era a preocupação com os efeitos negativos sobre a sua relação com os pacientes.

Grande parte dos profissionais de saúde do estudo apoiou a participação dos pacientes e consideraram importante a atitude dos pacientes em lembrá-los sobre esta prática. No entanto, número significativo de participantes relatou que sentiria desconfortável de ser questionado pelos pacientes se higienizaram suas mãos. Esse achado está em consonância com estudo de Kim *et al* (2015) que postulou que profissionais de saúde sentiam-se desconfortáveis de serem questionados pelos pacientes.

Em relação à utilização de crachás informando “*Pergunte-me se higienizei minhas mãos*”, menos da metade dos entrevistados considerou que esta atitude e tal dispositivos seriam de pouca relevância e não gostariam de utilizá-los. Contudo, número semelhante de entrevistados sentiriam mais confortáveis em serem questionados pelos pacientes, no caso de usarem o respectivo crachá.

Neste trabalho foi observado que a maioria dos pacientes apresenta nível de escolaridade baixo, associado ao déficit de orientações sobre a HM, provenientes de profissionais de saúde.

Apesar de pacientes relatarem preocupados com as IRAS e reconhecerem a importância da HM, a maioria desses nunca recebeu orientação sobre a HM, embora demonstrem disposto a receber informação escrita e verbal.

Pacientes observaram que profissionais de saúde higienizam as mãos frequentemente com água e sabonete e em seguida utilizam preparação alcoólica, demonstrando que esses desconhecem de fato as indicações e os tipos de HM.

Em relação à percepção do cumprimento, pacientes relataram que profissionais da instituição HM todas as vezes que necessário, entretanto, eles reconheceram apenas os momentos antes e após o contato com pacientes.

Quanto à percepção e atitudes dos pacientes no que tange a sua participação na melhoria da HM, 65,2% dos entrevistados responderam que estavam dispostos, contudo aproximadamente 70% sentiriam desconfortáveis em lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as suas mãos e grande parte nunca perguntaram previamente. Com base nesses resultados, percebe-se que pacientes apresentam uma tendência a respostas socialmente aceitas.

Em constância com os achados dos pacientes, profissionais de saúde demonstraram desconhecimento quanto ao tipo, indicações e legislação vigente no que tange a HM.

Sobre a participação dos pacientes na melhoria da adesão a HM, lembrando-os sobre essa prática, a maioria dos profissionais de saúde apresentou resposta positiva, mas cerca da

metade desses sentiriam desconfortáveis e não gostariam de utilizar crachá identificando que os pacientes poderiam questioná-los.

Neste estudo constatou-se discrepância entre a percepção e atitudes dos pacientes a respeito de sua participação na HM. Dos 65,2% dos participantes que relataram dispostos em lembrar os profissionais de saúde de higienizarem mãos se esse esquecessem, apenas 19,4% tinham de fato questionando, anteriormente, a algum componente da equipe de saúde. Quanto aos sentimentos dos pacientes em perguntar ao profissionais a sobre a HM, 68% sentiriam desconfortáveis. No entanto, se observassem outros pacientes perguntando, ficariam mais confortáveis (83%) e somente 17% sentiriam desconfortáveis.

No âmbito dos profissionais de saúde, destaca-se ainda que, 93,3% consideraram importante a atitude dos pacientes em lembrá-los sobre a HM, caso esquecessem, 48% sentiriam descontentes de serem questionados e apenas 41,3% gostariam de usar crachás com frases motivadoras aos pacientes a tal questionamento. Ressalta também o desconhecimento de pacientes e profissionais de saúde no que tange as indicações, tipos e momentos da HM, assim como legislação e programas vigentes.

Quanto às limitações do presente estudo, pode-se apontar primeiramente o fato de ter sido realizado em uma única instituição, não sendo possível abranger os resultados para outras realidades.

No contexto nacional, este é o primeiro estudo que aborda a participação dos pacientes na melhoria da adesão a HM entre profissionais e seus achados podem contribuir para a realização de novas pesquisas.

6 CONCLUSÕES

Quanto às características sociodemográficas, os pacientes que fizeram parte desta pesquisa foram em sua maioria do sexo masculino, casados, idade mediana de 54 anos, aposentados ou estavam afastados do trabalho no momento da entrevista por motivo de doença, com formação em ensino fundamental incompleto e renda mensal inferior a dois salários mínimos.

Menos que 50% reportaram internação em serviço de saúde no último ano, ou seja, no ano 2014. No que tange a história pregressa de IRAS durante hospitalização, encontrou-se números inexpressivos tanto em relação entrevistados, como para seus familiares.

Todos os pacientes souberam reconhecer o risco de adquirirem infecção no ambiente hospitalar e a maior parte sentia-se preocupados com a possibilidade de adquiri-las. A respeito a HM, a maior parte dos pacientes considerou esta medida muito importante *antes e após* o cuidado, apesar da ausência de orientação proveniente dos profissionais de saúde.

Conforme a observação dos pacientes, profissionais de saúde que trabalham no serviço higienizam as mãos em todas as situações necessárias e explanaram conhecimento dos produtos utilizados para a HM.

De forma global, os pacientes gostariam de receber orientação a respeito da HM. A maioria dos pacientes apresenta disponibilidade em participar da melhoria da adesão a HM, lembrando os profissionais sobre esta prática. Entretanto esta predisposição eleva-se quando os pacientes percebem a participação de outros pacientes.

Porém, a maioria dos pacientes sentiu-se desconfortável em questionar a equipe de saúde, considerando essa atitude constrangedora, profissionais de saúde sabiam de sua obrigação, temiam pela resposta ou gerariam conflitos.

Os fatores preditivos para os pacientes questionar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos foram a idade e a inexistência de internação hospitalar no último ano.

Quanto aos profissionais de saúde, a maioria dos participantes julgou importante a atitude dos pacientes em lembrá-los de higienizarem as mãos, no entanto, o sentimento de predominante para tal o questionamento não foi compatível com tal declaração. Destaca-se também que um menor número de entrevistados não gostaria de utilizar crachá informando “*Pergunte-me se higienizei minhas mãos*”, demonstrando que a fala dos profissionais de saúde não condiz com sua atitude na prática.

Desse modo, os resultados desse estudo apontam a necessidade de investimento em políticas para a melhoria da HM nos hospitais brasileiros. Estratégias direcionadas a treinamento de profissionais de saúde devem ser priorizadas e planejadas como ação permanente nos serviços prestadores do cuidado, permitindo assim, o fortalecimento da participação dos pacientes na adesão a HM.

Apesar disso, o envolvimento dos pacientes na melhoria da adesão a HM entre profissionais de saúde é uma ferramenta promissora e viável, a fim de promover uma assistência mais segura nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALLEGIANZI, B.; BAGHERI, N. S.; COMBESURE, C.; GRAAFMANS, W.; ATTAR, H.; DONALDSON, L.; PITTET, D. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis, **Lancet**, v.377, n.9761, p.228-41, 2011.

ALLEGIANZI, B.; CONWAY, L.; LARSON, E.; PITTET, D. Status of the implementation of the World Health Organization multimodal hand hygiene strategy in United States of America health care facilities. **American Journal of Infection Control**, v.42, n.3, p. 224-30, 2014.

ALLEGIANZI, B.; GAYET-AGERON, A.; DAMANI, N.; BENGALY, L.; MCLAWS, M.L.; MORO, M.L.; MEMISH, Z.; URROZ, O.; RICHEL, H.; STORR, J.; DONALDSON, L.; PITTET, D. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. **Lancet Infectious Diseases**, v.13, n.10, p.843-51, 2013.

ALLEGIANZI, B.; MEMISH, Z.A.; DONALDSON, L.; PITTET, D. Religion and culture: Potential undercurrents influencing hand hygiene promotion in health care. **American Journal of Infection Control**, v. 37, n.1, p.28-34, 2009.

ALLEGIANZI, B.; SAX, H.; BENGALY, L.; RICHEL, H.; CHRAITI, M.N.; SOKONA, F.M.; GAYET-AGERON, A.; BONNABRY, P.; PITTET, D. World Health Organization "Point G" Project Management Committee. Successful implementation of the World Health Organization hand hygiene improvement strategy in a referral hospital in Mali, Africa. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v. 31, n.2, p.133-41, 2010.

ALLEGIANZI, B.; STORR, J.; DZIEKAN, G.; LEOTSAKOS, A.; DONALDSON, L.; PITTET, D. The First Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements. **Journal of Hospital Infection**, v. 65, supl 2, p.115-23, 2007.

ALVES, M. R. Reflexões sobre atitude, comportamento e Oftalmologia. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 67, n.2, p.57-8, 2008.

BAKER, G.R.; NORTON, P.G.; FLINTOFT, V.; BLAIS, R.; BROWN, A.; ETCHELLES, E; *et al.* The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, v.170, n.11, p.1678-86, 2004.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: ArtMed, 2008. 176 p.

BARROS, L.M.; BENTO, J.N.C.; CAETANO, J.A.; PEREIRA, F.G.F FROTAL, N.M.; ARAÚJO, T.M.; SO, E. Prevalência de micro-organismo e sensibilidade antimicrobiana de infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva de hospital público no Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.33, n.3, p 429-35, 2012.

BATHKE, J.; CUNICO, P.A.; MAZIERO, E.C.S.; CAUDURO, F.L.F.; SARQUIS, L.M.M.; CRUZ, E.D.A. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.2, p.78-85, 2013.

BITTLE, M.J.; LAMARCHE, S. Engaging the patient as observer to promote hand hygiene compliance in ambulatory care. **Joint Commission Journal on Quality Patient Safety**, v.35, n.10, p.519-25, 2009.

BOYCE, J.M.; PITTET, D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 51, p. 1-45, 2002.

BRAND R.A. Ernest Amory Codman, MD, 1869-1940. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, v. 467, n.11, p.2763-5, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Assistência Segura: uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Brasília, 2013a. 172p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Boletim Informativo sobre a Segurança do Paciente e Qualidade Assistencial em Serviços de Saúde**. Brasília: GTE/ANVISA, v.1 n.2, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, 2007.52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998**. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de maio de 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC N.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. Brasília, 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC N. 36 de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências, Brasília, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos**. Brasília, 2009.105p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Tecnologia dos serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/organiza/index.htm>>. Acesso 16 de mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

BUET, A.; COHEN, B.; MARINE, M.; SCULLY, F.; ALPER, P.; SIMPSON, E.; SAIMAN, L.; LARSON, E. Hand hygiene opportunities in pediatric extended care facilities. **Journal Pediatric Nurse**, v.28, n.1, p.72-6, 2013.

BURKE J.P. Infection control - a problem for patient safety. **New England Journal Medicine**, v.348, n.7, p.651-56, 2003.

CARDOSO, T.; ALMEIDA, M.; FRIEDMAN, N.D.; ARAGÃO, I.; COSTA-PEREIRA, A.; SARMENTO, A.E.; AZEVEDO, L. Classification of healthcare-associated infection: a systematic review 10 years after the first proposal, **BMC Medicine**, v.12, n.1, p.40, 2014.

CAVACO, A.; SANTOS, A.L. Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.46, n.5, p.918-22, 2012.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, supl. 2, p. 2029-40, 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **Morbidity and mortality weekly report**, v.51, n.16, 2002. 56p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **The National Healthcare Safety Network (NHSN)**. Manual Patient Safety Component Protocol, 2007. 92p.

COOK. R.I., WOODS, D.D., MILLER, C. CHICAGO, I.L. **A Tale of Two Stories: Contrasting Views of Patient Safety**. National Patient Safety Foundation; 1998.

DAL-BO, K.; SILVA, R.M.; SAKAE, T.M. Infecção hospitalar em uma unidade de terapia intensiva neonatal do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 24, n.4, p. 381-85, 2012.

DAMASCENO, Q. S.; IQUIAPAZA, R.; OLIVEIRA, A. C. Comparing Resistant Microorganisms Isolated from Patients and Environment in an Intensive Care Unit. **Advances in Infectious Diseases**, v.4, p.30-5, 2014.

DAVIS, R.E.; PINTO, A.; SEVDALIS, N.; VINCENT, C.; MASSEY, R.; DARZI, A. Patients' and health care professionals' attitudes towards the PINK patient safety video. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v.18, n.4, p.848-53, 2012.

- DAVIS, R.; PARAND, A.; PINTO, A.; BUETOW, S. Systematic review of the effectiveness of strategies to encourage patients to remind healthcare professionals about their hand hygiene. **Journal of Hospital Infection**, v.89, n.3, p.141-62, 2014.
- DEGLI ATTI, M.L.C; TOZZI, A.E; CILIENTO, G; POMPONI, M.; *et al.* Healthcare workers' and parents' perceptions of measures for improving adherence to hand-hygiene. **BMC Public Health**, n.11. p.466, 2011.
- D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.1, p. 84-8, 2006.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v.114, n.11, p.1115-8, 1990.
- DUARTE, S.C.; STIPP, M.A.C.; SILVA, M.M.; OLIVEIRA, F.T. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.1, p. 144-54, 2015.
- DUNCAN, C.P.; DEALEY, C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. **British Journal of Nursing**, v.16, n.1, p.34-8, 2007.
- DUNCANSON, V. A study of the factors affecting the likelihood of patients participating in a campaign to improve staff hand hygiene. **British Journal Infection Control**, v.6, n.4 p.26-30, 2005.
- DUNN-NAVARRA, A-M.; COHEN, B.; STONE, P.W.; POGORZELSKA, M.; JORDAN, S.; LARSON, E. Relationship between Systems-Level Factors and Hand Hygiene Adherence. **Journal of Nursing Care Quality**, v.26, n.1, p.30-38, 2011.
- EMANUEL, L.; BERWICK, D.; CONWAY, J.; COMBES, J.; HATLIE, M.; LEAPE, L.; REASON, J.; SCHYVE, P.; VINCENT, C.; WALTON, M. (2008). **What Exactly Is Patient Safety?** Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches, 2008.
- FELDMAN, L.B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.18, n.2, p.213-19, 2005.
- FESTE, C.; ANDERSON, R.M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient Education and Counseling**, v.26, n.1-3, p.139-44, 1995.
- FRAGATA, J.I.G. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.10, p.17-26, 2010.
- FREITAS, J.O.F.; AGUIAR, C.R.R.A. Avaliação das funções cognitivas de atenção, memória e percepção em pacientes com esclerose múltipla. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.3, p.457-66, 2012.
- GALLIHER, J.M.; POST, D.M.; WEISS, B.D.; DICKINSON, L.M.; MANNING, B.K.; STATON, E.W.; *et al.* Patients' question-asking behavior during primary care visits: a report

from the AAFP National Research Network. **Annals of Family Medicine**, v.8, n.2, p.151-9, 2010.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2010. 200p.

GORDIS, L. **Epidemiologia**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Reinter, 2010. 372 p.

GRICE, E.A.; SEGRE, J.A. The skin microbiome. **Nature Reviews Microbiology**, v.9, n.4, p. 244-53, 2011.

HAAS, J.P.; LARSON, E.L. Measurement of compliance with hand hygiene. **Journal Hospital of Infection**, v.66, n.1, p.6-14, 2007.

HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA, M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.15, n.2, p.352-8, 2006.

HUGONNET, S.; PERNEGER, T.V.; PITTET, D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. **Archives of Internal Medicine**, v.162, n.9, p.1037-43, 2002.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Council of the Institute of Medicine. America's Health in Transition Protecting and Improving Quality**. Washington, DC: National Academy Press; 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st century**. Washington DC: National Academy Press; 2001.

KAISER, E.N.; NEWMAN, J.L. Formulation technology as a key component in improving hand hygiene practices. **American Journal Infection Control**, v.34, n.10, supl. 2, p. S82-S97, 2006.

KENNEDY, J.F. **Special message to the Congress on protecting the consumer interest**, 1962 Disponível em: <http://www.jfklink.com/speeches/jfk/publicpapers/1962/jfk93_62.html>. Acesso: 17 fev 2015.

KIM, M.K.; NAM, E.Y.; NA, S.H.; SHIN, M.J.; LEE, H.S.; KIM, N.H.; KIM, C.J.; SONG, K.H.; CHOE, P.G.; PARK, W.B.; BANG, J.H.; KIM, E.S.; PARK, S.W.; KIM, N.J.; OH, M.D.; KIM, H.B. Discrepancy in perceptions regarding patient participation in hand hygiene between patients and health care workers. **American Journal of Infection Control**, v.43, n. 5, p. 510-5, 2015.

KLEINPELL, R.M.; MUNRO, C.L.; GIULIANO, K.K. **Targeting health care-associated infections: evidence-based strategies**. In: Hughes. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); c.42, 2008.

- KOHN, L., CORRIGAN, J.; DONALDSON, M., **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington: National Academy Press, 2000. Disponível em: <http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728>. Acesso em: 10 jan 2015.
- LABARRAQUE, A.G. **Instructions and observations regarding the use of the chlorides of soda and lime**. In: Porter J, editor. New Haven, CT: Baldwin and Treadway, 1829.
- LANDERS, T. L.; ABUSALEM, S.; COTY, M.B.; BINGHAM, J. Patient-centered hand hygiene: the next step in infection prevention. **American Journal of Infection Control**, v.40, n.4, supl, p.S11-7, 2012.
- LANE, H. J.; BLUM, N.; FEE, E. Oliver Wendell Holmes (1809–1894) and Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865): preventing the transmission of puerperal fever. **American Journal of Public Health**, v.100, n.6, p.1008-9, 2010.
- LEAPE, L.L.; BRENNAN, T.A.; LAIRD, N.M.; LAWTHERS, A.G.; LOCADIO, A.R.; BARNES, A.B.; *et al.* The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. **New England Journal Medicine**, v.324, n.6 p.377-84, 1991.
- LEE, A.; CHALFINE, A.; DAIKOS, G.L.; GARILLI, S.; JOVANOVIĆ, B.; L. S.; LEMMEN, S.; *et al.* Hand hygiene practices and adherence determinants in surgical wards across Europe and Israel: a multicenter observational study. **American Journal of Infection Control**, v.39, n.6, p.517-20, 2011.
- LEE, Y.; MOURAD, O.; PANISKO, D.; SARGEANT, R.; CAVALCANTI, R. B. Evaluation of standardized doctor's orders as an educational tool for undergraduate medical students: a prospective cohort study. **BMC Medical Education**, v.13, n.1, p.97, 2013.
- LENT, V.; ECKSTEIN, E.C.; CAMERON, A.S.; BUDAVICH, R.; ECKSTEIN, B.C.; DONSKEY, C.J. Evaluation of patient participation in a patient empowerment initiative to improve hand hygiene practices in a Veterans Affairs medical center. **American Journal Infection Control**, v.37, n.2, p.117-20, 2009.
- LIN HUANG, G.K.; STEWARDSON, A.J.; LINDSAY GRAYSON, M. Back to basics: hand hygiene and isolation. **Current Opinion in Infectious Diseases**, v.27, n.4 p.379-89, 2014.
- LONGTIN, Y.; SAX, H.; ALLEGRANZI, B.; HUGONNET, S.; PITTET, D. Patients' beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v.30, n.9, p.830-9, 2009.
- LONGTIN, Y.; SAX, H.; LEAPE, L.L.; SHERIDAN, S.E.; DONALDSON, L.; PITTET, D. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety, **Mayo Clinic Proceedings**, v.85, n.1, p.53-62, 2010.
- MAGILL, S.S.; EDWARDS, J.R.; BAMBERG, W.; BELAVS, Z.G.; DUMYATI, G.; KAINER, M.A.; *et al.* A multistate point- prevalence survey of health care-associated infections. **New England Journal Medicine**, v.370, n.13, p.1198-208, 2014.
- MAHFOUZ, A.A.; AL-ZAYDANI, I.A.; ABDELAZIZ, A.O.; EL-GAMAL, M.N.; ASSIRI, A.M. Changes in hand hygiene compliance after a multimodal intervention among health-care

workers from intensive care units in Southwestern Saudi Arabia. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v.4, n.4, p.315-21, 2014.

MAIA, C. S.; FREITAS, D.R.; GUILHEME, D.; AZEVEDO, A.F. Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2567-74, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C.; MENDES, W.; PAVÃO, A.L. Hospital deaths and adverse events in Brazil. **BMC Health Services Research**, v.11, n.223, 2011.

MATLOW, A.G.; BAKER, G.R.; FLINTOFT, V.; COCHRANE, D.; COFFEY, M.; CRONIN, C.M.; *et al.* Adverse events among children in Canadian hospitals: the Canadian Pediatric Adverse Events Study. **Canadian Medical Association Journal**, v.184, n.13, p.709-18, 2012.

MAXWELL, R. J. Perspectives in NHS Management: quality assessment in health. **British Medical Journal**, v.288, n. 6428, p. 1470-1472, 1984.

MCKIBBEN, L.; HORAN, T. TOKARS, J.I.; FOWLER, G.; CARDO, D.M.; PEARSON, M.L.; BRENNAN, P.J. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. **American Journal Infection Control**, v.33, n.4, p.217-26, 2005.

MCGUCKIN M, GOVEDNIK J. Patient empowerment and hand hygiene, 1997-2012. **Journal of Hospital Infection**, v.84, n.3, p.191-9, 2013.

MCGUCKIN, M.; STORR, J.; LONGTIN, Y.; ALLEGRANZI, B.; PITTET, D. Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy. **American Journal of Medicine Quality**, v.2, n.1, p.10-17, 2011.

MCGUCKIN, M.; TAYLOR, A.; MARTIN, V.; PORTEN, L.; SALCIDO, R. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. **American Journal of Infection Control**, v.32, n.4, p.235-8, 2004.

MCGUCKIN, M.; WATERMAN R, PORTEN, L.; BELLO, S.; CARUSO, M.; JUZAITIS, B.; KRUG, E.; MAZER, S.; OSTRAWSKI, S. Patient education model for increasing handwashing compliance. **American Journal Infection Control**, v.27, n.4, p.309-14, 1999.

MCGUCKIN, M.; WATERMAN, R.; STORR, I.J.; BOWLER, I.C.; ASHBY, M.; TOPLEY, K.; PORTEN, L. Evaluation of a patient-empowering hand hygiene programme in the UK. **Journal of Hospital Infection**, v.48, n.3, p.222-7, 2001.

MEGEUS, V.; NILSSON, K.; KARLSSON, J.; ERIKSSON, B.I.; ANDERSSON, A. E. Hand hygiene and aseptic techniques during routine anesthetic care - observations in the operating room. **Antimicrobial Resistance and Infection Control**, v.4, n.1, 2015.

- MENDES, J.; WALTER, V. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil**. 112p. Tese (doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.4, p.279-84, 2009.
- MENDES, W.; PAVÃO, A.L.B.; MARTINS, M.; MOURA, M.L.O.; TRAVASSOS, C. Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica**, v. 59, n. 5, p. 421-8, 2015.
- MERCOSUR. Mercosur/RMS/Acta n.02/07. **XXIII Reunión de Ministros de Salud del Mercosur**. Montevideo, 2007. 6 p.
- MORAES, G.M.; COHRS F.M.; BATISTA, R.E.; ASSAYAG, G.R.S. Infecção ou colonização por micro-organismos resistentes: identificação de preditores. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n.2, p.185-91, 2013.
- MOURA, P.O.; ROBERTO, A.F.; HEIN, N.; BALDACCI, E.; VIEIRA, S.E, EJZENBERG, B.; *et al.* Molecular epidemiology of human adenovirus isolated from children hospitalized with acute respiratory infection in São Paulo, Brazil. **Journal of Medical Virology**, v.79. n.2, p.174-81, 2007.
- NASCIMENTO, N. B.; TRAVASSOS, C.M.R. O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.625-51, 2010.
- OLIVEIRA, A. C; BETTCHER, L. Aspectos epidemiológicos da ocorrência do Enterococcus resistente a Vancomicina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.4, n.3, p.725-31, 2010.
- OLIVEIRA, A.C.; KOVNER, C.T; SILVA, R.S. Infecção hospitalar em unidade de tratamento intensivo de um hospital universitário brasileiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.2, p.233-39, 2010.
- OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A.O.; IQUIAPAZA, R. A.; LACERDA, A. C. S. Infecções relacionadas à assistência em saúde e gravidade clínica em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.3, p. 89-96, 2012.
- OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A, O. Fatores relacionados à baixa adesão a higienização das mãos na área da saúde. **Revista Ciência, cuidado e saúde**, v.13, n.1, p.185-9, 2014.
- OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A. O. Intervenções para elevar a adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.4, p.1052-60, 2013.
- OLIVEIRA, A. C.; PAULA, A.O. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. **Acta paulista de enfermagem**, v.24, n.3, p. 407-13, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos.** Organização Mundial da Saúde; tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008. 58 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Os cinco momentos para a higienização das mãos, 2010.** Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2491:dia-mundial-lavar-as-maos&Itemid=777. Acesso em 21 de nov. 2015.

OTTUM, A.; JACOBS, E.A.; GAINES, M.E. Do Patients Feel Comfortable Asking Healthcare Workers to Wash Their Hands? **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v.33, n.12, p.1282-4, 2012.

OZDEMIR, H.; ALPER, Z.; UNCU, Y.; BILGEL, N. Health literacy among adults: a study from Turkey. **Health Education Research**, v.25, n.3 p.464-77, 2010.

PADOVEZE, M.C.; FORTALEZA, C. M. Infecções relacionadas à assistência à saúde: desafios para a saúde pública no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.48, n.6, p. 995-1001, 2014.

PAN, S.C.; TIEN, K.L.; HUNG, I.C.; LIN, Y.J.; YANG, Y.L.; YANG, M.C.; WANG, M.J.; CHANG, S.C.; CHEN, Y.C. Patient empowerment in a hand hygiene program: differing points of view between patients/family members and health care workers in Asian culture. **American Journal Infection Control**, v.41, n.11, p.979-83, 2013.

PITTET, D.; BOYCE, J.M. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. **The lancet Infectious Disease**, v.1, n.0, p. 9-20, 2001.

PITTET, D.; DONALDSON, L. Clean Care is Safer Care: The First Global Challenge of the WHO World Alliance for Patient Safety. **Infection Control Hospital Epidemiology**, v.26 n. 11, 2005.

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

PITTET, D.; PANESAR, S.S.; WILSON, K.; LONGTIN, Y.; MORRIS, T.; ALLAN, V.; STORR, J.; CLEARY, K.; DONALDSON, L. Involving the patient to ask about hospital hand hygiene: a National Patient Safety Agency feasibility study. **Journal of Hospital Infection**, v.77, n.4, p.299-303, 2011.

PITTET, D; SAX, H; HUGONNET, S; HARBARTH, S. Cost implications of successful hand hygiene promotion. **Infection Control Hospital Epidemiology**, v.25, n.3, p.264-66, 2004.

PRADO, M. F.; HARTMANN, T.P.S.; TEIXEIRA FILHO, L.A. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. **Escola Anna Nery**, v.17, n.2, p.220-6, 2013.

PRADO, M. F.; MARAN, E. Desafio ao uso das preparações alcoólicas para higienização das mãos nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, v.18, n.3, p.544-47, 2014.

- PRIMO, M.G.B.; RIBEIRO, L.C.M.; FIGUEIREDO, L.F.S.; SIRICO, S.C.A.; SOUZA, M.A. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n.2, p.266-71, 2010.
- PROTHEROE, J.; BROOKS, H.; CHEW-GRAHAM, C.; GARDNER, C.; ROGERS, A. 'Permission to participate?' A qualitative study of participation in patients from differing socio-economic backgrounds. **Journal of Health Psychology**, v.18, n.8, p.1046-55, 2013.
- REASON, J. Human error: models and management. **British Medical Journal**. v.320, n.7237, p.68-70, 2000.
- REID, N.; MOGHADDAS, J.; LOFTUS, M.; STUART, R. L.; KOTSANAS, D.; SCOTT, C.; DENDLE, C. Can We Expect patients to question health care workers' hand Hygiene compliance? **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v.33, n.5, p.531-2, 2012.
- REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F.P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F.A.; LEITE, M.T.T.; LEITE M.L.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Caderno de Saúde Pública**, v.6, n.1, p.50-61, 1990.
- RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.7-17, 2012.
- RIBEIRO, M.M.F.; AMARAL, C.F.S. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.1, p.90-7, 2008.
- RODRIGUES, M.L.; MALHEIROS, T.F.; FERNANDE, W.; DARÓS, T.D. A Percepção Ambiental Como Instrumento de Apoio na Gestão e na Formulação de Políticas Públicas Ambientais. **Saúde e Sociedade**, v.21, supl.3, p.96-110, 2012.
- ROSA, M. B.; PERINI, E. Erros de medicação: quem foi? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 335-341, 2003.
- ROSENTHAL, M.; GOLDBERG, D.; AIELLO, A.; LARSON, E.; FOXMAN, B. Skin microbiota: microbial community structure and its potential association with health and disease. **Infection Genetics and Evolution**. v.11, n.5, p.839-48, 2011.
- RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; VAN DER SCHAAF, T.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **International Journal for Quality in Health Care**, v,21, n.1, p.18-26, 2009.
- SANTOS, A.A.M. **Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a0f009004745952e9ccedc3fbc4c6735/higienizacao_mao.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 02 dez. 2015.
- SARI, A. A.; DOSHMANGIR.L; SHELDON, T. A systematic review of the extent, nature and likely causes of preventable adverse events arising from hospital care. **Iranian Journal of Public Health**, v.39, n.3, p.1-15, 2010.

- SAX, H.; UCKAY, I.; RICHET, H.; ALLEGRANZI, B.; PITTET, D. Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v.28, n.11, p.1267-74, 2007.
- SEMMELWEIS, I. **The Etiology, Concept, and Prophylaxis of Childbed Fever**. Carter KC, editor. Madison; 1983.
- SHARP, D.; PALMORE, T.; GRADY, C. The ethics of empowering patients as partners in healthcare-associated infection prevention. **Infection Control and Hospital Epidemiology**. v.35, n.3, p.307-9, 2014.
- SIEGEL, J.D.; RHINEHART, E.; JACKSON, M.; CHIARELLO, L.; **Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee**. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007. 219p.
- SILVA, A.R.A.; SIMOES, M. L.C. L.; WERNECK, L.S.; TEIXEIRA, C.H. Infecções relacionadas à assistência à saúde por *Staphylococcus coagulase negativa* em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.25, n.3, p.239-44, 2013.
- SIQUEIRA, S.L.; FIGUEIREDO, A. E.; FIGUEIREDO, C.E.P.; D'AVILA, D. O. Comparação entre duas técnicas de higienização das mãos em pacientes de diálise peritoneal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.34, n.4, p.355-60, 2012.
- SMITH, P.W.; BENNETT, G.; BRADLEY, S.; DRINKA, P.; LAUTENBACH, E., MARX, J.; MODY, L.; NICOLLE, L., STEVENSON, K. Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA); Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). SHEA/APIC Guideline: Infection prevention and control in the long-term care facility. **American Journal Infection Control**, v.36, n.7, p.504-35, 2008.
- SMITS, M.; ZEGERS, M.; GROENEWEGEN, P.P.; TIMMERMANS, D.R., ZWAAN, L.; VAN DER WAL, G.; WAGNER, C. Exploring the causes of adverse events in hospitals and potential prevention strategies. **Quality & Safety in Health Care**, v.19, n.5, 2010.
- SOOP, M.; FRYKSMARK, U.; KÖSTER, M.; HAGLUND, B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. **International Journal for Quality in Health Care**, v.21, n.4, p.285-91, 2009.
- SOUSA, P.; UVA, A.S.; SERRANHEIRA, F.; NUNES, C.; LEITE, E.S. Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. **BMC Health Service Research**, v.14, n.311, 2014.
- SYDNOR E.R.; PERL, T.M. Hospital epidemiology and infection control in acute-care settings. **Clinical Microbiology Reviews**. v.24, n.1, p.141-73.2011.
- TABLAN, O. C.; ANDERSON, L. J.; BESSER, R.; BRIDGES, C.; HAIJEH, R. CDC Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for preventing health care-associated pneumonia, 2003: **Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee**. MMWR Recomm Rep. 53(RR-3):1-36. Disponível

em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5303a1.htm>>. Acesso em: 23 out 2014.

TADDEO, P.S.; GOMES K.W.L.,.; CAPRARA. A.; GOMES, A.M.A.; OLIVEIRA, G.C.; MOREIRA, T.M.M. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p. 2923-30, 2012.

THE JOINT COMMISSION. **Facts about Speak Up**, 2002. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/facts_about_speak_up/>. Acesso em: 14 dez. 2014

THE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Patients as Partners in the Infection Prevention and Control Process**. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2009.

THE JOINT COMMISSION. **Over a century of quality and safety**. The Joint Commission History. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_2014.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

THE JOINT COMMISSION. **Speak up: five things you can do to prevent infection**. 2009. Disponível em: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Infection_Control_brochure.pdf>. Acesso em: 14 dez 2014.

THE JOINT COMMISSION. **The Joint Commission History**, 2011. 12 p. Disponível em: <http://www.jointcommission.org/assets/1/18/Joint_Commission_History_20111.PDF>. Acesso em: 06 jan. 2015.

THE LANCET. Patient empowerment--who empowers whom? Patient empowerment--who empowers whom? **Lancet**, v.379, n.9827, p.1677, 2012.

THE NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION. **National Agenda for Action: Patients and Families in Patient Safety– Nothing About Me, Without Me**. NPSF; 2000]. Disponível em: <http://www.npsf.org/wpcontent/uploads/2011/10/Nothing_About_Me.pdf>. Acesso em 23 fev 2015.

VAN DER STARRE, C.; VAN DIJK, M.; VAN DEN BOS, A.; TIBBOEL D. Pediatric critical incident analysis: lessons learnt on analysis, recommendations and implementation. **European Journal of Pediatrics**, v.173, n.11, p.1449-57, 2014.

VAISMORADI, M.; JORDAN, S.; KANGASNIEMI, M. Patient participation in patient safety and nursing input - a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v.24, n.5-6, p.627-39, 2015.

VIACAVA, F.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R.S. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.4, p.921-34, 2012.

WATERMAN, A.D.; GALLAGHER, T.H.; GARBUIT, J.; WATERMAN, B.M.; FRASER, V.; BURROUGHS, T. E. Brief report: Hospitalized patients' attitudes about and participation in error prevention. **Journal of General Internal Medicine**, v.21, n.4, p.367-70, 2006.

WEINGART, S.N.; ZHU, J.; CHIAPPETTA, L.; STUVER, O.S.; SCHNEIDER, E.C.; EPSTEIN, A.M.; DAVID-KASDAN, J.A.; ANNAS, C.A.; FOWLER JR, F.; WEISSMAN, J.S. Hospitalized patients' participation and its impact on quality of care and patient safety. **International Journal for Quality in Health Care**, v.23, n.3, p.269-77, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. **Health promoting hospital working for health: The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals**. Vienna, 1997. Disponível em: <http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/hph/Viena_Recommendation.pdf>. Acesso 17 fev 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guide to implementation: A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy**. Geneva, 2009b. 48p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **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. 205p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO guidelines on hand hygiene in health care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**. Geneva, 2009a. 270p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety. Forward programme – First Edition, 2008-2009**. Geneva, 2008a. 80p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: Forward Programme**. Geneva, 2004. 27p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety. Global Patient Safety Challenge: Clean care is safer care – 2005-2006**. Geneva, 2005. 35p.

WU, K.S.; LEE, S.S.; CHEN, J.K.; TSAI, H.C.; LI, C.H.; CHAO, H.L.; CHOU, H.C.; CHEN, Y.J.; KE, C.M.; HUANG, Y.H.; SY, C.L.; TSENG, Y.T, CHEN, Y.S. Hand hygiene among patients: attitudes, perceptions, and willingness to participate. **American Journal Infection Control**, v.41, n.4, p.327-31, 2013.

YOKOE, D.S.; CLASSEN, D. Improving patient safety through infection control: a new healthcare imperative. **Infection Control Hospital Epidemiology**, v.29, s.1, S3, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PACIENTES

N.º Registro COEP: CAAE-18477913.1.0000-5149

Título da Pesquisa: Fatores que influenciam a participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde.

Prezado Paciente,

Venho, por meio desse termo, convidá-lo (a) a participar da pesquisa que tem como objetivo de identificar os fatores que influenciam a participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde.

1) Procedimentos da Pesquisa:

Para participar, solicito a sua colaboração em responder a uma entrevista que utilizará um questionário, que constará de informações sobre seus dados pessoais; história pregressa de internação e infecções; conhecimento do risco de adquirir infecções nos serviços de saúde e da higienização das mãos; percepção do cumprimento desta prática pelos profissionais de saúde; percepção do paciente a respeito da participação do paciente na higienização das mãos.

2) Riscos e Desconfortos:

Ao responder o questionário, você não terá nenhum risco ou qualquer forma de exposição. Você não é obrigado a responder todas as questões e, caso solicite, poderá cancelar sua participação a qualquer momento.

3) Confidencialidade:

A sua identidade será mantida em sigilo e toda informação obtida será tratada no conjunto de todos os participantes, não sendo de nenhuma forma permitida a identificação individual do participante.

4) Benefícios

Os benefícios serão as possíveis repercussões para a adesão a HM pelos profissionais de saúde, como proposição de novas perspectivas institucionais para melhoria da adesão a HM com envolvimento dos pacientes, possibilitando reduzir/evitar a transmissão de microrganismos e a ocorrência de infecções e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente.

5) Custo/reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação na pesquisa e também não receberá qualquer benefício financeiro como pagamento, gratificação ou brindes, pois sua contribuição ao responder o questionário deverá ser voluntária.

Consentimento:

Estou ciente de que minha participação é voluntária e sem ônus, podendo interrompê-la a qualquer momento sem penalidades, constrangimentos ou qualquer forma de punição.

Declaro ainda que recebi todos os esclarecimentos e dúvidas sobre a pesquisa, bem como sobre a utilização dos dados para fins acadêmicos.

Belo Horizonte, ____/____/ 2015.

Assinatura do entrevistado: _____.

Assinatura do entrevistador: _____.

CONTATOS: Em caso de dúvida, poderei comunicar-me com as pesquisadoras mediante contato.

Prof.^a Dra. Adriana Cristina de Oliveira.

Enfermeira Selma de Almeida Pinto.

Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Alfredo Balena, 190- Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG. CEP 30130100. Telefone: (31)3409-9855.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) /UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II. Campus Pampulha - 2º andar. Belo Horizonte, MG - Brasil. CEP 31270-901. Telefone: (31) 3409-45.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

N.º Registro COEP: CAAE-18477913.1.0000-5149

Título da Pesquisa: Fatores que influenciam a participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde.

Prezado(a),

Venho, por meio desse termo, convidá-lo (a) a participar da pesquisa que tem como objetivo identificar os fatores que influenciam a participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde.

1) Procedimentos da Pesquisa:

Para participar, solicito a sua colaboração em responder a uma entrevista que utilizará um questionário, que constará de informações sobre seus dados pessoais; percepção em relação do risco de infecções relacionadas à assistência a saúde e da higienização das mãos; percepção do cumprimento da higienização das mãos pelos profissionais de saúde; percepção dos profissionais de saúde a respeito da estrutura da unidade para higienização das mãos; atitudes a respeito da participação do paciente na higienização das mãos.

2) Riscos e Desconfortos:

Ao responder o questionário, você não terá nenhum risco ou qualquer forma de exposição. Você não é obrigado a responder todas as questões e, caso solicite, poderá cancelar sua participação a qualquer momento.

3) Confidencialidade:

A sua identidade será mantida em sigilo e toda informação obtida será considerada *confidencial*.

4) Benefícios

Os benefícios serão as possíveis repercussões para a adesão a HM pelos profissionais de saúde, evitando a transmissão de microrganismos e a ocorrência de infecções e, consequentemente, a melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente.

5) Custo/reembolso

Você não terá nenhum gasto com a sua participação na pesquisa e também não receberá qualquer benefício financeiro como pagamento, gratificação ou brindes, pois sua contribuição ao responder o questionário deverá ser voluntária.

Consentimento:

Estou ciente de que minha participação é voluntária e sem ônus, podendo interrompê-la a qualquer momento sem penalidades, constrangimentos ou qualquer forma de punição.

Declaro ainda que recebi todos os esclarecimentos e dúvidas sobre a pesquisa, bem como sobre a utilização dos dados para fins acadêmicos documentação para fins acadêmicos.

Belo Horizonte, ____/____/2015.

Assinatura do entrevistado: _____.

Assinatura do entrevistador: _____.

CONTATOS: Em caso de dúvida, poderei comunicar-me com as pesquisadoras mediante contato.

Prof.^a Dra. Adriana Cristina de Oliveira.

Enfermeira Selma de Almeida Pinto.

Escola de Enfermagem da UFMG. Av. Alfredo Balena, 190 - Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG. CEP 30130100. Telefone: (31)3409-9855.

Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) /UFMG: Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II. Campus Pampulha - 2º andar. Belo Horizonte, MG - Brasil. CEP 31270-901. Telefone: (31) 3409-45.

APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO ENTREVISTADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO PARA PACIENTE

1. Número de Identificação: _____
2. Entrevistador: _____
3. Data da Entrevista: ___/___/___
4. Horário de início: _____
5. Horário de término: _____
6. Unidade de internação: _____

❖ Definições:

- **Higienização das mãos (HM):** é a realização da limpeza das mãos, seja com água e sabonete antisséptico e água, fricção das mãos com preparação alcoólica, ou degermação das mãos para eliminar a microbiota transitória e reduzir a residente (SIEGEL *et al.*, 2007, BRASIL, 2010).
- **Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde (IRAS):** anteriormente denominadas de infecção hospitalar, se referem a todas as infecções adquiridas durante o cuidado, em serviços de saúde (hospitais, instituições de longa permanência, ambulatório, cuidado domiciliar) e que não estavam presentes antes da admissão do paciente, (SIEGEL *et al.*, 2007).

Parte I- Características sociodemográficas do paciente

1 DN: ___/___/_____.

2. Idade: _____ anos

3. Sexo: () Feminino () Masculino

4. Cor ou Raça: () Branca () Preta () Parda () Outra: _____

5. Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra: _____

6. Procedência: () Capital () Interior () Região

7. Estado civil: () Solteira () Casada/amasiada () Divorciada () Outros: _____

8. Renda mensal: (em salários mínimos)

() Não remunerado

() Até 2

() De 3 as 5

() Acima de 5

() Outros: _____

09. Grau de Escolaridade:

() Sem instrução

() Ensino fundamental completo

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino superior completo

() Ensino superior incompleto

10. Ocupação: _____

11. Você atua ou atuou na área da saúde?

() Não () Sim () Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

11. a) Se sim qual atividade desempenhada: _____

12. Possui algum membro na família que atua ou atuou trabalhou na área da saúde?

Não Sim Outros

12. a) Se Sim, Se sim qual atividade desempenhada: _____

Parte II - História pregressa de internação hospitalar do paciente e de seu familiar e ocorrência de infecções relacionadas ao serviço de saúde

13. Você internou em algum hospital no último ano, a partir da data desta internação atual?

Não Sim Outros

14. Você adquiriu infecção hospitalar durante essa última internação?

Não Sim Outros

15. Você necessitou ficar em isolamento/medidas de precauções?

Não Sim Outros

15. a) Se sim, por qual motivo? _____.

16. Você sabe qual o microrganismo causador da infecção adquirida no hospital?

Não Sim Outros

16. a) Se sim, qual? _____.

17. Algum familiar adquiriu infecção hospitalar no último ano, ou seja, em 2014?

Não Sim Outros

18. Seu familiar necessitou ficar em isolamento/medidas de precauções?

Não Sim Outros

19. Você sabe qual era o microrganismo responsável pela infecção?

Não Sim

19. a) Se sim, qual? _____

Parte III – Conhecimento do paciente sobre o risco de adquirir infecção relacionada ao serviço de saúde e da higienização das mãos:

20. Você sabe que pacientes podem adquirir infecção no hospital?

Não Sim Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

21. Você tem alguma preocupação com o risco de adquirir infecção hospitalar?

Não Sim Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

22. Em relação à higienização das mãos realizada pelos profissionais de saúde *antes* do cuidado, você acha que seja:

Pouco importante Importante Muito importante

23. Em relação à higienização das mãos realizada pelos profissionais de saúde *após* o cuidado, você acha que seja:

Pouco importante Importante Muito importante

24. Você sabe em quais situações que os profissionais devem higienizar as mãos?

Não Sim

24. a) Se sim, em quais as situações?

- Antes do contato com paciente
 Após contato com paciente
 Antes e após contato com paciente

25. Você já recebeu alguma orientação dos profissionais de saúde sobre higienização das mãos, *em algum momento da sua vida*?

Não Sim Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

Parte IV- Percepção do paciente em relação à higienização das mãos pelos profissionais de saúde na internação atual:

26. Você observa, de uma maneira geral, se os profissionais de saúde higienizam as mãos com água e sabonete ou preparação alcoólica antes /depois de entrar em contato com os pacientes?

Não Sim Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

27. Você acha que os profissionais de saúde dessa instituição cumprem com a higiene das mãos todas as vezes que é necessário?

Não Sim Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

28. Com que frequência, você acha que os profissionais de saúde desta instituição higienizam as mãos antes de tocar nos pacientes?

Nunca Algumas vezes Sempre
 Outros*(Não sei/não lembro/não respondeu)

29. Com que frequência, você acha que os profissionais de saúde desta instituição higienizam as mãos após tocar nos pacientes?

Nunca Algumas vezes Sempre
 Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

30. Com que frequência, os profissionais de saúde que atendem você nesta internação têm higienizado as mãos antes de atendê-lo.

Nunca Algumas vezes Sempre
 Outros *(Não sei/não lembro/não respondeu)

31. Com que frequência, os profissionais de saúde que atendem você nesta internação têm higienizado as mãos após atendê-lo.

Nunca Algumas vezes Sempre
 Outros * (Não sei/não lembro/não respondeu)

32. Você sabe quais os produtos que os profissionais de saúde usam para higienizar as mãos?

Não Sim Outros * (Não sei/não lembro/não respondeu)

32. a) Se sim, quais?

Água e sabonete

Preparação alcoólica

Água e sabonete e preparação alcoólica

Parte V- Percepção e atitude do paciente a respeito de participação do paciente na higienização das mãos

33. Você gostaria de receber orientação *verbal* sobre a importância da higienização das mãos para evitar as infecções adquiridas no hospital?

Não Sim Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

34. Você concorda que os pacientes ou familiares devem estar cientes de que os profissionais de saúde lavam as mãos *antes / depois* de entrar em contato com os pacientes?

Sim Não Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

35. Você estaria disposto em lembrar os profissionais de saúde a higienizar as mãos, se eles se esquecessem?

Não Sim

35. a) Se Não, por quê? _____.

35. b) Se Sim, por quê? _____.

36. Como você se sentiria de perguntar aos profissionais de saúde se eles higienizaram as mãos?

Desconfortável Confortável Muito confortável

37. Qual a possibilidade de você perguntar aos *médicos* se eles higienizaram as mãos?

Nunca Algumas Vezes Sempre

Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

38. Qual a possibilidade de você perguntar aos *enfermeiros* se eles higienizaram as mãos?

- Nunca Algumas Vezes Sempre
 Outros * (Não sei/não lembro/não respondeu)

39. Qual a possibilidade de você perguntar aos *técnicos de enfermagem* se eles higienizaram as mãos?

- Nunca Algumas Vezes Sempre
 Outros * (Não sei/não lembro/não respondeu)

40. Você sentiria confortável de perguntar aos profissionais de saúde se eles lavaram suas mãos, se outros pacientes também perguntassem?

- Nunca Algumas Vezes Sempre
 Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

41. Você já perguntou a algum profissional de saúde se higienizaram as mãos?

- Não Sim Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

42. Você acha que os profissionais de saúde desta instituição estão preparados/treinados para serem questionados pelos pacientes sobre a higienização das mãos?

- Não Sim Outros * (Não sei/não lembro/não respondeu)

43. Você se sente preparado para perguntar aos profissionais se higienizaram as mãos?

- Não Sim Outros * (Não sei/não lembro/não respondeu)

44. Você acha que os pacientes devem participar de campanhas para melhoria da adesão a higienização de mãos entre profissionais de saúde no cuidado recebido?

- Não Sim Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DO ENTREVISTADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Identificação

1. Número de Identificação: _____
2. Entrevistador: _____
3. Data da Entrevista: ___/___/___
4. Horário de início: _____ 5. Horário de término: _____
6. Unidade de internação: _____

❖ **Definições:**

- **Higienização das mãos (HM):** é a realização da limpeza das mãos, seja com água e sabonete, uso de preparação antisséptica e água, fricção das mãos com preparação alcoólica, ou degermação das mãos para eliminar a microbiota transitória e reduzir a residente (SIEGEL *et al.*, 2007; ANVISA, 2010).
- **Infecções Relacionadas aos Serviços de Saúde (IRAS):** anteriormente denominadas de infecção hospitalar, se referem a todas as infecções adquiridas durante o cuidado, em serviços de saúde (hospitais, instituições de longa permanência, ambulatório, cuidado domiciliar) e que não estavam presentes antes da admissão do paciente, (SIEGEL *et al.*, 2007).

Parte I- Características sociodemográficas dos profissionais de saúde

1. DN: ___/___/_____.

2. Idade: _____ anos

3. Sexo: () Feminino () Masculino

4. Raça: () Branca () Negra () Parda () Outra: _____

5. Religião: () Católica () Evangélica () Espírita () Outra: _____

6. Estado civil: () Solteira () Casada/amasiada () Divorciada () Outro: _____

7. Grau de escolaridade:() 1º grau () 2º grau () 3º grau () Pós-graduação

8. Categoria Profissional:

() Médico () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem.

8. a) Se médico, qual a especialidade/clínica: _____.

9. Quanto tempo você tem de formado? _____ anos

10. Quanto tempo você atua nesta instituição? _____ anos

11. Quanto tempo você atua nesta unidade? _____ anos

12. Qual turno você trabalha?() Manhã () Tarde () Noite () Outros

13. Qual seu vínculo nesta instituição?

() Concurso (UFMG/EBSERH*) () Contrato (FUNDEP)**

* EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares/

**FUNDEP – Fundação de Desenvolvimento e Pesquisa

14. Você tem outro vínculo de trabalho?

() Não () Sim

14. a) Se sim, quantos? _____

Parte II - Percepção do profissional de saúde em relação às infecções relacionadas à assistência a saúde e da higienização das mãos

15. Você sabe que pacientes podem adquirir infecção no hospital?

Não Sim Outros* (Não lembro/não respondeu)

16. Você considera que o risco do paciente adquirir infecções relacionadas aos serviços de saúde em geral seja:

Baixo Médio Alto Outros * (Não sei/não lembro/não respondeu)

17. Você considera que o risco do paciente adquirir infecção nesta instituição é:

Baixo Médio Alto Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

18. Você considera que o risco do paciente adquirir infecção neste setor seja:

Baixo Médio Alto Outros* (Não sei/não lembro/não respondeu)

19. De acordo com sua estimativa, qual o percentual de pacientes internados nesta unidade desenvolvem IRAS? _____% (entre 0 a 100%)

20. Você se preocupa com o risco de infecção relacionada ao serviço de saúde ao prestar assistência aos pacientes?

Não Sim

21. As consequências de se adquire das infecções no hospital para os pacientes representam um problema de importância?

Baixa Média Alta

22. Você acha que a eficácia da higiene das mãos para a redução da infecção relacionada ao serviço de saúde seja?

Baixa Média Alta

23. Você acha que a importância da higiene das mãos antes e após contato com paciente para prevenir infecção seja

() Baixa () Média () Alta

24. Qual tipo de higienização das mãos, você realiza com mais frequência?

() Lavagem simples das mãos com água e sabonete

() Fricção antisséptica com alcoólica

24. a) Por quê? _____.

25. Você recebeu algum treinamento sobre higienização das mãos *no último ano*, nesta instituição?

() Não () Sim () Outro

25. a) Se sim, qual setor responsável pelo treinamento

25. b) Qual foi o tipo de treinamento? _____.

26. Você gostaria de receber treinamento sobre higienização das mãos?

() Não () Sim

26. a) Se sim, qual o tipo de treinamento? _____.

Parte III - Percepção do profissional de saúde em relação ao cumprimento da higienização das mãos

27. Com que frequência, você acha que os profissionais de saúde higienizam as mãos *antes* de tocar nos pacientes?

() Nunca () Algumas vezes () Sempre

28. Com que frequência, você acha que os profissionais de saúde higienizam as mãos *após* tocar nos pacientes?

() Nunca () Algumas vezes () Sempre

29. Com que frequência, você acha que os profissionais de saúde utilizam *preparação alcoólica* nas mãos *antes* de tocar nos pacientes?

() Nunca () Algumas vezes () Sempre

30. Com que frequência, você acha que os profissionais de saúde utilizam *preparação alcoólica* nas mãos *após* tocar nos pacientes?

() Nunca () Algumas vezes () Sempre

31. Com que frequência, você acha que os profissionais de saúde utilizam água e para sabonete higienizar as mãos antes de tocar nos pacientes?

Nunca Algumas vezes Sempre

32. Com que frequência, você acha que os profissionais de saúde utilizam água e sabonete para higienizar as mãos após tocar nos pacientes?

Nunca Algumas vezes Sempre

33. Com que frequência você usa água e sabonete?

Nunca Algumas vezes Sempre

34. Em quais as situações que você usa água e sabonete?

35. Com que frequência você faz fricção com preparação alcoólica?

Nunca Algumas vezes Sempre

36. Em quais as situações que você usa fricção com preparação alcoólica?

37. Você acha que são necessários programas adicionais para melhorar a adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde?

Não Sim Outros

Parte IV- Conhecimento do profissional de saúde a respeito da estrutura/ materiais da unidade para higienização das mãos.

38. Em relação à estrutura física e de material da unidade para o cumprimento da higienização das mãos entre profissionais de saúde, você acha que?

38. a) Presença de pias nas enfermarias?

Pouco importante Importante Muito importante

38. b) Disponibilidade de insumos: água, sabonete e papel toalha nas enfermarias?

Pouco importante Importante Muito importante

38. c) Disponibilidade de preparação alcoólica nas enfermarias?

Pouco importante Importante Muito importante

38. d) Disponibilidade de lixeira com pedal nas enfermarias?

Pouco importante Importante Muito importante

39. Na unidade tem água e sabonete em cada enfermaria para o profissional de saúde higienizar as mãos?

Nunca Algumas vezes Sempre Outros

40. Na unidade tem papel toalha em cada enfermaria para o profissional de saúde higienizar as mãos?

Nunca Algumas vezes Sempre Outros

41. Na unidade tem preparação alcoólica em cada enfermaria para o profissional de saúde higienizar as mãos?

Nunca Algumas vezes Sempre Outros

42. Na unidade tem exposição de cartaz em cada enfermaria sobre a higiene das mãos?

Nunca Algumas vezes Sempre Outros

43. A sua chefia imediata incentiva a prática da higienização das mãos no setor?

Não Sim Outros

44. A instituição incentiva à prática da higienização das mãos no setor?

Não Sim Outros

45. Os seus colegas incentivam você a higienizar as mãos?

Não Sim Outros

46. Você conhece alguma regulamentação sobre higienização das mãos?

() Não () Sim () Outros

47. Você já ouviu falar na Resolução da Diretoria Colegiada- RDC Nº 42/2010, que aborda a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde?

() Não () Sim () Outros

48. Você já ouviu falar nos 5 momentos para a HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

() Não () Sim () Outros

48. a) Se sim, quais são:_____.

Parte V- Percepção e atitudes dos profissionais de saúde a respeito de participação dos pacientes na adesão a Higienização das mãos

49. Você acha que os pacientes podem ajudar a melhorar a adesão à higienização das mãos, lembrando aos profissionais de saúde sobre essa prática?

() Não () Sim

49. a) Se não por quê?_____.

49. b) Se Sim, por quê?_____.

50. Se você não higienizasse as mãos, você acharia importante ser lembrado pelo paciente que receberia seu cuidado?

() Não () Sim

50. a) Se sim, como?_____.

50. b) Por quê?_____.

51. Você já foi solicitado a realizar a higienização das mãos pelos pacientes ou familiares?

() Não () Sim

51. a) Se sim, quantas vezes? (_____)

51. b) Se sim, quando?

() Última semana () Último mês () Último ano () Não lembra

52. Como você sentiria se os pacientes perguntassem se higienizou as mãos:

Desconfortável Confortável Muito confortável

52. a) Por quê:_____.

53. Caso você apoie à participação dos pacientes em campanha de melhoria da higienização das mãos, o que facilitaria para o paciente identificar que é um profissional aberto a ser questionado:

53. a) Utilizando crachás com dizeres que você incentiva a participação deles a perguntar sobre a higienização das mãos:

Pouco importante Importante Muito importante.

53. b) Lembretes escritos no quarto, orientando os pacientes a perguntar aos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos:

Pouco importante Importante Muito importante

53. c) Orientação verbal da equipe aos pacientes incentivando-os a perguntar aos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos:

Pouco importante Importante Muito importante.

53. d) Orientação escrita pela equipe aos pacientes incentivando-os a perguntar aos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos:

Pouco importante Importante Muito importante.

53. e) Você sugere outra forma de abordagem para incentivar os pacientes a participarem da adesão a higienização das mãos:

Não Sim

Se sim, qual forma:_____.

54. Você gostaria de utilizar crachá informando: “*PERGUNTE-ME SE HIGIENZEI MINHAS MÃOS*”:

Não Sim

54. a) Se não por quê:_____.

54. b) Se sim por quê? _____.

55. Como você se sentiria se o paciente o perguntasse se higienizou as mãos, no caso de você utilizar crachá informando: **“PERGUNTE-ME SE HIGIENIZEI MINHAS MÃOS”**?

Desconfortável Confortável Muito confortável

56. Você conhece ou ouviu falar no programa da Organização Mundial de Saúde **“PACIENTE PELA SEGURANÇA DO PACIENTE”**?

Não Sim

56. a) Se sim, qual o principal fundamento desse programa para o envolvimento do paciente? _____

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação COEP UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 18477913.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Adriana Cristina de Oliveira
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 18 de setembro de 2013, o projeto de pesquisa intitulado "**Impacto da estratégia multimodal na adesão a higiene de mãos entre a equipe multiprofissional**" bem como o termo de consentimento livre e esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B - Aprovação da Coordenação da Unidade Funcional de Clínica Médica do Hospital das Clínicas - UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Parecer da Unidade Funcional de Clínica Médica

Comissão de análise de projetos de pesquisa, extensão, ensino, especialização e pós-graduação.

Nome do Projeto: FATORES QUE INFLUENCIAM A PARTICIPAÇÃO DOS PACIENTES NA MELHORIA DA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Autores: SELMA DE ALMEIDA PINTO.

Descrição breve do projeto: Identificar os fatores que influenciam a participação dos pacientes na melhoria da adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde, considerando: o perfil sociodemográfico dos pacientes e profissionais de saúde quanto às variáveis: idade, sexo, raça, religião, naturalidade, procedência, estado civil, anos de escolaridade, profissão, atuação na área da saúde, atuação familiar na área de saúde, identificação de alguns fatores relacionados ao paciente como: história prévia de internação hospitalar e de seus familiares no último ano, presença de IRAS, necessidade de isolamento, causa da infecção e micro-organismo envolvido, avaliação da percepção do cumprimento da HM pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) antes e tocá-los; uso de solução alcoólica; utilização de água e sabão; tipo de produtos empregados.

Sugestões/esclarecimentos: O projeto é relevante, tem importância na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes na instituição, devendo ser divulgado para todos os profissionais do Serviço envolvidos na assistência e no ensino, assim como os resultados obtidos e as propostas de intervenção.

Conclusão:

1. **Aprovado sem ressalvas (X).** Poderá ser iniciado imediatamente.
2. **Aprovado com ressalvas ().** Poderá ser iniciado, mas os esclarecimentos deverão ser encaminhados para UFCLM, no máximo em uma semana para aprovação definitiva, sob pena de não aprovação.
3. **Não aprovado ().** Necessita de modificações substanciais antes de ser iniciado.

OBS: O estudo teve a anuência e concordância da coordenação do Serviço Especial de Diagnóstico e Tratamento de Clínica Médica, Luciana Cristina dos Santos Silva.

Vera Lúcia de Araújo Nogueira Lima
 Coordenação de enfermagem do serviço Especial de Diagnóstico e Tratamento de
 Dermatologia do HC/UFMG

José Roberto Siqueira Castro - Gerência da Unidade Funcional Clínica Médica - UFCLM
 Belo Horizonte, 13 de março de 2015.

José Roberto Siqueira Castro
 Insc. 10440X CRM: 11260
 Gerente da Unidade Funcional
 Clínica Médica - HC/UFMG

José Roberto Siqueira Castro
 Insc. 10440X CRM: 11260
 Gerente da Unidade Funcional
 Clínica Médica - HC/UFMG

ver objetivo específico

Selma
 9971-9459

ANEXO C - Aprovação da Coordenação da Unidade Funcional de Clínica Cirúrgica do Hospital das Clínicas - UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Gerência da Unidade Funcional de Clínico-Cirúrgica
Hospital Das Clínicas de Minas Gerais

Prezada Andreia Portilho

Conforme conversamos pessoalmente, solicito autorização para realizar a pesquisa intitulada como "*Fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde*", do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, que tem como objetivo determinar os fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde, orientado pelo Professor (a) Dra. Adriana Cristina de Oliveira.

Contando com sua autorização, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Selma de Almeida Pinto

Belo Horizonte, 24 de Agosto de 2015.

Andreia Portilho
Andreia Portilho S. Ribeiro
Inscr. 22214
GERENTE UF. CLÍNICO-CIRÚRGICA

Contatos:

Pesquisadora: Selma de Almeida Pinto (tel.: 99789459 - email: selmaapinto@gmail.com)

ANEXO D - Aprovação da Coordenação da Unidade do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas – UFMG



Belo Horizonte, 25 de agosto de 2015

Professor Alexandre,

O projeto **“Fatores que influenciam a participação dos pacientes na adesão à higienização das mãos entre profissionais de saúde”**, da mestrandia Selma de Almeida Pinto orientada pela Profa. Dra. Adriana Cristina de Oliveira, será realizado na unidade de internação 2ºsul do Instituto Alfa de Gastroenterologia do Hospital das Clínicas e não trará nenhum custo adicional a esta Unidade Funcional.

Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Luciana D. Lages Moselli

Gerente UF IAG

Luciana D. Lages
Gerente da UF IAG
Insc.: 126004

Ilmo.Sr.
Prof. Dr. Alexandre Rodrigues Ferreira
Gerente de Ensino e Pesquisa
Hospital das Clínicas da UFMG
anexo
II.

ANEXO E - Declaração da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas – UFMG.



**Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Gerência de Ensino e Pesquisa**



DECLARAÇÃO

DE: Gerência de Ensino e Pesquisa
Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira

PARA: Divisão de Enfermagem do HC/UFMG
Gerente Mara Januário Queiroz Cabral

PROJETO "FATORES QUE INFLUENCIAM A PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE NA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE".

A pesquisa acima citada, de autoria da Mestranda Enfermeira Selma de Almeida Pinto, orientada pela Profa. Dra. Adriana Cristina de Oliveira está aprovada nesta Gerência sob o número 103/13, com aprovação do Comitê de Ética, tendo seguido todos os trâmites que envolvem a aprovação na instituição. Desta forma a mesma está autorizada a aplicar questionário de coleta de dados para pacientes nesta Instituição e Profissionais da Área da Saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Belo Horizonte, 26 de agosto de 2015.

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira
Gerente de Ensino e Pesquisa

*Av. Prof. Alfredo Balena, 110 – 1º andar – ala leste
Bairro Santa Efigênia - CEP 30130.100 – Belo Horizonte – MG
Telefones: 31-3409-9375 / 3409-9379 - FAX 31-3409-9380 – depehcuufmg@gmail.com*