

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: O IMPACTO DE ESTRATÉGIAS DE INCENTIVO À ADESÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Zilah Cândida Pereira das Neves¹
Anaclara Ferreira Veiga Tipple²
Adenícia Custódia Silva e Souza²
Milca Severino Pereira³
Dulcelene de Sousa Melo⁴
Lucimar Rodrigues Ferreira⁵

Com o objetivo de avaliar o impacto do uso de diferentes estratégias de incentivo à higienização das mãos de profissionais de saúde de uma UTI neonatal em Goiânia - GO, realizou-se um estudo de intervenção não controlada, denominado antes-depois. Observados os aspectos éticos, os dados foram coletados, utilizando-se um check list para o registro das oportunidades de higienização das mãos, por seis meses. Utilizaram-se três estratégias de incentivo, construídas com a participação das equipes da instituição. Foram observadas 1358 oportunidades de higienização das mãos. As estratégias de incentivo promoveram pequeno impacto no aumento da adesão à higienização das mãos nos períodos durante e após a sua implementação, sendo que esse aumento ocorreu, predominantemente, no momento posterior à realização dos procedimentos. Na adesão global, os percentuais foram semelhantes antes (62,2%) e após (61,6%) a execução de procedimentos. O estudo sinaliza maior preocupação dos profissionais com o risco individual.

DESCRITORES: lavagem de mãos; educação contínua; infecção hospitalar; enfermagem

HAND HYGIENE: THE IMPACT OF INCENTIVE STRATEGIES ON ADHERENCE AMONG HEALTHCARE WORKERS FROM A NEWBORN INTENSIVE CARE UNIT

We carried out a before-after non-controlled intervention study to assess the impact of different handwashing strategies in health care workers at a neonatal ICU in Goiânia - Goiás, Brazil. All ethical aspects were considered. Data was collected by using a check list in order to register hand hygiene opportunities during six months. Three strategies were elaborated together with the hospital team. We observed 1358 handwashing opportunities. Incentive strategies caused a small impact on the increase of adherence to hand hygiene during and after the implementation period. However, we noticed that this increase mainly occurred after the procedures were realized. On the whole, adherence levels were similar before (62.2%) and after (61.6%) the procedures. The study showed that health care workers were more worried about individual risks.

DESCRIPTORS: handwashing; continuing education; cross infection, nursing

HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS: EL IMPACTO DE ESTRATEGIAS QUE INCENTIVEN LA ADHESIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Con objeto de evaluar el impacto del uso de diferentes estrategias que incentiven la higienización de las manos entre profesionales de la salud en una unidad de cuidados intensivos neonatales en Goiânia - Goiás, Brasil, efectuamos un estudio de intervención no controlada, denominada antes-después. Observados los aspectos éticos, los datos fueron recolectados utilizándose un check list para registrar las oportunidades de higienización de las manos, por seis meses. Utilizamos tres estrategias de incentivo construídas con la participación de los grupos de la institución. Fueron observadas 1358 oportunidades de higienización de las manos. Las estrategias de incentivo consiguieron un pequeño impacto en el aumento de la adhesión de la higienización de las manos en los periodos durante y después de su implementación. Este aumento ocurrió principalmente después de la realización de los procedimientos. En la adhesión total, los porcentajes fueron semejantes antes (62,2%) y después (61,6%) de la ejecución de procedimientos. El estudio señala una mayor preocupación de los profesionales con el propio riesgo.

DESCRIPTORES: lavado de manos; educación continua; infección hospitalaria; enfermería

¹ Mestre em Enfermagem, Enfermeira da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, email: zilahcandida@yahoo.com.br; ² Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto; ³ Doutor em Enfermagem, Professor Titular, Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás; ⁴ Mestre em Enfermagem, Enfermeira Assistencial do centro cirúrgico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás; ⁵ Especialista em vigilância sanitária e epidemiológica, Enfermeira do Hospital Materno Infantil de Goiás

INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar (IH) representa importante problema de saúde pública, tanto no Brasil quanto no mundo e constitui risco à saúde dos usuários dos hospitais que se submetem a procedimentos terapêuticos ou de diagnóstico. Sua prevenção e controle dependem, em grande parte, da adesão dos profissionais da área da saúde às medidas preventivas⁽¹⁾.

Oliver Wendel Holmes, em 1843, sugeriu que os médicos, inconscientemente, eram a maior causa de complicações infecciosas da parturiente e recém-nascido, decorrente das mãos não higienizadas. Em adição, Ignaz Philipp Semmelweis estabeleceu a primeira evidência científica de que a lavagem das mãos pudesse evitar a transmissão da febre puerperal, ao utilizar uma solução de água clorada e sabão para a lavagem das mãos dos profissionais que prestassem cuidados aos pacientes. Conseguiu reduzir de 18,27 para 3,07% o número dessas infecções, dentro de dois meses⁽²⁾.

Como medida de controle de infecção à higienização das mãos não é, portanto, recomendação recente. Deve ocorrer antes e após o contato com o paciente, antes de calçar as luvas e após retirá-las, entre um paciente e outro, entre um procedimento e outro, ou em ocasiões onde exista transferência de patógenos para pacientes e ambientes, entre procedimentos com o mesmo paciente e após o contato com sangue, líquido corporal, secreções, excreções e artigos ou equipamentos contaminados por esses⁽³⁻⁵⁾.

Apesar da importância epidemiológica da higienização das mãos na prevenção das infecções hospitalares, a adesão a essa medida tem se constituído em um dos maiores desafios para as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH que, dentre outros aspectos, envolve os recursos humanos nos estabelecimentos de saúde, seu preparo e sua conscientização⁽⁶⁾. Frequentemente, as IH são associadas à baixa adesão dos profissionais da área da saúde à higienização das mãos⁽⁷⁻⁸⁾.

O desafio é maior nas unidades de neonatologia, nas quais os processos infecciosos são os principais responsáveis pela elevada morbidade e mortalidade desse período. A IH em pacientes com sistema imunológico imaturo e com maior exposição a dispositivos invasivos é difícil de ser prevenida e

controlada. Os avanços tecnológicos aumentaram a sobrevida do recém-nascido (RN) com doenças graves e prematuridade, sendo que são os maiores responsáveis pelo sucesso da manutenção da vida⁽⁷⁾.

Estudos apresentam diferentes motivos para a baixa adesão à higienização das mãos como falta de motivação, ausência de pias próximas ao paciente e de recursos adequados, reações cutâneas nas mãos, falta de tempo, irresponsabilidade, falta de consciência sobre a importância das mãos na transmissão de microrganismos⁽⁸⁻⁹⁾.

O uso de práticas tradicionais e formais de ensino, utilizadas nos programas de educação continuada, quase sempre associadas à impressão de punições, não consegue atingir de maneira eficaz o receptor, prejudicando o resultado final. Dessa forma, estratégias diferentes que envolvem o receptor como construtor de seu próprio conhecimento profissional, conscientiza-o para a mudança de comportamento⁽¹⁰⁾.

A aprendizagem deve ser relevante para o sujeito, necessitando, inclusive, de seu envolvimento com idéias, sentimentos, aspectos culturais de cada sociedade, a fim de que ela se torne uma prática social. Quanto mais significativa, maior será o impacto, tornando-se instrumento necessário à transformação da prática cotidiana⁽¹¹⁾.

Este estudo introduziu estratégias diferentes, por período de tempo maior que o de campanhas educativas, aumentando o acesso da equipe às informações sobre a importância da higienização das mãos, para o controle da IH. Acredita-se que estratégias implementadas continuamente sejam uma das formas de promover mudança de comportamento e, assim, espera-se que o controle de infecção passe para as mãos e para a consciência do profissional.

Para este estudo, considerou-se higienização das mãos todas as situações nas quais ocorreram uso de água e sabão, ou o álcool glicerinado a 70%, ou gel. O objetivo foi avaliar o impacto do uso de diferentes estratégias de incentivo à higienização das mãos de profissionais de saúde em uma UTI neonatal.

METODOLOGIA

Esta pesquisa é uma intervenção não controlada, denominada antes-depois, na qual os indivíduos, que atuam como seu próprio controle, são

submetidos a um determinado tratamento (ou exposição) e são comparados com períodos cujo tratamento (ou exposição) é diferente. Não há formação de um grupo paralelo⁽¹²⁾. O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital-escola da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética do referido hospital. Essa é uma instituição de médio porte, funcionando como referência para assistência à saúde de alto risco na área materno-infantil para todo o Estado de Goiás e demais Estados circunvizinhos, com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A unidade é composta por nove leitos, sendo seis na sua estrutura principal, um de isolamento e outros dois do tipo quarto privativo. A estrutura física atende à Resolução da Diretoria Colegiada - RDC 50/Anvisa, de 21 de fevereiro de 2002, que preconiza a obrigatoriedade de um lavatório para cada cinco leitos de não isolamento⁽¹³⁾.

Participaram do estudo todos os profissionais que consentiram livremente, os quais exerciam suas atividades nos três turnos da UTI neonatal. Os dados foram coletados mediante a observação direta da equipe de profissionais que prestava assistência aos RN. Dez (10) auxiliares de pesquisa, bolsistas do Programa de Iniciação Científica (PIBIC/ PIVIC/ CNPq), vinculados ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Infecção Hospitalar (NEPIH) da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), realizaram a coleta de dados.

Utilizou-se, para observação, um *check list*, que foi analisado por especialistas na área e submetido a teste piloto, por meio de sua aplicação, em seis (6) profissionais da UTI pediátrica do mesmo hospital.

A coleta de dados transcorreu por seis (6) meses, sendo dois (2) meses para diagnóstico situacional. Os dois (2) meses seguintes corresponderam ao período de utilização das estratégias de incentivo à higienização das mãos e os últimos dois (2), para avaliação.

A CCIH/SCIH divulgou em todo o hospital que, nesse período, ocorreria a campanha anual de higienização das mãos. As estratégias foram introduzidas igualmente em todas as unidades do hospital.

A observação da higienização das mãos ocorreu antes e após a realização de procedimentos

nos três turnos, sendo no período diurno de 6 horas e no noturno de 3 horas (foram eleitas as horas iniciais de cada turno onde há ocorrência de maior número de procedimentos). Realizou-se 36 horas de observação no período anterior às intervenções, 72 h durante e 72 h após, totalizando 180 horas. Utilizou-se três estratégias de intervenção.

Paródias musicais com a temática higienização das mãos

As paródias foram compostas por profissionais da equipe do hospital, incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, nutricionistas, auxiliares de nutrição e técnicos de laboratório, como parte de um concurso promovido anteriormente, durante uma campanha de higienização das mãos, realizada pela CCIH/SCIH. Foram escolhidas as músicas vencedoras, que possuem letras e refrões fáceis de serem memorizados, além de melodias de boa aceitação popular.

Essa estratégia foi escolhida porque se observou, em uma campanha de higienização das mãos, que os profissionais memorizavam com facilidade as músicas e muitos relataram que, quando lembraram delas, imediatamente higienizavam as mãos e cobravam de seus colegas a mesma conduta.

Cinco paródias musicais foram gravadas em CD, pelo Grupo Mão Beleza, formado por profissionais da equipe da UTI infantil. Para essa gravação, respeitou-se os aspectos éticos de direitos autorais e contou-se com o apoio da Rádio Universitária da UFG.

As paródias foram divulgadas pelo serviço de radiofonia do hospital, no mínimo uma vez em cada turno até as 22 horas, durante todos os dias da semana, pelos dois (2) meses de incentivo.

Cartazes informativos estilizados

Baseados em um estudo sobre Comunicação Visual na Prevenção de Infecções Hospitalares⁽⁸⁾, elaborou-se oito cartazes informativos estilizados, com a colaboração de um acadêmico de enfermagem da FEN/UFG, que representou com criação própria as situações sugeridas. Os cartazes foram assinados pelo autor e citada a fonte original da idéia. Os cartazes foram afixados em locais estratégicos, inclusive no

relógio de ponto, situado em local de acesso obrigatório a todos os profissionais e nos murais de todas as clínicas. Realizou-se um cronograma para rodízio dos cartazes, que eram transferidos de lugar a cada quatro dias, considerando a mudança de escala da maioria da equipe do hospital.

Frases sobre a temática higienização das mãos

Foram escolhidas dez frases elaboradas por profissionais da equipe de saúde do hospital em estudo, para campanhas anteriores de higienização das mãos, promovidas pela CCIH/ SCIH do hospital. Essas frases foram divulgadas pelo serviço de radiofonia, alternadamente com as músicas, no mínimo, uma vez em cada turno durante todos os dias da semana, nos dois meses de intervenção e escritas em cartazes, com destaques em cores, afixados próximos aos cartazes dos desenhos estilizados.

Os dados foram tabulados no programa Excel e realizada análise estatística nesse programa e no Epi-info 2000, versão 3.2 e foram apresentados por meio de tabelas. O teste estatístico realizado foi o qui-quadrado, considerando o $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A equipe de profissionais que integra o quadro permanente interno dessa UTI neonatal é composta por 80 profissionais de saúde e conta com o apoio de outros externos, pertencentes ao laboratório de análise clínica, banco de sangue, equipe de cirurgiões pediátricos e setor de imagenologia. Dentre os profissionais do quadro interno e externo de profissionais, 69 foram sujeitos da observação para este estudo (Tabela 1).

Tabela 1 - Número e porcentagem de profissionais observados nos seis meses do estudo, segundo a categoria. Goiânia - GO, nov/2003 a maio/2004

Categoria profissional	Nº	%
Técnico/ auxiliar de enfermagem	37	53,6
Médicos	15	21,7
Enfermeiros	08	11,6
Técnico/auxiliar de análise clínica	04	5,7
Fisioterapeuta	02	2,9
Técnico em hemoterapia	01	1,5
Técnico em imagenologia	01	1,5
Fonoaudiólogo	01	1,5
Total	69	100

Destaca-se que mais da metade (65,2%) dos profissionais que foram observados na UTI neonatal em estudo pertencem à equipe de enfermagem. Sabe-se que essa equipe representa o percentual mais elevado de profissionais que prestam assistência direta e ininterrupta ao paciente, o que vem confirmar que, na maioria das instituições de saúde do país, a equipe de enfermagem representa, quantitativamente, esse percentual mais elevado⁽¹⁴⁾, bem como estabelece relação direta com as medidas de prevenção e controle da IH. A equipe médica também corresponde a percentual significativo, 15 (21,7%) e, por se tratar de unidade de tratamento intensivo, sua presença também é contínua.

A unidade em estudo atende parcialmente as exigências da Portaria MS/GM nº 3432, de 12 de agosto de 1998, que estabelece critérios de classificação das Unidades de Tratamento Intensivo. Essa é classificada como UTI Pediátrica do tipo II e, quanto ao quantitativo da equipe de saúde, há déficit de médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração e, também, de um técnico/auxiliar de enfermagem nos três turnos em conformidade com os nove leitos existentes. A garantia de profissionais em termos quanti-qualitativos minimiza a ocorrência de estresse na equipe em consequência da sobrecarga de trabalho, o que pode resultar em iatrogenias.

Foi observada a adesão à higienização das mãos em 1358 procedimentos, o que totalizou 180 horas distribuídas nos três turnos. Foram incluídos apenas os procedimentos observados antes e após a sua execução. Os percentuais antes e depois de sua execução, nos seis meses, estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Número e porcentagem da adesão global à higienização das mãos realizada, antes e após a execução de procedimentos observados nos seis meses do estudo. Goiânia - GO, nov/2003 a maio/2004

Adesão global	Antes	%	Após	%
Sim	845	62,26	836	61,60
Não	513	37,74	522	38,40
Total	1358	100	1358	100

Curiosamente, os percentuais de adesão antes e após a execução de procedimentos foram semelhantes. Mais da metade dos profissionais aderiu à higienização das mãos. Mesmo assim, ainda se está

distante do ideal preconizado para a prevenção de IH, em todas as oportunidades que se fizerem necessárias.

Em aproximadamente 38% dos procedimentos não ocorreu a adesão à higienização das mãos. Isso indica que os cuidados executados foram considerados de alto risco de transmissibilidade de microrganismos e que poderiam desencadear IH, principalmente em recém-nascidos, cuja barreira imunológica encontra-se em formação. Destaca-se que os recursos materiais não foram empecilho à higienização das mãos, pois, durante todo o período da coleta de dados, observou-se que as pias estavam abastecidas com sabonete líquido e papel toalha, e em todas havia um dispensador com álcool a 70%.

O uso do álcool gel ou glicerinado a 70% mostrou baixa aceitação, sendo utilizado respectivamente por 2,6 e 1,7%, antes e após a realização de procedimentos, no percentual de adesão. Vale ressaltar que o álcool gel é de fácil uso e manuseio, requer menor tempo para a aplicação, pode ser disponibilizado à beira do leito e tem ação antimicrobiana rápida⁽¹⁵⁾. Entretanto, mesmo com essas facilidades, os profissionais de saúde dessa UTI neonatal mostraram-se resistentes ao seu uso em contraponto à literatura internacional que mostra excelente adesão ao uso da solução alcoólica⁽⁴⁾.

A Tabela 3 mostra a adesão à higienização das mãos antes e após a realização de procedimentos, respectivamente, para os períodos anterior, durante e posterior à aplicação de estratégias de incentivo.

Tabela 3 - Número e porcentagem da higienização das mãos antes e após a realização de procedimentos nos seis meses do estudo. Goiânia - GO, nov/2003 - maio/2004

Período de incentivo/ Higienização das mãos	Antes		Durante		Após		Total Nº
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Antes do procedimento							
Sim	188	22,1	359	42,4	298	35,3	845
Não	126	24,4	189	36,9	198	38,5	513
Total	314		548		496		1358
Após o procedimento							
Sim	172	20,6	363	43,5	299	35,8	834
Não	142	26,9	186	35,3	196	37,6	520
Total	314		549		495		1358

Autores reforçam a importância da continuidade dos programas educacionais para que o seu efeito não seja diminuído, após algum tempo⁽⁴⁻¹⁶⁾. Neste estudo, onde as estratégias de incentivo

foram mantidas por dois meses, evidencia-se, na Tabela 3, que houve pequeno impacto no aumento da adesão à higienização das mãos durante a implementação das estratégias e que, no período posterior, cessadas as estratégias, houve redução nos índices de adesão (respectivamente: 22,1, 42,4, 35,3% à adesão antes da realização de procedimentos e 20,6, 43,5, 35,8% após os procedimentos). Os índices de adesão, no período posterior às estratégias, foram superiores ao período que as antecedeu.

Observou-se que os profissionais utilizaram as informações oferecidas pelas estratégias. Mas os estímulos desencadearam a repetição de suas ações, apenas no período das intervenções, havendo diminuição no período posterior. Isso aconteceu apesar do tempo de implementação das estratégias de intervenção e dessas terem sido inovadoras e construídas pelo grupo de profissionais do hospital, principalmente da própria UTI. Os fatores que contribuíram para esse fato devem ser melhor investigados.

Acredita-se que a promoção da educação permanente, visando o controle de infecção nos estabelecimentos de saúde, deve ser assumida pela CCIH/SCIH na busca de meios que promovam mudanças mais eficazes e duradouras. Mas, sob outro ponto de vista, a adesão é um ato voluntário e individual que depende da decisão de cada profissional. Nesse sentido, é influenciada, dentre outros fatores, pela complexidade inerente ao profissional que realiza o cuidado.

Para compreender os fatores relacionados à adesão, utilizou-se do teste qui-quadrado. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa somente após a execução dos cuidados ($p=0,001$), quando se comparou-se o período anterior com o durante a aplicação das estratégias de intervenção. Portanto, houve aumento da adesão quando as estratégias de incentivo foram introduzidas, mas predominantemente após a realização dos procedimentos.

Alguns estudos corroboram com os nossos achados de que a adesão é maior mediante o estímulo e após a realização de cuidados, evidenciando a preocupação do profissional em não se expor ao risco de aquisição de doença⁽⁹⁻¹⁷⁾.

Na Tabela 4 relaciona-se a adesão à higienização das mãos de acordo com os procedimentos envolvidos.

Tabela 4 - Comportamento de adesão à higienização das mãos após a realização de procedimentos, no período de seis meses, segundo o procedimento executado. Goiânia - GO, nov/2003 - maio/2004

Tipos de Procedimentos	Adesão				Total
	Sim	(%)	Não	(%)	
Preparo de medicamento	52	(89,6)	06	(10,4)	58
Procedimentos de fonoaudiologia	14	(87,5)	02	(12,5)	16
Aspiração orotraqueal e endotraqueal	50	(78,1)	14	(21,9)	64
Sondagem orogástrica	20	(76,9)	06	(23,1)	26
Procedimentos de fisioterapia	58	(75,3)	19	(24,7)	77
Múltiplos procedimentos*	51	(72,9)	19	(27,1)	70
Mudança de decúbito	34	(68,0)	16	(32,0)	50
Realização de curativo	04	(66,7)	02	(33,3)	06
Higienização de RN	126	(63,6)	02	(36,4)	198
Punção venosa/arterial	39	(62,9)	23	(37,1)	62
Exame físico	112	(61,5)	70	(38,5)	182
Manuseio do RN	31	(60,8)	20	(39,2)	51
Administração de dieta	92	(55,8)	73	(44,2)	165
Realização de teste glicêmico	34	(51,5)	32	(48,5)	66
Coleta de sangue	17	(51,5)	16	(48,5)	33
Administração de medicamento	75	(50,3)	74	(49,7)	149
Troca de sensor de oxímetro	17	(47,2)	19	(52,8)	36
Reanimação	04	(50,0)	04	(50,0)	08
Pesagem do RN	01	(50,0)	01	(50,0)	02
Administração de oxigênio	01	(50,0)	01	(50,0)	02
Outros procedimentos	06	(16,2)	31	(83,8)	37
Total	838	(61,7)	520	(38,3)	1.358

* Múltiplos procedimentos = realização de vários procedimentos sequenciais

Observa-se, na Tabela 4, que o procedimento de maior adesão à higienização das mãos após a sua execução foi o preparo de medicamentos. Na seqüência, aqueles com risco de contato com secreção, como os procedimentos fonoaudiológicos, que envolvem secreção oral, devido à estimulação da sucção do RN, na aspiração, na sondagem orogástrica e nos procedimentos de fisioterapia, onde geralmente é realizada a aspiração da árvore brônquica.

A higienização das mãos obtida após o preparo de medicamentos minimiza o risco de exposição química dos profissionais aos medicamentos. Todavia, se se considerar o risco biológico, vale destacar que, antecedendo o preparo de medicamentos, somente em seis (6) oportunidades houve a higienização das mãos, o que é fundamental para a manutenção da técnica asséptica, evitando o risco de contaminação. Nos demais procedimentos, especula-se que a adesão à higienização das mãos pode estar relacionada ao risco aumentado do profissional entrar em contato com secreções corpóreas.

Em particular ao procedimento de acesso vascular, cabe ressaltar que essa atividade se constitui

em importante causa de infecções hospitalares e é procedimento indispensável na moderna prática assistencial. Sendo assim, destaca-se a adesão à higienização das mãos em procedimentos referentes ao acesso vascular, uma vez que o manuseio desse sítio, de maneira inadequada, aumenta o risco de infecções. Assim, neste estudo, entre os procedimentos observados, 244 foram referentes ao acesso vascular, incluindo administração de medicamentos, punção venosa/arterial e coleta de sangue. Em 127 (52,1%), houve adesão à higienização das mãos previamente à execução dos cuidados, o que não ocorreu em 117 (47,9%) das oportunidades.

Essas informações nos preocupam, pois infecção de acesso vascular em UTI neonatal aumenta a morbimortalidade, devido à prematuridade da maioria desses pacientes, que estão mais suscetíveis à IH. Há manuseio excessivo dessas crianças, realização freqüente de procedimentos invasivos, como cateteres centrais e periféricos, punções vasculares pela necessidade de monitorização sangüínea.

Investigou-se a freqüência da higienização das mãos de acordo com a categoria profissional. Como adesão global, encontrou-se, nos seis meses de estudo, os seguintes percentuais: os fisioterapeutas com 77,7%, seguidos de 75,9% da equipe médica, 74,3% dos enfermeiros, 57,2% dos técnicos/auxiliares de enfermagem, 50% do fonoaudiólogo e por último 32,4% dos técnicos de laboratório.

As categorias de nível superior obtiveram maior adesão à higienização das mãos. A maior adesão, apesar do número menor desses profissionais, foi a dos fisioterapeutas, sendo encontrados dados semelhantes em outros estudos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Vale ressaltar os índices de adesão da categoria de médico, que foram maiores que o encontrado em outras pesquisas, inclusive quando comparada com a de enfermeiros⁽¹⁰⁾.

A categoria que apresentou menor adesão foi a de técnico de laboratório. Esse é um dado importante, pois esse profissional tem acesso a diferentes unidades do hospital e suas mãos podem se constituir em veículo de contaminação cruzada. Sabe-se que, para a maioria das atividades, esses profissionais devem utilizar luvas. Entretanto, não prescindem da higienização das mãos que deve ocorrer antes de calçar as luvas e após a sua remoção⁽⁴⁻⁵⁾.

O uso do teste qui-quadrado para análise do comportamento da adesão de uma mesma categoria profissional, ao longo do estudo, possibilitou identificar que entre os auxiliares/técnicos de enfermagem houve maior adesão à higienização das mãos, após a execução dos procedimentos nos períodos durante ($p=0,02$) e após ($p=0,03$) a aplicação das estratégias de incentivo.

Esses dados são relevantes, já que essa categoria profissional é a de maior quantitativo nessa UTI, e também a que mais realiza as atividades de cuidado. Entretanto, o momento da adesão, após a execução de procedimentos, confirma a preocupação dos trabalhadores na proteção de sua saúde, em detrimento de minimizar os riscos que ameaçam a condição clínica dos neonatos. Para as demais categorias profissionais, não houve diferença significativa entre os três períodos analisados (antes, durante e após a implementação das estratégias de incentivo).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa sobre a adesão da equipe de saúde à higienização das mãos nos permitiu concluir que, na UTI neonatal em estudo:

- o espaço físico, a disponibilização de pias com sabão líquido, papel toalha e anti-séptico encontram-se dentro das recomendações;
- a equipe de profissionais que integram o quadro permanente apresenta déficit de um médico plantonista, exclusivo e de um técnico/auxiliar de enfermagem nos três turnos, na proporcionalidade dos nove leitos existentes; - na adesão global, os percentuais foram semelhantes antes e após a realização dos procedimentos, respectivamente 62,26 e 61,60%;
- a adesão ao álcool gel ou glicerinado foi de 2,6% antes e 1,7% após os procedimentos;
- as estratégias de incentivo promoveram pequeno impacto no aumento da adesão à higienização das mãos nos períodos durante e após a sua implementação. E, no período posterior, houve queda na adesão;
- o aumento da adesão, quando as estratégias foram introduzidas, ocorreu, predominantemente, no momento posterior à realização dos procedimentos;
- os procedimentos com maior frequência de adesão, após a sua execução, foram aqueles com maior

possibilidade de exposição do profissional aos riscos químico e biológico;

- a análise do comportamento da adesão de uma mesma categoria profissional, ao longo do estudo, indicou que os auxiliares/técnicos de enfermagem apresentaram maior adesão à higienização das mãos após a execução dos procedimentos, nos períodos durante ($p=0,02$) e após ($p=0,03$) a aplicação das estratégias de incentivo. Para as demais categorias profissionais não houve diferença significativa;

- foram observados 244 procedimentos relacionados ao manuseio do acesso vascular, desses, em 127 (52%) houve adesão à higienização das mãos antecedendo o cuidado, o que não ocorreu em 117 (48%) das oportunidades;

- os índices globais de adesão por categoria profissional foram: fisioterapeuta (77,7%), médico (75,9%), enfermeiro (74,3%), técnico/auxiliar de enfermagem (57,2%), fonoaudiólogo (50%) e técnico de laboratório (32,4%).

Apesar da importância da maior adesão da categoria de técnico/auxiliar de enfermagem na higienização das mãos corroborar com o maior tempo na prestação dos cuidados aos pacientes, encontrou-se diferença estatisticamente significativa somente após a execução dos procedimentos. Isso leva a especular sobre a preocupação na proteção individual em detrimento do paciente.

Infelizmente, os resultados deste estudo, que utilizou diferentes estratégias de incentivo à higienização das mãos, por um período maior que campanhas tradicionais, construídas coletivamente, não foram tão animadores. Os índices encontrados foram semelhantes, sinalizando que as estratégias implementadas não os levaram à reflexão crítica que resultasse em mudança de comportamento.

O caminho na realização deste estudo, bem como as suas conclusões, levou à necessidade de se repensar a prática profissional, enquanto facilitadores do controle de infecção, nos processos de educação permanente, visando a profilaxia e controle de infecção em serviços de saúde. Parece ser necessária mudança no foco, do olhar "obcecado" para a ação esperada, a higienização das mãos, por exemplo, para o autor da ação, o profissional da saúde, o ser humano com suas crenças, valores e princípios. Espera-se que este estudo ofereça subsídios para outros, podendo desvelar caminhos que repercutam na mudança de comportamento do profissional em prol da adesão à higienização das mãos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lacerda RA. Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência em saúde. In: Lacerda RA. Controle de Infecção em Centro Cirúrgico - Fatos, Mitos e Controvérsias. São Paulo (SP): Atheneu; 2003. p. 9-23.
2. Armond GA. Técnica de Lavação de Mãos. In: Martins MA. Manual de infecção hospitalar, epidemiologia, prevenção e controle. 2ª ed. Minas Gerais (MG): Medsi; 2001. p.136-324.
3. Ministério da Saúde (BR). Normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for hygiene in health-care settings. Recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee and the HICPAC/ SHEA/APIC/IDSA hand hygiene task force. MMWR 2002; 51(RR-16):46.
5. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde. São Paulo (SP): APECIH; 2003.
6. Tipple AFV, Pereira MS, Hayashida M, Moriya TM, Souza ACS. O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. Rev Latino-am Enfermagem 2003 março-abril; 11(2):145-250.
7. Richtmann R. Cadeia Epidemiológica da Infecção Neonatal. In: Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Diagnóstico e Prevenção de Infecção Hospitalar em Neonatologia. São Paulo (SP): APECIH; 2002. p.20-8.
8. Baldy JL, Russo S, Jabur A, Fantinato IC, Yamamura M. Comunicação visual na prevenção de infecções hospitalares: um estudo realizado no centro de terapia intensiva do hospital evangélico de Londrina. Rev. Assoc. Med Bras 1990 julho-dezembro; 36(3/4):144-9.
9. O'Boyle CA, Henly SJ, Larson E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. Am J Infect Control 2001 December; 29(6):352-60.
10. Kretzer EK, Larson E. Behavioral interventions to improve infection control practices. Am J Infect Control 1998 June; 26 (3):245-53.
11. Bezerra ALQ. O contexto da educação continuada em enfermagem. São Paulo (SP): Martinari e Lemar; 2003.
12. Escosteguy CC. Estudos de Intervenção. In: Medronho RA. Epidemiologia. São Paulo (SP): Atheneu; 2002. p.151-60.
13. Ministério da Saúde (BR). Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
14. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P. Administração em Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1991.
15. Pittet D. Improving adherence to hand hygiene practice: a multidisciplinary approach. Emerging infections diseases 2001 March-April; 7(2):234-40.
16. Raboud J, Saskin R, Wong K, Moore C, Parucha G, Bennett J, et al. Patterns of hanwashing behavior and visits to patients on a general medical ward of healthcare workers. Infect Control Hosp Epidemiol 2004 March; 25(3):198-202.
17. Michel JV, Westphal GA, Gonçalves ARR, Caldeira FM. Avaliação da eficácia de um método educativo na rotina de lavar as mãos em UTI. RBTI. 2002 abril-junho;14(2):52
18. Mendonça AP, Fernandes MSC, Azevedo JMR, Chaveiro WCR, Souza ACS. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Acta Scientiarum 2003; 25(2):147-53.