



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIA FABIANA DE SENA NERI**

**TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM**  
**CUIDADORES: FUNDAMENTADA NO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE**  
**NOLA PENDER**

**FORTALEZA**

**2018**

MARIA FABIANA DE SENA NERI

TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM  
CUIDADORES: FUNDAMENTADA NO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE  
NOLA PENDER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Joselany Áfio Caetano.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

N364t Neri, Maria Fabiana de Sena.

Tecnologia educacional em higienização das mãos com cuidadores : fundamentada no modelo de promoção da saúde de Nola Pender / Maria Fabiana de Sena Neri. – 2018.  
98 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Profa. Dra. Joselany Áfio Caetano.

1. Promoção da saúde. 2. Tecnologia educacional. 3. Cuidadores. 4. Segurança do paciente. 5. Higiene das mãos. I. Título.

CDD 610.73

---

MARIA FABIANA DE SENA NERI

TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM  
CUIDADORES: FUNDAMENTADA NO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE  
NOLA PENDER

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Joselany Áfio Caetano (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Jennara Cândido do Nascimento  
Centro Universitário Estácio do Ceará (Estácio FIC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## AGRADECIMENTOS

A Deus, a quem sempre agradeço por tudo.

À minha mãe, Célia, a quem devo o caráter que tenho hoje.

Ao meu pai, Messias, a quem devo o cuidado e respeito que devemos ter a todos.

Aos meus irmãos, pela disponibilidade em ajudar.

Aos meus amigos, que estiveram sempre presentes participando, de uma forma ou de outra, deste trabalho.

As amigas, Cynthia, Érica, Marília, Renata, Suanna e Tamires, pela disponibilidade em ajudar.

Aos companheiros do Grupo de Estudo e Pesquisa na Promoção da Saúde do Adulto em Situação Crítica – GEPASC, que promoveram inúmeras discussões com a intenção de encontrar caminhos para o desenvolvimento de práticas educativas mais eficazes.

À minha orientadora, Dra. Joselany Áfio Caetano, pela confiança e pelas palavras sempre motivadoras.

Às professoras Dras. Jennara Cândido do Nascimento, Patrícia Neyva da Costa Pinheiro e Neiva Francenely Cunha Vieira, pela disponibilidade em participarem da banca examinadora deste trabalho.

A todos do Hospital Universitário Walter Cantídio e da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará que torceram pela realização deste trabalho.

## RESUMO

As infecções relacionadas à assistência em saúde constituem importante problema de saúde pública. Cuidadores e familiares estão em risco para contrair infecções devido à exposição repetida a agentes infecciosos combinados com precária higiene das mãos e conhecimento inadequado sobre a transmissão da doença. Estimular práticas seguras no ambiente hospitalar com cuidadores é um desafio atual do setor saúde. O uso de uma tecnologia educacional é fundamental como facilitador no processo de aprendizado do cuidador e melhora o cuidado. Com isso, pretende-se analisar as práticas de higienização das mãos de cuidadores a partir do referencial de Nola Pender. Estudo de intervenção comunitária, não controlada e de métodos mistos, composta por 55 cuidadores de pacientes internados em um hospital universitário em Fortaleza-CE, de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. Para tanto foram realizadas entrevistas, observações e um questionário de autorrelato antes e após oficinas educativas. Os dados foram organizados e analisados por meio da estatística descritiva e categorias indutivas e dedutivas derivados do referencial teórico. Resultados evidenciaram os seguintes determinantes para higiene das mãos dos cuidadores: a formação do hábito, as experiências prévias em família; e os benefícios percebidos com a prevenção de infecções. Em contrapartida, as barreiras foram: a insuficiência de insumos, o desconhecimento de uma técnica específica para higienizar as mãos e o esquecimento. O comportamento autorrelatado evidenciou a higienização das mãos (HM) depois de usar o banheiro (DP= 5,88±0,63), após ter estado em uma instituição de saúde (DP= 5,47±1,35), ter realizado visita a um doente (M = 5,55). O produto mais utilizado foi o sabonete líquido ou em barra (62,5%), seguido de álcool em gel (22,0%). O período mais importante em educação sobre higiene nas mãos foi representado pela infância (M = 4,62). A taxa de auto eficácia para a lavagem das mãos dos cuidadores foi superestimada com relação a de outros públicos (M=5,44). Os profissionais de saúde (16,0%) devem mediar ações de promoção da saúde. O conhecimento prévio advém do ambiente familiar, escolar e de trabalho. A figura materna é representativa no ensino da prática de higienização das mãos. A Tecnologia Educacional desenvolvida sob forma de oficinas facilitou o diálogo sobre as infecções e conhecimento da técnica de lavagem das mãos. Houve um aumento na prática de lavagem das mãos. Conclui-se que envolver os cuidadores na prática de higiene das mãos mostrou-se viável e deve ser considerado como parte da cultura de segurança nas instituições de saúde.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Tecnologia Educacional. Cuidadores. Segurança do Paciente. Higiene das Mãos.

## ABSTRACT

Infections related to health care are an important public health problem. Caregivers and family members are at risk for contracting infections due to repeated exposure to infectious agents combined with poor hand hygiene and inadequate knowledge about the transmission of the disease. Stimulating safe practices in the hospital environment with caregivers is a current challenge for the health sector. The use of an educational technology is fundamental as a facilitator in the caregiver's learning process and improves care. With this, it is intended to analyze the practices of hygiene of the hands of caregivers from the reference of Nola Pender. A community intervention, uncontrolled and mixed methods study, composed of 55 caregivers of patients hospitalized at a university hospital in Fortaleza, CE, from December 2017 to January 2018. For that, interviews, observations and a self-report questionnaire were carried out before and after educational workshops. The data were organized and analyzed through descriptive statistics and inductive and deductive categories derived from the theoretical framework. Results evidenced the following determinants for hand hygiene of the caregivers: habit formation, previous family experiences; and the perceived benefits of infection prevention. On the other hand, the barriers were: the insufficiency of inputs, the lack of knowledge of a specific technique to hygienize the hands and forgetfulness. The self-reported behavior evidenced hand hygiene (HM) after using the bathroom ( $SD = 5.88 \pm 0.63$ ), after having been in a health institution ( $SD = 5.47 \pm 1.35$ ), performed visit to a patient ( $M = 5.55$ ). The most commonly used product was liquid or bar soap (62.5%), followed by alcohol gel (22.0%). The most important period in hygiene education in the hands was represented by childhood ( $M = 4.62$ ). The self-efficacy rate for handwashing of caregivers was overestimated relative to that of other publics ( $M = 5.44$ ). Health professionals (16.0%) should mediate health promotion actions. Previous knowledge comes from the family, school and work environment. The maternal figure is representative in the teaching of hand hygiene practice. The Educational Technology developed in the form of workshops facilitated dialogue on infections and knowledge of the handwashing technique. There was an increase in handwashing practice. It is concluded that involving the caregivers in the practice of hand hygiene has proven to be feasible and should be considered as part of the safety culture in health institutions.

**Keywords:** Health Promotion. Educational Technology. Caregivers. Patient safety. Hygiene of the Hands.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Figura 1 - | Diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender.   | 29 |
| Figura 2 - | Diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, adaptado para a promoção a Higienização das Mãos de cuidadores..... | 32 |
| Quadro 1 - | Distribuição das fases do estudo.....   | 38 |
| Quadro 2 - | Descrição dos temas e objetivos previstos para oficinas educativas.....   | 40 |

## LISTA DE TABELAS

|            |   |    |
|------------|---|----|
| Tabela 1 - | Momentos de prática de HM, de acordo com os cuidadores de pacientes internados no HUWC.....   | 52 |
| Tabela 2 - | Os insumos mais utilizados para lavagem e secagem das mãos por cuidadores de pacientes internados no HUWC.....  | 52 |
| Tabela 3 - | Experiências pessoais quanto aos riscos e à educação envolvendo a HM dos cuidadores de pacientes internados no HUWC.....  | 53 |
| Tabela 4 - | Necessidade de treinamento e informações sobre HM referidas pelos cuidadores de pacientes internados no HUWC.....   | 54 |
| Tabela 5 - | Distribuição das observações quanto à frequência de lavagem das mãos de uma amostra de cuidadores, antes e depois da implementação de uma tecnologia educacional..... | 58 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                |  |
|----------------|--|
| ANVISA         | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                               |
| CDC            | <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>                      |
| DECS           | Descritores em Ciências da Saúde para o português e espanhol           |
| EA             | Eventos Adversos   |
| ECA            | Estatuto da Criança e do Adolescente                                   |
| HM             | Higienização das Mãos  |
| IRAS           | Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde                          |
| MEDLINE/Pubmed | <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>         |
| MESH           | Descritores em Ciências da Saúde para o inglês                         |
| MPS            | Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender                     |
| OMS            | Organização Mundial de Saúde   |
| PROQUALIS      | Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente |
| PS             | Promoção da Saúde  |
| PNHAH          | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar             |
| RDC            | Resolução da Diretoria Colegiada                                       |
| SUS            | Sistema Único de Saúde   |
| TAR            | Teoria da Ação Racional  |
| TCLE           | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                             |
| TE             | Tecnologia Educacional   |

## SUMÁRIO

|              |   |    |
|--------------|---|----|
|              | <b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....   | 12 |
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | 14 |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVOS</b> .....  | 19 |
| <b>2.1</b>   | <b>Geral</b> .....  | 19 |
| <b>2.2</b>   | <b>Específicos</b> .....  | 19 |
| <b>3</b>     | <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....  | 20 |
| <b>3.1</b>   | <b>Análise conceitual do termo cuidador</b> .....                                   | 20 |
| <b>3.2</b>   | <b>Direitos e responsabilidades em acompanhar o paciente hospitalizado</b> .....    | 23 |
| <b>3.3</b>   | <b>Higienização das mãos na prática de cuidados por cuidadores/familiares</b> ..... | 25 |
| <b>4</b>     | <b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....                                       | 28 |
| <b>4.1</b>   | <b>Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender</b> .....                             | 28 |
| <b>5</b>     | <b>METODOLOGIA</b> .....  | 35 |
| <b>5.1</b>   | <b>Tipo de estudo</b> .....   | 35 |
| <b>5.2</b>   | <b>Local de estudo</b> .....  | 35 |
| <b>5.3</b>   | <b>População/Amostra do estudo</b> .....  | 36 |
| <b>5.4</b>   | <b>Coleta de dados</b> .....  | 37 |
| <b>5.5</b>   | <b>Instrumento de coleta de dados</b> .....   | 41 |
| <b>5.6</b>   | <b>Descrição de variáveis do comportamento de HM dos cuidadores</b> .....           | 42 |
| <b>5.6.1</b> | <i>Variáveis biológicas</i> .....   | 43 |
| <b>5.6.2</b> | <i>Variáveis demográficas</i> .....   | 43 |
| <b>5.6.3</b> | <i>Variáveis psicológicas</i> .....   | 43 |
| <b>5.6.4</b> | <i>Variáveis específicas do comportamento de HM do cuidador</i> .....               | 44 |
| <b>5.7</b>   | <b>Estudo piloto</b> .....  | 45 |
| <b>5.8</b>   | <b>Organização e análise dos dados</b> .....  | 45 |
| <b>5.9</b>   | <b>Aspecto ético e legal do Estudo</b> .....  | 46 |
| <b>6</b>     | <b>RESULTADOS</b> .....   | 47 |
| <b>6.1</b>   | <b>Características e experiências individuais</b> .....                             | 47 |
| <b>6.1.1</b> | <i>Fatores pessoais</i> .....   | 47 |
| <b>6.1.2</b> | <i>Conduta prévia adotada pelos cuidadores acerca de HM</i> .....                   | 47 |
| <b>6.2</b>   | <b>Sentimentos e conhecimento sobre a prática de HM</b> .....                       | 48 |
| <b>6.2.1</b> | <i>Benefícios percebidos e barreiras para a ação</i> .....                          | 48 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 6.2.2 | <i>Autoeficácia percebida e sentimentos em relação ao comportamento sobre HM..</i>                  | 50 |
| 6.2.3 | <i>Influências interpessoais e situacionais frente à higienização das mãos.....</i>                 | 50 |
| 6.3   | <b>Variáveis relacionadas à lavagem das mãos autorrelatada dos cuidadores.....</b>                  | 51 |
| 6.4   | <b>Resultado do comportamento sobre a prática de HM.....</b>  | 55 |
| 6.4.1 | <i>Compromisso com o plano de ação .....</i>  | 55 |
| 6.4.2 | <i>Exigências imediatas e preferências.....</i>   | 57 |
| 6.4.3 | <i>Comportamento de Promoção da Saúde.....</i>  | 57 |
| 7     | <b>DISCUSSÕES .....</b>   | 59 |
| 8     | <b>LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO .....</b>   | 68 |
| 9     | <b>CONCLUSÃO .....</b>  | 69 |
|       | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | 70 |
|       | <b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E<br/>ESCLARECIDO .....</b>                            | 79 |
|       | <b>APÊNDICE B - ROTEIRO DE CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES.</b>                                       | 81 |
|       | <b>APÊNDICE C - CHECK-LIST PARA VERIFICAÇÃO DO PASSO A<br/>PASSO DA LAVAGEM DAS MÃOS .....</b>      | 82 |
|       | <b>ANEXO A - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE<br/>NOLA PENDER .....</b>                    | 83 |
|       | <b>ANEXO B - FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA TÉCNICA DE<br/>HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....</b>             | 85 |
|       | <b>ANEXO C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA<br/>INTERVENÇÃO EDUCATIVA .....</b>               | 86 |
|       | <b>ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE AUTORRELATO SOBRE<br/>COMPORTAMENTO DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....</b> | 94 |

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta pesquisa tem por objeto de estudo analisar as práticas de higienização das mãos (HM) de cuidadores/familiares no contexto hospitalar.

A escolha pela população cuidador e a temática, práticas de cuidado seguras, surgiu no ano de 2013, quando cursei especialização em Estratégia Saúde da Família, pela Universidade Federal do Ceará (UFC), e desenvolvi estudo sobre a vivência de familiares de pacientes em uma Unidade de Emergência. Este estudo foi desenvolvido com 34 familiares cuidadores de pacientes que se encontravam em observação; e as dificuldades relatadas foram relativas à comunicação, infraestrutura, pouca privacidade, poluição sonora e insuficiência de informações (BARROS, 2013).

Dentre as dificuldades relatadas, a insuficiência de informações despertou minha atenção, por ser algo que interfere na comunicação entre equipe de saúde e familiares, intrincando a compreensão destes sobre o processo de saúde-doença no âmbito hospitalar, bem como interfere diretamente na segurança do paciente.

Em 2016, ao assumir o cargo, como enfermeira assistencial no Hospital Universitário Walter Cantídio, percebi muitas dúvidas e anseios dos cuidadores, especialmente as relacionadas ao diagnóstico e prognóstico, além da grande necessidade em colaborar com a equipe de enfermagem. Neste mesmo período, ingressei no Mestrado em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFC, sendo convidada a contribuir com as atividades do projeto de Extensão Universitária intitulado: Segurança do Paciente no Contexto Hospitalar.

O referido projeto foi criado em abril de 2014, tendo um dos focos estratégicos abordar a temática segurança do paciente para os cuidadores/familiares, figura presente em instituições de saúde e que, quando não orientados de forma adequada, pode contribuir para o aumento de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Os encontros promovidos pelo projeto são semanais e contam com uma equipe multiprofissional, a qual inclui: enfermeiros do serviço, terapeuta ocupacional, assistente social, além de acadêmicos de enfermagem.

As atividades do projeto de extensão com cuidadores compreendem a realização de oficinas educativas com temas relativos à segurança do paciente, como higienização das mãos (HM); precaução padrão, normas e rotinas dos serviços de saúde e o papel do cuidador; além do acolhimento das necessidades dos participantes, pois eles têm receio de expressar dúvidas e anseios no cotidiano da internação.

Nas instituições de saúde, são comuns os cuidadores se ajudarem mutuamente, porém, esses não possuem o conhecimento adequado acerca das precauções padrão, especificamente a HM, medidas de isolamento, bem como outros itens relacionados à segurança do paciente, como o descarte adequado do lixo e a restrição de visitas de familiares. Portanto, torna-se fundamental intervir nesta realidade, de maneira a compartilhar boas práticas voltadas à segurança do paciente, especificamente aquelas relacionadas à HM.

O engajamento do paciente/cuidador em iniciativas para a própria segurança está estabelecido 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 da Organização Mundial de Saúde (OMS). Tal estratégia, além de favorecer o envolvimento, pode inclusive repercutir em maior adesão à HM dos profissionais de saúde, reduzindo a ocorrência dos eventos adversos (EA) e contribuindo para assistência mais segura e livre de riscos (BRASIL, 2013).

Embora o papel do cuidador não esteja claramente definido, presença deste em instituições de saúde, bem como sua participação como agente de prevenção de IRAS é uma realidade.

## 1 INTRODUÇÃO

As IRAS têm merecido destaque e atenção como importante problema de saúde pública há vários séculos. 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 (CARDOSO *et al.*, 2014).

No Brasil, estudos nacionais estimam que as IRAS ocorram em 5 a 15% dos pacientes internados, podendo ocasionar 144.000 mortes anualmente. No entanto, há ausência de informações qualificadas sobre IRAS, as quais avaliem a influência de pacientes e respectivos familiares na ocorrência destas (PADOVEZE; FORTALEZA, 2014).

Apesar dessas considerações, a maioria das IRAS decorre, principalmente, pela contaminação das 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 pacientes e cuidadores sobre HM pode reduzir significativamente a transmissão dos micro-organismos, sobretudo os resistentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; SILVA *et al.*, 2013).

Desse modo, a HM tem sido recomendada desde 1846, por Semmelweis, como medida fundamental para reduzir a transmissão da infecção cruzada entre pacientes e, amplamente reconhecida como procedimento simples, de baixo custo e alta efetividade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; OLVEIRA; 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 média geral de 38,7%, evidenciando que a adesão à HM ainda constitui grande desafio nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; MEGEUS *et al.*, 2015).

Estudo sobre o controle de infecção em unidades de saúde de Bangladesh, país de origem asiática, destaca a importância de o insumo sabão estar disponível nos locais de lavagem das mãos para médicos e enfermeiros, como também para pacientes e familiares (HORNG *et al.*, 2016). Cuidadores e/ou familiares estão em risco para contrair IRAS devido à exposição repetida a agentes infecciosos combinados com precária higiene das mãos e conhecimento inadequado sobre a transmissão da doença. Assim, pesquisas futuras devem

explorar estratégias para melhorar o conhecimento destes sobre mecanismos de transmissão das doenças afim de reduzir a exposição (ISLAM *et al.*, 2015).

Frente a essa realidade, órgãos governamentais internacionais e nacionais, como o CDC, a OMS e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), têm discutido vastamente a questão, propondo estratégias direcionadas à melhoria da adesão à prática da HM em todo mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009).

Nesse contexto, em 2004, a OMS lançou formalmente a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, recomendando aos países de 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, 2009; 2012). 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, a importante campanha “SALVE VIDAS: higienize suas mãos” foi lançada em 2009 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2013).

Nesse 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 (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, 2009a; BRASIL, 2013).

Fazem parte dos cinco eixos norteadores dessa estratégia: a) mudança no sistema, que propõe melhoria na infraestrutura para 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 ambiente favorável quanto à segurança do paciente, estimulando a participação dos gestores, profissionais de saúde e, principalmente, o envolvimento dos pacientes no cuidado, sobretudo na melhoria da HM nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; ALLEGRANZI *et al.*, 2013).

Nessa lógica, estimular práticas seguras no ambiente hospitalar com os cuidadores é um desafio atual do setor saúde. No entanto, apesar da estratégia de participação dos pacientes e/ou cuidadores ser evidente na melhoria da HM e, de certo modo, recomendada pela OMS desde 2009, Mcinnes et al. (2014) sugeriu que princípios de higiene das mãos, programas e educação precisam ser adaptados para configurações específicas e diferentes contatos do paciente com diferentes profissionais, familiares e visitantes: Para que a higiene das mãos seja bem-sucedida, deve relacionar-se quem é o contato do paciente, o papel exercido e qual trabalho que está sendo feito.

Atualmente, estratégias de educação envolvendo pacientes e/ou cuidadores têm sido instituídas como recurso para aumentar a adesão à prática de HM. Assim, para embasar e justificar esta pesquisa, foi realizada busca em base de dados nacionais e internacionais, MEDLINE/PubMed (via *National Library of Medicine*), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (Cinahl) e *Web of Science*, com objetivo de conhecer as estratégias educativas relacionadas ao envolvimento do paciente em ações de segurança no âmbito hospitalar.

Para realização das buscas dos estudos e garantia do rigor no processo de seleção dos artigos nas bases, foram utilizados descritores padronizados: Promoção da Saúde, Tecnologia Educacional (TE), Cuidadores, Segurança do Paciente e Higiene das Mãos, disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para o português e espanhol; e, no *Medical Subjects Headings* (MESH), para o inglês. Não foi utilizada delimitação de espaço temporal dos artigos selecionados, porém as buscas foram realizadas, de setembro a outubro de 2017. Foram encontrados ao todo 31 artigos, 22 excluídos e nove incluídos e lidos na íntegra.

Os estudos foram pesquisa de intervenção, publicados em revistas internacionais. O tipo de estudo predominante foi o transversal, embora também haja estudos randomizados e observacionais. Várias TE estão sendo implementadas para avaliar as melhores práticas de HM com cuidadores, familiares e trabalhadores de saúde, com as destaque para as seguintes intervenções: estações práticas; mensagens motivacionais; material impresso; demonstrações; lembretes, dentre outros.

Os resultados desses estudos apontaram que a adesão a higienização das mãos deve ser desenvolvida por todos os agentes dos serviços de saúde, inclusive os cuidadores, e para isso é necessário que os profissionais de saúde colaborem no conhecimento e habilidade destes. Com isso, o uso de TE é fundamental como facilitador no processo de aprendizado do cuidador e melhora do cuidado.

Tendo em vista a importância da informação e educação em saúde para os cuidadores no ambiente hospitalar, seja ela sobre o paciente, normas e rotinas da instituição ou acerca do cuidado, há necessidade de um instrumento de mediação que facilite a atuação do cuidador dentro do hospital. Assim, a presente pesquisa propõe desenvolver uma proposta de educação em saúde mediada por tecnologias educativas em forma de oficina, junto à cuidadores, com vista a compreender experiências e conhecimentos desses sobre práticas de HM.

De acordo com Cardoso et al. (2018), a tecnologia deve ser entendida por processos concretizados a partir de experiências cotidianas para o desenvolvimento metódico de conhecimentos e saberes a serem utilizados com a finalidade de prática específica. Para tanto, a TE contribui para gerar conhecimento a serem socializados.

Essas ferramentas construídas possuem objetivos de educar, orientar e treinar sobre um tema específico. Para essa finalidade, as tecnologias impressas do tipo *folders*, cartazes, manuais, cadernos de orientação ou apostilas são as mais utilizadas por auxiliarem na produção e aquisição do conhecimento relacionada à saúde, reforçando orientações transmitidas oralmente em consultas, palestras e oficinas sobre os cuidados necessários ao tratamento, à prevenção de doenças e/ou de determinados eventos e suas complicações (TEIXEIRA, 2010).

A oficina configura como uma TE, sendo considerado um espaço de troca de saberes, experiências e informações tanto dos participantes quanto dos profissionais envolvidos, o que pode conferir aos cuidadores autoconfiança para discutir sobre as próprias inquietações. Além disso, os participantes das oficinas dirimiriam dúvidas antes de frequentar a atividade, sentir-se-iam acolhidos pelo grupo que mantém elo de amizade e confiança para dar apoio a todos que nele se insere (VALENTE *et al.*, 2010).

Estudos realizados sobre uso de TE e cuidadores revelam haver benefícios para a aprendizagem destes, melhorando desempenho durante a realização dos cuidados aos pacientes que estão sob sua responsabilidade. Além de sites informativos e material multimídia, foram citados como estratégias eficazes na capacitação de cuidadores, otimizando conhecimentos (COSTA *et al.*, 2016; LANDEIRO; PERES; MARTINS, 2016).

Isso posto, para melhor compreensão dos fenômenos envolvidos com as práticas de HM realizadas por cuidadores, foi escolhido o Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender (MPS), cujos componentes-chave são as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; e o

comportamento de promoção da saúde desejável e os subcomponentes (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

O MPS de Nola Pender serviu como referencial teórico para alguns estudos de promoção da saúde direcionados às pessoas idosas na perspectiva do autocuidado e ganho de poder (SILVA; DOS SANTOS, 2010); compreensão de certos comportamentos de saúde, como atitude consciente em relação à utilização de luvas na administração de medicamentos endovenosos (MARZIALE *et al.*, 2010); uso de estratégias para exercício (GUEDES *et al.*, 2009), compreensão de fenômenos que visam o bem-estar (ROBBINS *et al.*, 2004); avaliação de uma intervenção de cessação do tabagismo para pacientes com doença arterial coronariana (KELLEY; SHERROD; SMYTH, 2012); e no estudo das relações entre os hábitos alimentares e comportamentos de saúde de jovens adultos coreanos com a obesidade e a saúde óssea (PARK; CHOI-KWON; HAN, 2015).

A Teoria de Nola Pender constitui um princípio de Enfermagem que pode ser utilizado na implementação de uma TE e avaliação de comportamentos que motivem a prática da HM. De certa forma, facilita o empoderamento dos cuidadores de como e quando proceder à HM, com que mantenham ou intensifiquem o cuidado limpo e seguro, com a finalidade de prevenir e reduzir as IRAS.

Neste contexto, esta pesquisa tem por questionamento básico: quais as experiências e o conhecimento dos cuidadores sobre práticas de higienização das mãos a partir do referencial de Nola Pender na Promoção da Segurança do Paciente?

Essa temática é de extrema relevância, por se tratar de um assunto atual no contexto global, subsidiado pelas Metas da OMS para Segurança do Paciente e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 36/2013, no Brasil, que institui ações para promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade da assistência nos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; BRASIL, 2013b).

O presente trabalho visa propiciar mudanças no entendimento dos cuidadores sobre a temática HM, além de reconhecer as intenções e possíveis estratégias dos cuidadores quanto à prática de HM. No referente à pesquisa, este estudo servirá como fonte bibliográfica e, no âmbito do ensino, será a oportunidade de discutir sobre a prática de HM entre cuidadores de pacientes no âmbito hospitalar e contribuirá para assistência de saúde mais segura, buscando reduzir a ocorrência dos EA, impactando na redução das IRAS.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Analisar as práticas de higienização das mãos de cuidadores a partir do referencial de Nola Pender.

### **2.2 Específicos**

- Identificar as experiências e o conhecimento dos cuidadores sobre as práticas de higienização das mãos;
- Compreender os determinantes para higienização das mãos de cuidadores a partir do referencial de Nola Pender;
- Implementar uma tecnologia educacional em forma de oficina destinada à prática de higienização das mãos com cuidadores no ambiente hospitalar.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste estudo, a revisão de literatura se encontra apresentada em três tópicos: 1) Análise conceitual do termo cuidador; 2) Direitos e responsabilidades em acompanhar o paciente hospitalizado; 3) Higienização das mãos na prática de cuidados de cuidadores/familiares.

#### 3.1 Análise conceitual do termo cuidador

Tendo em vista os cuidadores de idosos como nova categoria de serviços, há dificuldade na compreensão de suas atribuições, tanto por eles como pelos idosos atendidos, familiares e profissionais de saúde (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014). Além dessa dificuldade de reconhecimento de suas atribuições, existe também problema de nomenclatura (cuidador, trabalhadores formais, cuidadores formais, cuidadores informais, acompanhante, cuidadores familiares e cuidadores cônjuges), definições que partem do cuidado ampliado.

A dificuldade dos próprios cuidadores, equipe de saúde e familiares em reconhecerem atribuições, definições e nomenclatura do cuidador reside na carência de institucionalização dessa ocupação, haja vista a inexistência de um código deontológico que oriente especificamente o trabalho do cuidador, conforme há para os outros profissionais da equipe e na delimitação do papel do cuidador (BATISTA; ALMEIDA; LANCMAN, 2014).

Diante disso, e dada às múltiplas nomenclaturas e definições, nas mais diversas áreas da saúde, até dentro de uma mesma área, como a enfermagem, desenvolveu-se este capítulo com a possibilidade de aprofundar o conhecimento acerca dessa temática, com ênfase na análise do conceito, permitindo, assim, a identificação de suas características essenciais.

A análise do conceito de "cuidador" se faz relevante por viabilizar tanto o melhor entendimento do termo, como a elucidação dos elementos essenciais (atributos, antecedentes e consequências) quanto à identificação de outros fenômenos a ele associados de interesse para a enfermagem. Além disso, tal processo permite novas reflexões e atualizações no que concerne às metodologias de análise conceitual (FERNANDES; GARCIA, 2010).

Para analisar o conceito "cuidador", teve-se como base o modelo de análise de conceito de Walker e Avant (2005). Esse modelo de análise conceitual é operacionalizado por meio de oito passos: seleção do conceito; determinação dos alvos; finalidades e objetivos da análise conceitual; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos críticos, definidores ou essenciais; construção de caso-modelo; desenvolvimento de outros

casos; identificação de antecedentes; consequências do conceito; e definição de referentes empíricos.

A identificação dos possíveis usos do conceito foi possível mediante pesquisas realizadas nas seguintes bases de dados: Medline/Pubmed, Lilacs, Cinahl, Web of Science e Scopus, usando-se os descritores: Caregivers, "Care Givers", "Family Caregivers", "Spouse Caregivers" e sinônimas nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa. Identificaram-se 53 artigos de que, após seleção criteriosa, resultaram 28 artigos, que explicitaram a palavra cuidador está sendo utilizada na perspectiva da aprendizagem e autonomia dos cuidadores e, assim, para a qualidade de vida destes e daqueles que são cuidados (VENDRAMINE; BENVENUTI, 2013); na compreensão do contexto de cuidados e a inter-relação com a carga de cuidados (BALLESTAS CUETO *et al.*, 2013); e na necessidade de fazer uma avaliação do cuidador da sua capacidade e conhecimento para cuidar, identificar necessidades e problemas de atenção prioritária, tanto individualmente como em relação à função, bem como sobrecarga ou risco desta (HERMANN *et al.*, 2012).

Identificaram-se atributos críticos ou efetivos que aparecem na literatura, mostrando a essência do conceito de cuidador: necessidade de ter conhecimento para realizar os cuidados em saúde com segurança (GORJI *et al.*, 2012); característica de longitudinalidade no cuidado (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011); comportamento com reforço positivo para qualidade do cuidado ao paciente (VENDRAMINE; BENVENUTI, 2013); e capacidade de usar estratégias de enfrentamento para lidar com os efeitos da doença (OSHODI *et al.*, 2012; GORJI *et al.*, 2012).

A capacitação para o cuidador, em termos de conhecimento da doença, tratamento e formas de enfrentamento/comportamento deve ser para autonomia e autocuidado do paciente, percebendo este como protagonista do próprio processo saúde-doença-cuidado (DUMIT *et al.*, 2015).

O caso-modelo fictício contempla os atributos identificados na literatura para o termo cuidador. Destaca-se, neste caso, características de um cuidador: apoiar paciente em atividades básicas e instrumentais da vida diária; e participação em grupo de educação em saúde (informação verbal)<sup>1</sup>.

O caso-contrário contradiz os atributos críticos essenciais identificados para o termo cuidador. Neste caso, o cuidador pode apresentar desconhecimento sobre a doença do

---

<sup>1</sup> Informação fornecida pela pesquisadora, obtida de vivência da mesma junto a assistência a paciente e cuidador, realizada no Hospital Universitário Walter Cantídio, em Fortaleza, em junho de 2016.

paciente; comportamentos inadequados em função de desinformação de suas atribuições; e ausência de apoio no cuidado.

Para identificação de antecedentes e consequências do conceito, levantaram-se incidentes ou eventos que acontecem a priori ao fenômeno (necessários para o cuidador junto ao paciente) e a posteriori (eventos ou situações que surgem com a presença do cuidador) (WALKER; AVANT, 2005).

Os antecedentes mais utilizados na literatura pesquisada relacionam-se à necessidade do paciente com as atividades básicas e instrumentais de vida diária (ZHU *et al.*, 2013); o imperativo de cuidado e recuperação de doentes (GORJI *et al.*, 2012); a dependência do paciente exige a presença permanente do cuidador (BALLESTAS CUETO *et al.*, 2013); e a garantia da qualidade do atendimento de forma a atender às necessidades das pessoas dependentes e de respectivos familiares (CANGA; VIVAR; NAVAL, 2011).

Incidentes ou eventos consequentes que surgem com a presença do cuidador foram pontuados: existência de insuficiência de conhecimento dos cuidadores sobre o processo saúde-doença (TEJEDA DILOU, 2011); cuidadores podem estar desempregados devido às exigências de cuidado pelos pacientes e começam a depender financeiramente dos benefícios da seguridade social; carência de apoio e recursos financeiros podem colocá-los em posição vulnerável, sendo gerados neles sentimento de frustração e medo (BALLESTAS CUETO *et al.*, 2013); e, por fim, mostram sentimento de obrigação de estar perto dos pacientes e cuidar deles mesmo quando estes podem se cuidar (DUMIT *et al.*, 2015).

A partir do conhecimento das atribuições, classificação, atributos essenciais e comparações entre caso-modelo e caso-contrário, pode-se refinar e corrigir atribuições e atributos da ocupação cuidador, validar e desenvolver possíveis diagnósticos e intervenções, como educação em saúde e rotinas nos serviços de saúde que possam estar ressignificando o conceito e a aplicação do termo cuidador para práticas na saúde e qualidade de vida de quem cuida e deve ser cuidado.

O cuidador é aquele que atende às necessidades do paciente com as atividades básicas e instrumentais de vida diária, cuja capacidade de fornecer cuidados depende de conhecimento, suporte, recursos e comunicação compartilhados com família e equipe de saúde.

### **3.2 Direitos e responsabilidades em acompanhar o paciente hospitalizado**

Ao longo do processo histórico, a qualidade de vida do paciente hospitalizado tornou-se pauta de discussão. Humanizar o atendimento aos usuários dos serviços de saúde tornou-se um compromisso, e como política do governo, nasceu vinculada à saúde da mulher, no programa de humanização do parto, em 2000; a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), deixando de ser restrita a programa específico. O PNHAH foi substituído pelo HumanizaSUS, programa de perspectiva transversal (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização existe desde 2003 para efetivar a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, qualificando a saúde pública no Brasil. Incluir usuários e as redes sócio familiares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2011).

É, nesse contexto, que o Ministério da Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS), assegura a presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar. Como resultado dessas mobilizações, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República Federativa do Brasil a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 que permite a presença do acompanhante para a mulher em trabalho de parto e pós-parto nos hospitais públicos e conveniados ao SUS (BRASIL, 2005). Com tal regulamentação, a parturiente passou a ter o direito de escolher um acompanhante, que pode ser o companheiro, um(a) familiar ou um(a) amigo(a), para estar presente durante o parto e no pós-parto, em âmbito nacional.

O primeiro Estado brasileiro a assegurar este direito à família foi São Paulo, através da Resolução SS Nº 165, que propôs o Programa Mãe-Participante a todas as instituições hospitalares (BRASIL, 2008). Este programa incorporou para a unidade de internação pediátrica a mesma filosofia do sistema de alojamento conjunto adotado nas maternidades, com a presença constante da mãe ou outro familiar cuidador em tempo integral junto à criança, durante a hospitalização. A partir desta experiência, aos poucos, outros hospitais foram incorporando esta metodologia de trabalho.

Na década de 1990, foi regulamentada a Lei nº. 8.069, que disciplina o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tornando universais os direitos das crianças e dos adolescentes em usufruírem do sistema de alojamento conjunto pediátrico que, no artigo 12, preconiza que os estabelecimentos de saúde deverão proporcionar condições para

permanência de um dos pais ou responsável, em tempo integral, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 2008a).

Em 1993, buscando humanizar o cuidado aos recém-nascidos de baixo peso e promover a saúde integral de pais-bebês, foi implantada a norma relativa ao Método Mãe-Canguru. Nesse ano, também, foi criada a Portaria Ministerial nº. 1.016, de 26 de agosto, regulando as normas básicas para implementação do sistema de alojamento conjunto em todo território nacional (BRASIL, 1993). Conforme essa Portaria, a internação conjunta da criança com a família deve ser obrigatória, com objetivo de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais (GOMES; ERDMANN; BUSANELLO, 2010). Desde, então, desenvolver o cuidar em pediatria envolve considerar a criança e a família um único cliente, o que tem desencadeado novas formas de organização da assistência à criança hospitalizada.

A enfermagem vem desencadeando inúmeros estudos e pesquisas que revelam a importância da presença da família como fator crucial para recuperação da criança hospitalizada, com ênfase no vínculo familiar e da importância da família a ser considerada um dos principais precursores da amenização dos efeitos negativos acarretados pela dor, pelo medo e pela insegurança advindos da experiência da internação hospitalar (GOMES; OLIVEIRA, 2012).

Também, é salvaguardado ao idoso o direito a ter acompanhante, no Estatuto do Idoso, disposto na Lei 10.741 de 01/10/2003, art. 16º, evidencia-se que ao idoso internado ou em observação, é assegurado o direito de acompanhante, devendo o órgão proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral (BRASIL, 2012).

A família quer permanecer junto ao doente no hospital, pelos seguintes motivos: insegurança, interesse no paciente, sentimento de corresponsabilidade pela recuperação do paciente, oportunidade de aprender, obrigação, respeito e, simplesmente, para estar junto (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

Autores têm ressaltado a importância do acompanhante do paciente hospitalizado, não somente para crianças, adolescentes, mulheres em trabalho de parto e idosos, como também pacientes adultos, pois a hospitalização é um evento estressante (DUMIT *et al.*, 2015; FLORENTINO; DE CAMARGO, 2016). Outros setores da saúde contemplam a presença do cuidador, na consulta em uma Unidade Básica de Saúde, em que a figura do cuidador pode melhorar a comunicação, o processo de cuidar e a tomada de decisão participativa, alcançando maior satisfação do paciente (TURABIÁN; FRANCO, 2015). Outro estudo referi que o

cuidar no domicílio tem impacto maior no bem-estar dos cuidadores familiares de adultos com neoplasia maligna (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Esse contexto corrobora a importância de se compreender o processo de acompanhamento familiar em internamento hospitalar a partir de algumas declarações: é importante que haja capacitação do enfermeiro em avaliação e intervenção nas situações de assistência à família (MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012); e a família não é um recipiente passivo de cuidado profissional, mas um agente, logo a enfermagem deve esclarecer, participar, ajudar, negociar e interagir, gerando situações de cuidados seguros (BRASIL, 2008).

Assim, é oportuno instituir rotineiramente proposta de educação em saúde com os cuidadores e familiares, com orientações sobre segurança do paciente, o que de certa forma pode diminuir o tempo de hospitalização e uma cooperação mais qualificada.

### **3.3 Higienização das mãos na prática de cuidados por cuidadores/familiares**

O ambiente hospitalar caracteriza-se como espaço de natureza insalubre, portanto, com o imperativo de desencadear cuidados seguros ao paciente. Para tanto, requer de pacientes e respectivos cuidadores/familiares o cumprimento das medidas de segurança do paciente, com destaque para HM.

Em várias situações, o cuidador pode colaborar para efetivação ou não da HM durante os cuidados ao paciente. O estudo de Souza, Gomes, Barros (2009) reporta essa situação: o cuidado prestado pela família a um portador de ostomia, ao ajudar no banho, barba, corte de cabelo, troca e limpeza das bolsas de ostomia do paciente, os quais demandam a higiene das mãos. Florêncio (2015) relata de que bactérias resistentes são, muitas vezes, transmitidas de pessoa para pessoa pelas mãos contaminadas de cuidadores.

Em estudo sobre o controle de infecção em unidades de saúde de Bangladesh, observou-se que cuidadores familiares lavavam frequentemente as mãos apenas com água (48% das oportunidades), mas pouco com sabão (3%) (HORNG *et al.*, 2016). Em outra pesquisa, concluiu-se que intervenções para o cumprimento da higiene das mãos dos cuidadores deve considerar os determinantes ambientais de comportamento para HM, como número de pias, quantidade e tipo de toalha e de instalações de saboneteiras, e disponibilidade de desinfetantes para as mãos à base de álcool (ZOMER *et al.*, 2013).

Em revisão sistemática dos efeitos positivos de intervenções sobre a apreciação do paciente e família pela importância da participação em práticas de segurança, a relevância

percebida permaneceu maior do que a vontade deles de participar. Facilitadores importantes para o envolvimento do paciente e família em práticas de segurança incluem características cognitivas dos pacientes, a relação médico-paciente e os fatores organizacionais do sistema de saúde. Fatores que foram encontrados como associados, por exemplo, à disposição para incentivar os trabalhadores de saúde a realizar a lavagem das mãos. Esses fatores incluíram a personalidade do paciente extrovertido, a crença do paciente de que eles poderiam controlar o comportamento da equipe de trabalho, menor idade do paciente, consciência da gravidade das IRAS e convite do trabalhador de saúde para discutir higiene das mãos. Por outro lado, fatores que predispueram contra essa vontade incluíam idade mais avançada e confiavam que o trabalhador faria a lavagem das mãos (BERGER *et al.*, 2013). Esses fatores podem ser investigados com intervenções de envolvimento entre cuidadores de pacientes implementadas como parte de programas de segurança do paciente, incluindo higiene das mãos.

Esses estudos sugerem a necessidade de implementar práticas promocionais em saúde sobre HM, para auxiliar o cuidador na construção de saberes e práticas acerca do risco de transmissão cruzada de patógenos, pela não adesão à prática.

Os programas multimodais destinados a aumentar a conformidade com a higiene das mãos são considerados como método mais confiável e baseado em evidências para garantir a melhoria sustentável e são recomendados pela OMS. Entre outras sugestões, essas diretrizes invocam explicitamente configurações de saúde para promover sentimento de capacitação em pacientes e cuidadores/familiares (MCGUCKIN *et al.*, 2010).

No contexto de promover educação em saúde sobre HM para cuidadores, é importante informar que os agentes patogênicos associados aos cuidados de saúde podem ser adquiridos não apenas de feridas infectadas ou drenantes, como também de áreas frequentemente colonizadas de pele normal e intacta do doente (ATALAY *et al.*, 2012). As áreas perineais ou inguinais são geralmente mais colonizadas, inclusive axilas, tronco e extremidades superiores (incluindo as mãos) também são frequentemente colonizados (ROMINGER *et al.*, 2013).

Portanto, as mãos de cuidadores e profissionais de saúde constituem fonte e veículo de transmissão de micro-organismos entre o paciente e o ambiente hospitalar e entre outros pacientes. Já que cuidadores podem ter contaminado com fluidos de feridas infectadas, manipula a troca de lençóis e roupas, higieniza/ movimenta o paciente e mantém contato com áreas perineais e axilares dos mesmos; e, de certo modo, cria vínculo e ajuda outros pacientes.

Nesse contexto, recomenda-se higienizar as mãos imediata e intensamente sempre antes de tocar o paciente; em contato com sangue ou outros fluidos orgânicos, inclusive após

a retirada das luvas; após trocar o paciente; e depois de tocar superfícies próximas ao paciente (momentos para HM) (BRASIL, 2013).

Os momentos de higiene das mãos devem ser identificados pelos cuidadores. Por exemplo, será importante que identifiquem as atividades rotineiras junto ao paciente, como oferecer comida ou atividades do banheiro, durante as quais a higiene das mãos deve ser realizada. O tempo e a técnica para higiene das mãos fazem parte das recomendações específicas para uma abordagem multimodal da higiene das mãos, incluindo técnicas e produtos, bem como métodos para oferecer educação e treinamento monitorando; a adesão e o fornecimento de *feedback* e lembretes; e criação de uma cultura de higiene das mãos e segurança do paciente (LANDERS *et al.*, 2012).

A inovação tecnológica constitui-se em melhor opção de monitoramento para avaliar a atividade de higiene das mãos. Os métodos de observação direta e *feedback* para os profissionais de saúde são estratégias efetivas que resultam em melhoria duradoura no cumprimento da higiene das mãos que foi sustentada ao longo de cinco anos através da conclusão de um estudo implementado por Larson (2000).

A observação direta é uma medida que liga diretamente os eventos de higiene das mãos ao contato dos trabalhadores com pacientes ou ambiente e o presumido mecanismo pelo qual os agentes patogênicos são transmitidos e a base teórica para eficácia da higiene das mãos (HAAS; LARSON, 2007; WHO, 2009).

O contexto exposto é significativo no sentido de compreender que desenvolver atividades educativas em saúde mediadas por TE, junto a cuidadores, com vista a compreender experiências e conhecimentos de cuidadores sobre práticas de HM é um caminho para envolver outros sujeitos, participantes do cuidado ao paciente, na redução de IRAS.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 4.1 Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

O MPS de Pender, desenvolvido na década de 1980, por Nola J. Pender, professora emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de Michigan - Estados Unidos, parte da concepção de promoção da saúde, como aquelas atividades voltadas para o desenvolvimento de recursos que mantenham ou intensifiquem o bem-estar da pessoa. O modelo surgiu como proposta para integrar a Enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam condutas saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo biopsicossocial que motiva indivíduos para aderirem a hábitos produtores de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

A Teoria propõe o MPS inspirado por duas bases teóricas: Teoria da Aprendizagem Social, de Albert Bandura (BANDURA, 1977), e a Teoria da Ação Racional (TAR), de Ajzen e Fishben (FISHBEN; AJZEN, 1975). Bandura (1977) postulou a importância dos processos cognitivos na mudança de comportamento e incorpora aspectos da aprendizagem cognitiva e comportamental, reconhece fatores psicológicos que influenciam o comportamento das pessoas. Descreve quatro requisitos para aprendizagem na modelação do comportamento: atenção (ser expectante antes de executar a ação), retenção (lembrar do que foi observado), reprodução (habilidade para reproduzir o comportamento) e motivação (uma boa razão para querer adotar tal comportamento).

A TAR define as relações entre crenças, atitudes, normas subjetivas, intenções e comportamentos (FISHBEIN; AJZEN, 1975). Isto é, realização ou negação da prática de higiene das mãos, é fruto de uma intenção em realizar o comportamento, a qual é influenciada conjuntamente pela atitude do indivíduo, sendo esta determinada por crenças e normas subjetivas em relação ao comportamento de realizar a HM.

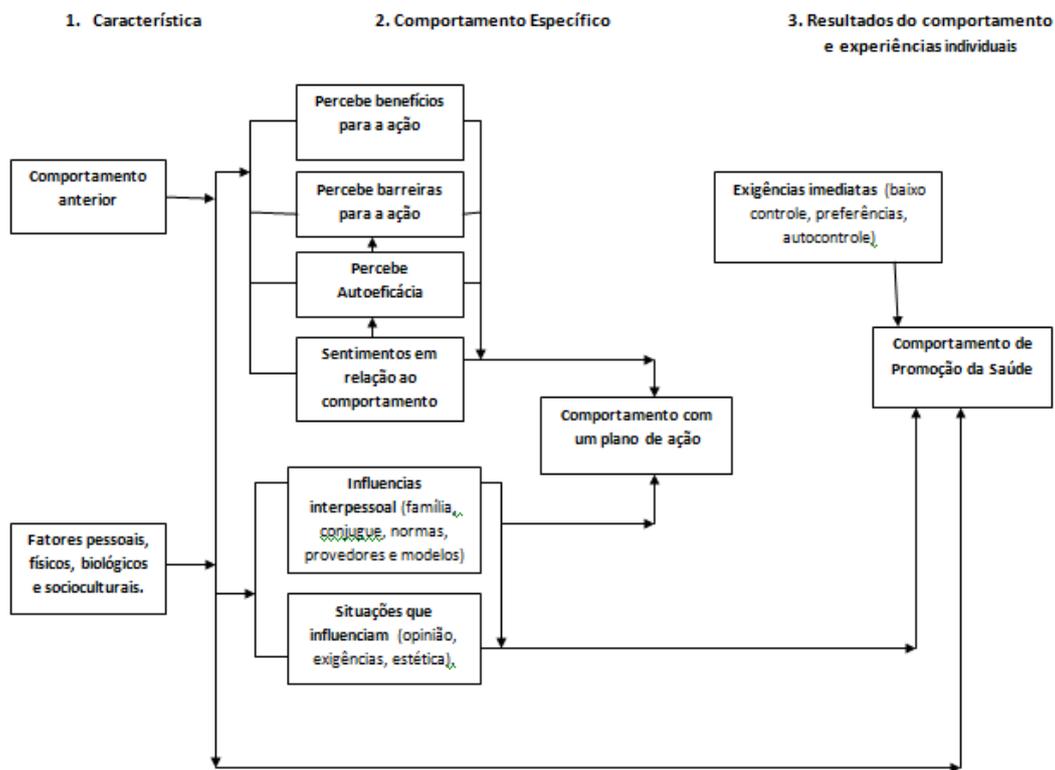
Para se entender o comportamento, urge identificar os determinantes das intenções comportamentais: atitudes, que dizem respeito ao aspecto pessoal, e normas subjetivas, que se refere à influência social. A Teoria faz considerações sobre crenças dos indivíduos, avaliação das consequências do comportamento, motivação para concordar com as pessoas que lhe são importantes e as variáveis externas (FISHBEIN; AJZEN, 1975).

De acordo com Pender, Murdaugh e Parsons (2015), o MPS ocupa as características e experiências individuais, bem como a avaliação de crenças de saúde, os quais são fatores determinantes ao decidir tomar um comportamento saudável ou de risco para

saúde. Assim, para o cuidador realizar práticas promocionais em saúde, são necessárias algumas características e experiências individuais, ou seja, crenças que o façam decidir em tomar um comportamento de promoção da saúde.

O MPS pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo identificar o comportamento que motive a promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: as características e experiências individuais; os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar; e o comportamento de promoção da saúde desejável (FIGURA 1).

**Figura 1** - Diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: *Health Promotion in Nursing Practice* (2015).

O componente 1, características e experiências individuais, compreende o comportamento anterior, conduta que deve ser mudada e os fatores pessoais, que são divididos em fatores biológicos (idade, índice de massa corpórea, agilidade); psicológicos (autoestima, automotivação) e sócio culturais (educação, nível socioeconômico) (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Em consonância com a base teórica do MPS, o comportamento anterior, por exemplo, pedir aos cuidadores para lavar as mãos normalmente, como eles sempre fazem, pode ser proposto para influenciar indiretamente o comportamento de promoção da saúde através de percepções de autoeficácia, barreiras, benefícios e sentimentos relacionados à HM.

O componente 2, sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento, conduta que se deseja alcançar, é o núcleo central do diagrama, sendo formado pelas variáveis; percebe benefícios para ação, representações mentais positivas, que reforçam as consequências de adotar um comportamento; reconhece barreiras para ação, percepções negativas sobre um comportamento, vistas como dificuldades e custos pessoais; percebe autoeficácia, julgamento das capacidades pessoais de organizar e executar ações; sentimentos em relação ao comportamento, reflete reação emocional direta ou resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável; influências interpessoais, o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, provedores de saúde, ou por normas e modelos sociais; influências situacionais, o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015) (FIGURA 1).

O MPS propõe que as influências interpessoais afetem diretamente o comportamento promotor da saúde, bem como indiretamente através de pressões sociais ou incentivo para se comprometer com um plano de ação. As situações podem afetar diretamente os comportamentos, apresentando ambiente com pistas que desencadeiam ação (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015). Um ambiente favorável a HM gera características para comportamento de lavagem das mãos.

O componente 3, resultado do comportamento, abrange o compromisso com o plano de ação, práticas que possibilitem o indivíduo a manter-se no comportamento de promoção da saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem; exigências imediatas e preferências, as pessoas têm baixo controle sobre os hábitos que requerem mudanças imediatas, enquanto que as preferências pessoais exercem alto controle sob as ações de mudança de condutas; comportamento de promoção da saúde, resultado da implementação do MPS (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015) (FIGURA 1).

As demandas ou preferências imediatas de concorrência referem-se a comportamentos alternativos que interferem na consciência imediatamente antes da ocorrência prevista de um comportamento planejado para promoção da saúde. Exemplos de preferências concorrentes: é dito ao cuidador para lavar as mãos, devido às experiências anteriores, entendendo que lavar as mãos após contato com paciente seria deduzir que o outro

está sujo, então a preferência seria por não lavar as mãos e manter boa relação social (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

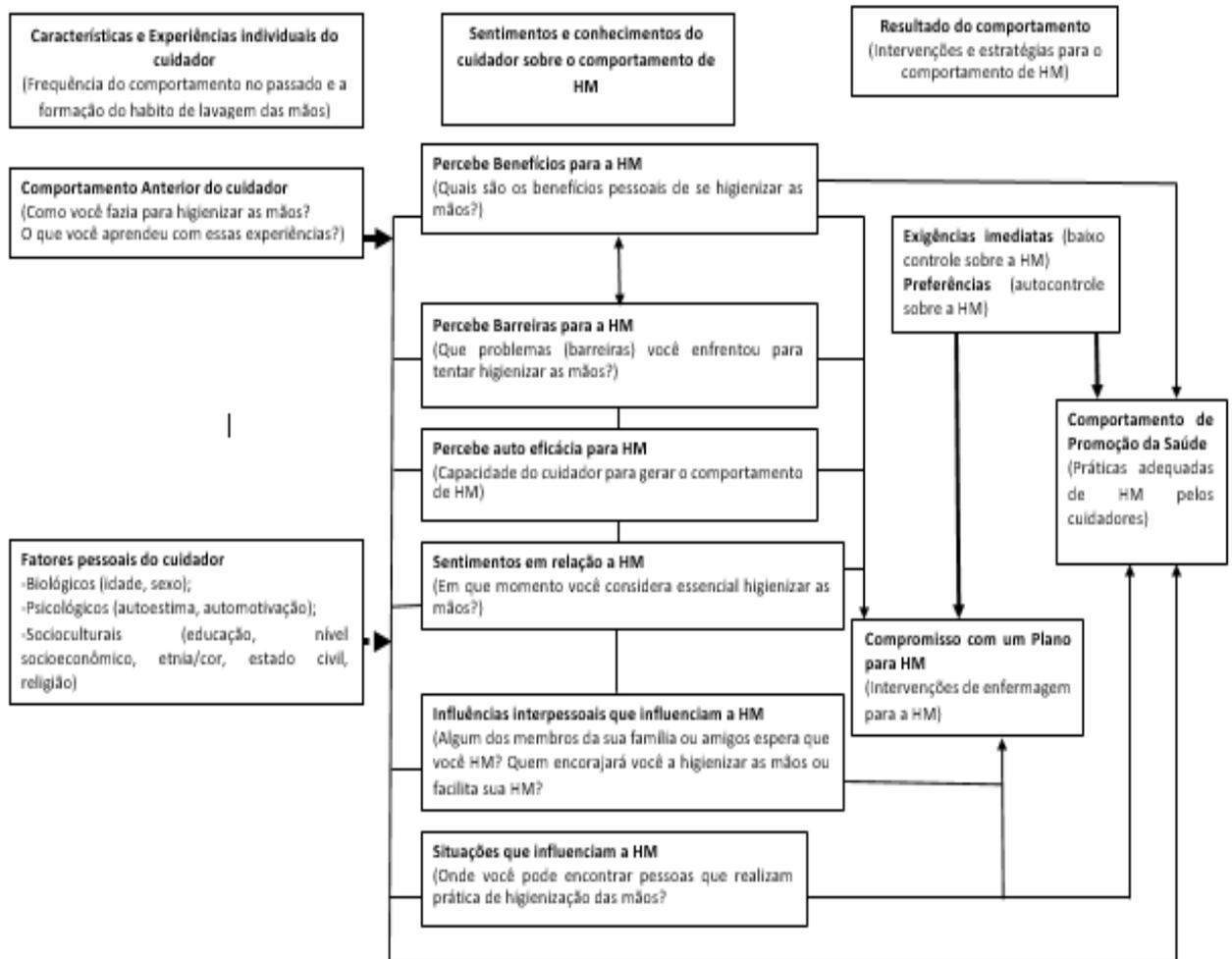
Quanto ao aspecto das direções de ligações do diagrama, estas estão indicadas por linhas contínuas e setas que unem retângulos; cada variável está ligada a uma ou mais variáveis, o que gera representação gráfica aparentemente clara (FIGURA 1). No entanto, essa clareza é limitada, quanto à compreensão das variáveis. O pesquisador necessita buscar na descrição do texto original o que algumas variáveis representam para, então, utilizar o modelo.

Ao analisar a variável comportamento anterior, representada no diagrama, a direção da seta indica que este interfere diretamente no comportamento de promoção da saúde, como também nos demais componentes, isto é ratificado pela própria autora quando refere que esta variável é o ponto de partida do modelo, isto é, a condição padrão para elaboração das intervenções de enfermagem, além de influenciar diretamente no comportamento de promoção da saúde.

A representação gráfica dos fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais) indica que todos estes interferem diretamente no comportamento de promoção da saúde (FIGURA 1). Entretanto, Pender, Murdaugh e Parsons (2015) descreve que alguns fatores pessoais não podem ser incorporados como variáveis, para serem modificadas no comportamento, como a raça, esta limitação não é clara no diagrama, nesta variável, a seta poderia ser tracejada, já que apresenta limitação.

No que concerne à prática de HM, o cuidador realiza práticas simples de higiene das mãos. A vivência no hospital pode promover novas informações para incentivar a HM pelo cuidador de forma rotineira e adequada. Nesta perspectiva, é possível observar que o comportamento anterior à hospitalização (características e experiências individuais) e as novas informações no ambiente hospitalar podem influenciar na tomada de decisão a um comportamento para HM (FIGURA 2).

**Figura 2** - Diagrama do Modelo Teórico de Promoção da Saúde de Nola Pender, adaptado para a promoção a Higienização das Mãos de cuidadores



Fonte: Baseado em Pender, Murdaugh e Parsons (2015).

Para os propósitos deste estudo, o plano de ação foi a adoção de práticas de HM de cuidadores a serem desenvolvidas conforme os estágios de mudança de comportamento: 1) Pré-contemplação, um indivíduo não está pensando em deixar ou adotar um comportamento particular; 2) Contemplação, um indivíduo está consciente do problema e pretende mudar; 3) Planejamento ou preparação, um indivíduo está fazendo mudanças pequenas ou esporádicas; 4) Ação, o indivíduo envolvido ativamente na mudança de comportamento; e 5) Manutenção, sustentando a mudança ao longo do tempo. Diferentes estratégias ou técnicas precisam ser usadas pelos cuidadores e enfermeiros em diferentes estágios para facilitar o movimento através das etapas da mudança de comportamento (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

Nesta pesquisa, o MPS de Nola Pender serviu como base teórica para desenvolver e testar uma intervenção junto a cuidadores, a fim de estudar os mecanismos de mudança propostos no modelo para prever atividade de HM.

Cada cuidador tem características e experiências pessoais que afetam ações de HM, podendo ser medida pela frequência do comportamento no passado e a formação do hábito de lavagem das mãos, o que caracteriza o comportamento anterior.

Medir as variáveis específicas do comportamento do cuidador (benefícios percebidos, barreiras percebidas, autoeficácia percebida, afetividade relacionada à atividade, influências interpessoais e influências situacionais) é essencial para avaliar se a mudança no padrão de HM dos cuidadores realmente resulta da intervenção proposta.

Os benefícios percebidos caracterizam-se pelo aumento do estado de alerta e maior atratividade percebida como resultado do envolvimento no comportamento de HM. As barreiras consistem em percepções sobre a indisponibilidade, o inconveniente, a despesa, a dificuldade ou a natureza demorada de uma ação de HM. A autoeficácia percebida indiretamente afeta as barreiras percebidas e o nível de compromisso ou persistência na busca de um plano de ação para a prática de HM. O efeito associado ao comportamento de HM pode refletir percepções, se é necessário ou desnecessário, importante ou não, saudável ou insalubre, agradável ou desagradável, fácil ou difícil, certo ou errado, econômico ou não, desejável ou não higienizar as mãos.

As influências interpessoais incluem normas sociais, apoio social e modelagem. As normas sociais em serviços de saúde estabelecem padrões de desempenho para HM. O apoio social constitui-se na disponibilidade e acesso aos insumos e incentivo dos profissionais de saúde para o comportamento de HM, que gera os recursos de sustentação oferecidos aos cuidadores. Modelagem retrata aprendizagem vicária através da observação do comportamento de HM de outros.

As influências situacionais que podem afetar diretamente os comportamentos para HM têm características no ambiente como regulamentos, disponibilidade e acesso às pias, ao sabão e papel nas enfermarias, álcool em gel nos leitos, lembretes e cartazes motivacionais a serem usados para que os cuidadores e pacientes cumpram a HM.

As demandas concorrentes, como ausência de insumos, poderão ser parcialmente resolvidas pelo estímulo ao cuidador de solicitar aos responsáveis a reposição. As preferências concorrentes serão trabalhadas na perspectiva de desconstruir conceitos anteriores negativos.

O compromisso com um plano de ação para o comportamento de HM em cuidadores implicará implementação de TE para induzir, implantar e reforçar o

comportamento de HM entre cuidadores. A estratégia consistirá em um conjunto de ações mutuamente acordado, ao qual cuidadores comprometem-se com o entendimento de que a ação de HM proporcionará segurança ao paciente se o compromisso for mantido.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo de intervenção comunitária, não controlado e de métodos mistos, nesta situação, geralmente, utiliza-se intervenção preventiva, selecionam-se indivíduos, expõe-se à intervenção preventiva e, decorrido um período de tempo, mede-se a incidência do problema que se deseja prevenir, o que envolve a mensuração das variáveis de interesse antes e depois da intervenção no mesmo local de estudo, partindo do pressuposto de que qualquer diferença na medida "após" em comparação com "antes" deve-se à intervenção (PORTELA *et al.*, 2015).

O método misto se concentra em coletar, analisar e misturar dados quantitativos e qualitativos em um único estudo. Proporciona melhor entendimento dos problemas de pesquisa do que cada uma das abordagens isoladamente. A pesquisa de métodos mistos combina o pensamento indutivo e o dedutivo, e emprega as habilidades em observar as pessoas e também em registrar o comportamento (CRESWELL; CLARK, 2015).

A escolha pelo método misto justifica-se pelo fato de o objeto de estudo apresentar dados quantitativo e qualitativo ao propor analisar conhecimento, experiências e motivação na promoção da HM com os cuidadores no ambiente hospitalar, ao mesmo tempo, que se propõem intervir nesses fatores e mensurar taxa de cumprimento de HM em pré e pós-intervenção.

### **5.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado em um hospital universitário, o qual desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, Brasil, estando integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). O referido complexo hospitalar possui capacidade para 214 internações para doenças de média e alta complexidade, além de contribuir para atividades de ensino, pesquisa e extensão dos cursos de graduação e pós-graduação nas áreas de Medicina, Enfermagem e Farmácia de diversas instituições de ensino superior do Estado (EBSERH, 2017).

A coleta de dados foi realizada nas clínicas médica II-A e II-B, ambas especializadas em cuidados a pessoas em situação crítica, possuindo em média 32 e 40 leitos

respectivamente, ofertando diversas especialidades, como gastroenterologia, nefrologia, infectologia, neurologia, pneumologia e cardiologia.

As clínicas foram selecionadas devido ao perfil dos pacientes internados nestes setores, o qual inclui pessoas que apresentam dependência total e/ou parcial para realizar cuidados mínimos de higiene e conforto, além do longo período de internação, o qual muitas vezes ultrapassa o período de 12 dias.

### **5.3 População/Amostra do estudo**

A população do estudo foi composta por cuidadores de pacientes internados nas clínicas médica II-A e II-B, no período de dezembro de 2017 a janeiro de 2018. Definiu-se cuidador a pessoa que assume o papel de assistir o paciente em situação de dependência total e/ou parcial, para desempenho de atividades diárias, no âmbito hospitalar (HORNG *et al.*, 2016).

Como critérios de inclusão, consideraram-se: cuidador com idade superior a 18 anos, com capacidade para comunicar-se preservada e que estivesse ao menos duas vezes na semana acompanhando o paciente, independentemente deste ser remunerado ou não para realizar tal função. Este período foi definido, considerando-o necessário para o cuidador se ambientar e perceber a rotina dos profissionais de saúde sobre a HM.

Foram desconsiderados para fins de ingresso neste estudo os cuidadores que permaneceram tempo inferior a uma semana com o mesmo paciente, em virtude ao período de uma semana ser o mínimo para que o cuidador possa participar de todas as fases da pesquisa; aqueles que não podiam sair da enfermaria, devido à dependência total do paciente; bem como os que estiveram ausentes para acompanhamento de exames e/ou procedimentos em outros setores. Como critérios de descontinuidade, adotaram-se: deixar de participar de alguma etapa do estudo; ser transferido da clínica médica II-A e II-B durante o período de coleta ou quando foi dada a alta hospitalar.

A amostragem foi não probabilística e por conveniência, pois a participação no estudo foi voluntária. A previsão da amostra inicial foi por conformidade de 70 cuidadores, considerando-se o número real de leitos das clínicas médicas II-A e II-B. Estes foram acompanhados por meio das entrevistas e, continuamente, por observações iniciais. Entretanto, a conformação final da amostra foi delimitada em função de prováveis perdas. Assim, para determinação do número final de participantes, utilizou-se a equação apresentada

a seguir, considerando 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 $\alpha/2$**  = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

**$\sigma$**  = 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).

$$n = (1,96 \times 0,40/0,05)^2 = (0,784/0,05)^2 = 246 \text{ pacientes}$$

Utilizou-se a correção para população finita (N), aproximada, de 70 cuidadores, considerando média de leitos de internação nas clínicas médicas, ocupação real e leitos em isolamento. Como:  $n \div N > 0,05$ ; Então:  $N = n \div \{1 + (n-1) \div N\} = 246 \div \{1 + (246-1) \div 70\} = 55$  cuidadores. Portanto, o tamanho final da amostra foi de 55 cuidadores selecionados para responder ao questionário de autorrelato sobre a HM e, seguidamente, a participar da intervenção.

#### 5.4 Coleta de dados

O período de coleta de dados da pesquisa foi de dezembro de 2017 a janeiro de 2018, após recebimento da aprovação do estudo pelo Comitê de Ética da UFC/PROPESQ, de segunda a sexta, no período diurno, que foi dividido em etapas de acordo com o MPS de Nola Pender.

A mudança de comportamento em direção à HM progrediu através de cinco etapas: 1) Pré-contemplação, o cuidador não estava pensando em deixar ou adotar a HM; 2) Contemplação, o cuidador estava consciente do problema e pretendia mudar; 3) Planejamento ou preparação, o cuidador estava fazendo mudanças pequenas ou esporádicas; 4) Ação, o cuidador estava envolvido ativamente na adesão à HM; e 5) Manutenção, sustentando a mudança ao longo do tempo. Essas etapas desenvolveram a proposta de intervenção (QUADRO 1).

**Quadro 1** - Distribuição das fases do estudo

| <b>Etapas</b>       | <b>Descrições</b>   |
|---------------------|---|
| 1ª Pré-contemplação | Entrevista com os cuidadores  |
| 2ª Contemplação     | Observação da frequência e momentos de HM   |
| 3ª Planejamento     | Preenchimento de questionário de autorrelato com todos os cuidadores das unidades de internação II A e II B |
| 4ª Ação             | Oficina   |
| 5ª Manutenção       | Observação da frequência e momentos de HM   |

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Na fase de pré-contemplação as entrevistas foram gravadas, realizadas antes das observações iniciais, em sala de reuniões nas mesmas dependências do local de estudo, antecipadamente reservada para esse fim, com duração média de 10 minutos para cada entrevista, com objetivo de investigar as variáveis sociodemográficas que podem influenciar a atitude de cuidadores sobre a importância da higiene das mãos (APÊNDICE B), avaliação das barreiras, dos benefícios e o reconhecimento das influências contextuais na pretensão de mudar de comportamento direcionado à HM (ANEXO A).

A fase de contemplação foi necessária à investigação sobre a percepção do cuidador acerca do problema e sua intenção de mudança para o comportamento de HM. Nesta etapa foi realizada observação direta da frequência de HM executada pelos cuidadores, com base no protocolo da OMS, o qual contempla cinco momentos para HM: antes e após o contato com paciente; após tocar fluidos corpóreos e em superfícies e áreas próximas ao paciente. Ressalta-se que o segundo momento não foi analisado devido esta etapa ser restrita aos profissionais de saúde, não cabendo ao cuidador esta função (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a; BRASIL, 2013) (ANEXO B), mas que foram adaptados a quatro momentos, conforme rotina dos cuidadores: antes e após o contato com o paciente; e após tocar em fluidos corpóreos e em superfícies próximas ao paciente.

Nessa fase, o foco foi identificar os determinantes e a frequência da HM, respectivamente. A observação foi realizada por duas acadêmicas de Enfermagem previamente treinadas para a fase da observação. Vale ressaltar que, no máximo dois cuidadores eram observados por enfermaria, com duração aproximada de 30 minutos para cada observação por enfermaria.

O MPS destaca que recursos suscitam comportamentos específicos com mais frequência e regularidade. É importante enfatizar que em todas as enfermarias, em que os participantes foram observados, havia recursos, como pia com água encanada mais sabão/sabonete líquido, suporte com álcool em gel nos leitos, papel toalha e luvas de procedimento à disposição. Destaca-se que os acompanhantes observados não sabiam o real motivo de estarem sendo observados, evitando inferência à prática de higiene das mãos.

A fase de planejamento para a ação consistiu da aplicação de um questionário de autorrelato previamente validado para amostra de 55 cuidadores selecionados do total de cuidadores das unidades de internação clínica II A e II B (N=70), com intuito de analisar se hábitos pessoais de lavagem das mãos a partir do autorrelatado dos cuidadores são influenciados pela percepção de benefícios e barreiras, atitudes, normas subjetivas e percepção de controle (autoeficácia).

Com bases nos achados dos instrumentos anteriores, optou-se por trabalhar na fase de ação com oficinas educativas como meio para ajudar na mudança de comportamento de cuidadores no referente à HM. Os temas e objetivos propostos para os encontros da oficina educativa foram definidos na perspectiva de que os cuidadores poderiam ou não estar pensando em deixar ou adotar o comportamento de HM (Quadro 2). A seleção do conteúdo para a oficina educativa foi definida após ampla busca bibliográfica sobre a temática, principalmente publicações do Ministério da Saúde, Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (PROQUALIS) e material educativo (vídeos e *folders*) para incentivar a adesão à prática de HM (BRASIL, 2013; HOSPITAL MÃE DE DEUS, 2016; 2018).

As oficinas foram conduzidas pela pesquisadora e ocorreram no período da tarde em uma sala previamente reservada, para um grupo, em média, de 15 cuidadores, totalizando quatro grupos. Ao todo, realizaram-se duas oficinas cada grupo, sendo duas oficinas por semana, com duração média de uma hora cada oficina, pactuadas conforme a necessidade e o desejo dos cuidadores.

A seguir, encontra-se detalhada a proposta da oficina que englobam dois encontros (QUADRO 2).

**1º Oficina educativa:** Interagindo com o grupo para se conhecer as IRAS.

1º momento: aplicação de uma dinâmica de integração “Dar e receber”, com objetivo de promover acolhimento entre cuidadores (CARVALHO; RODRIGUES, MEDRADO, 2005).

2º momento: uma dinâmica de grupo “Batata quente”, com duração aproximada de 20min, com objetivo de desenvolver atenção às informações sobre as IRAS (PINHEIRO, 2014).

**2º Oficina educativa:** Pactuando com o grupo para a promoção da HM.

1º momento: exposição de um vídeo “Higienização das Mãos do Hospital Mãe de Deus”, com duração de seis minutos, para auxiliar na reprodução do comportamento de HM no ambiente hospitalar. Ponderou-se sobre o objetivo do vídeo: a importância da implementação de práticas adequadas de HM para prevenção de IRAS.

Após a visualização do vídeo, os cuidadores foram estimulados a colocar as respectivas percepções sobre o conteúdo do vídeo: quais os insumos que existiam, no hospital, para lavagem das mãos? Esses insumos existem no contexto de acompanhar paciente em hospital e são suficientes? Os profissionais orientavam sobre a lavagem de mãos? Com essas perguntas norteadoras, procurou-se fornecer informações sobre a importância dos insumos e a execução da lavagem das mãos pelos profissionais de saúde. Nesse contexto, reforça-se a adesão dos cuidadores na conformidade com a HM no ambiente hospitalar.

2º momento: aplicação da técnica de fricção das mãos com álcool em gel, no intuito de desenvolver habilidade para reproduzir o comportamento de HM. Apresentou-se o material para higiene das mãos, e exibiu-se o passo a passo da técnica de HM, reforçando sobre as áreas frequentemente esquecidas ao limpar as mãos (polegares, pontas dos dedos e entre os dedos).

3º momento: conferência de um *check-list* acerca da lavagem das mãos.

4º momento: verificação da efetividade da técnica de fricção das mãos com o recurso didático “Caixa da Verdade”.

**Quadro 2** - Descrição dos temas, objetivos e estratégias previstos para oficinas educativas.

| Encontros            |            | Temas   | Objetivos   | Estratégias                                    |
|----------------------|------------|---|---|--|
| 1º Oficina educativa | 1º momento | Humanização   | Acolhimento   | Dinâmica de integração “Dar e Receber”         |
|                      | 2º momento | Infecções associadas aos cuidados de saúde                  | Definir a carga das IRAS; meios de transmissão de germes e papel relevante da higiene das mãos.   | Dinâmica “Batata quente”                       |
| 2º Oficina educativa | 1º momento | Quatro Momentos para Higiene das Mãos da OMS.               | Informar sobre importância da implementação de práticas adequadas de HM para a prevenção de IRAS. | Vídeo  |
|                      | 2º momento | Aplicação da técnica de fricção das mãos com álcool em gel. | Desenvolver a técnica de fricção das mãos com álcool em gel.                                      | Técnica de fricção das mãos com álcool em gel. |
|                      | 3º         | Conferência da  | Avaliar a efetividade da  | Caixa da Verdade                               |

|  |            |   |  |                    |
|--|------------|---|--|--------------------|
|  | momento    | técnica de fricção das mãos.                      | técnica de fricção das mãos.                                       |                    |
|  | 4º momento | Avaliação da troca de conhecimento e experiência. | Avaliar a troca de conhecimento e experiência durante as oficinas. | Palestra dialogada |

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A fase de manutenção que consiste na conservação da conduta promotora de saúde objetivou alcançar os resultados de saúde positivos, como realizar a HM de forma contínua e construir relações positivas entre cuidadores e profissionais de saúde. As observações após oficinas foram realizadas uma semana após a intervenção. Houve necessidade de fixar um curto período entre a intervenção e a avaliação do comportamento dos cuidadores, devido a possibilidades de altas hospitalares ou mudança de cuidadores. Medir percepções, conhecimentos e comportamento dos cuidadores sobre a HM pode permitir avaliar se a mudança nos estágios de HM dos cuidadores influenciou a prática de HM.

### 5.5 Instrumentos de coleta de dados

Com intuito de avaliar a prática de HM, foram utilizados diversos instrumentos:

- Caracterização dos participantes (idade, sexo, ocupação, estado civil, anos de escolaridade, vínculo com paciente, tempo de acompanhamento e experiência anterior de cuidador) (APÊNDICE B).
- Avaliação Clínica de Promoção da Saúde de Nola Pender (ANEXO A); (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015). Os dados investigados nesse instrumento foram comportamento em geral, benefícios, barreiras, autoeficácia, influências interpessoais e situacionais, experiências pessoais e percepção do risco sobre a HM no formato perguntas abertas.
- Formulário de observação da técnica de HM adotada pelos cuidadores ao longo do dia (ANEXO B) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).
- Questionário de autorrelato sobre comportamento de HM (AJZEN, 1991) (ANEXO D), que permitiu investigar o comportamento de HM quanto benefícios, barreiras, autoeficácia, influências interpessoais e situacionais, experiências pessoais e percepção do risco sobre a HM no formato escala Likert, com pontuações que variam de 1 (Nunca), 2, 3, 4, 5 até 6

(Sempre), ou seja, a inclinação das respostas dos participantes, nesses itens, podem variar de nunca até sempre ocorre HM.

- *Check-list* para verificação do passo a passo da lavagem das mãos (APÊNDICE C) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

Os instrumentos, a exceção da caracterização sociodemográfica, foram validados por instituições governamentais e em pesquisas científicas. O roteiro de entrevista referente à avaliação clínica do comportamento de HM foi adaptado para este estudo (PENDER; MURDAUGH; PARSONS, 2015).

O formulário de observação da técnica de HM está contido no Manual de Referência Técnica para Higiene das Mãos, ANVISA (BRASIL, 2009). Durante a aplicação deste formulário, os cuidadores estavam informados que possivelmente seria observada a rotina na enfermaria, o que caracteriza o efeito *Hawthorne*, que diz respeito à mudança de atitude dos cuidadores pelo fato de estarem sendo observados. Como forma de minimizar o efeito *Hawthorne*. Por tratar-se de um hospital universitário o fluxo de acadêmicos nos diversos setores da universidade é constante, o que, de certo modo, não causaria desconfiança por parte dos cuidadores em avaliação.

O *Ckeck-list* foi adaptado a partir de um *folder*: “Como fazer a fricção das mãos com preparação alcoólica?”, contida no Manual de Referência Técnica para Higiene das Mãos, ANVISA (BRASIL, 2013).

O questionário de autorrelato sobre o comportamento de HM foi validado *ad hoc* com base nos objetivos deste estudo, tendo como referência o estudo de Ajzen (1991). Tal questionário, administrado presencialmente, foi acompanhado do comparecimento da pesquisadora principal na possibilidade de dúvidas quanto ao preenchimento pelos cuidadores.

## **5.6 Descrição das variáveis do comportamento de HM dos cuidadores**

As variáveis dependentes investigadas foram: 1) Biológicas: idade e sexo; 2) Sociodemográficas: etnia/cor, estado civil, anos de escolaridade, ocupação, renda pessoal e religião; 3) Psicológicas: vínculo com paciente, procedência, tempo de acompanhamento, troca de acompanhante e experiência anterior de cuidador; 4) Específicas do comportamento de HM do cuidador: comportamento geral, benefícios percebidos, barreiras percebidas,

autoeficácia percebida, afetividade relacionada à atividade, influências interpessoais e situacionais.

A definição operacional da variável independente são as experiências e o conhecimento dos cuidadores sobre práticas de HM. Neste caso, utilizou-se a observação da frequência e o autorrelato sobre o comportamento de lavagem das mãos antes e após intervenção educativa, tendo, assim, medida do comportamento.

### ***5.6.1 Variáveis biológicas***

- Grupo etário – idade registrada em anos completos;
- Sexo – feminino ou masculino.

### ***5.6.2 Variáveis sociodemográficas***

- Etnia/Cor – foi utilizado o critério de autodefinição do IBGE (BRASIL, 2008b): branco, negro, pardo, amarelo, índio e outros.
- Estado civil – foram adotadas as seguintes opções: casado (a)/união estável, solteiro(a), divorciado, desquitado ou separado judicialmente e viúvo.
- Anos de escolaridade – escolaridade registrada em anos completos de estudo.
- Religião – registrada conforme autorrelato.
- Procedência – local onde residia na ocasião do estudo.
- Ocupação – registrado conforme autorrelato em trabalhar (especificar) ou não trabalha.
- Renda pessoal – considerou-se o somatório do valor bruto dos vencimentos do cuidador em salários mínimos.

### ***5.6.3 Variáveis psicológicas***

- Vínculo com o paciente – registrado conforme autorrelato.
- Tempo de acompanhamento – registrado tempo em dias de acompanhamento por autorrelato.
- Existência de troca de cuidador – registrado como Sim ou Não.
- Experiência anterior como cuidador – registrado como Sim ou Não.

#### 5.6.4 Variáveis específicas do comportamento de HM do cuidador

Essas variáveis foram registradas por autorrelato em formato de perguntas abertas e escala tipo *Likert* (AJZEN, 1991).

- Benefícios percebidos: quais são os benefícios pessoais de se higienizar as mãos? Pessoalmente, lavo minhas mãos? Em que momento? Pessoalmente, lavo minhas mãos em instalações de cuidados de saúde? Acho que a lavagem das mãos nos estabelecimentos de saúde restringe o risco de propagação da doença?
- Barreiras percebidas: quais problemas (barreiras) você enfrentou para tentar higienizar as mãos? Sinto a necessidade de ter mais informações sobre a importância da lavagem das mãos? Lavo minhas mãos com mais frequência desde que eu, um membro da família ou um conhecido pegaram uma infecção em estabelecimentos de saúde?
- Autoeficácia percebida: com certeza você pode superar essas barreiras para higienizar mais as mãos? Quando estou em uma instituição de saúde, acho que lavar as mãos será? Da próxima vez que estiver em uma instituição de saúde, acredito que vou lavar minhas mãos.... Conheço o procedimento para lavar minhas mãos corretamente.... Pessoalmente, sinto que sou capaz de implementar práticas corretas de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde...
- Afetividade relacionada à atividade: em que momento você considera essencial higienizar as mãos? Você sente necessidade de ter mais informações sobre a importância da lavagem das mãos?
- Influências interpessoais: algum dos membros da sua família ou amigos espera que você higienize as mãos? Acho que a lavagem das mãos em nossa sociedade seria.... Acho que a lavagem das mãos no meu ambiente pessoal seria.... Acho que nas instalações de cuidados de saúde as mãos são lavadas por... Para mim, a higiene das mãos é importante.... Quem encorajará você a higienizar as mãos ou facilita sua higienização das mãos? Alguém em sua família ou algum dos seus amigos/cuidadores higienizam rotineiramente as mãos? Sobre higiene das mãos, fui educado. Por quem?
- Influências situacionais: onde você pode encontrar pessoas que realizam a prática de higienização das mãos? Trabalho? Em casa? No hospital? Quais os recursos do ambiente hospitalar que podem facilitar o comportamento de HM? Acho que os estabelecimentos de saúde estão predispostos a favorecer práticas corretas de lavagem das mãos? Nas instalações de saúde, encontrei materiais que informam sobre práticas de lavagem das mãos? Nas

instalações de cuidados de saúde, os profissionais educam adequadamente sobre práticas de lavagem de mãos.

### **5.7 Estudo piloto**

Após seleção dos instrumentos de coleta de dados, realizou-se estudo piloto com cinco cuidadores, seguindo o mesmo delineamento e desenvolvimento das etapas da pesquisa, visando testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e o procedimento de coleta de dados.

Esse momento foi útil para melhor adequação dos instrumentos de coleta de dados, excluindo perguntas duplicadas, além de reorganizar os enunciados e a sequência de respostas, e o *layout* das questões que compuseram a versão final dos instrumentos. Isso permitiu a inclusão de questões importantes e os ajustes necessários, evitando lacunas.

Para questões do roteiro de avaliação clínica do comportamento de HM dos cuidadores no item comportamento anterior teve-se necessidade de acrescentar uma pergunta para melhor contextualizar a experiência do cuidador: Com relação a secar as mãos em casa o que usa costumeiramente? Para a variável, sentimentos em relação ao comportamento sobre HM: Quando você está em uma instituição de saúde, como se sente higienizando as mãos?

Quanto a pergunta referente a renda pessoal (em salários mínimos), no instrumento de caracterização sociodemográfica, percebeu-se constrangimento dos cuidadores em dizer o valor dos rendimentos. Então a pesquisadora limitou-se a perguntar se dispunham ou não de renda pessoal mensal.

O teste piloto favoreceu a organização logística de coleta de dados, como a determinação do tempo despendido para cada entrevista e as possíveis dúvidas das perguntas.

### **5.8 Organização e análise dos dados**

Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software* estatística R e as planilhas do *Excel*. Foi realizada análise descritiva dos dados sociodemográficos, além das medidas estatísticas (média, mediana e desvio padrão), medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão, intervalo de confiança).

O teste usado para avaliar as pontuações do questionário de autorrelato foi o de Wilcoxon pareado, pois é utilizado para comparar se as medidas de posição de duas amostras são iguais no caso em que as amostras são dependentes, quando não se tem a normalidade dos

dados. Os resultados foram calculados com auxílio do *software* R e utilizando planilhas do *Excel*. É um teste não paramétrico e suas hipóteses são H0: não existe diferença entre as amostras e H1: existe diferença entre as amostras. Se o valor p for menor que 0,05, rejeita-se H0, caso contrário, não se rejeita H0.

Na análise dos dados qualitativos, utilizaram-se os procedimentos de incremento de categorias indutivas para responder à pergunta de pesquisa e a aplicação de categorias dedutivas trabalhando com aspectos de análise formulados previamente e derivados do referencial da teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender.

Utilizaram-se como categorias de análise as variáveis contidas no diagrama do MPS: 1) Características e experiências individuais; 2) Percepções e conhecimentos sobre a prática de HM; e 3) Resultado do comportamento sobre a prática de HM.

## **5.9 Aspecto ético e legal do estudo**

Na ocasião do convite, aos cuidadores foram apresentados os objetivos, a relevância, os riscos e benefícios associados à participação na pesquisa. Destacaram-se, ainda, o caráter voluntário, não remunerado, a confidencialidade e o sigilo no referente às informações fornecidas durante os encontros, preservando a identidade do participante. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, para formalizar a inclusão nas atividades de pesquisa (APÊNDICE A). Além disso, durante todo o período do estudo, as participantes receberam toda e qualquer informação solicitada e aqueles que por qualquer motivo desejaram não mais participar, foram imediatamente retiradas do estudo sem ônus.

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se aparelho gravador de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra e analisadas. As transcrições ocorreram de forma fiel à narrativa e, juntamente com a identidade, foram preservadas usando um código relacionado à ordem de realização das entrevistas. Os discursos dos cuidadores foram sistematizados como L1, L2, L3, L4 etc. ou E1, E2, E3 etc., conforme fala referida na entrevista ou durante oficina educativa, respectivamente. Essas observações são necessárias para preservar o anonimato dos participantes.

Para realização da pesquisa, foram obedecidos os critérios estabelecidos pela Resolução 466/2012, que versa sobre pesquisas com seres humanos. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da UFC/PROPESQ, sendo aprovada conforme nº 2.412.806/2017.

## 6 RESULTADOS

Neste estudo, os resultados estão apresentados de acordo com: 1. Características e experiências individuais, 2. Percepções e conhecimento sobre a prática de HM e 3. Resultado do comportamento sobre a prática de HM. Esta formatação propicia melhor compreensão do fenômeno investigado, aqui representado pelas práticas de HM.

### 6.1 Características e experiências individuais

#### 6.1.1 Fatores pessoais

Sobre os dados sociodemográficos, os participantes da pesquisa foram em sua maioria: do sexo feminino, com idade variando entre 26 e 30 anos, procedentes do interior do Estado, solteiros, com 8 anos de estudo e católicos. Da amostra, 50 eram familiares e cinco cuidadores remunerados, 28 possuíam renda própria e 27 não tinham renda.

Referente ao parentesco, a maioria dos participantes era filha ou cônjuge. O tempo de acompanhamento foi muito variável de três dias a três meses no ambiente hospitalar, com 39 pacientes dispondo de troca de acompanhantes. No grupo em estudo, 36 referiram experiência anterior como cuidador. Ainda nesse grupo, nas ocupações, 28 estavam empregados com destaque para agricultor e dona de casa.

#### 6.1.2 Conduta prévia adotada pelos cuidadores acerca de HM

O comportamento anterior adotado pelos cuidadores sobre HM incluía lavar as mãos antes das refeições e depois de usar o banheiro, com uso costumeiro do sabão líquido ou em barra e água, em casa, e álcool em gel, nos hospitais. Em relação a secar as mãos, os itens mais citados foram a toalha de mão compartilhada, em casa, e papel toalha, nos ambientes hospitalares.

Os resultados mostraram que a higiene das mãos era praticada em ambientes domésticos para prevenir doenças, especialmente depois de usar o banheiro, antes das refeições ou depois de tocar superfícies sujas, conforme as falas: *Lavava a mão com sabonete, detergente, após o banheiro, antes de almoçar* (L24). *Só mesmo quando eu ia almoçar e ia ao banheiro, eu usava a higiene das mãos* (L55).

Percebeu-se como influência para formação do hábito de higienizar as mãos, as experiências prévias em família, especialmente aquelas relacionadas à orientação materna, na escola e no ambiente de trabalho: *Sempre a mamãe exigia, porque brincava com terra (L25). Como eu já fiz o curso de Radiologia, ele falava de sempre passar o álcool ou lavar as mãos até o punho (L01). Era muito errada (higiene das mãos em casa), porque era muito diferente da que eu aprendi desde o tempo que eu passei a conviver em hospital (L02).*

Isso posto, é importante que os profissionais de enfermagem busquem conhecer os hábitos domésticos que possam interferir na segurança do paciente, com a finalidade de orientar adaptações ou mudanças nos aspectos culturais.

Entre os insumos habitualmente utilizados para higienizar as mãos, o sabão líquido ou em barra e o álcool em gel foram os mais citados entre os participantes: *Lavava com água e sabão (L02). Higienizar mesmo era só sabão de coco e a água. Pois, a minha mãe usava muito sabão de coco para higienizar a mão. Não tinha álcool (L22).*

Ampliar conhecimentos em saúde, com foco na HM, pode contribuir para mudança de costumes domésticos para atitudes em prol da segurança do paciente, no sentido do cuidador realizar a higiene das mãos de forma adequada para evitar transmissão de infecções.

## **6.2 Percepções e conhecimento sobre a prática de HM**

Nesta seção, estão descritas as percepções e o conhecimento sobre o comportamento de HM dos cuidadores: caracterização do comportamento de lavagem das mãos, benefícios e barreiras percebidas para esse comportamento, capacidade do cuidador de superar as dificuldades para higienizar as mãos e influências interpessoais e situacionais frente à HM.

### **6.2.1 Benefícios percebidos e barreiras para a ação**

Os benefícios percebidos acerca de higienizar as mãos foram pontuados pelos cuidadores como representações culturais das consequências positivas do comportamento e são intrínsecos à prevenção de infecções, o que inclui aumento do estado de alerta, conforme se observa na fala: *Porque a gente diminui o risco de pegar doença (L20). O benefício é porque eu estou me protegendo, contra bactérias, evitar infecção. E, conseqüentemente, protegendo meu paciente (L24).*

Alguns entrevistados avaliaram a situação de estar cuidando do paciente em internação hospitalar e os riscos associados à falta de higiene das mãos. Foi relatado, pelos

participantes, situações inerentes ao ato de cuidar, como: tocar no paciente e em seus pertences, troca roupas de cama e interagir com outros cuidadores e os outros pacientes, as quais representam riscos percebidos que pode imprimir maior estado de alerta.

As barreiras percebidas consistem em percepções dos entrevistados sobre as dificuldades e custos pessoais para realizar a higiene das mãos. Dentre os fatores que atuam como barreiras a realização desta ação, citam-se: indisponibilidade de insumos, desconhecimento de uma técnica específica para higienizar as mãos e o esquecimento: *Aqui no hospital algumas vezes faltou o sabão (L18). Já, às vezes, em alguns ambientes públicos não tem nada no banheiro, nem papel higiênico (L08). Quando eu tive Chikungunya, eu não conseguia porque fiquei sem movimentos nas mãos (L02). ...lá mesmo onde tive internado com meu menino faltava água, às vezes, a gente ia para a pia e não tinha o sabão, aí ficava difícil. Mas, a gente dava um jeitinho, passava álcool até o sabão chegar (L21). Às vezes, a pessoa chega rápido do trabalho e de qualquer outra atividade e não lava correto (L13).*

Especificamente, com relação às necessidades de informações sobre HM, foi expressa a escassez de treinamentos sobre HM para cuidadores mediado por profissionais de saúde, conforme observa-se nas falas: *Acho que os enfermeiros quando vão atender, deveriam incentivar os acompanhantes a higienizar com álcool gel, sempre quando for fazer alguma atividade com paciente (L54). Eu creio que um treinamento já estimula; o fato de perguntar se o acompanhante está lavando as mãos, muito deles pode não estar, aí ele vai ficar atento e colocar na mente que tem que limpar porque é realmente perigoso. Então, com isso, o profissional está influenciando o hábito do acompanhante para se cuidar (L05).*

Ao se questionar sobre a capacidade do cuidador de superar as barreiras para higienizar as mãos, a maioria afirmou possuir habilidades para desempenhar esse comportamento. As habilidades foram medidas a partir de pontuações referidas no instrumento, Avaliação Clínica de Promoção da Saúde de Nola Pender (ANEXO A), com variação de 1 até 10, que correspondem à habilidade incerta até muita habilidade em realizar a higiene das mãos, respectivamente. Deste modo, os cuidadores entrevistados estão motivados a se envolverem no comportamento de higiene das mãos nos cuidados ao paciente, pois a maioria se deram notas entre 8 e 10: *...eu sempre tenho esse cuidado de lavar as mãos (L20). ...a minha irmã sempre fica me cobrando, eu digo estou melhorando, mas diz que é mal lavada (L00).*

Da amostra, apenas dois acompanhantes se deram nota seis, associando-a a falta de atenção, prevenção ou vigilância pessoal: *Eu daria 6, porque eu era descuidada (L05). Um 5, porque, às vezes, eu esqueço (L55).*

### **6.2.2 Autoeficácia percebida e sentimentos em relação ao comportamento sobre HM**

O comportamento de autoeficácia é expresso pela maioria dos participantes, o que torna propenso o encorajamento dos cuidados para higiene das mãos durante o contato com os pacientes, bem como aumenta o nível de compromisso na manutenção desta boa prática, conforme se observam nas falas: *“Se não tiver material para lavar eu vou atrás” (L57); e “No banheiro feminino dos acompanhantes não tem sabão e nem toalhinha de papel. Eu levo da enfermaria papel e um pouquinho de sabão” (L00).*

O impacto relacionado à capacidade do cuidador de resolver o problema de falta de insumos foi expresso em dois componentes: a auto-ação (cuidador como ator da ação, cuidador indo atrás do material para lavar as mãos) e capacidade de realizar a higiene das mãos em momentos importantes, como: *Os momentos são a hora de levantar ele, levar para banhar, ele fazer os trabalhos dele (defecar) (L25). Se alguém tiver com algum ferimento, você não vai pegar com suas mãos, tem que lavar as mãos (L27). Quando for ter contato com paciente antes e depois (L08).*

A percepção com relação à lavagem das mãos no ambiente hospitalar foi necessária, conforme o depoimento: *eu estou com uma doente, eu sempre tenho que está com as mãos limpas, para mim está manuseando ela, além dela está doente, ela está com a imunidade baixa. Então, qualquer bactéria pode prejudicar (L89).*

O efeito associado ao comportamento de HM pelos sujeitos refletiu percepções de ser necessário e desejável, na perspectiva em que os cuidadores mantinham a prática e superavam a escassez de insumos para HM.

### **6.2.3 Influências interpessoais e situacionais frente à HM**

As influências interpessoais incluem normas sociais, apoio social e funções de modelagem. As normas sociais associadas à prática de HM foram identificadas como comportamentos padronizados considerados corretos pelos entrevistados. Consideram atitude positiva de familiares quando dizem: *Minha mãe, por exemplo, quando ela vai fazer comida, ela lava as mãos (L86). A mamãe pergunta se estamos com a mão limpa para poder pegar no copo (L25).*

O apoio social para o comportamento de higiene das mãos a partir de pessoas/familiares gera os recursos para manutenção ou mudança quanto à ação. Os recursos de apoio social descritos foram: capacitações, orientações, mídias e preocupação com a família, conforme expresso nos depoimentos: *Tive um curso que fiz na área da estética, que me incentivou bastante a higienização das mãos (L15). Quando eu internei, é que lá no serviço social me*

*orientaram que usasse álcool em gel (L17). Só a televisão (L84). Eu mesma, porque eu tenho um filho pequeno e me preocupo com ele (L01).*

A modelagem é retratada pela aprendizagem por meio da observação de outros comportamentos, manifestados em situações em que familiares e pares realizam a higiene das mãos: *Ela tem muito cuidado porque faz hemodiálise, tem plaquetas baixas, é bem orientada (L02). Eu sempre vejo a minha filha, que com a filha dela (neta) também incentiva a lavar as mãos (L57). Observo, mas muito deles (acompanhantes) não higieniza (L86).* Nesta última fala, vê-se que entre os cuidadores existem aqueles que precisam de estímulo à adesão ao comportamento de higiene das mãos.

Ao se investigar sobre as influências situacionais para o comportamento de higiene das mãos, foram citados locais em que se podem encontrar pessoas que realizam prática de higienização das mãos, os entrevistados citaram restaurantes, hospitais e colégios: *Na pia do lavabo, na entrada do consultório e o álcool do lado de fora da enfermaria (L09). Lá no meu trabalho, na parte da cozinha, eles lavam e colocam o álcool em gel (L79). No que eu conheço, nos hospitais e nos colégios (L21).*

Os entrevistados foram instigados a exemplificarem estratégias para alcançar comportamento de higiene das mãos. Falaram da necessidade de se ter compromisso: *Na enfermaria são quatro, eu e outro fazemos, mas já têm outros que não fazem. Acho que seria bom, de vez em quando, vocês passarem de quarto em quarto e ir orientando (L65).* Outras estratégias para reforçar o comportamento de higiene das mãos: distribuição de folhetos, orientações dos profissionais de saúde, avisos, treinamentos, palestras e disponibilidade dos materiais, em estações específicas (pias nas enfermarias, corredores e refeitório) para lavagem das mãos.

### **6.3 Variáveis relacionadas à lavagem das mãos autorrelatada dos cuidadores**

As variáveis relacionadas à HM foram: o comportamento de lavagem das mãos; a intenção à lavagem das mãos nas configurações de cuidados de saúde; a norma subjetiva sobre lavagem das mãos; a percepção de ameaça de infecção de risco e experiências pessoais de infecção; a educação em higiene das mãos pessoais; a percepção do contexto de saúde sobre higiene das mãos; e as necessidades de treinamento sobre higiene das mãos.

O comportamento de lavagem das mãos autorrelatado pelos cuidadores evidenciou conformidade quanto à HM, especificamente, depois de usar o banheiro (DP= 5,88±0,63) e depois de ter estado em um centro de saúde (DP= 5,47±1,35). Com relação à intenção para lavagem das mãos nas configurações de cuidados de saúde, as médias foram aumentadas para os resultados de forma positiva em relação à prática da lavagem. Se os participantes acreditavam que iriam lavar as mãos na próxima visita em uma instituição de

saúde, inferia-se que os participantes iriam manter a higienização das mãos na próxima visita (M= .5,79).

**Tabela 1** - Momentos de prática de HM, de acordo com os cuidadores de pacientes internados no HUWC

| Itens/Respostas  | Média ± Desvio Padrão | Mediana | Moda | Total |
|--|-----------------------|---------|------|-------|
| <b>Comportamento Geral</b>   |                       |         |      |       |
| Antes das refeições  | 5,34 ± 1,18           | 6       | 6    | 267   |
| Depois de usar o banheiro  | 5,88 ± 0,63           | 6       | 6    | 294   |
| Depois de usar transportes públicos  | 4,72 ± 1,48           | 6       | 6    | 231   |
| Depois de ter tocado superfícies que parecem sujas   | 5,40 ± 1,19           | 6       | 6    | 270   |
| Depois de ter tocado uma pessoa doente   | 5,38 ± 1,37           | 6       | 6    | 269   |
| <b>Comportamento em Unidades de Saúde</b>  |                       |         |      |       |
| Pessoalmente, lavo minhas mãos em instalações de cuidados de saúde                         | 5,46 ± 1,16           | 6       | 6    | 273   |
| Da próxima vez que estiver em uma instituição de saúde, acredito que vou lavar minhas mãos | 5,79 ± 0,84           | 6       | 6    | 284   |

Fonte: dados da pesquisa (2018).

O produto mais utilizado na lavagem das mãos em casa foi o sabonete líquido (62,5%), seguido de álcool em gel (22,0%). A maioria dos participantes tinha o costume de usar não somente um, mas também dois itens de higiene para lavar as mãos (32,0%). Em relação a secar as mãos, o item mais utilizado foi a toalha de mão compartilhada (46,0%), seguido da toalha de uso pessoal (34,0%).

**Tabela 2** - Os insumos mais utilizados para lavagem e secagem das mãos por cuidadores de pacientes internados no HUWC

| Itens / Respostas   | %      |
|---|--------|
| <b>Se eu lavar minhas mãos em uma instituição de saúde, uso comumente</b>       |        |
| Água  | 11,50  |
| Sabonete líquido ou em barra  | 62,50  |
| Álcool em gel   | 22,00  |
| Não informaram  | 4,00   |
| Total   | 100,00 |
| <b>Para lavar minhas mãos, costume usar ... (mais de uma resposta possível)</b> |        |
| Dois itens  | 32,00  |
| Três itens  | 32,00  |
| <b>Para secar minhas mãos em casa, uso comumente</b>                            |        |
| Minha toalha de uso pessoal   | 34,00  |
| Toalha de mão compartilhada com a família                                       | 46,00  |
| Papéis toalhas descartáveis   | 4,00   |

| <b>Itens / Respostas</b>   | <b>%</b>         |
|--|------------------|
| Não informaram   | 16,00            |
| <b>Para secar minhas mãos em casa uso usualmente ...</b> (mais de uma resposta possível) |                  |
| Dois itens   | 14,00            |
| Três itens   | 2,00             |
| Fonte: dados da pesquisa (2018).   | <i>Conclusão</i> |

Os sujeitos apresentaram autopercepção de que lavavam as mãos nas configurações de cuidados de saúde ( $M = 5,79$ ) mais do que enfermeiros ( $M = 5,54$ ), médicos ( $M = 5,50$ ), pacientes ( $M = 4,15$ ), parentes e visitantes ( $M = 4,21$ ). Também consideraram que lavavam as mãos com mais frequência do que a sociedade ( $M = 3,32$ ) e a rede pessoal ( $M = 4,12$ ). Perceberam que estavam aptos (autoeficácia) para realizar a lavagem das mãos corretamente ( $M = 5,44$ ). Destaca-se que os sujeitos deste estudo autorrelatam lavar as mãos mais que qualquer outro público citado. Este dado pode ter sofrido vieses de informação, erro diferente entre expostos e não expostos a HM.

Informaram que lavavam as mãos com mais frequência no caso de depois de ter feito uma visita a um doente ( $M = 5,55$ ), no caso da gripe ( $M = 5,32$ ), doenças gastrointestinais ( $M = 5,31$ ) e de epidemias ( $M = 5,17$ ), enfatizando o papel da percepção de ameaça de infecção de risco e experiências pessoais de infecção. A maioria relatou nunca ter experimentado infecções adquiridas em um ambiente de cuidado de saúde. Entre aqueles que tiveram essa experiência, não alteraram o próprio comportamento, sugerindo que os participantes lavassem as mãos por outros motivos.

Afirmaram que foram educados para higiene das mãos pela família ( $M = 4,64$ ) e por profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e profissionais de saúde), que têm papel bastante importante ( $M = 3,84$ ), em comparação com o de amigos ( $M = 2,18$ ). O período mais importante em educação sobre higiene nas mãos foi representado pela infância/ensino fundamental ( $M = 4,62$ ), em comparação com o ensino médio ( $M = 4,03$ ) e as universidades ( $M = 3,76$ ). O mesmo pode ser dito sobre a mídia ( $M = 3,84$ ).

**Tabela 3** - Experiências pessoais quanto aos riscos e à educação envolvendo a HM dos cuidadores de pacientes internados no HUWC

|                                      | <b>Média ±<br/>Desvio<br/>Padrão</b> | <b>Mediana</b> | <b>Moda</b> | <b>Total</b> |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------|-------------|--------------|
| <b>Comportamento de autoeficácia</b> |                                      |                |             |              |
| Médicos                              | 5,50 ± 1,15                          | 6              | 6           | 264          |
| Enfermeiros                          | 5,54 ± 1,05                          | 6              | 6           | 266          |
| Outros trabalhadores de saúde        | 4,94 ± 1,49                          | 6              | 6           | 237          |

|   | <b>Média ±<br/>Desvio<br/>Padrão</b> | <b>Mediana</b> | <b>Moda</b> | <b>Total</b> |
|---|--------------------------------------|----------------|-------------|--------------|
| Pacientes                                   | 4,15 ± 1,81                          | 4,5            | 6           | 199          |
| Família e visitantes                        | 4,21 ± 1,85                          | 4              | 6           | 194          |
| <b>Situações de maior frequência de HM</b>  |                                      |                |             |              |
| Gripe                                       | 5,32 ± 1,27                          | 6              | 6           | 255          |
| Doenças gastrointestinais                   | 5,31 ± 1,35                          | 6              | 6           | 239          |
| Epidemias                                   | 5,17 ± 1,38                          | 6              | 6           | 238          |
| Depois de ter feito uma visita a um enfermo | 5,55 ± 1,12                          | 6              | 6           | 272          |
| <b>Educação em HM</b>                       |                                      |                |             |              |
| Família                                     | 4,64 ± 1,81                          | 6              | 6           | 218          |
| Amigos                                      | 2,18 ± 1,57                          | 1              | 1           | 96           |
| Professores do Fundamental                  | 4,62 ± 1,84                          | 6              | 6           | 217          |
| Professores do Ensino Médio                 | 4,03 ± 1,89                          | 4,5            | 6           | 145          |
| Professores de Universidades                | 3,76 ± 1,98                          | 4              | 6           | 94           |
| Meios de Comunicação                        | 3,84 ± 2,12                          | 5              | 6           | 169          |
| Médicos                                     | 3,61 ± 2,29                          | 4              | 1           | 155          |
| Profissionais de Saúde                      | 3,84 ± 2,18                          | 4              | 6           | 173          |

Fonte: dados da pesquisa (2018).

*Conclusão*

Os participantes sugeriram que não sentiam necessidade de treinamento sobre higiene das mãos (M= 3,96). Mas, quando acessaram à informação, o meio mais utilizado foram os profissionais de saúde (16,0%), seguido pela televisão (6,0%) e folhetos informativos (4,0%).

**Tabela 4** - Necessidade de treinamento e informações sobre HM referidas pelos cuidadores de pacientes internados no HUWC

|   | <b>Média ±<br/>Desvio<br/>Padrão</b> | <b>Mediana</b> | <b>Moda</b> | <b>Total</b> |
|---|--------------------------------------|----------------|-------------|--------------|
| <b>Treinamento em HM</b>  |                                      |                |             |              |
| Sinto a necessidade de ter mais informações sobre a importância da lavagem das mãos | 3,96 ± 2,09                          | 5              | 6           | 194          |
| <b>Eu gostaria de estar mais informado através de</b>                               |                                      | <b>%</b>       |             |              |
| <i>Internet</i>   |                                      | 2,00           |             |              |
| Televisão   |                                      | 6,00           |             |              |
| Folhetos Informativos (Saúde)   |                                      | 2,00           |             |              |
| Folhetos Informativos (Outros Ambientes)  |                                      | 4,00           |             |              |
| Profissionais de Saúde  |                                      | 16,00          |             |              |

Fonte: dados da pesquisa (2018).

## 6.4 Resultado do comportamento sobre a prática de HM

Nos tópicos que seguem, foram descritos os resultados do comportamento sobre a prática de HM: compromisso com o plano de ação, exigências imediatas e preferências, e comportamento de promoção da saúde em direção à HM dos cuidadores.

### 6.4.1 Compromisso com o plano de ação

Com o propósito de contribuir para realização e manutenção do comportamento de promoção da saúde, voltado à HM, foram desenvolvidas estratégias que viabilizassem a superação das barreiras percebidas para a ação, as influências interpessoais e situacionais negativas e as demandas competitivas que emergirem.

Antes de iniciar a oficina educativa propriamente dita, foi desenvolvida, com o grupo, a dinâmica de integração “Dar e Receber” (CARVALHO; RODRIGUES; MEDRADO, 2005), com objetivo de acolher os cuidadores: 1) Em círculo, os participantes estenderam as mãos, com a palma direita virada para cima e a esquerda para baixo, acolheram-se entre si; e 2) Assim, com as mãos encaixadas, a mão que estivesse com a palma virada para cima, receberia e a palma virada para baixo, doaria. Nesta sequência, a pesquisadora introduziria a necessidade de receber e doar experiências e conhecimentos para promover a adesão ao comportamento de higiene das mãos.

Para facilitar o diálogo com os cuidadores sobre as temáticas (IRAS; importância da HM e papel dos cuidadores na prevenção de IRAS), foi desenvolvida a dinâmica “Batata quente” (PINHEIRO, 2014): 1) Passaram entre si um saco com perguntas sobre a temática, enquanto uma música era tocada; 2) Quando parava a música, a pessoa que estivesse com o saco na mão, retirava uma pergunta, lia e respondia em voz alta. Caso não conseguisse, tinha ajuda da pesquisadora; e 3) A brincadeira continuou até que as perguntas acabassem. Utilizaram-se como perguntas norteadoras: o que é higienização das mãos? Por que fazer? Quem deve higienizar as mãos? Como fazer? Quando fazer? Quais áreas são frequentemente perdidas ao limpar as mãos? Como posso ajudar para que os profissionais de saúde limpem as mãos? (BRASIL, 2007; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016). Os cuidadores participaram expondo as respectivas percepções: *Acompanhante transmite infecção (E1). Se não manter a higiene das mãos posso transmitir bactérias para o paciente (E3). Não é fácil, porque a pessoa pode pensar que a agente está querendo se meter no serviço dela (E4). Existe também a maneira de você chegar e dialogar, que as pessoas podem até dizer obrigada (E3).*

Continuando a TE, após visualização do vídeo, os cuidadores colocaram suas percepções sobre o conteúdo do vídeo: citaram o sabão líquido e álcool em gel como insumos que existiam, no hospital, mas que, algumas vezes, faltava, principalmente, o sabão, no banheiro dos acompanhantes e que os profissionais de saúde pouco orientavam sobre a lavagem das mãos.

O papel da tecnologia foi aumentar a conscientização sobre o comportamento em higiene das mãos, benefícios e barreiras para implementação. Reforçou-se a importância da HM como preceito a ser seguido no ambiente hospitalar, ligada à segurança do paciente, dos profissionais, cuidadores/familiares e comunidade.

Na execução da técnica de HM, o passo que se mostrou menos executado foi: “ensaboar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa”, sendo o dorso da mão a área pouco afetada pela fricção do álcool em gel com tinta fluorescente, o que facilitou aos cuidadores visualizar as mãos como não higienizadas.

Outro momento da técnica de lavagem das mãos menos executada: friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa, técnica referida como não percebida pelos acompanhantes durante a lavagem das mãos dos trabalhadores de saúde e, conseqüentemente, tiveram-se as polpas digitais, também, como área em que os acompanhantes devem prestar mais atenção.

Para o uso efetivo da técnica de higiene das mãos na promoção da eficácia e mudança de comportamento, resultante da repetição e observação da técnica pelos cuidadores, destacaram-se como importante aos participantes:

- Compartilharem características semelhantes por pertencerem ao grupo de acompanhantes, possuírem mesmo idioma e situados em clínicas com mesmas estruturas no manejo à higiene das mãos;
- Observarem o comportamento de higiene das mãos dos profissionais e de outros acompanhantes;
- Terem conhecimento em higiene das mãos adquirido em casa ou em hospitais para se envolver no comportamento;
- Perceberem os benefícios do envolvimento no comportamento em higiene das mãos;
- Praticarem a técnica de fricção das mãos com álcool em gel e verificarem a efetividade da técnica com o recurso didático “Caixa da Verdade”.

O MPS de Nola Pender prenuncia que o reforço é uma maneira de expandir os benefícios ou resultados positivos derivados da mudança de comportamento. Nesta

perspectiva, distribuíram-se, no final da aplicação da técnica de fricção, frascos de álcool em gel, estimulando os cuidadores a terem este recurso para utilizarem nos momentos necessários de higiene das mãos.

#### **6.4.2 Exigências imediatas e preferências**

As dificuldades que comprometiam a realização da técnica de HM pelos cuidadores foram percebidas como desconhecimento da técnica em si, falta de execução da lavagem das mãos nos momentos de cuidados e reduzido engajamento dos profissionais no incentivo contínuo a essa prática, na rotina diária de cuidados junto ao paciente. *Era para o profissional estar orientando o acompanhante sobre como lavar as mãos e explicar que a luva depois que você usou, porque depois que pega no paciente e sujou, jogar fora e depois lavar as mãos (L01).*

Essa demanda de engajamento e educação em saúde pelos profissionais, assim como a demanda por insumos podem não ser controladas pelos cuidadores, pois estes podem participar na supervisão e cobrança de insumos suficientes e educação permanente entre equipe de saúde e cuidadores, mas incide a necessidade de uma cultura organizacional para continuidade de ações em prol da segurança do paciente.

As demandas apontadas influenciam diretamente na execução da técnica de HM, pois se constituem como fatores intrínsecos na qualidade e manutenção da ação, ou seja, uso de produtos adequados e motivação suficiente.

#### **6.4.3 Comportamento de promoção da saúde**

No estudo em questão, para descrever o que mudou no comportamento de HM após a intervenção educativa, fez-se a observação da frequência de lavagem das mãos dos cuidadores.

Para descrever o comportamento geral quanto à lavagem pessoal das mãos, conheceram o procedimento correto para lavar as mãos a partir da intervenção educativa. A observação da frequência de lavagem das mãos após implementação da tecnologia educacional tem-se a distribuição a partir da Tabela 5.

**Tabela 5** - Distribuição das observações quanto à frequência de lavagem das mãos de uma amostra de cuidadores, antes e depois da implementação de uma tecnologia educacional

| <b>Itens</b>  | <b>Medição pré atividade</b> | <b>Medição pós atividade</b> | <b>Valor <i>p</i></b> |
|---------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Oportunidade  | 2,97 ± 1,56                  | 2,74 ± 1,61                  | 0,2263                |
| Sabão         | 1,00 ± 0,00                  | 1,50 ± 1,12                  | -                     |
| Álcool Gel    | 1,00 ± 0,00                  | 1,14 ± 0,35                  | -                     |
| Não realizado | 2,83 ± 1,48                  | 2,06 ± 1,05                  | 0,01079               |

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Não foi encontrada diferença significativa da medição inicial para medição final no item Oportunidade (valor *p* igual a 0,02263), ou seja, não há diferença significativa de antes para após oficina nesse item. Nos itens Sabão e Álcool gel, não foi possível calcular o valor *p* do teste, pois os números de observações foram muito baixos. No item, “Não realizado”, houve diferença significativa (Valor *p* < 0,05), ou seja, após aplicação da atividade, houve aumento na taxa de lavagem das mãos. Houve aumento no quantitativo de cuidadores realizando a higiene das mãos.

## 7 DISCUSSÕES

Os cuidadores investigados quanto à prática de HM eram em grande parte mulheres, idade média de 42 anos, filhas ou esposas, católicas, com ensino médio completo e experiência em acompanhar paciente em hospitais, revezando o período de acompanhamento com outras pessoas da família e permanecendo dias ou meses cuidando do paciente. As ocupações foram as mais variadas, com destaque para agricultores, donas de casa e professoras. Essas características podem facilitar a disposição para cuidar, pois se percebe que ao longo do processo sócio histórico, as mulheres, mães, esposas, filhas e namoradas, são as principais responsáveis pelo cuidado dos doentes (CASADO-MEJÍA; RUIZ-ARIAS, 2016).

Outras características como status social e o tipo de trabalho se refletem nas normas subjetivas: mulheres, pessoas casadas e professores parecem dar mais importância à higiene das mãos do que os homens, pessoas solteiras e agricultores.

Nesse contexto, destaca-se que as pessoas com mais idade parecem estar mais conscientes do risco de infecção em hospitais do que os jovens. Nessas configurações, as mulheres são mais conscientes do que os homens (FOÀ *et al.*, 2017). De acordo com os resultados, em outro estudo, utilizando o modelo de regressão linear, o hábito de lavagem das mãos está aumentando nos grupos etários mais velhos ( $p=0.001$ ), mulheres ( $p=0.001$ ), nos cidadãos de moradia urbana ( $p=0,001$ ) e no aumento dos níveis de educação ( $p=0,001$ ) (TÜZÜN; KARAKAYA; DENIZ, 2015).

A atitude de pacientes e cuidadores ao se envolverem em propostas de educação sobre a importância da higiene das mãos é influenciada por diferentes variáveis sociodemográficas (por exemplo, sexo, idade, educação) e sociocognitivas (intenção, atitude, normas subjetivas, crenças de controle) (FOÀ *et al.*, 2017).

Ao investigar as práticas de higiene das mãos dos cuidadores, observou-se que se caracterizavam como hábito adquirido nos ambientes familiares (domicílio, escola e trabalho) ou mesmo na experiência anterior de cuidar, o que contribuíam para manutenção deste comportamento no hospital. A descrição da higiene das mãos dos entrevistados fez referência a lavar as mãos antes da preparação de alimentos e após o uso do banheiro, devido ao contato com fluidos e secreções (urina e fezes), o que exige promoção efetiva da lavagem das mãos.

Ao avaliar a conformidade de higiene das mãos no ambiente familiar, os pontos críticos de higiene foram: a preparação de alimentos e todas as visitas ao banheiro, muito provavelmente incluindo a defecação e a micção, foram consideradas momentos essenciais de lavagem das mãos (FRIEDRICH; KAPPLER; MOSLER, 2018).

Percebeu-se que os pacientes com pouca higiene no contexto doméstico são mais propensos a continuar este comportamento no hospital, enquanto os pacientes que estão acostumados com higiene das mãos adequada (por exemplo, antes de comer, depois de usar o banheiro), provavelmente, mantém o mesmo comportamento no hospital (BARKER *et al.*, 2014).

Outro estudo com mães de crianças de seis a 12 meses de idade avaliou as práticas de lavagem das mãos a partir de quatro pontos críticos: depois de usar um banheiro; após limpar o corpo da criança; antes de preparar comida; e de alimentar a criança. Este estudo evidenciou que um programa de cuidados de saúde ao promover a lavagem das mãos e o saneamento básico influencia com resultados positivos para o conhecimento e a manutenção da lavagem das mãos com sabão entre as mães (KANG *et al.*, 2016).

O sabão e álcool gel foram agentes de lavagem das mãos usado pelos entrevistados. A água e o sabão eram vistos como fácil manter e menos probabilidades de serem desperdiçados, como descrito em pesquisa de Amim *et al.* (2014). A adequada higiene das mãos com base em uso de álcool gel ou água e sabão é considerada a principal medida de prevenção de infecção para reduzir a transmissão de patógenos em ambientes de cuidados de saúde (BOUDJEMA *et al.*, 2014).

O uso de sabão leva a um número significativamente menor de *E. coli* nas mãos do que lavando as mãos somente com água. Informações como essas e uma abordagem de comunicação adaptada da equipe mostram-se necessárias, principalmente, em resultados de estudos em que os cuidadores familiares têm ampla gama de experiências com infecções durante o período de cuidados do paciente e reagem de muitas maneiras diferentes: não se preocupam com infecções ou estão extremamente sobrecarregados (HECKEL *et al.*, 2017).

A aceitação da técnica recomendada pode ser um objetivo de mudança de comportamento. Pesquisas adicionais são necessárias para entender os determinantes comportamentais (benefícios e dificuldades no uso de diferentes dispensadores de água, influências interpessoais e situacionais) que motivam pessoas a aplicar técnicas efetivas de lavagem das mãos (FRIEDRICH *et al.*, 2017).

Quanto à prática de higiene das mãos e sua influência para o cuidado no hospital, entrevistados consideraram a presença de riscos associados à transmissão de infecções. Ao se investigar a percepção e as experiências individuais de cuidadores familiares sobre experiências com colonização de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina e bactérias gram-negativas multirresistentes ou medidas de infecção e isolamento no final da vida, resultados desse estudo mostraram que os cuidadores familiares avaliaram os problemas e os

riscos de infecções de forma diferente. Os questionamentos dos cuidadores variaram entre: “talvez o *Staphylococcus aureus* resistente à metilina não seja tão perigoso” ou “eu deveria realmente ir para um hospital? Se eu chegar em casa, ainda mais doente do que fui, com bactérias? Infecções com bactérias não há cura eficaz” (p. 277). Sob essas questões, a conclusão do estudo mostrou que as possibilidades de precauções de contato padronizadas e a avaliação consistente dos riscos através dos membros da equipe e cuidadores devem ser consideradas (HECKEL *et al.*, 2017).

A pesquisa em questão prosseguiu com o monitoramento sobre o cumprimento da lavagem das mãos, em que se avaliaram as oportunidades, sem objetivo de checar a técnica de lavagem. Nessa fase, planejamento, o cuidador estava sem intenção de higienizar as mãos, pois se observou que apenas 8% da amostra realizava a higiene das mãos durante o cuidado com o paciente. Para mudar esse contexto, preparavam-se intervenções e oficinas educativas, junto aos cuidadores. Nesse período, os observadores evidenciaram que cuidadores realizavam atividades junto aos pacientes que os colocavam em exposição, sendo, portanto, importante conhecer os determinantes da higiene das mãos dos cuidadores.

Os benefícios percebidos com o comportamento de HM foram associados à prevenção de infecções, embora se tenham expressado que o desconhecimento e o esquecimento impedem a apreensão dos benefícios desse comportamento. Uma explicação frequente para o controle de infecção deficiente em países de baixa renda é a falta de conhecimento e que o comportamento reflete diferenças de motivação e prioridades (HORNG *et al.*, 2016). Outro estudo lembra que a ameaça de infecção adquirida no hospital não é apenas uma preocupação para pacientes e profissionais de saúde, como também para cuidadores, pois eles são parte integrante do atendimento hospitalar, ficam em enfermarias e, muitas vezes, realizam atividades de cuidados dos pacientes que podem ocasionar a transmissão de infecções (ISLAM *et al.*, 2014).

Em hospitais de cuidados terciários em Bangladesh, Islam *et al.* (2014) observaram que os cuidadores realizavam atividades como alimentação e administração de remédios, mudavam as roupas e faziam as camas dos pacientes; forneciam cuidados psicológicos; e cuidados de limpeza, como esvaziar sacos de coleta de urina, limpeza de vômitos, sangue ou fezes da cama ou do chão. Observou, também, que alguns cuidadores familiares dormiam no mesmo leito com pacientes e, muitas vezes, cuidavam de outros pacientes que não os familiares.

No estudo supracitado, a compreensão dos cuidadores sobre as vias de transmissão de infecções foi algo incompatível com o modelo biomédico de transmissão, e as

práticas diárias não refletiram os métodos de prevenção que descreveram. Por exemplo, perceberam que lavar as mãos com sabão poderia reduzir a transmissão da doença; no entanto, raramente, observaram-se cuidadores lavando as mãos com sabão após a limpeza do ânus de pacientes, vômitos ou muco. Ademais, a maioria dos entrevistados mencionou ter ouvido sobre doenças contagiosas e conseguiu lembrar de algumas delas, incluindo doenças diarréicas, tuberculose e outras doenças contagiosas comuns em Bangladesh. No entanto, os cuidadores familiares não entenderam completamente a explicação biomédica do contágio.

A transmissão de infecções associadas aos cuidados de saúde através da contaminação das mãos dos pacientes e cuidadores é tão importante quanto a dos trabalhadores de saúde (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016).

Quanto às barreiras percebidas para higienizar as mãos, foi destacada a insuficiência de insumos em situações específicas e a dificuldade associada ao esquecimento. Estudos mostram a necessidade de insumos para lavagem das mãos e consideram que a higiene com sabão e água é eficaz na remoção de agentes patogênicos da superfície das mãos (HECKEL *et al.*, 2017; AMIM *et al.*, 2014). Assim como o efeito protetor do uso de álcool gel promove a inativação de uma ampla gama de vírus (FRIEDRICH *et al.*, 2017).

A carência de recursos é um dos motivos para o déficit no controle da infecção, pois os recursos podem não estar disponíveis, conforme estudo realizado em Bangladesh. Por outro lado, encontraram-se, também, poucos materiais de higiene das mãos para pacientes e familiares em ambientes hospitalares em condições precárias (HORNG *et al.*, 2016).

Quanto ao fator esquecimento da lavagem das mãos assumido nesta pesquisa, tem-se a hipótese de que uma rotina diária regular facilita a lembrança de realizar a lavagem das mãos e as interrupções frequentes das tarefas foram associadas a pouca indicação de lavagem de mãos em estudo que investigou os fatores de resposta socialmente desejáveis e adicionais para o viés entre o comportamento de lavagem das mãos autorrelatado e observado (CONTZEN; PASQUALE; MOSLER, 2015).

Mesmo com as barreiras, os participantes do presente estudo estavam dispostos a se envolverem no comportamento de higiene das mãos, evidenciado pelo autorrelato para desempenhar esse comportamento, com cuidador realizando a ação e o meio ambiente favorável para que a ação ocorra. Os cuidadores referiram realizar a HM quando ofereciam cuidados de banho, movimentação, alimentação e troca de fraldas, nos momentos antes e depois de cada ação. Mesmo quando cuidadores familiares são altamente motivados, infraestruturas hospitalares precárias, incluindo falta de água e locais de lavagem das mãos, podem ser barreiras às práticas de lavagem das mãos (ISLAM *et al.*, 2014).

A motivação dos cuidadores para o comportamento de higiene das mãos é influenciada pelos familiares, outros cuidadores e profissionais de saúde. O encorajamento ativo de um paciente por um trabalhador de saúde para lembrá-los sobre a higiene das mãos tem impacto significativo na disposição do paciente para realizar a prática de HM (MCGUCKIN; GOVEDNIK, 2013).

Dentre as influências interpessoais adquiridas pelos entrevistados, a modelagem caracterizou-se pela aprendizagem por meio da observação de outros comportamentos, manifestados em situações em que familiares e outros acompanhantes realizam a higiene das mãos, influenciados, por comportamentos do meio. Avaliações qualitativas e quantitativas sobre lavagem das mãos mostram que as percepções de que os outros praticam os comportamentos recomendados influenciaram a adoção das práticas recomendadas de lavagem das mãos (NIZAME *et al.*, 2013).

Outro determinante na prática de HM dos cuidadores são as influências situacionais relatadas como a convivência em locais em que se praticam a higiene das mãos, como: restaurantes, hospitais e colégios; e destacou-se a necessidade de insumos para facilitar o comportamento, como água, sabão e álcool gel. Os cuidadores familiares podem frequentemente lavar as mãos apenas com água, mas a água sozinha remove menos patógenos do que sabão e álcool; e lavar as mãos com água somente é menos eficaz na prevenção da diarreia e outras doenças infecciosas do que a lavagem das mãos com sabão (AMIM *et al.*, 2014).

Outras categorias que influenciam no comportamento de HM dos cuidadores são as demandas e preferências concorrentes, citadas como a insuficiência de insumos em alguns locais do ambiente hospitalar e o comportamento de acomodação, respectivamente. Na prática, existem métodos como observações comportamentais e diagramas de fluxo de trabalho para decodificar o movimento das pessoas e identificar os locais mais acessíveis e visíveis para instalação de estações de desinfecção de mãos (NEO; SAGHA-ZADEH, 2017). Entretanto, tal situação pode não suscitar incômodo, ou seja, os cuidadores podem conformar-se com a escassez de materiais para lavar as mãos, o que pode prejudicar as metas de segurança do paciente.

A fim de promover a adesão à lavagem das mãos de cuidadores, visitantes e pacientes desenvolveram intervenção de educação em saúde que utilizou mensagens culturalmente apropriadas, com base na conscientização sobre infecções e na importância da higiene das mãos (ISLAM *et al.*, 2014).

Um estudo de revisão sistemática sobre as estratégias foi desenvolvido para encorajar pacientes a lembrar de trabalhadores de saúde sobre a HM e quão eficazes essas estratégias foram ao aumentar a intenção dos pacientes de participar ou o envolvimento real mostrou que: 1) O uso de um vídeo incentiva as intenções a participar e o comportamento real; 2) O folheto tem apenas efeitos menores no comportamento do paciente; e 3) Usar emblemas ou aventais incentivando os pacientes a questionar a HM seria o método mais efetivo. Conclui-se que um aumento nas intenções dos pacientes e, em menor grau, a participação foi observada para maioria das estratégias (DAVIS *et al.*, 2015).

Este estudo demonstra que o comportamento dos cuidadores de pacientes relacionado a higiene das mãos em hospital está diretamente associado aos seguintes determinantes: hábito doméstico, capacidade percebida dos cuidadores de realizar lavagem das mãos quando necessário e benefício percebido de realizar a lavagem das mãos para prevenção de infecções. Estudo com cuidadores de crianças que frequentam creches demonstra que o comportamento de higiene das mãos dos cuidadores está positivamente vinculado ao conhecimento e à conscientização sobre as diretrizes de HM, capacidade percebida dos cuidadores de realizar a ação, importância percebida de realizar a ação e hábito. Além disso, uma característica pessoal, ou seja, ter filhos vivendo em casa, também, foi associada ao cumprimento da HM (ZOMER *et al.*, 2013).

Os entrevistados mostraram, também, compromisso e identificação de estratégias para reforçar o comportamento de higiene das mãos: distribuição de folhetos, orientações dos profissionais de saúde, avisos, treinamentos, palestras e disponibilidade dos materiais. Percebeu-se que os participantes mesmo leigos citaram estratégias para HM recomendadas pela OMS. Entre as ferramentas informativo-educativas favoritas são a televisão, seguida da presença de folhetos no ambiente de cuidados de saúde e pela educação prestada por profissionais de saúde (FOÀ *et al.*, 2017).

Para troca de informações em saúde, utilizaram-se dinâmicas de grupo, vídeo e simulação da técnica de lavagem das mãos. Na dinâmica de grupo, inseriu-se uma estratégia escrita abordando a importância de higienizar as mãos e o envolvimento dos acompanhantes em questionar os trabalhadores de saúde sobre a higiene das mãos. As informações de higiene das mãos para pacientes podem ser na forma de material impresso, demonstrações orais ou meios audiovisuais (DAVIS *et al.*, 2015). São caracterizadas como intervenções de higiene das mãos multimodais e que podem sustentar melhorias em comportamento de forma mais eficaz e envolvendo pacientes/cuidadores em tais empreendimentos (SCHMITZ *et al.*, 2014).

Os cuidadores, durante a dinâmica de grupo, associaram a lavagem das mãos com a prevenção de infecções e alguns, pela experiência de acompanhar paciente em isolamento, percebiam as medidas de isolamento com incerteza, medo, angústia e raiva, mas demonstraram intenções de realizar a HM, assim como questionar sobre a higiene das mãos dos profissionais de saúde como uma das formas de manter a segurança do paciente. A existência do diagnóstico de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina/bactérias gram-negativas multirresistentes e as medidas relacionadas, como isolamento e higiene das mãos, influenciam o comportamento social em relação ao paciente e aumentam as tensões sociais. Estratégias preventivas para evitar a contaminação/infecção e procedimentos consistentes em termos de precauções de contato e higiene adequada das mãos podem aliviar a incerteza dos cuidadores familiares (HECKEL *et al.*, 2017).

Achados mostram que embora muitos pacientes desejem receber material sobre como prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde, alguns estão insatisfeitos com o nível de informação atualmente fornecido. Igualmente, revelam que apesar do fato de que algumas informações (por exemplo, folhetos de segurança do paciente) foram publicamente acessíveis nos sites por vários anos, os pacientes não sabem disso e, portanto, não conseguem usar a informação. Explorar maneiras melhores de disseminar tais estratégias para os pacientes é necessário, dado que a disponibilidade de informações sobre infecções está relacionada às intenções dos pacientes de questionar os trabalhadores de saúde (DAVIS *et al.*, 2015).

A exposição do vídeo foi mais uma estratégia educacional que forneceu informações aos cuidadores, permitindo-os visualizar a lavagem das mãos de profissionais de saúde, e seguidamente associar as informações sobre a importância de higienizar as mãos e como estes poderiam contribuir com a higiene das mãos dos profissionais de saúde. A exibição de um vídeo incentiva as intenções de participar, mas, também, podem, mesmo depois de assistir a um vídeo sobre a importância da HM, alguns pacientes ainda relatar estar nervosos ou assustados para lembrar os trabalhadores de saúde sobre a higiene das mãos (DAVIS *et al.*, 2015).

As partes das mãos que se mostraram menos higienizadas foram as palmas das mãos e as polpas digitais. Ao avaliar os efeitos na técnica observada de lavagem das mãos em estudo sobre a frequência e a técnica de lavagem das mãos dos cuidadores primários em crianças, observou-se uso irregular de sabão e não aplicação da técnica de lavagem entre os dedos (FRIEDRICH; KAPPLER; MOSLER, 2018). A técnica, tal como realizada na vida diária, influencia a eficácia da lavagem das mãos, observou-se que esfregar as pontas dos

dedos e sob as unhas resultou em contaminação significativamente menor das mãos após a lavagem (HECKEL *et al.*, 2017). A técnica correta de lavagem das mãos é decisiva para descontaminação efetiva das mãos (HECKEL *et al.*, 2017). Isso exige intervenções que, além de promover a lavagem frequente das mãos nos momentos-chave, também promovam a técnica efetiva de lavagem das mãos.

De forma a avaliar o novo comportamento em higiene das mãos, realizaram-se observações diretas da higiene das mãos dos cuidadores depois da implementação das oficinas educativas. Observou-se aumento, embora pequeno de 13% na HM. Foi encontrada diferença significativa da medição inicial para medição final no item, Não realizado a HM ( $p < 0,05$ ), ou seja, após aplicação das oficinas, ocorreu aumento na taxa de lavagem das mãos.

A baixa taxa de higiene das mãos observada pós-intervenção nesse estudo é comparável a outras pesquisas: avaliou-se o efeito da estratégia da OMS para melhorar a higiene das mãos em cinco países (Costa Rica, Itália, Mali, Paquistão e Arábia Saudita), a conformidade geral aumentou de 16,2% após intervenção (ALLEGIANZI *et al.*, 2013); outro estudo, ao avaliar a eficácia de uma intervenção na melhoria da conformidade HM, mostrou que durante o seguimento após intervenção, a conformidade no grupo de intervenção foi maior do que no controle, embora o efeito da intervenção sobre HM parecesse diminuir levemente.

No presente estudo, os cuidadores eram leigos, com instruções insuficientes a respeito da higiene das mãos, portanto tanto a técnica quanto os momentos indicados de higiene das mãos nem sempre foram usados corretamente. Esta pesquisa mostrou que os determinantes cognitivos, como a importância percebida no controle de infecções, o valor atribuído aos insumos (como a disponibilidade de sabão, água e álcool gel); a influência de familiares, pares e profissionais de saúde; demandas concorrentes (ou seja, dificuldade percebida com falta de pias em refeitório e banheiro); a contribuição com a higiene das mãos dos profissionais de saúde; e os hábitos familiares estão associados à conformidade de HM dos cuidadores. Isso suscitou o desenvolvimento de uma intervenção visando esses determinantes, com objetivo de analisar as práticas de HM de cuidadores na Promoção à Segurança do Paciente.

Ao se avaliar a conformidade com HM após aplicação de uma tecnologia educacional acessível para autopromoção/autocuidado das práticas de HM de cuidadores, não foi encontrada diferença significativa da medição inicial para medição final no item oportunidade (valor  $p$  igual a 0,02263), logo não houve diferença significativa de antes para após atividade nesse item. Nos itens Sabão e Álcool gel, não foi possível calcular o valor  $p$ ,

pois os números de observações foram muito baixos. No item, Não realizado, houve diferença significativa (valor  $p < 0,05$ ), ou seja, após aplicação da atividade, houve aumento na taxa de lavagem das mãos.

## 8 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

Este estudo apresentou algumas limitações. A natureza transversal do estudo significa que a avaliação pode não ser representativa da conformidade HM da população de cuidadores do hospital em estudo. E que as estratégias de mudança de comportamento descritos nesta pesquisa precisam de mais extensão para continuar a aumentar a compreensão dos mecanismos que promovem o comportamento de higiene das mãos em cuidadores, assim como contribuir para conformidade na HM.

Os resultados a partir da descrição da amostra evidenciam que fatores influenciam no seguimento do acompanhante durante a participação na pesquisa, como alta hospitalar do paciente, troca de cuidador e encaminhamentos para realização de exames.

A participação do cuidador na pesquisa abrangeu observações diretas, autorrelato por meio de entrevistas e estratégias para analisar e melhorar a higiene das mãos, essa multiplicidade de técnicas e a rotina de cuidados afetaram a disposição dos cuidadores para medir o comportamento de higiene das mãos.

Os cuidadores eram leigos, com informações insuficientes a respeito da higiene das mãos, portanto a prática de higiene das mãos nem sempre foi realizada corretamente. Outra limitação do estudo consiste no intervalo de tempo para avaliar a prática de higiene das mãos dos cuidadores após as oficinas educativas. Em virtude das características do grupo, ser temporário (troca periódica de cuidadores entre um mesmo paciente), com participação voluntária e tempo de permanência no leito incerto (a depender da necessidade de encaminhamentos para exames e consultas), influenciaram na necessidade de se realizar a avaliação precocemente da prática de higiene das mãos após a oficina educativa.

É necessário promover a inclusão dos cuidadores na temática HM de forma a contribuir para a prevenção de IRAS, entretanto é um desafio, pois durante os procedimentos de coleta de dados teve-se alguns fatores limitantes que dificultaram a participação e a consequente mudança de comportamento para a promoção a higiene das mãos: características do grupo, conhecimento insuficiente sobre a higiene das mãos, hábitos domésticos, rotinas de cuidados e falta de insumos para a higiene das mãos.

## 9 CONCLUSÃO

As mudanças no entendimento dos cuidadores sobre a temática HM suscitaram-se com a percepção dos determinantes para manutenção deste comportamento.

Nossos achados evidenciaram como determinantes cognitivos, o comportamento anterior (lavar as mãos antes das refeições e depois de usar o banheiro, assim como o uso costumeiro do sabão e água, em casa, e álcool gel, nos hospitais), o benefício percebido com a disponibilidade de insumos (prevenção de infecções relacionadas aos cuidados de saúde), a influência de familiares, pares e profissionais de saúde; a contribuição com a higiene das mãos dos profissionais de saúde; e os hábitos familiares associados à prática de HM dos cuidadores. Isto posto, destaca-se o ambiente familiar, escolar e de trabalho como promotores de práticas associadas a HM e a figura materna como protagonista deste processo de ensino.

Dentre os fatores que atuam como barreiras à realização da HM pelos cuidadores, citam-se: indisponibilidade de insumos, desconhecimento de uma técnica específica para higienizar as mãos, demandas concorrentes (ou seja, dificuldade percebida com falta de pias em refeitório e banheiro), esquecimento e necessidade de treinamentos pelos profissionais de saúde sobre higiene das mãos para os cuidadores.

Os determinantes identificados foram válidos para orientar o planejamento e realização da tecnologia educacional, além da promoção de mudanças nas práticas de HM dos cuidadores. Vislumbra-se a continuidade das oficinas de HM no projeto de Extensão Universitária com o grupo de acompanhantes, além de divulgar sobre os resultados obtidos nesta pesquisa com os profissionais de saúde do local de estudo, de modo a sensibilizá-los sobre a importância da educação em saúde em HM com cuidadores na prevenção de IRAS.

Conclui-se que envolver os cuidadores no desenho e promoção da higiene das mãos no âmbito hospitalar mostrou-se viável e deveria ser considerado como parte da cultura de segurança nas instituições de saúde.

## REFERÊNCIAS

- AJZEN, I. The theory of planned behavior. **Organ Behav Hum Decis Process.**, v.50, n.2, p. 179-211, 1991. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074959789190020T>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- ALLEGIANZI, B. *et al.* Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. **Lancet Infect Dis.**, n.13, v. 13, n. 10, p.843-851, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23972825>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- ATALAY, S. *et al.* Evaluation of vancomycin-resistant Enterococcus cases at a tertiary level hospital in Izmir, Turkey. **Mikrobiyol Bul.**, v. 46, n. 4, p. 553-559, 2012. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23188569>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- BARKER, A. *et al.* Patients' Hand Hygiene at Home Predicts Their Hand Hygiene Practices in the Hospital. **Infect Control Hosp Epidemiol.**, n. 35, v. 5, p.585-588, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24709731>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, n. 84, v. 2, p.191-215, 1977. Disponível em: < <http://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- BARROS, L. M. *et al.* Internação em uma unidade de emergência hospitalar: vivência. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p.336-343, 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32583>>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- BRASIL. Constituição (1993). **Portaria nº 1016, de 26 de agosto de 1993**. Normas Básicas para o Alojamento Conjunto. Brasília, 26 ago. 1993.
- \_\_\_\_\_. Constituição (2005). Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Lei Nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Brasília, BR, 8 abr. 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)>. Acesso em: 18 out. 2016.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde**. 2007. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao\\_maos/ficha\\_tecnica.htm](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/ficha_tecnica.htm)>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3a ed. Brasília (DF); Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente: higienização das mãos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008 - Síntese dos indicadores. Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário oficial da União: Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Portaria n.º 2.095, de 24 de setembro de 2013**. Diário oficial da União: Brasília, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095\\_24\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html)>. Acesso em: 20 out. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013a. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Portaria n.º 529, de 1 de abril de 2013<sup>a</sup>**. Diário oficial da União: Brasília, 2013a, p.2. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 15 out.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. ANVISA. RDC nº 36 de 25 de julho de 2013b. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **RDC nº 36 de 25 de julho de 2013b**. Diário oficial da União: Brasília, 2013b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)>. Acesso em: 20 out. 2013.

BALLESTAS CUETO, H. *et al.* Cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad. **Salud Uninorte**, n.29, v.2, p.249-259, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522013000200010&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522013000200010&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BATISTA, M. P. P.; ALMEIDA, M. H. M.; LANCMAN, S. Formal elderly caregivers: historical background in the Brazilian context. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.17, n.4, p.879-885, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000400879](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000400879)>. Acesso em: 20 out. 2013.

BOUDJEMA, S. *et al.* MediHandTrace®: a tool for measuring and understanding hand hygiene adherence. **Clin Microbiol Infect.**, n. 20, v. 1, p.22-28, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24261513>>. Acesso em: 20 out. 2013.

BUTENKO, S.; LOCKWOOD, C.; MCARTHUR, A. Patient experiences of partnering with healthcare professionals for hand hygiene compliance. **JBI Database System Rev**

**Implement Rep.**, n. 15, v. 6, p.1645-1670, 2017. Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28628522>>. Acesso em: 20 out. 2013.

CANGA, A.; VIVAR, C. G.; NAVAL, C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. **Anal Sis San Navarra**, v.34, n.3, p.463-469, 2011. Disponível em: <  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000300012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000300012)>. Acesso em: 20 out. 2013.

CARDOSO, Rachel da Silva Serejo et al. Educational technology: a facilitating instrument for the elderly care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 71, n. 2, p.786-792, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0129>.

CARDOSO, F. *et al.* ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). **Breast**, v. 23, n. 5, p. 489-502, 2014. Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25244983>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

CARVALHO, A. M.; RODRIGUES, C. S.; MEDRADO, K. S. Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. **Estud Psicol.**, n. 10, v. 3, p. 377-384, 2005. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000300006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000300006&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 08 nov. 2017.

CASADO-MEJÍA, R.; RUIZ-ARIAS, E. Influence of Gender and Care Strategy in Family Caregivers' Strain: A Cross-Sectional Study. **J Nurs Scholarsh.**, v. 48, n. 6, p.587-597, 13 out. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27737509>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Higiene das Mãos nas Configurações de Saúde: Mostre-me a Ciência**. 2016. Disponível em: <  
<https://www.cdc.gov/handhygiene/science/index.html>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

COSTA, T. L. *et al.* Material multimídia para orientação dos cuidadores de bebês com fissura labiopalatina sobre velofaringe e palatoplastia primária. **Codas**, n. 28, v. 1, p.10-16, 2016. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822016000100010&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822016000100010&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 08 nov. 2017.

CONTZEN, N.; PASQUALE, S.; MOSLER, H. Over-Reporting in Handwashing Self-Reports: Potential Explanatory Factors and Alternative Measurements. **Plos One**, n. 10, v. 8, p.1-22, 2015. Disponível em: <  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0136445> >. Acesso em: 08 nov. 2017.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre: Penso, 2015.

DAVIS, R. *et al.* Systematic review of the effectiveness of strategies to encourage patients to remind healthcare professionals about their hand hygiene. **J Hosp Infect.**, v. 89, n. 3, p.141-162, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25617088>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

DUMIT, N. *et al.* Role of the Lebanese family caregivers in cardiac self-care: a collective approach. **J Clin Nurs.**, v. 24, n. 21-22, p.3318-3326, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4750903/>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (Fortaleza). **HUWC e MEAC apresentam seus Planos Diretores Estratégicos à comunidade hospitalar.** 2017. Disponível em: <[http://www.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/noticias/-/asset\\_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/2722697/2017-12-huwc-e-meac-apresentam-seus-planos-diretores-estrategicos-a-comunidade-hospitalar](http://www.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/noticias/-/asset_publisher/JYdUOrTtibKl/content/id/2722697/2017-12-huwc-e-meac-apresentam-seus-planos-diretores-estrategicos-a-comunidade-hospitalar)>. Acesso em: 22 dez. 2017.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, L.G. The aged body: perception and experience of elderly women. **Interface** (Botucatu), v. 14, n. 35, p. 879-890, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400013)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FISHBEIN, M.; AJZEN, I. **Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research.** Massachusetts: Publisher Reading: Addison-wesley, 1976.

FLORÊNCIO, V. I. M. **A Prevenção da Infecção por Staphylococcus aureus Meticilino-Resistente (MRSA) na Pessoa Idosa: A Parceria como Intervenção de Enfermagem para Promover o Cuidado de Si.** 2015. 67 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2015.

FLORENTINO, I.M.; DE CAMARGO, M.J.G. Atividades de lazer no contexto hospitalar: Uma estratégia de humanização. **Rev Bras Estud Lazer**, v. 2, n. 2, p. 99-114, 2016. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/rbel/article/view/1866>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FÓA, C. *et al.* Hand hygiene in health care settings: the citizens' point of view. **Acta Biomed.**, v.88, n.1, p.40-53, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28327494>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FRIEDRICH, M.N.D; KAPPLER, A.; MOSLER, H. Enhancing handwashing frequency and technique of primary caregivers in Harare, Zimbabwe: A cluster-randomized controlled trial using behavioral and microbial outcomes. **Soc Sci Med.**, v. 196, p.66-76, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29128787>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. *et al.* Handwashing, but how? Microbial effectiveness of existing handwashing practices in high-density suburbs of Harare, Zimbabwe. **Am J Infect Control**, v. 45, n. 3, p.228-233, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27671363>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L; BUSANELLO, J. Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada. **Rev Enferm UERJ**, v. 18, n. 1, p. 143-147, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a25.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

GOMES, G. C.; OLIVEIRA, P. K. Vivências da família no hospital durante a internação da criança. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 4, n. 33, p.165-171, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000400021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400021)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

GUEDES, N. G. *et al.* Atividade física de escolares: análise segundo o modelo teórico de promoção da saúde de Pender. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 4, p.744-780, 2009.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000400006&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

HECKEL, M. *et al.* Effects of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*/Multiresistant Gram-Negative Bacteria Colonization or Infection and Isolation Measures in End of Life on Family Caregivers: Results of a Qualitative Study. **J Palliat Med.**, v. 20, n. 3, p.273-281, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27858579>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

HERMANN, K. *et al.* PalliPA: How can general practices support caregivers of patients at their end of life in a home-care setting? A study protocol. **BMC Research Notes**, v. 5, n. 1, p. 1, 2012. Disponível em: <<https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-5-233>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

HORNG, L.M. *et al.* Healthcare worker and family caregiver hand hygiene in Bangladeshi healthcare facilities: results from the Bangladesh National Hygiene Baseline Survey. **J Hosp Infect.**, v. 94, n. 3, p.286-294, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27665311>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

HOSPITAL MÃE DE DEUS. **Vídeo Higienização das Mãos do Hospital Mãe de Deus.** Brasil: Instituto de Comunicação e informação Científica e tecnológica em Saúde (icict/Fiocruz), 2016. 5'13".

\_\_\_\_\_. **Metodologia de Coleta de Dados para Observação de Higiene das Mãos.**

Brasil: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Disponível em: <<https://proqualis.net>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

ISLAM, M. S. *et al.* Family caregivers in public tertiary care hospitals in Bangladesh: Risks and opportunities for infection control. **Am J Infect Control.**, v. 42, n. 3, p.305-310, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24406254>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

KANG, Y. *et al.* Effects of a community-based nutrition promotion programme on child feeding and hygiene practices among caregivers in rural Eastern Ethiopia. **Public Health Nutrition**, v. 20, n. 8, p.1461-1472, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28025956>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

KELLEY, J.A.; SHERROD, R.A.; SMYTH, P. Coronary artery disease and smoking cessation intervention by primary care providers in a rural clinic. **Online J Rural Nurs Health Care**, v. 9, n. 2, p. 82-94, 2012. Disponível em: <<http://rnojournl.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/89>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

KIM, M.K. *et al.* Discrepancy in perceptions regarding patient participation in hand hygiene between patients and health care workers. **Am J Infect Control**, v. 43, n. 5, p.510-515, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25752956>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

LANDEIRO, M.J.L.; PERES, H.H.C.; MARTINS, T.V. Evaluation of the educational technology. **Rev Latino-am Enferm.**, v. 24, p.1-8, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100011)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

LARSON, E. L. *et al.* Differences in skin flora between inpatients and chronically ill outpatients. **Heart Lung**, v. 29, n. 4, p.298-305, 2000. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956300958163>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

LEÃO, C.D.A.; CALDEIRA, A.P.; OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev Bras Saúde Matern Infant.**, v. 11, n. 3, p. 323-334, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292011000300013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300013)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MARZIALE, M.H.M. *et al.* Rede de Prevenção de Acidentes de Trabalho: uma estratégia de ensino a distância. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.2, p.250-256, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200013)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONÇALVES, L. H. T. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. **Rev Bras Enferm.**, v. 65, n. 4, p. 685-90, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MCGUCKIN, M. *et al.* Patient Empowerment and Multimodal Hand Hygiene Promotion: A Win-Win Strategy. **Am J Med Quality**, v. 26, n. 1, p.10-17, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20576998>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MCINNES, E. *et al.* A qualitative study of senior hospital managers' views on current and innovative strategies to improve hand hygiene. **BMC Infectious Diseases**, v. 14, n. 1, p.1-12, 2014. Disponível em: <<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-014-0611-3>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MEGEUS, V. *et al.* Hand hygiene and aseptic techniques during routine anesthetic care - observations in the operating room. **Antimicrob Resist Infect Control.**, v. 4, n. 1, p.1-5, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25685334>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MCGUCKIN, M.; GOVEDNIK, J. Patient empowerment and hand hygiene, 1997–2012. **J Hosp Infect.**, v. 84, n. 3, p.191-199, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23608002>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

NEO, J.R.J.; SAGHA-ZADEH, R. The influence of spatial configuration on the frequency of use of hand sanitizing stations in health care environments. **Am J Infect Control**, p.615-619, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28302432>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

- NIZAME, F. A. *et al.* Handwashing before Food Preparation and Child Feeding: A Missed Opportunity for Hygiene Promotion. **Am J Trop Med Hyg.**, v. 89, n. 6, p.1179-1185, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3854896/>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- OSHODI, Y. O. *et al.* Burden and psychological effects: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos, Nigeria. **Afr J Psychiatry**, v. 15, n. 2, p. 99-105, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22552723>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- PADOVEZE, M. C.; FORTALEZA, C. M. C. B. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p.995-1001, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000600995](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600995)>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- PARK, D.I.; CHOI-KWON, S.; HAN, K. Health behaviors of Korean female nursing students in relation to obesity and osteoporosis. **Nurs Outlook**, v. 63, n. 4, p.504-511, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26187090>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- PENDER, N. J.; MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A. **Health Promotion in Nursing Practice**. 7. ed. United States of America: Pearson Education, Inc., 2015.
- PINHEIRO, A. F. S. **Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde: Técnicas e Dinâmicas de Trabalho em Grupo**. Montes Claros/Minas Gerais: Presidência da República Federativa do Brasil Ministério da Educação Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica Instituto Federal do Norte de Minas Gerais, 2014.
- PORTELA, M. C. *et al.* How to study improvement interventions: a brief overview of possible study types. **BMJ Quality & Safety**, v. 24, n. 5, p.325-336, 2015. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com/content/24/5/325>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- ROBBINS, L. B. *et al.* Physical Activity Self-Definition Among Adolescents. **Pesquisa e Teoria da Prática de Enfermagem**, v. 4, n. 12, p.317-330, 2004. Disponível em: <<https://search.proquest.com/openview/3feb6d4042631b157fb6fde6bab7f17c/1?pq-origsite=gscholar&cbl=28849>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- ROMINGER, A.H. *et al.* Is there a relationship between hygiene practices and skin and soft tissue infections in diapered children? **Pediatr Emerg Care**, v. 29, n. 5, p. 617-623, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23603652>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- SCHMITZ, K. *et al.* Effectiveness of a multimodal hand hygiene campaign and obstacles to success in Addis Ababa, Ethiopia. **Antimicrob Resist Infect Control.**, v. 3, n. 1, p.8-9, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24636693>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- SEALE, H. *et al.* Ask, speak up, and be proactive: Empowering patient infection control to prevent health care-acquired infections. **Am J Infect Control.**, v. 43, n. 5, p.447-453, 2015.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25952047>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SEMMELWEIS, I. **The etiology, concept, and prophylaxis of childbed fever**. Tradução e Introdução de K. Codell Carter. Wisconsin: University of Wisconsin Press, 1983.

SILVA, A. C. S.; DOS SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: Aplicação da Teoria de Nola Pender. **Texto Contexto Enferm.**, v. 19, n. 4, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400018)>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SOUZA, J. L.; GOMES, G. C.; BARROS, E. J. L. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. **Rev Enferm UERJ**, v. 17, n. 4, p.550-555, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/1544>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

TEIXEIRA, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Rev Eletr Enferm.**, v. 12, n. 4, p.598-599, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/pdf/v12n4a01.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

TÜZÜN, H.; KARAKAYA, K.; DENIZ, E. B. Turkey Handwashing Survey: suggestion for taking the ecological model into better consideration. **Environ Health Prev Med.**, v. 20, n. 5, p.325-331, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4550605/>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

VALENTE, G.C. *et al.* Therapeutic workshop of elderly people with dementia and support for caregivers: the role of nursing. **J Nurs UFPE**, v.4, n.3, 112-118, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6317/>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

VENDRAMINE, C. M.; BENVENUTI, M. F. L. Promoção de mudanças de comportamentos em crianças: O papel do automonitoramento do comportamento dos cuidadores. **Rev Bras Ter Comport Cogn.**, v. 15, n. 3, p. 5-20, 2013. Disponível em: <<http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/627>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

ZHU, P. *et al.* Quality of life of male spouse caregivers for breast cancer patients in China. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 15, n. 10, p. 4181-4185, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24935367>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

ZOMER, T. P. *et al.* Sociocognitive determinants of observed and self-reported compliance to hand hygiene guidelines in child day care centers. **Am J Infect Control.**, v. 41, n. 10, p.862-867, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23510663>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategy for theory construction in nursing**. 4<sup>th</sup>. Ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A World Alliance for Safer Health Care. More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Version 1.1. Final Technical Report. 2009. Disponível em:

<[http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_statement\\_of\\_purpose.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_statement_of_purpose.pdf?ua=1)>. Acesso em: 23 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Save Lives Clean Your Hands: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy.** Geneva: World Health Organization, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Manual de Referência Técnica para a Higiene das Mãos:** Para ser utilizado por profissionais de saúde, formadores e observadores de práticas de higiene das mãos. Geneva: World Health Organization, 2009b.

\_\_\_\_\_. **CleanHandsNet e a network of campaigning countries.** Geneva: World Health Organization, 2012

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

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado: **“TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM CUIDADORES: FUNDAMENTADA NO MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER”**, que tem por objetivo: analisar as práticas de higienização das mãos a partir do referencial de Nola Pender na Promoção à Segurança do Paciente.

O Sr (a) participará de um estudo que envolve risco relacionado com à discussão de suas opiniões e conhecimentos perante outros acompanhantes; enquanto o benefício do estudo diz respeito ao que sua contribuição pode dar para identificar o comportamento de promoção da saúde. Será solicitado (a) a permissão de uma breve observação na sua rotina de cuidados ao paciente internados nas unidades de clínica médica de um hospital universitário, Fortaleza-CE; (b) a responder um questionário composto de duas partes com 15 questões cujo tempo para preenchimento é de 10 minutos; e (c) a compartilhar atividades educativas com outros cuidadores. Sendo a entrevista e as atividades educativas gravadas. Gostaria de informá-lo que:

- A sua participação é livre e não trará nenhum mal para o Sr. (a).
- O Sr. (a) terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se, sem que isto lhe traga prejuízo.
- Não será divulgado seu nome, bem como qualquer informação que possa reconhecê-lo.
- O Sr. (a) tem o direito de ser mantido informado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- O Sr. (a) não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá pagamento financeiro devido a sua participação.
- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins de estudo.

Endereço da responsável pela pesquisa:

**Nome: Maria Fabiana de Sena Neri**  
**Instituição: Universidade Federal do Ceará**  
**Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 - Rodolfo Teófilo - CEP 60430-160 - Fortaleza - CE (Campus do Porangabuçu)**  
**Telefones para contato: (85) 98238875**

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ situado a Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

-----  
Assinatura do paciente/representante legal    Data    /    /

-----  
Assinatura da testemunha    Data    /    /

Para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

-----  
Assinatura do responsável pelo estudo    Data    /    /

## APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES

Iniciais \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_

Entrevistador \_\_\_\_\_

### Parte 1. Fatores Pessoais (Características e Experiências Individuais/Vivências)

Telefone/ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

a) Idade: \_\_\_\_\_

b) Sexo ( ) Masc. ( ) Fem.

c) Etnia/Cor:  ( )branca ( )preta ( )amarela ( )parda ( )indígena

d) Estado civil:  [ ]solteiro(a) [ ]casado(a) [ ]divorciado(a)  
[ ]desquitado ou separado judicialmente [ ]viúvo(a)

e) Anos de Escolaridade: \_\_\_\_\_

f) Ocupação: ( ) Trabalha ( ) Não trabalha

g) Em que trabalha? \_\_\_\_\_

h) Possui renda própria? ( ) Sim ( ) Não

i) Você possui religião? Qual? \_\_\_\_\_

j) Vínculo com paciente: \_\_\_\_\_

l) Naturalidade: ( ) Capital ( ) Interior

m) Tempo de acompanhamento: \_\_\_\_\_

n) Existe troca de acompanhante? ( ) Sim ( ) Não, Por quê?  
\_\_\_\_\_

o) Experiência anterior de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

**APÊNDICE C - CHECK-LIST PARA VERIFICAÇÃO DO PASSO A PASSO DA  
LAVAGEM DAS MÃOS**

|  |   |
|--|---|
| <b>Tarefa:</b> Lavagem das mãos  |   |
| <b>Executante:</b> Acompanhante  |   |
| <b>Frequência:</b> 5 Momentos para a Higiene das Mãos  |   |
| <b>Resultados esperados:</b><br>Higiene das mãos nos cinco momentos de higiene das mãos.   |   |
| <b>Recursos necessários:</b><br>1.Pia na enfermaria<br>2.Insumos (sabão ou álcool gel, água, papel toalha)   |   |
| <b>Etapas de Verificação</b>   | <b>Procedimento</b>   |
| ( )  | Reunir o material.  |
| ( )  | Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.  |
| ( )  | Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão para cobrir todas as superfícies das mãos.   |
| ( )  | Ensaboar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa   |
| ( )  | Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa                               |
| ( )  | Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa |
| ( )  | Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa                                    |
| ( )  | Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.                                     |
| ( )  | Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos  |
| ( )  | Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns  |
| <b>Cuidados especiais</b><br>Manter as unhas naturais, limpas e curtas.<br>Higienizar as mãos com água e sabão quando estiverem visivelmente sujas ou após usar o banheiro.<br>Usar álcool gel para as mãos em todas as outras situações clínicas, principalmente antes e após contato direto com os pacientes.  |   |
| <b>Referências Bibliográficas:</b><br>1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <b>A World Alliance for Safer Health Care.</b> More Than Words: Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Final Technical Report. 2009. Disponível em: <a href="http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_statement_of_purpose.pdf?ua=1">http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_statement_of_purpose.pdf?ua=1</a><br>Acesso em: 23 abr. 2017.<br>2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. <b>Save Lives Clean Your Hands: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy.</b> Genebra: World Health Organization, 2009a. 47 p. Disponível em: <a href="http://www.who.int/gpsc/5may/Guide_to_Implementation.pdf">http://www.who.int/gpsc/5may/Guide_to_Implementation.pdf</a> . Acesso em: 25 abr. 2017. |   |

## ANEXO A - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DE NOLA PENDER

Iniciais \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_ Entrevistador \_\_\_\_\_

### Parte 2. Modelo de Promoção da Saúde

#### Avaliação Clínica para o Plano de Promoção da Saúde em Higienização das Mãos com Cuidadores

Objetivo Geral: Compreender os determinantes para a higienização das mãos de cuidadores de pacientes internados.

Avaliar o estágio atual de higienização das mãos pelos cuidadores de pacientes internados [pré-contemplação (PC), contemplação (C), planejamento / preparação (P), ação (A), manutenção (M)]. Se nos estágios C, P ou A, continue. Se no estágio M, reforçar o comportamento positivo. Se no palco PC, reforçar os benefícios da higienização das mãos e avaliar a prontidão em um momento posterior.

#### Comportamento anterior

Como você fazia para higienizar as mãos?

---



---

Com relação a secar as mãos em casa o que usa costumeiramente?

---



---

O que você aprendeu com essas experiências?

---



---

#### Influências pessoais

Quais são os **benefícios** pessoais de se higienizar as mãos?

---



---

Que problemas (**barreiras**) você enfrentou para tentar higienizar as mãos?

---



---

Com certeza você (**auto-eficácia**) pode superar essas barreiras para higienizar mais as mãos?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Incerto                      Muito certo

Em que momento você considera essencial higienizar as mãos? (**Afecção relacionada à atividade**)

---



---

Quando você está em uma instituição de saúde, como se sente higienizando as mãos?

---



---

#### Influências interpessoais

**Normas sociais** - Algum dos membros da sua família ou amigos espera que você higienize as mãos?

( ) Sim ( ) Não. Em caso afirmativo, quem?

---

**Suporte social** - Quem encorajará você a higienizar as mãos ou facilita sua higienização das mãos?

---

**Modelos de funções** - Alguém em sua família ou algum dos seus amigos/cuidadores higienizam rotineiramente as mãos? ( ) antes de tocar o paciente; ( ) contato com sangue, ou outros fluidos orgânicos; ( ) após a retirada das luvas; ( ) após tocar o paciente; e ( ) após tocar superfícies próximas ao paciente (momentos para higienização das mãos). Em caso afirmativo, quem e o como eles fazem?

---



---

**Influências Situacionais**

Onde você pode encontrar pessoas que realizam prática de higienização das mãos? Trabalho? Em casa? No hospital?

---



---

Quais os recursos do ambiente hospitalar que podem facilitar o comportamento de HM?

---



---

**Compromisso com um Plano de Ação**

Você está pronto para definir metas e desenvolver um plano para a prática de higienização das mãos?

( ) Sim ( ) Não.

Etapas do Plano

---



---

**Demandas e preferências concorrentes** (no acompanhamento da rotina dos cuidadores no hospital)

Que problemas você encontrou ao tentar higienizar as mãos?

---



---

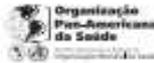
Como você pode evitar esses problemas no futuro?

---



---

## ANEXO B - FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA TÉCNICA DE HM



## ANEXO 34

## FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

| Pais                    |   |  | Cidade               |   |  | Hospital             |   |  | Identificação do local |   |  |
|-------------------------|---|--|----------------------|---|--|----------------------|---|--|------------------------|---|--|
| Observador (Iniciais)   |   |  |                      |   |  | Nº. do Período       |   |  | Departamento/Clinica   |   |  |
| Data (dd.mm.aaaa)       |   |  |                      |   |  | Nº. da Sessão        |   |  | Nome do Serviço        |   |  |
| Início/Fim (h:min)      |   |  |                      |   |  | Nº. do Formulário    |   |  | Nome da Unidade        |   |  |
| Duração da Sessão (min) |   |  |                      |   |  |                      |   |  |                        |   |  |
| Cat. Prof.<br>Código    |   |  | Cat. Prof.<br>Código |   |  | Cat. Prof.<br>Código |   |  | Cat. Prof.<br>Código   |   |  |
| Número                  |   |  | Número               |   |  | Número               |   |  | Número                 |   |  |
| Op                      | Indicação   | Ação   | Op                   | Indicação   | Ação   | Op                   | Indicação   | Ação   | Op                     | Indicação   | Ação   |
| 1                       | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 1                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 1                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 1                      | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada |
| 2                       | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 2                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 2                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 2                      | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada |
| 3                       | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 3                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 3                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 3                      | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada |
| 4                       | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 4                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 4                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 4                      | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada |
| 5                       | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 5                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 5                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 5                      | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada |
| 6                       | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 6                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 6                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 6                      | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada |
| 7                       | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 7                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 7                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 7                      | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada |
| 8                       | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 8                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 8                    | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada | 8                      | <input type="checkbox"/> ant. pacte.<br><input type="checkbox"/> ant. proc. assep.<br><input type="checkbox"/> ap. fluidos corp.<br><input type="checkbox"/> ap. pacte.<br><input type="checkbox"/> ap. proxim. | <input type="checkbox"/> fricção com álcool<br><input type="checkbox"/> água e sabonete<br><input type="radio"/> não realizada |

## **ANEXO C - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

Este Procedimento Operacional Padrão (POP) foi criado com o objetivo de delinear a etapa de coleta de dados da dissertação **“Tecnologia Educacional em Higienização das Mãos com Cuidadores: Fundamentada no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender”**.

### **1º MOMENTO: APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DO ENCONTRO E CONVITE AO CUIDADOR PARA PARTICIPAR DA PESQUISA**

**1º Passo:** Antes de iniciar a coleta, é necessário se apresentar ao cuidador e explicar que se trata de uma pesquisa sobre os determinantes para a higienização das mãos de cuidadores.

**2º Passo:** Deve-se ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), clareando dúvidas que possam surgir, indicando os benefícios e possíveis malefícios do estudo, e a possibilidade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento da coleta, que envolve risco mínimo devido à discussão de suas opiniões e conhecimentos perante outros cuidadores. Caso o cuidador aceite participar do estudo, é necessário que ele assine o TCLE, sendo uma via entregue a ele e a outra ficando com o pesquisador.

**3º Passo:** Posteriormente, explicar como será feita a coleta de dados, os instrumentos e os encontros. No primeiro encontro, será aplicado o roteiro de entrevista composto por duas partes: dados sócios demográficos e uma avaliação clínica do comportamento atual de higienização das mãos pelos cuidadores, o que permite reconhecer benefícios pessoais e barreiras enfrentadas, ambientes/ pessoas que realizam prática de HM e quais os recursos do ambiente hospitalar que podem facilitar o comportamento de HM. A coleta será anterior a implementação da intervenção educativa.

### **2º MOMENTO: APLICAÇÃO DO ROTEIRO SOCIO DEMOGRAFICO E DA AVALIAÇÃO CLÍNICA DO COMPORTAMENTO DE HM**

A aplicação do roteiro deverá ocorrer por meio de entrevista.

**1º Passo:** Coletar informações sócio demográficas conforme recomendações a seguir:

| <b>Variável</b> | <b>Mensuração</b> | <b>Registro</b>   |
|-----------------|-------------------|---|
| Idade           | Por relato        | Em anos   |
| Sexo            | Por relato        | Masculino/ Feminino   |
| Etnia/Cor       | Por relato        | Branca/Preta/Amarela/Parda  |
| Estado civil    | Por relato        | Solteiro/ Casado/ Divorciado/ Desquitado ou separado judicialmente/ Viúvo |

|                                  |            |  |
|----------------------------------|------------|--|
| Anos de Escolaridade             | Por relato | Em anos  |
| Ocupação                         | Por relato | Trabalha (especificar)/ Não trabalha   |
| Renda pessoal                    | Por relato | $\leq$ 1 Salário mínimo/ 2 a 3 Salários mínimos/ $\geq$ 4 Salários mínimos             |
| Religião                         | Por relato | (especificar)  |
| Vínculo com paciente             | Por relato | (especificar)  |
| Procedência                      | Por relato | Mora na região metropolitana de Fortaleza/No interior do Estado do Ceará/Outro Estado. |
| Tempo de acompanhamento          | Por relato | Em dias  |
| Troca de acompanhante            | Por relato | Sim/ Não   |
| Experiência anterior de cuidador | Por relato | Sim/ Não   |

**2º Passo:** Coletar informações referentes as variáveis específicas do comportamento do cuidador conforme recomendações a seguir:

| Variável               | Mensuração                 | Registro  |
|------------------------|----------------------------|---|
| Benefícios para a ação | Por relato                 | Quais são os benefícios pessoais de se higienizar as mãos? Pessoalmente, lavo minhas mãos? Em que momento? Pessoalmente, lavo minhas mãos em instalações de cuidados de saúde? Eu acho que a lavagem das mãos nos estabelecimentos de saúde restringe o risco de propagação da doença?                      |
| Barreiras para a ação  | Por relato                 | Que problemas (barreiras) você enfrentou para tentar higienizar as mãos? Sinto a necessidade de ter mais informações sobre a importância da lavagem das mãos? Eu lavo minhas mãos com mais frequência desde que eu, um membro da família ou um conhecido pegaram uma infecção em estabelecimentos de saúde? |
| Auto eficácia          | Escala de graduação 1 a 10 | Com certeza você pode superar essas barreiras para higienizar mais as mãos?   |

|                           |                |            |   |
|---------------------------|----------------|------------|---|
|                           |                |            | Quando estou em uma instituição de saúde, acho que lavar as mãos será? Da próxima vez que estiver em uma instituição de saúde, acredito que vou lavar minhas mãos... Conheço o procedimento para lavar minhas mãos corretamente... Pessoalmente, sinto que sou capaz de implementar práticas corretas de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde... |
| Efeito associado          |                | Por relato | Em que momento você considera essencial higienizar as mãos? Você sente necessidade de ter mais informações sobre a importância da lavagem das mãos?   |
| Influências interpessoais | Normas sociais | Por relato | Algum dos membros da sua família ou amigos espera que você higienize as mãos?<br>Eu acho que a lavagem das mãos em nossa sociedade seria... Eu acho que a lavagem das mãos no meu ambiente pessoal seria...<br>Eu acho que nas instalações de cuidados de saúde as mãos são lavadas por... Para mim, a higiene das mãos é importante...                   |
|                           | Apoio social   | Por relato | Quem encorajará você a higienizar as mãos ou facilita sua higienização das mãos?<br>Quem encorajará você a higienizar as mãos ou facilita sua higienização das mãos?  |
|                           | Modelagem      | Por relato | Alguém em sua família ou algum dos seus amigos/cuidadores higienizam rotineiramente as mãos? Sobre higiene das mãos, fui educado. Por quem?   |
| Influências situacionais  |                | Por relato | Onde você pode encontrar pessoas que realizam prática de higienização das mãos?<br>Trabalho? Em casa? No hospital?<br>Quais os recursos do ambiente hospitalar  |

|                                      |            |   |
|--------------------------------------|------------|---|
|                                      |            | que podem facilitar o comportamento de HM? Eu acho que os estabelecimentos de saúde estão predispostos a favorecer práticas corretas de lavagem das mãos? Nas instalações de saúde, encontrei materiais que informam sobre práticas de lavagem das mãos? Nas instalações de cuidados de saúde, os profissionais educam adequadamente sobre práticas de lavagem de mãos? |
| Compromisso com um Plano de Ação     | Por relato | Você está pronto para definir metas e desenvolver um plano para a prática de higienização das mãos?   |
| Demandas e preferências concorrentes | Por relato | Que problemas você encontrou ao tentar higienizar as mãos?<br><br>Como você pode evitar esses problemas no futuro?  |

### **3º MOMENTO: IMPLEMENTAÇÃO DA OBSERVAÇÃO DIRETA DA FREQUÊNCIA DE HM DO CUIDADOR**

Propõem-se a realização de observações antes e depois de uma intervenção, durante o período de coleta de dados, conforme o seguinte quadro 2:

Quadro 2: Descrição da sequência de realização das observações e encontros para a intervenção educativa segundo dia da semana e turno. Fortaleza, 2017.

| Dia da semana/turno | Segunda    | Terça      | Quarta                  | Quinta                  | Sexta                   |
|---------------------|------------|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Manhã               | Observação | Observação | Observação              | Observação              | Observação              |
| Tarde               | Observação | Observação | Intervenção-1º encontro | Intervenção-2º encontro | Intervenção-3º encontro |

**1º Passo:** Antes de iniciar a atividade educativa será realizada observação direta instrumentalizado com protocolo de observação OMS HM (ANEXO A) a ser usado antes e depois de uma intervenção a cuidadores de pacientes que preenchem critérios de inclusão. A conformidade em HM será medida pela observação direta dos cuidadores, utilizando formas de registro de observação de forma direcionada ao paciente, com não mais do que dois

pacientes observados simultaneamente. A taxa global de conformidade HM será calculada dividindo o número de ações de HM pelo número total de oportunidades de HM.

**2º Passo:** Observações serão realizadas no mesmo grupo de cuidadores participantes da atividade educativa. As observações serão realizadas em períodos pré-especificados de 30 minutos. Os observadores serão bolsistas do projeto de extensão “Segurança do Paciente”. Esses bolsistas realizarão a vigilância da conformidade HM discretamente.

#### **4º MOMENTO: APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE AUTORRELATO SOBRE COMPORTAMENTO DE HM**

Os cuidadores registram num questionário (ANEXO D) suas informações referentes as variáveis específicas do comportamento do cuidador conforme recomendações a seguir:

| <b>Variável</b>                                   | <b>Registro</b>  |
|---|--|
| Comportamento em geral                            | Em que momento lavo minhas mãos?<br>Para lavar minhas mãos em casa, costumo usar o que?<br>Para secar minhas mãos em casa uso usualmente o que?  |
| Comportamento em instalações de cuidados de saúde | Pessoalmente, lavo minhas mãos em instalações de cuidados de saúde?<br>Se eu lavar minhas mãos em uma instituição de saúde, uso usualmente o que?  |
| Atitude   | Quando estou em uma instituição de saúde, acho que lavar as mãos será ...  |
| Crenças normativas                                | Eu acho que a lavagem das mãos em nossa sociedade seria...<br>Eu acho que a lavagem das mãos no meu ambiente pessoal seria ...<br>Eu acho que nas instalações de cuidados de saúde as mãos são lavadas por ... |
| Norma subjetiva                                   | Para mim, a higiene das mãos é importante?   |
| Intenção  | Da próxima vez que estiver em uma instituição de saúde, acredito que vou lavar minhas mãos?  |
| Crença de comportamento                           | Eu acho que a lavagem das mãos nos estabelecimentos de saúde restringe o risco de propagação da doença?  |
| Controle a crença                                 | Conheço o procedimento para lavar minhas mãos corretamente?  |
| Percepção do contexto                             | Eu acho que os estabelecimentos de saúde estão dispostos a favorecer práticas corretas de lavagem das mãos?<br>Nas instalações de saúde, encontrei materiais que informam sobre práticas de lavagem das mãos?  |

|  |  |
|--|--|
|  | Nas instalações de cuidados de saúde, os profissionais educam adequadamente sobre práticas de lavagem de mãos?   |
| Percepção de controle                              | Pessoalmente, sinto que sou capaz de realizar práticas corretas de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde?  |
| Educação pessoal                                   | Sobre higiene das mãos, fui educado por quem?  |
| Necessidades de treinamento sobre higiene das mãos | Sinto a necessidade de ter mais informações sobre a importância da lavagem das mãos?<br>Eu gostaria de estar mais informado através de que?  |
| Experiências pessoais e percepção do risco         | Eu lavo minhas mãos com mais frequência desde que eu, um membro da família ou um conhecido pegaram uma infecção em estabelecimentos de saúde?<br>Eu lavo minhas mãos com mais frequência no caso de que? |

### **5º MOMENTO: DESENVOLVIMENTO DE DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO COM GRUPO DE CUIDADORES**

Antes de iniciar a atividade educativa propriamente dita, será desenvolvido com o grupo uma dinâmica de integração, intitulada “Dar e Receber” (Carvalho; Rodrigues; Medrado, 2005).

**1º Passo:** Explicar ao paciente que será realizado uma dinâmica para promover troca de experiências, de aprendizado mútuo e da rede de relações entre cuidadores.

**2º Passo:** Realizar os procedimentos da dinâmica conforme recomendações a seguir:

| <b>Etapas</b> | <b>Procedimento</b>   |
|---------------|---|
| •             | Em círculo, os participantes estendem suas mãos, sendo que a direita estará com a palma virada para cima e a esquerda para baixo. |
| •             | Assim, com as mãos encaixadas, a mão que estiver com a palma virada para cima recebe e a palma virada para baixo doa.             |

### **6º MOMENTO: IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE HM COM CUIDADORES**

Após a aplicação dos instrumentos e dinâmica de integração, os cuidadores que passarão pela observação direta da frequência de HM participarão da estratégia educativa mediada pelo MPS de Nola Pender (2015).

**- Siga os passos a seguir:**

**1º Passo:** Para dar início a intervenção educativa com os cuidadores, as temáticas serão apresentadas: definição e carga das IRAS; meios de transmissão de germes e papel relevante da higiene das mãos.

**2º Passo:** Para facilitar o diálogo com os cuidadores sobre as temáticas será desenvolvido a dinâmica “Batata quente”, duração 20min, conforme recomendações a seguir:

| <b>Etapas</b> | <b>Procedimento</b>   |
|---------------|---|
| •             | Colocar os participantes em círculo.  |
| •             | Eles terão de passar um saco com as perguntas <sup>2</sup> sobre a temática dentro, enquanto uma música é tocada. |
| •             | Informar que não vale demorar-se para passar o saco, nem jogar em cima do outro                                   |
| •             | Tem que ser passado de mão em mão.  |
| •             | Quando parar a música, a pessoa que estiver com o saco na mão, retira uma pergunta, lê e responde em voz alta.    |
| •             | Caso esteja correta ganha um brinde.  |
| •             | A brincadeira continua até que as perguntas acabem.   |

**3º Passo:** Continuando a intervenção educativa, a abordagem aos 5 Momentos para a Higiene das Mãos da OMS, será reforçado com visualização de Vídeo Higienização das Mãos do Hospital Mãe de Deus, duração 6min, parte do Programa Nacional de Segurança do Paciente, lançado pelo Ministério da Saúde, conforme recomendações a seguir:

| <b>Etapas</b> | <b>Procedimento</b>  |
|---------------|--|
| •             | Falar sobre o objetivo do vídeo: a importância da implementação de práticas adequadas de higienização das mãos para a prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. |
| •             | Expor o vídeo aos cuidadores.  |
| •             | Estimular discussão entre cuidadores sobre o conteúdo do vídeo (15min)   |

**4º Passo:** Seguidamente, a abordagem aos 5 Momentos para a Higiene das Mãos da OMS será reforçada com a aplicação da técnica de fricção das mãos com álcool em gel e lavagem das mãos com água e sabão, conforme recomendações a seguir:

| <b>Etapas</b> | <b>Procedimento</b>   |
|---------------|---|
| •             | Reunir o material.  |
| •             | Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se à pia.                                    |
| •             | Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão para cobrir todas as superfícies das mãos. |

<sup>2</sup> As perguntas serão baseadas nas “Dicas para que você, familiar e acompanhante participem na prevenção de IRAS” e “Dicas para que você, familiar e acompanhante possam participar na melhoria da higiene das mãos em serviços de saúde” (BRASIL, 2017).

|   |   |
|---|---|
| • | Ensaboar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa   |
| • | Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando-se movimento circular e vice-versa                               |
| • | Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa |
| • | Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa                                    |
| • | Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira.                                     |
| • | Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos  |
| • | Desprezar o papel-toalha na lixeira para resíduos comuns  |

Simultaneamente ao desenvolvimento da técnica, pelos cuidadores, será conferido o check-list para verificação do passo-a-passo da lavagem das mãos.

**5º Passo:** Continua-se a atividade educativa com a verificação da efetividade da técnica de fricção/lavagem das mãos com o recurso didático “Caixa da Verdade”, conforme recomendações a seguir:

| <b>Etapas</b> | <b>Procedimento</b>   |
|---------------|---|
| •             | Solicita-se ao cuidador passar o álcool-gel com tinta fluorescente nas mãos como se fosse uma higienização diária.                                      |
| •             | Seguidamente, coloca-se as mãos na caixa e a mesma demonstra os locais que foram higienizados corretamente e aqueles que precisam fazer melhor higiene. |

## **7º MOMENTO: AVALIAÇÃO DIÁRIA DO ENCONTRO**

Por último será avaliado se os objetivos da atividade educativa foram alcançados por meio dos passos a seguir:

**1º Passo:** Coletar informações referentes as variáveis específicas do comportamento do cuidador conforme recomendações a seguir:

| <b>Variável</b>  | <b>Mensuração</b> | <b>Registro</b>   |
|--|-------------------|---|
| Conhecimento dos cuidadores sobre as IRAS; meios de transmissão de germes e papel relevante da higiene das mãos. | Por relatos       | Retirar uma pergunta, lê e responder.   |
| Cinco Momentos para a Higiene das Mãos da OMS  | Por relatos       | Discussão entre cuidadores sobre o conteúdo do vídeo Higienização das Mãos do Hospital Mãe de Deus. |
| Aplicação da técnica HM.   | Por simulação     | Verificação do passo-a-passo da lavagem das mãos  |
|  | Por observação    | Verificação da efetividade da técnica de fricção/lavagem das mãos                                   |

**ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE AUTORRELATO SOBRE COMPORTAMENTO  
DE HM**

| Variáveis   | Itens   |
|---|---|
| Comportamento em geral                            | <p><b>Pessoalmente, lavo minhas mãos</b></p> <p>(1) antes das refeições<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p>(2) depois de usar o banheiro<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p>(3) depois de usar transportes públicos<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p>(4) depois de ter tocado superfícies que parecem sujas<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p>(5) depois de ter tocado uma pessoa doente / enferma<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p>(6) depois de terem estado em contato com animais<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p>(7) depois de ter estado em um centro de saúde (ex: hospital, centro de saúde, clínica médica)<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p>(8) depois de ter estado em lugares públicos (ex: correios, cinema, supermercado, loja)<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p>(9) depois de ter tocado notas ou moedas<br/>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p><b>Para lavar minhas mãos em casa, costumo usar ...</b> (mais de uma resposta possível)</p> <p>(1) água</p> <p>(2) Sabonete</p> <p>(3) sabonete líquido</p> <p>(4) sabão hipoalergênico</p> <p>(5) sabão anti-bacteriano</p> <p>(6) álcool gel</p> <p>(7) outro (por favor, especifique)</p> <p><b>Para secar minhas mãos em casa uso usualmente ...</b> (mais de uma resposta possível)</p> <p>(1) minha toalha de uso pessoal</p> <p>(2) toalha de mão compartilhada com a família</p> <p>(3) papeis toalhas descartáveis</p> <p>(4) outro (por favor, especifique) _____</p> |
| Comportamento em instalações de cuidados de saúde | <p><b>Pessoalmente, lavo minhas mãos em instalações de cuidados de saúde</b></p> <p>Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> <p><b>Se eu lavar minhas mãos em uma instituição de saúde, uso</b></p>   |

|                         |  |
|-------------------------|--|
|                         | <p><b>usualmente</b> (mais de uma resposta possível)</p> <p>(1) água<br/> (2) toalhas molhadas<br/> (3) Sabonete<br/> (4) álcool gel<br/> (5) outro (por favor, especifique)</p>   |
| Atitude                 | <p><b>Quando estou em uma instituição de saúde, acho que lavar as mãos será ...</b></p> <p>necessário            1 2 3 4 5 6 7    desnecessariamente<br/> não é importante    1 2 3 4 5 6 7    importante<br/> insalubre              1 2 3 4 5 6 7    saudável<br/> desagradável        1 2 3 4 5 6 7    agradável<br/> difícil                 1 2 3 4 5 6 7    fácil<br/> certo                  1 2 3 4 5 6 7    errado<br/> econômico            1 2 3 4 5 6 7    não econômico<br/> não é desejável     1 2 3 4 5 6 7    desejável</p>   |
| Crenças normativas      | <p><b>Eu acho que a lavagem das mãos em nossa sociedade seria muito pouco praticado 1( )2( )3( )4( )5( )6( ) muito praticada</b></p> <p><b>Eu acho que a lavagem das mãos no meu ambiente pessoal seria ... (ex: familiares, amigos, pessoas conhecidas) muito pouco praticada 1( )2( )3( )4( )5( )6( ) muito praticada</b></p> <p><b>Eu acho que nas instalações de cuidados de saúde as mãos são lavadas por ... (1 = muito pouco; 6 = muito)</b></p> <p>(1) médicos<br/> muito pouco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) muito</p> <p>(2) enfermeiros<br/> muito pouco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) muito</p> <p>(3) trabalhadores de cuidado<br/> muito pouco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) muito</p> <p>(4) pacientes<br/> muito pouco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) muito</p> <p>(5) membros da família e visitantes<br/> muito pouco 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) muito</p> |
| Norma subjetiva         | <p><b>Para mim, a higiene das mãos é importante</b><br/> Eu discordo totalmente com 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) Eu concordo completamente com</p>  |
| Intenção                | <p><b>Da próxima vez que estiver em uma instituição de saúde, acredito que vou lavar minhas mãos</b><br/> Eu discordo completamente com 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Eu concordo completamente com</p>  |
| Crença de comportamento | <p><b>Eu acho que a lavagem das mãos nos estabelecimentos de saúde restringe o risco de propagação da doença</b><br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p>   |
| Controle a crença       | <p><b>Conheço o procedimento para lavar minhas mãos corretamente</b><br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p>   |

|  |   |
|--|---|
| Percepção do contexto                              | <p><b>Eu acho que os estabelecimentos de saúde estão predispostos a favorecer práticas corretas de lavagem das mãos</b> (ex: acessibilidade aos banheiros, disponibilidade de sabão e papel toalha)<br/> pouco predisposto 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) muito predisposto</p> <p><b>Nas instalações de saúde, encontrei materiais que informam sobre práticas de lavagem das mãos</b> (ex: folhetos, cartazes, avisos)<br/> Nunca 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) Sempre</p> <p><b>Nas instalações de cuidados de saúde, os profissionais</b> (ex: médicos, enfermeiros, profissionais de saúde) <b>educam adequadamente sobre práticas de lavagem de mãos</b><br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p>   |
| Percepção de controle                              | <p><b>Pessoalmente, sinto que sou capaz de implementar práticas corretas de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde</b><br/> Eu discordo completamente com 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( )<br/> Eu concordo</p>   |
| Educação pessoal                                   | <p><b>Sobre higiene das mãos, fui educado</b></p> <p>(1) pela minha família<br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> <p>(2) por amigo<br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> <p>(3) pelos professores da escola maternal (jardim de infância, escola primária)<br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> <p>(4) pelos professores do ensino médio<br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> <p>(5) pelos professores da universidade ou durante os cursos de formação (mestre, especialização)<br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> <p>(6) por meios de comunicação (internet, tv, revista, rádio)<br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> <p>(7) pelo médico<br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> <p>(8) por profissionais de saúde (ex: enfermeiros, psíquicos, profissionais de saúde)<br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> |
| Necessidades de treinamento sobre higiene das mãos | <p><b>Sinto a necessidade de ter mais informações sobre a importância da lavagem das mãos</b><br/> muito pouco 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) demais</p> <p><b>Eu gostaria de estar mais informado através de ...</b> (mais de uma resposta possível)</p> <p>(1) Internet<br/> (2) rádio</p>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>(3) televisão<br/> (4) revistas / jornais<br/> (5) Folhetos informativos distribuídos nas instituições de saúde (ex: salas de espera, entrada hospitalar, enfermarias, clínica ambulatorial)<br/> (6) Folhetos informativos distribuídos em outros ambientes (ex: supermercados, lojas, farmácia, tráfego público)<br/> (7) Profissionais de saúde (ex: médicos, enfermeiros)<br/> (8) cursos de especialização<br/> (9) outro (por favor, especifique) _____</p>  |
| Experiências pessoais e percepção do risco | <p><b>Eu lavo minhas mãos com mais frequência desde que eu, um membro da família ou um conhecido pegaram uma infecção em estabelecimentos de saúde.</b><br/> (1) sim, (2) não; (3) eu nunca tive</p> <p><b>Eu lavo minhas mãos com mais frequência no caso de ... (1 = nunca; 6 = sempre)</b><br/> (1) gripe<br/> Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre<br/> (2) Doença do estômago e intestino (vômitos, diarreia)<br/> Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre<br/> (3) epidemia de doenças virais raras de interesse mundial (ex: Ebola, SARS, gripe aviária)<br/> Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre<br/> (4) depois de ter visitado um parente / amigo hospitalizado<br/> Nunca 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) Sempre</p> |
| Características sociodemográficas          | gênero, idade, nacionalidade, procedência, estado civil, educação, ocupação, religião   |