ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS NORMAS DE RESTRIÇÃO DE ADORNOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Título abreviado: Adesão às normas de restrição de adornos em UTI

Autor: Camyla Leticia Alves Costa Rodrigues[1]

Coautores: Ana Beatriz de Araujo Silva[1]; Clarissa Anacleto Gomes[1]; Maria Inês Bezerra de Melo[2]; Maria Cristina dos Santos Figueira[3]

1. Discente do 12° período do curso de medicina. Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, Pernambuco, Brasil
2. Enfermeira Obstetra. Doutora em Saúde Materno Infantil -IMIP. Recife, Pernambuco, Brasil
3. Enfermeira. Mestre em Saúde Materno Infantil. Coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife, Pernambuco, Brasil

Camyla Leticia Alves Costa Rodrigues

ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS NORMAS DE RESTRIÇÃO DE ADORNOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Projeto de pesquisa vinculado a Faculdade Pernambucana de Saúde para elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso como requisito para aprovação no curso de Medicina.

Orientadora: Maria Inês Bezerra de Melo

Coorientadora: Maria Cristina dos Santos Figueira

Recife, Pernambuco

2026

Resumo

Cenário: As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um importante problema de saúde pública, estando associadas ao aumento da morbimortalidade, do tempo de internação e dos custos hospitalares. A utilização de adornos por profissionais de saúde durante a assistência ao paciente pode favorecer a colonização e a transmissão de microrganismos, comprometendo as medidas de biossegurança e a segurança do paciente. Embora existam recomendações nacionais e institucionais que restringem o uso de adornos nos serviços de saúde, a adesão a essas normas ainda apresenta desafios em diversos cenários assistenciais, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde os pacientes se encontram mais vulneráveis a infecções. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com profissionais de saúde atuantes em Unidades de Terapia Intensiva do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Participaram do estudo 129 profissionais das áreas médica, de enfermagem, fisioterapia e residentes/graduandos diretamente envolvidos na assistência. A coleta de dados foi realizada entre maio e setembro de 2026, por meio de formulário estruturado elaborado pelos pesquisadores e de observação direta das práticas profissionais. Foram coletadas informações sociodemográficas e profissionais, além de dados relacionados ao conhecimento, à percepção e à adesão às normas de restrição de adornos, bem como à fiscalização, à existência de protocolos e à realização de treinamentos. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva, utilizando frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis numéricas. **Resultados:** Os resultados evidenciaram elevado conhecimento dos profissionais acerca das normas de restrição de adornos e elevada percepção quanto aos riscos relacionados ao seu uso e à importância da proibição. Na observação direta, não foram identificados anéis, alianças, pulseiras ou relógios, embora tenham sido observados outros adornos, como brincos grandes, colares, unhas artificiais e esmalte escuro ou descascado, com diferenças entre as unidades avaliadas. A higienização das mãos e o uso de luvas apresentaram elevada frequência na maioria das unidades. Também foram identificadas diferenças entre as unidades quanto à fiscalização, às orientações, à existência de protocolos e à realização de treinamentos periódicos. **Conclusão:** Os achados demonstraram que, apesar do elevado conhecimento e da percepção dos profissionais sobre os riscos relacionados ao uso de adornos, a adesão às normas não ocorreu de forma totalmente uniforme entre as unidades avaliadas. Os resultados reforçam a importância da educação permanente, da fiscalização contínua, do monitoramento das práticas

e do fortalecimento da cultura de segurança para favorecer a adesão às medidas de biossegurança e contribuir para a prevenção das IRAS.

Palavras-chave: Infecção relacionada à assistência à saúde. Biossegurança. Higienização das mãos. Unidade de Terapia Intensiva. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Background: Healthcare-associated infections (HAIs) represent a significant public health issue, associated with increased morbidity and mortality, longer hospital stays, and higher hospital costs. The use of personal accessories (such as jewelry and watches) by healthcare professionals during patient care can facilitate the colonization and transmission of microorganisms, thereby compromising biosafety measures and patient safety. Although national and institutional recommendations restrict the use of such accessories in healthcare settings, adherence to these rules remains challenging in various care environments—particularly in Intensive Care Units (ICUs), where patients are most vulnerable to infections. **Method:** This was a descriptive, cross-sectional observational study with a quantitative approach, conducted with healthcare professionals working in the Intensive Care Units of the Prof. Fernando Figueira Institute of Integral Medicine (IMIP). The study involved 129 professionals—including physicians, nursing staff, and physiotherapists, as well as residents and undergraduate students—directly involved in patient care. Data collection took place between May and September 2026 using a structured form developed by the researchers and through direct observation of professional practices. Information collected included sociodemographic and professional data, as well as data regarding knowledge, perception, and adherence to accessory restriction rules, along with information on enforcement, the existence of protocols, and the provision of training. Data analysis was performed using descriptive statistics, employing absolute and relative frequencies for categorical variables and measures of central tendency and dispersion for numerical variables. **Results:** The results demonstrated that professionals possessed a high level of knowledge regarding accessory restriction rules and a strong awareness of the risks associated with their use and the importance of the prohibition. Direct observation revealed no rings, wedding bands, bracelets, or watches; however, other adornments—such as large earrings, necklaces, artificial nails, and dark or chipped nail polish—were observed, with variations noted across the units evaluated. Hand hygiene and glove use were frequently observed in most units. Differences were also identified among the units regarding oversight, guidance, the existence of protocols, and the conduct of periodic training. **Conclusion:** The findings demonstrated that, despite the professionals' high level of knowledge and awareness regarding the risks associated with wearing adornments, adherence to the rules was not entirely uniform across the evaluated units. The results underscore the importance of continuing education, ongoing oversight, practice monitoring, and strengthening

the safety culture to foster adherence to biosafety measures and contribute to the prevention of healthcare-associated infections (HAIs).

Keywords: Healthcare-associated infection. Biosafety. Hand hygiene. Intensive Care Unit. Patient safety.

Introdução

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um importante problema de saúde pública em todo o mundo, estando associadas ao aumento da morbimortalidade, do tempo de internação hospitalar e dos custos assistenciais. Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), onde se concentram pacientes críticos, imunocomprometidos e submetidos a procedimentos invasivos, o risco de aquisição dessas infecções é significativamente maior, tornando imprescindível a adoção rigorosa de medidas de prevenção e controle (World Health Organization, 2009; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2021).

Entre as estratégias voltadas à prevenção das IRAS, destaca-se a higienização das mãos, reconhecida mundialmente como a medida isolada mais eficaz para interromper a cadeia de transmissão de microrganismos nos serviços de saúde. A adequada higienização das mãos reduz significativamente a disseminação de patógenos e contribui para a segurança do paciente, sendo considerada um dos pilares fundamentais dos programas de prevenção e controle de infecções (WHO, 2009). Estudos recentes reforçam que a adesão adequada às técnicas de higienização das mãos permanece um desafio global, mesmo em instituições que dispõem de protocolos e treinamentos periódicos, evidenciando a necessidade de estratégias contínuas de monitoramento e educação permanente (Valim et al., 2024).

Entretanto, diversos fatores podem comprometer a efetividade dessa prática, incluindo o uso de adornos pessoais, como anéis, alianças, pulseiras, relógios, brincos longos e unhas artificiais, os quais favorecem o acúmulo de sujidade e microrganismos, dificultam a adequada higienização das mãos e aumentam o potencial de contaminação cruzada (Trick et al., 2003; Fagernes & Lingaas, 2011). Estudos clássicos já demonstravam maior colonização microbiana em profissionais que utilizavam anéis durante a assistência (Trick et al., 2003; Fagernes & Lingaas, 2011). Mais recentemente, Fracarolli et al. (2024) observaram que o uso de adornos permanece frequente entre profissionais de enfermagem e que anéis podem atuar como reservatórios de bactérias, reforçando sua potencial participação na transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar. Embora a carga microbiana das mãos possa ser reduzida após a higienização, os adornos continuam sendo considerados potenciais fontes de contaminação.

No Brasil, a Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32), que estabelece diretrizes para a segurança e saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, determina a proibição do uso de

adornos durante o exercício das atividades assistenciais. Da mesma forma, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA recomenda a remoção desses objetos durante a assistência direta ao paciente, especialmente em áreas críticas, como centros cirúrgicos, unidades de emergência e unidades de terapia intensiva (Brasil, 2005; ANVISA, 2017). Essas recomendações estão alinhadas às diretrizes internacionais de biossegurança e prevenção das IRAS, que enfatizam a necessidade de minimizar qualquer fator que possa favorecer a transmissão de patógenos.

Apesar da existência de normas e recomendações amplamente divulgadas, estudos nacionais e internacionais demonstram que a adesão dos profissionais de saúde às medidas relacionadas à restrição de adornos ainda é variável e, muitas vezes, insuficiente. Questões culturais, hábitos pessoais, desconhecimento dos riscos, percepção reduzida da importância da medida e fragilidades nos processos de educação permanente podem contribuir para o descumprimento dessas recomendações (Jeanes et al., 2015; Cruz et al., 2020). Além disso, revisões recentes apontam que fatores organizacionais, sobrecarga de trabalho, percepção de desconforto e barreiras comportamentais influenciam diretamente a adesão às práticas de prevenção e controle de infecções. (Cunha et al., 2023; Gould et al., 2024).

No contexto das unidades de terapia intensiva, a observância dessas normas assume especial relevância devido à maior vulnerabilidade dos pacientes internados e à elevada circulação de microrganismos multirresistentes. Dessa forma, a avaliação da adesão dos profissionais de saúde às normas de restrição de adornos pode fornecer informações importantes para o planejamento de intervenções educativas, fortalecimento das ações de controle de infecção e promoção da segurança do paciente.

Nesse sentido, torna-se fundamental investigar o grau de adesão dos profissionais de saúde às normas de restrição de adornos em unidades de terapia intensiva, bem como os fatores associados ao cumprimento ou descumprimento dessas recomendações. Os resultados poderão subsidiar estratégias institucionais voltadas ao fortalecimento da cultura de segurança, à prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde e à melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes críticos.

Método

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido com o objetivo de avaliar a adesão dos profissionais de saúde às normas de restrição de adornos em Unidades de Terapia Intensiva.

O estudo foi realizado nas Unidades de Terapia Intensiva participantes da pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), localizado em Recife, Pernambuco, abrangendo as unidades identificadas no instrumento de tabulação como Cirúrgica 1 (CG 1), Cirúrgica 2 (CG 2), Cirúrgica 3 (CG 3), Síndrome Respiratória Aguda Grave 1 (SRAG 1), Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SRAG 2), Transplante (TX), Pediátrica Geral, Pediátrica Síndrome Respiratória Aguda Grave (Pediátrica SRAG), Clínica, Obstétrica e Neonatal. A pesquisa foi desenvolvida no período compreendido entre maio e setembro de 2026, contemplando as etapas de coleta e análise dos dados.

A população do estudo foi composta por profissionais de saúde que atuavam diretamente na assistência aos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva participantes da pesquisa. Foram considerados profissionais das categorias médica, de enfermagem e fisioterapia, incluindo profissionais residentes e graduandos envolvidos diretamente no cuidado.

Considerando a organização das equipes assistenciais, estimou-se a presença de aproximadamente 10 profissionais por turno em cada Unidade de Terapia Intensiva, totalizando cerca de 20 profissionais por unidade ao longo de um dia de funcionamento. Dessa forma, considerando as 11 unidades participantes, estimou-se uma população aproximada de 220 profissionais potencialmente elegíveis para participação no estudo. Ressalta-se que esse quantitativo corresponde a uma estimativa da população disponível durante o período de coleta, não constituindo um cadastro censitário individualizado dos profissionais.

A amostra foi obtida por conveniência e foi constituída pelos profissionais elegíveis que estavam presentes durante o período de coleta de dados e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao final do período de coleta, foram incluídos 129 profissionais, correspondendo a aproximadamente 58,6% da população estimada de 220 profissionais.

Durante o período de coleta, alguns profissionais elegíveis optaram por não participar da pesquisa, sendo respeitada a decisão de recusa, sem qualquer prejuízo aos profissionais que não aceitaram participar. Como não foi realizado registro individualizado do quantitativo de

recusas por unidade, não foi possível determinar a taxa específica de recusa ou a proporção de participação em cada unidade em relação ao número exato de profissionais elegíveis. Além disso, foram excluídos profissionais que se encontravam afastados ou em período de férias durante a coleta de dados, bem como profissionais administrativos que não exerciam atividade assistencial direta.

Foi utilizado formulário estruturado elaborado pelos pesquisadores, contendo questões relacionadas às características sociodemográficas e profissionais dos participantes, ao uso de adornos, ao conhecimento das normas de biossegurança, à percepção dos riscos, às práticas individuais e aos aspectos institucionais relacionados à fiscalização e ao treinamento. O instrumento contemplou informações como idade, sexo, categoria profissional e tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva. Também foram investigados o uso de anéis, alianças, pulseiras, relógios, brincos grandes, colares, unhas artificiais e esmalte escuro ou descascado, além de aspectos relacionados à higienização das mãos e ao uso de luvas durante a assistência.

Foram ainda avaliados o conhecimento dos profissionais sobre as normas de restrição de adornos, a percepção acerca do risco de infecção, a frequência de utilização desses objetos, os motivos relacionados ao seu uso, a percepção sobre sua interferência na higienização das mãos e a importância atribuída à proibição de adornos. Também foram investigadas questões relacionadas à existência de protocolos institucionais, à realização de treinamentos periódicos e às ações de fiscalização.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas complementares. Na primeira etapa, foi realizada observação direta estruturada dos profissionais durante os turnos de trabalho. Utilizou-se instrumento padronizado para registrar a presença ou ausência de adornos, incluindo anéis, alianças, pulseiras, relógios, brincos grandes, colares, unhas artificiais e esmalte escuro ou descascado. Também foram observados aspectos relacionados à higienização das mãos e ao uso de luvas durante a assistência.

Na segunda etapa, foi aplicado o formulário estruturado aos participantes, contendo questões relacionadas às características sociodemográficas e profissionais, ao conhecimento sobre as normas de biossegurança, à percepção dos riscos associados ao uso de adornos, à frequência de utilização desses objetos, às atitudes dos profissionais e aos aspectos institucionais relacionados à fiscalização e aos treinamentos.

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica e posteriormente submetidos à análise descritiva. Para as variáveis categóricas, foram utilizadas frequências absolutas e relativas. Para as variáveis numéricas, foram utilizadas medidas de tendência central e dispersão, conforme a natureza das variáveis.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os princípios éticos aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação ocorreu de forma voluntária, após esclarecimento dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram adotadas medidas destinadas à preservação da privacidade e da confidencialidade das informações, com utilização dos dados de forma anonimizada.

Os riscos relacionados à participação foram considerados mínimos, estando principalmente associados ao tempo necessário para o preenchimento do instrumento e ao possível risco de quebra de confidencialidade. Para sua minimização, foram adotadas medidas de proteção e armazenamento seguro dos dados, com acesso restrito aos pesquisadores.

Os benefícios foram considerados predominantemente indiretos, relacionados à possibilidade de contribuir para o fortalecimento das estratégias educativas, das capacitações profissionais e das ações institucionais voltadas à biossegurança, à prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) e à segurança do paciente.

Resultados

Foram incluídos no estudo 129 profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva participantes da pesquisa. Considerando a estimativa de aproximadamente 220 profissionais potencialmente elegíveis nas 11 unidades participantes, a amostra alcançada correspondeu a aproximadamente 58,6% da população estimada.

Os 129 participantes foram distribuídos entre as unidades identificadas no instrumento de tabulação como CG 1, CG 2, CG 3, SRAG 1, SRAG 2, TX, Pediátrica Geral, Pediátrica SRAG, Clínica, Obstétrica e Neonatal. A distribuição dos participantes foi, respectivamente, de 21, 12, 12, 13, 14, 14, 6, 13, 11, 6 e 7 profissionais, totalizando 129 participantes.

Em relação à faixa etária, observou-se variação entre as unidades, com médias de idade de 27,8 anos na unidade Pediátrica Geral a 41 anos na unidade Clínica. Nas demais unidades, as médias de idade variaram entre 30,1 e 37,07 anos.

Quanto ao sexo, à categoria profissional e ao tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva, observou-se heterogeneidade na distribuição dos participantes entre as diferentes unidades. Na unidade TX, por exemplo, os técnicos representaram 42,85% dos participantes, enquanto os médicos corresponderam a 7,14%. A distribuição das demais categorias profissionais e do tempo de atuação encontra-se apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil demográfico e ocupacional dos profissionais de saúde por Unidade de Terapia Intensiva

UTI / Unidade	N	Idade média ± DP ou mediana (IIQ)	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Enfermeiro n (%)	Técnico n (%)	Médico n (%)	Fisioterapeuta n (%)	Residente n (%)	Graduando n (%)	≤ 1 ano n (%)	1–5 anos n (%)	> 5 anos n (%)
CG 1	21	30,4	23,8	76,2	14,3	19,1	14,3	9,5	19,1	23,8	57,1	14,3	28,6
CG 2	12	33,9	16,7	83,3	25	33,3	8,3	8,3	0	16,7	16,7	16,7	66,7
CG 3	12	34,5	8,3	91,7	16,6	25	16,7	0	16,6	25	25	16,7	58,3
SRAG 1	13	35,1	15,4	84,6	15,4	30,8	23,1	7,7	7,7	15,4	30,8	30,8	38,5
SRAG 2	14	36,1	50	50	7,1	28,6	28,6	7,1	28,6	7,1	14,3	57,1	28,6
TX	14	37,1	21,4	78,6	35,7	42,9	7,1	7,1	7,1	0	7,1	28,6	57,1
PED GERAL	6	27,8	0	100	0	0	16,6	0	33,3	33,3	66,6	16,6	0
PED SRAG	13	33,5	7,7	92,3	23,1	23,1	23,1	7,7	7,7	15,4	15,4	61,5	23,1
CLINICA	11	41	27,3	72,7	9,1	72,8	9,1	0	9,1	0	9,1	27,3	63,6
OBST	6	30,1	0	100	16,7	0	33,3	0	16,6	33,3	50	33,3	16,7
NEO	7	33,8	14,3	85,7	14,3	57,1	0	0	14,3	14,3	57,1	0	42,9

Na observação direta dos profissionais durante os turnos de trabalho, não foram identificados anéis, alianças, pulseiras ou relógios em nenhuma das unidades avaliadas. Entretanto, foram observados outros tipos de adornos e elementos potencialmente relacionados à biossegurança. O uso de brincos grandes foi identificado nas unidades CG 2 (8,33%), CG 3 (8,33%), SRAG 1 (23,07%), SRAG 2 (7,14%) e TX (35,71%). O uso de colares foi observado nas unidades CG1 (4,76%), SRAG 1 (15,38%), TX (21,42%) e Clínica (9,09%).

Quanto às unhas artificiais, foram identificadas ocorrências nas unidades CG 1 (14,28%), CG 3 (16,66%), SRAG 1 (7,69%), Pediátrica Geral (16,6%) e Pediátrica SRAG (15,38%). A presença de esmalte escuro ou descascado foi observada em CG1 (9,52%), CG 2 (8,33%), CG 3 (8,33%), SRAG 1 (15,38%), TX (21,42%), Pediátrica Geral (16,6%), Pediátrica SRAG (15,38%), Clínica (9,09%) e Neonatal (28,57%). Nas unidades SRAG 2 e Obstétrica, não foram observados casos dessa condição.

Em relação à higienização das mãos e ao uso de luvas, observou-se frequência de 100% na maioria das unidades avaliadas. Na unidade Clínica, ambos os indicadores apresentaram frequência de 90,90%. Pontos observados na tabela 2.

Tabela 2: Itens observados e práticas de biossegurança

UTI / Unidade	N observações	Anel Sim n (%)	Aliança Sim n (%)	Pulseira Sim n (%)	Relógio Sim n (%)	Brincos grandes Sim n (%)	Colares Sim n (%)	Unhas artificiais Sim n (%)	Esmalte escuro / descascado Sim n (%)	Higienização adequada Sim n (%)	Luvas na assistência Sim n (%)
CG 1	21	0	0	0	0	0	4,8	14,3	9,5	100	100
CG 2	12	0	0	0	0	8,3	0	0	8,3	100	100
CG 3	12	0	0	0	0	8,3	0	16,7	8,3	100	100
SRAG 1	13	0	0	0	0	23,1	15,4	7,7	15,4	100	100
SRAG 2	14	0	0	0	0	7,1	0	0	0	100	100
TX	14	0	0	0	0	35,7	21,4	0	21,4	100	100
PED GERAL	6	0	0	0	0	0	0	16,6	16,6	100	100
PED SRAG	13	0	0	0	0	0	0	15,4	15,4	100	100
CLINICA	11	0	0	0	0	0	9,1	0	9,1	90,9	90,9
OBST	6	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100
NEO	7	0	0	0	0	0	0	0	28,6	100	100

Denominador: número de observações válidas da respectiva UTI.

Quanto ao conhecimento sobre as normas de restrição de adornos, observou-se elevado percentual de respostas afirmativas em todas as unidades, variando de 92,30% a 100%. Os menores percentuais foram identificados nas unidades SRAG 1 (92,30%), SRAG 2 (92,85%) e

Pediátrica SRAG (92,30%), enquanto as demais apresentaram percentuais iguais ou superiores a 95,23%.

A percepção de que o uso de adornos pode aumentar o risco de infecção também foi elevada. Os percentuais de respostas afirmativas variaram entre 78,57% na unidade SRAG 2 e 100% em diversas unidades. Na unidade Neonatal, 85,71% dos participantes reconheceram essa associação, enquanto nas demais unidades os percentuais variaram entre 91,66% e 100%. Conforme observado na tabela 3.

Tabela 3: Conhecimento sobre as normas de restrição de adornos e a relação com o aumento do risco de infecção.

UTI / Unidade	N	Conhece normas Sim n (%)	Conhece normas Não n (%)	Adornos aumentam risco Sim n (%)	Adornos aumentam risco Não n (%)	Adornos aumentam risco Não sei n (%)
CG 1	21	95,2	4,8	100	0	0
CG 2	12	100	0	100	0	0
CG 3	12	100	0	91,7	8,3	0
SRAG 1	13	92,3	7,7	100	0	0
SRAG 2	14	92,8	7,1	78,6	21,4	0
TX	14	100	0	92,8	7,1	0
PED GERAL	6	100	0	100	0	0
PED SRAG	13	92,3	7,7	100	0	0
CLINICA	11	100	0	100	0	0
OBST	6	100	0	100	0	0
NEO	7	100	0	85,7	14,3	0

Em relação ao uso autorreferido de adornos, a resposta “nunca” foi predominante na maioria das unidades. Os maiores percentuais foram observados em CG 2 (91,66%), Neonatal (85,71%), Obstétrica (83,33%) e Clínica (81,81%). Entretanto, algumas unidades apresentaram maior frequência de uso eventual ou frequente. Na Pediátrica Geral, 66,6% dos participantes relataram uso raro e 16,6% relataram uso frequente. Na unidade TX, 14,28% relataram uso

frequente. Em CG 1, 4,76% relataram uso frequente, enquanto em CG 3 esse percentual foi de 8,33%. Na unidade Clínica, 9,09% relataram uso frequente. Apresentado na tabela 4.

Tabela 4: Frequência do uso de adornos nas Unidades de Terapia Intensiva pelos profissionais de saúde.

UTI / Unidade	N	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Às vezes n (%)	Frequentemente n (%)
CG 1	21	66,7	23,8	4,8	4,8
CG 2	12	91,7	8,3	0	0
CG 3	12	58,3	25	8,3	8,3
SRAG 1	13	61,5	30,8	7,7	0
SRAG 2	14	57,1	21,4	14,3	7,1
TX	14	71,4	14,3	0	14,3
PED GERAL	6	16,6	66,6	0	16,6
PED SRAG	13	76,9	15,4	7,7	0
CLINICA	11	81,8	0	9,1	9,1
OBST	6	83,3	16,7	0	0
NEO	7	85,7	14,3	0	0

Entre os motivos relacionados ao uso de adornos, foram identificadas respostas associadas principalmente ao hábito e ao esquecimento, entre outras razões investigadas pelo instrumento. Por se tratar de questão de múltipla escolha, as frequências relativas dos motivos não são mutuamente excludentes e, portanto, podem ultrapassar 100% quando consideradas conjuntamente.

Quanto à percepção de interferência dos adornos na higienização das mãos, os percentuais de respostas afirmativas foram elevados. Os valores variaram de 75% na unidade CG 3 a 100% nas unidades CG 2, SRAG 1, Pediátrica Geral e Obstétrica. Na unidade Clínica, 90,90% dos participantes consideraram que os adornos podem interferir na higienização das mãos.

A importância atribuída à proibição do uso de adornos também foi elevada. Percentuais de 100% foram observados em CG 1, CG 2, CG 3, SRAG 1, Pediátrica Geral, Clínica, Obstétrica e Neonatal. Na unidade SRAG 2, 85,71% consideraram a proibição importante, enquanto 14,28% demonstraram indiferença. Na unidade TX, 92,85% consideraram a proibição importante e, na Pediátrica SRAG, esse percentual foi de 92,30%.

Em relação à percepção sobre a existência de fiscalização, foram observadas diferenças entre as unidades. Os percentuais de respostas afirmativas variaram de 42,85% na unidade SRAG 2 a 100% em SRAG 1, Pediátrica Geral, Pediátrica SRAG e Obstétrica. Na unidade SRAG 2, 35,71% dos participantes responderam que não havia fiscalização e 21,42% declararam não saber informar.

Quanto às orientações recebidas sobre a restrição de adornos, os percentuais de respostas afirmativas foram elevados, variando de 83,3% na Pediátrica Geral a 100% em CG 2, SRAG 2, TX, Pediátrica SRAG, Clínica, Obstétrica e Neonatal. Dados representados na tabela 5.

Tabela 5: Motivos do uso de adornos, percepção quanto a interferência na higienização das mãos, existência das práticas de fiscalização e orientação sobre o tema.

UTI / Unidade	N	Motivo para uso de adornos					Interfere na higiene			Proibição importante			Fiscalização			Recebeu orientação	
		Esquecimento n (%)	Hábito n (%)	Estética n (%)	Não considera risco n (%)	Outros n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Talvez n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Indiferente n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Não sei n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
CG 1	21	14,3	14,2	9,5	4,8	0	90,5	9,5	0	100	0	0	95,2	9,5	0	95,2	9,5
CG 2	12	8,3	8,3	0	0	0	100	0	0	100	0	0	83,3	8,3	8,3	100	0
CG 3	12	25	8,3	0	0	0	75	8,3	16,7	100	0	0	91,7	8,3	0	91,7	8,3
SRAG 1	13	38,5	7,7	0	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	92,3	7,7
SRAG 2	14	35,7	7,1	0	0	7,1	85,7	7,1	7,1	85,7	0	14,28	42,8	35,7	21,4	100	0
TX	14	7,1	7,1	0	14,2	7,1	85,7	14,3	0	92,8	7,1	0	85,7	7,1	7,1	100	0
PED GERAL	6	66,6	50	16,6	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	83,3	16,6
PED SRAG	13	23,1	0	7,7	0	0	92,3	7,7	0	92,3	7,7	0	100	0	0	100	0
CLINICA	11	0	18,2	0	9,1	0	90,9	9,1	0	100	0	0	90,9	0	9,1	100	0
OBST	6	16,7	16,7	0	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0	0	100	0
NEO	7	14,3	14,3	0	0	0	85,7	14,3	0	100	0	0	85,7	14,3	0	100	0

Nota: "Por que você utiliza adornos?" é questão de múltipla escolha; contabilizar cada motivo separadamente. A soma dos percentuais pode ultrapassar 100%.

No que se refere à existência de protocolo institucional formal relacionado à restrição de adornos, os percentuais de respostas afirmativas também foram elevados, variando de 83,3% na Pediátrica Geral a 100% em CG 3, TX, Pediátrica SRAG, Clínica e Obstétrica. A percepção sobre a realização de treinamentos periódicos apresentou maior variabilidade entre as unidades, com percentuais de respostas afirmativas entre 28,57% na SRAG 2 e 100% na Pediátrica Geral e Neonatal.

Em relação à existência de ações de inspeção ou fiscalização, também foram observadas diferenças entre as unidades. Os percentuais de respostas afirmativas variaram de 50% na SRAG 2 a 100% na Pediátrica SRAG e Obstétrica, como demonstrados na tabela 6.

Tabela 6: Conhecimento sobre o protocolo formal da proibição do uso de adornos, participação em treinamentos periódicos e ações de fiscalização nas Unidades de Terapia Intensiva.

UTI / Unidade	N	Protocolo formal Sim n (%)	Protocolo formal Não n (%)	Treinamentos periódicos Sim n (%)	Treinamentos periódicos Não n (%)	Ações de fiscalização Sim n (%)	Ações de fiscalização Não n (%)
CG 1	21	95,2	4,8	57,1	42,8	90,5	9,5
CG 2	12	83,3	16,7	58,3	41,7	83,3	16,7
CG 3	12	100	0	66,7	33,3	91,7	8,3
SRAG 1	13	92,3	7,7	46,1	53,8	76,9	23,1
SRAG 2	14	85,7	14,3	28,6	71,4	50	50
TX	14	100	0	64,3	35,7	85,7	14,3
PED GERAL	6	83,3	16,6	100	0	83,3	16,6
PED SRAG	13	100	0	76,9	23,1	100	0
CLINICA	11	100	0	81,8	18,2	81,8	18,2
OBST	6	100	0	83,3	16,7	100	0
NEO	7	85,7	14,3	100	0	85,7	14,3

De modo geral, os resultados demonstraram elevada frequência de conhecimento das normas de restrição de adornos, percepção dos riscos associados ao seu uso e reconhecimento da importância da proibição. Entretanto, a observação direta e os relatos dos participantes evidenciaram a presença de determinados adornos e elementos incompatíveis com a recomendação de restrição, além de diferenças entre as unidades quanto à fiscalização, às orientações e à realização de treinamentos periódicos.

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram um cenário caracterizado por elevado nível de conhecimento dos profissionais de saúde acerca das normas relacionadas à restrição de adornos, associado à percepção de que esses objetos podem interferir na higienização das mãos e aumentar o risco de infecção. Entretanto, apesar do conhecimento e da percepção favorável às

medidas de biossegurança, foram identificadas situações de utilização de determinados adornos e diferenças entre as unidades quanto à frequência autorreferida de uso, à fiscalização e à realização de treinamentos periódicos. Esses achados demonstram que o conhecimento das recomendações não necessariamente se traduz, de forma uniforme, em adesão integral às práticas estabelecidas.

A restrição do uso de adornos durante a assistência constitui uma medida relacionada à biossegurança e à prevenção de infecções nos serviços de saúde. No presente estudo, não foram observados anéis, alianças, pulseiras ou relógios entre os profissionais avaliados, enquanto foram identificados outros itens, principalmente brincos grandes, colares, unhas artificiais e esmaltes escuros ou descascados, com frequências distintas entre as unidades. Esse achado é relevante porque demonstra que a não utilização de determinados adornos não significa necessariamente ausência completa de elementos potencialmente incompatíveis com as recomendações de biossegurança. A presença de objetos que permanecem próximos às mãos, unhas ou regiões de contato frequente pode representar uma questão adicional para as práticas de higiene e controle de infecção.

Os achados relacionados aos anéis e alianças são particularmente importantes quando considerados à luz das evidências disponíveis. Trick et al. (2003) demonstraram que o uso de anéis estava relacionado à maior contaminação das mãos de profissionais de saúde, enquanto Fagernes e Lingaas (2011) também identificaram fatores associados à presença e à composição da microbiota das mãos. Mais recentemente, Fracarolli et al. (2024) reforçaram a relevância dos adornos no contexto da biossegurança, demonstrando que joias utilizadas por profissionais de saúde podem atuar como reservatórios de microrganismos. Dessa forma, embora não tenham sido observados anéis ou alianças na avaliação realizada neste estudo, a presença de outros adornos reforça a necessidade de manutenção contínua das medidas de restrição e de acompanhamento das práticas profissionais.

Outro aspecto relevante foi a elevada frequência de higienização das mãos considerada adequada nas unidades avaliadas, alcançando 100% na maioria dos setores, enquanto a UTI Clínica apresentou 90,90%. O uso de luvas também apresentou frequência de 100% na maior parte das unidades, com 90,90% na UTI Clínica. Esses resultados devem ser interpretados com cautela, pois a higienização das mãos e o uso de luvas constituem medidas complementares e não substituem a necessidade de controle dos demais fatores relacionados à biossegurança. A Organização Mundial da Saúde reconhece a higienização das mãos como uma das principais

medidas para prevenção da transmissão de microrganismos nos serviços de saúde, enquanto estudos mais recentes continuam demonstrando que a adesão adequada à técnica permanece um desafio mesmo em instituições que dispõem de protocolos e treinamentos (WHO, 2009; Valim et al., 2024).

No presente estudo, o elevado conhecimento declarado pelos profissionais também merece destaque. A maioria dos participantes afirmou conhecer as normas que proíbem o uso de adornos nas unidades avaliadas, com percentuais superiores a 90% na maioria dos setores. De maneira semelhante, predominou o reconhecimento de que os adornos podem aumentar o risco de infecção. Em algumas unidades, essa percepção alcançou 100%, enquanto os menores percentuais foram observados em SRAG 2 e Neonatal. Esses resultados sugerem que o conhecimento básico sobre o tema está presente entre os profissionais avaliados, mas também evidenciam que uma parcela dos participantes ainda não reconhece integralmente a relação entre adornos e risco de infecção.

A existência de conhecimento sobre a norma, entretanto, não foi acompanhada de uma uniformidade equivalente na prática autorreferida. Embora a resposta "nunca" tenha predominado na maioria das unidades, foram identificados profissionais que relataram utilizar adornos raramente, às vezes ou frequentemente. A UTI Pediátrica Geral apresentou uma distribuição particularmente distinta, com 66,6% dos participantes relatando uso "raramente" e 16,6% "frequentemente". Também foram identificados relatos de uso frequente em outras unidades. Essa diferença entre conhecimento e comportamento é compatível com a literatura que aponta que a adesão às medidas de prevenção e controle de infecções é influenciada por múltiplos fatores, não dependendo exclusivamente do conhecimento individual.

Jeanes et al. (2015) e Cruz et al. (2020) destacam que a adesão às práticas de prevenção de infecções pode ser influenciada por fatores comportamentais, culturais e organizacionais. No presente estudo, os motivos relacionados ao uso de adornos foram predominantemente o esquecimento e o hábito, embora também tenham sido identificados motivos relacionados à estética e à percepção individual do risco. Na UTI Pediátrica Geral, por exemplo, o esquecimento e o hábito apresentaram frequências de 66,6% e 50%, respectivamente. Esses achados são importantes porque indicam que a não adesão pode ocorrer mesmo entre profissionais que reconhecem formalmente a importância da restrição de adornos.

A predominância do esquecimento e do hábito como justificativas para o uso de adornos pode indicar que parte da não conformidade está relacionada à incorporação insuficiente da recomendação à rotina profissional. Nesse sentido, a educação permanente assume papel importante, especialmente quando associada a estratégias de monitoramento e feedback. Cunha et al. (2023) destacam a importância de medidas institucionais voltadas à melhoria da adesão à higienização das mãos, enquanto Gould et al. (2024) discutem que a implementação das medidas de controle de infecção pode estar associada a diferentes cargas e barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde. Assim, intervenções exclusivamente informativas podem não ser suficientes quando não acompanhadas de estratégias institucionais que favoreçam a manutenção do comportamento esperado.

A percepção dos profissionais acerca da interferência dos adornos na higienização das mãos foi, de modo geral, elevada. Em diversas unidades, 100% dos participantes responderam afirmativamente a essa questão. Mesmo nos setores em que a frequência foi menor, predominou a percepção de que os adornos podem interferir no processo de higienização. Esse resultado é particularmente relevante porque demonstra que os profissionais, em sua maioria, reconhecem a relação entre a utilização desses objetos e a qualidade da higiene das mãos. Dessa forma, a persistência de relatos de utilização, mesmo diante desse reconhecimento, reforça a importância de investigar não apenas o conhecimento, mas também os fatores comportamentais e institucionais envolvidos na adesão.

A importância atribuída à proibição dos adornos também foi elevada. Na maioria das unidades, todos ou quase todos os participantes consideraram importante a restrição desses objetos durante a assistência. Entretanto, na SRAG 2, observou-se percentual menor de concordância, além da presença de respostas de indiferença. Essa heterogeneidade pode indicar diferenças na percepção individual ou na forma como as recomendações são incorporadas nos diferentes ambientes de trabalho. Considerando que as UTIs apresentam diferentes perfis de pacientes, equipes e rotinas assistenciais, estratégias de educação permanente podem ser adaptadas às características de cada setor.

Outro resultado de interesse diz respeito à fiscalização. Embora a maioria dos profissionais tenha relatado a existência de mecanismos de fiscalização, foram identificadas diferenças expressivas entre as unidades. Na SRAG 2, por exemplo, 42,85% relataram a existência de fiscalização, 35,71% responderam que não havia e 21,42% afirmaram não saber. Esse resultado contrasta com unidades nas quais a percepção da fiscalização foi muito elevada.

A diferença encontrada pode refletir não necessariamente a ausência objetiva de mecanismos institucionais, mas diferentes níveis de conhecimento ou percepção dos profissionais sobre essas ações. Por se tratar de uma variável autorreferida, essa interpretação deve ser feita com cautela.

A existência de protocolos formais apresentou frequência elevada na maioria das unidades, variando de 83,33% a 100%. Esse achado demonstra que, segundo a percepção dos participantes, as recomendações relacionadas ao uso de adornos estão institucionalmente estabelecidas. Entretanto, a presença de um protocolo não garante, isoladamente, sua implementação efetiva. A diferença observada entre a existência declarada de protocolos e a frequência de utilização de adornos reforça a necessidade de que as normas institucionais sejam acompanhadas por processos contínuos de divulgação, treinamento, monitoramento e retorno aos profissionais.

Os treinamentos periódicos apresentaram maior variabilidade entre as unidades. Enquanto algumas apresentaram percentuais elevados de respostas afirmativas, outras apresentaram frequências consideravelmente menores, destacando-se a SRAG 2, na qual apenas 28,57% dos participantes relataram a realização de treinamentos periódicos. Esse resultado é relevante diante dos achados referentes ao conhecimento e à prática, pois sugere que a existência de protocolos não é necessariamente acompanhada pela mesma regularidade nas ações educativas. A educação permanente constitui um componente importante para manutenção das práticas de prevenção e controle das infecções, especialmente em ambientes de alta complexidade.

A diferença observada entre as unidades quanto aos treinamentos e às ações de fiscalização também deve ser considerada na interpretação dos resultados. Nas unidades em que os profissionais relataram maior frequência de treinamentos e fiscalização, pode haver maior visibilidade das normas institucionais e das práticas de monitoramento. Entretanto, o delineamento transversal e descritivo deste estudo não permite estabelecer relação causal entre a frequência dessas ações e a utilização de adornos. Dessa maneira, os resultados permitem identificar padrões e possíveis pontos de atenção, mas não permitem afirmar que determinada intervenção institucional seja responsável pela maior ou menor adesão observada.

A análise conjunta dos resultados demonstra, portanto, uma aparente diferença entre três dimensões avaliadas: conhecimento, percepção e comportamento. O conhecimento sobre a

proibição dos adornos mostrou-se elevado; a percepção acerca dos riscos e da importância da medida também foi predominantemente favorável; entretanto, ainda foram identificados relatos de utilização de adornos e observação direta de determinados itens. Essa diferença é relevante para a compreensão da adesão às normas de biossegurança, pois evidencia que a mudança de comportamento profissional envolve fatores que ultrapassam a simples transmissão de informações.

Esses achados estão em consonância com o entendimento de que a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde depende de uma combinação de medidas individuais e institucionais. A existência de normas, protocolos e recomendações é fundamental, mas sua efetividade depende da incorporação dessas medidas à rotina dos profissionais, da disponibilidade de ações educativas, do acompanhamento sistemático e do fortalecimento da cultura de segurança. Nesse contexto, a NR-32 e as recomendações da ANVISA constituem referências importantes para a organização das práticas de segurança nos serviços de saúde, incluindo a restrição do uso de adornos durante as atividades assistenciais (Brasil, 2005; ANVISA, 2017).

Outro ponto importante é que a ausência de determinados adornos, como anéis, alianças, pulseiras e relógios, não deve ser interpretada isoladamente como evidência de adesão plena às normas. A observação de brincos grandes, colares, unhas artificiais e esmaltes escuros ou descascados demonstra que a avaliação da conformidade precisa considerar o conjunto dos itens previstos no instrumento de pesquisa. Além disso, a diferença entre a observação direta e o autorrelato deve ser considerada, uma vez que essas duas estratégias avaliam dimensões distintas do comportamento profissional.

Os aspectos complementares observados durante a coleta de dados, além dos dados obtidos por meio do formulário estruturado e da observação direta, algumas situações foram percebidas pelos pesquisadores, contribuindo para a compreensão do contexto de adesão às normas de restrição de adornos nas Unidades de Terapia Intensiva. Durante a abordagem dos profissionais elegíveis, houve recusas à participação em situações nas quais os profissionais utilizavam adornos. Nessas ocasiões, percebeu-se possível receio de que a pesquisa pudesse assumir caráter fiscalizatório ou punitivo em relação às práticas individuais. Não foi realizado registro quantitativo dessas situações, tampouco das categorias profissionais envolvidas. Ademais, também foram relatados espontaneamente por alguns profissionais, especialmente aqueles com maior tempo de atuação, que anteriormente havia a disponibilização de sacos

plásticos para o armazenamento dos adornos no momento da entrada no plantão. Segundo esses relatos, essa prática deixou de ser adotada nas unidades avaliadas.

Adicionalmente, durante a coleta, alguns profissionais que utilizavam unhas artificiais, esmaltes escuros ou descascados não reconheciam esses elementos como itens abrangidos pelas recomendações de restrição de adornos ou como possíveis fatores relacionados ao risco de contaminação e transmissão de microrganismos.

Ressalta-se que essas observações não foram quantificadas nem submetidas a uma análise qualitativa sistematizada, sendo apresentadas como aspectos complementares identificados durante o trabalho de campo. Os resultados também reforçam a importância de estratégias institucionais direcionadas não apenas à fiscalização, mas à construção de uma cultura permanente de segurança. A abordagem educativa pode ser particularmente importante quando os principais motivos relatados para o uso de adornos estão relacionados ao esquecimento e ao hábito. Nesses casos, lembretes visuais, reforço das normas durante os treinamentos, orientação nos momentos de integração de novos profissionais e monitoramento periódico podem contribuir para tornar a restrição de adornos parte natural da rotina assistencial.

De forma geral, os achados deste estudo apontam para a existência de conhecimento e percepção favoráveis entre os profissionais avaliados, mas também evidenciam pontos de não conformidade e diferenças institucionais entre as unidades. Assim, os resultados não devem ser interpretados exclusivamente como presença ou ausência de adesão, mas como um cenário em que diferentes dimensões — conhecimento, atitude, comportamento e organização institucional — interagem na determinação da prática profissional. Essa compreensão é importante para que futuras ações de prevenção sejam direcionadas aos fatores identificados no próprio ambiente de trabalho.

Por fim, deve-se considerar que este estudo apresenta limitações inerentes ao delineamento transversal, à utilização de amostragem por conveniência e à coleta de informações autorreferidas em parte do instrumento. Durante o período de coleta, também foram registradas recusas de participação por parte de alguns profissionais elegíveis. Embora a decisão de não participar tenha sido respeitada e não tenha implicado qualquer prejuízo aos profissionais, a ausência de informações sobre as características daqueles que recusaram a participação impede avaliar se havia diferenças entre os profissionais participantes e não

participantes. Os motivos das recusas e as características desses profissionais não foram registrados de maneira sistemática, e não foi possível quantificar essas ocorrências ou avaliar sua distribuição entre as categorias profissionais. Esse aspecto reforça a possibilidade de viés de seleção, uma vez que os profissionais que aceitaram participar podem apresentar características ou comportamentos distintos daqueles que optaram por não participar.

Além disso, a percepção dos profissionais sobre fiscalização, treinamentos, conhecimento e frequência de uso de adornos pode sofrer influência de memória ou desejabilidade social. As diferenças no número de participantes entre as unidades também devem ser consideradas na comparação dos percentuais. Apesar dessas limitações, a combinação entre observação direta e aplicação de formulário estruturado permitiu abordar tanto o comportamento observado quanto o conhecimento, as atitudes e a percepção dos profissionais, contribuindo para uma avaliação mais ampla da adesão às normas de restrição de adornos em Unidades de Terapia Intensiva.

Conclusão

O presente estudo permitiu avaliar a adesão dos profissionais de saúde às normas de restrição de adornos em Unidades de Terapia Intensiva do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), considerando aspectos relacionados ao conhecimento dos profissionais, à prática autorreferida, à observação direta de adornos e de medidas de biossegurança, bem como às características institucionais relacionadas à existência de protocolos, treinamentos e ações de fiscalização.

Os resultados demonstraram que os profissionais avaliados apresentam elevado conhecimento acerca das normas relacionadas à restrição do uso de adornos e reconhecem, em sua maioria, a importância dessa medida para a prevenção de riscos relacionados à assistência. Também foi observada elevada percepção de que os adornos podem interferir na higienização das mãos e aumentar o risco de infecção. Entretanto, os achados demonstraram que o conhecimento e a percepção favorável não são acompanhados, de maneira uniforme, pela adesão integral às recomendações, uma vez que foram identificados relatos de utilização de adornos e, por meio da observação direta, a presença de brincos grandes, colares, unhas artificiais e esmaltes escuros ou descascados em algumas unidades.

A análise dos resultados também evidenciou diferenças entre as unidades avaliadas quanto à frequência autorreferida de utilização de adornos, à percepção de fiscalização e à realização de treinamentos periódicos. Embora a existência de protocolos institucionais tenha sido relatada pela maioria dos participantes, observou-se maior variabilidade quanto à frequência das ações educativas e de fiscalização. Esses achados reforçam que a existência de normas formais, embora fundamental, deve estar associada a estratégias contínuas de educação permanente, acompanhamento e sensibilização dos profissionais para favorecer a incorporação das medidas de biossegurança à rotina assistencial.

Entre os motivos relacionados à utilização de adornos, destacaram-se o esquecimento e o hábito, indicando que aspectos comportamentais podem interferir na adesão às recomendações mesmo quando os profissionais demonstram conhecimento sobre os riscos envolvidos. Dessa forma, ações institucionais voltadas à prevenção devem contemplar não apenas a transmissão de informações, mas também estratégias que favoreçam a mudança e a manutenção de comportamentos seguros, incluindo orientações periódicas, reforço das normas, monitoramento sistemático e feedback aos profissionais.

A observação de elevada frequência de higienização adequada das mãos e de utilização de luvas na maioria das unidades constitui um aspecto positivo identificado no estudo. Entretanto, esses resultados não devem ser interpretados isoladamente como evidência de adesão plena às práticas de biossegurança, uma vez que a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde depende da adoção conjunta de diferentes medidas de segurança. Nesse contexto, a restrição de adornos deve permanecer integrada às demais estratégias institucionais de prevenção e controle de infecções.

Diante dos achados, evidencia-se a importância do fortalecimento das ações de educação permanente e do acompanhamento sistemático das práticas relacionadas à restrição de adornos nas Unidades de Terapia Intensiva. A utilização de estratégias educativas contínuas, associadas à fiscalização orientadora e ao fortalecimento da cultura de segurança, pode contribuir para reduzir situações de não conformidade e favorecer maior uniformidade na aplicação das normas entre os diferentes setores.

Por fim, ressalta-se que os resultados devem ser interpretados considerando as limitações do estudo, especialmente seu delineamento transversal, a amostragem por conveniência e a utilização de informações autorreferidas em parte do instrumento. Essas

características não permitem estabelecer relações causais entre os aspectos institucionais e a adesão observada. Ainda assim, a associação entre dados autorreferidos e observação direta possibilitou uma avaliação mais abrangente da realidade estudada e permitiu identificar aspectos relevantes para o aprimoramento das práticas de biossegurança.

Conclui-se, portanto, que, entre os 129 profissionais avaliados, existe elevado nível de conhecimento e percepção favorável em relação às normas de restrição de adornos, porém permanecem situações de não conformidade e diferenças entre as unidades quanto às práticas e aos mecanismos institucionais de acompanhamento. Os achados reforçam a necessidade de manutenção e fortalecimento das ações educativas, dos protocolos institucionais e do monitoramento contínuo, visando à consolidação de práticas seguras e à promoção da qualidade da assistência e da segurança dos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva.

Agradecimentos

A realização deste trabalho representa não apenas a conclusão de uma etapa acadêmica, mas também o resultado de uma trajetória marcada por desafios, aprendizados, dedicação e crescimento pessoal e profissional. Por isso, registro aqui minha sincera gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para que este momento se tornasse possível.

A Deus, pela força, sabedoria e perseverança concedidas ao longo de toda esta caminhada. Nos momentos de dificuldade, foi a fé que me permitiu continuar, acreditar e compreender que cada desafio fazia parte de um propósito maior.

À minha família, pelo amor, apoio, compreensão e incentivo durante toda esta trajetória. A vocês, minha eterna gratidão por compreenderem minhas ausências, minhas preocupações e os momentos em que precisei me dedicar intensamente aos estudos. Cada palavra de incentivo e cada gesto de carinho foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, por serem minha base, meu exemplo e meu porto seguro. Obrigada por acreditarem em mim mesmo quando eu mesma duvidei da minha capacidade. Esta conquista também é de vocês.

À minha filha, por ser uma das minhas maiores fontes de amor, força e inspiração. Muitas vezes, foi pensando em você que encontrei forças para continuar nos dias mais difíceis.

Que esta conquista também sirva como exemplo de que, com dedicação, coragem e perseverança, podemos alcançar nossos objetivos.

À minha orientadora, Maria Inês e coorientador, Maria Cristina, minha profunda gratidão pela dedicação, paciência, disponibilidade e pelos ensinamentos compartilhados ao longo da construção deste trabalho. A orientação, as correções, os direcionamentos e, sobretudo, a confiança depositada em nós foram fundamentais para que esta pesquisa pudesse ser desenvolvida e concluída. Cada contribuição foi importante não apenas para a elaboração deste TCC, mas também para o nosso crescimento acadêmico e profissional. Levarei comigo os ensinamentos e a experiência proporcionados durante esta caminhada.

Aos professores, por todos os ensinamentos, pela dedicação e por contribuírem de maneira significativa para minha formação acadêmica e profissional. Cada conhecimento transmitido ao longo dessa trajetória foi essencial para a construção deste trabalho e para a profissional que estou me tornando.

Aos colegas e amigos de caminhada acadêmica, pela parceria, pelo companheirismo e por todos os momentos compartilhados ao longo dessa jornada. As dificuldades se tornaram mais leves porque não foram enfrentadas sozinhas, e os momentos de conquista se tornaram ainda mais especiais quando compartilhados.

Aos profissionais e à instituição que contribuíram para a realização desta pesquisa, pela disponibilidade, colaboração e confiança. A participação de cada profissional foi essencial para a obtenção dos dados e para a concretização deste estudo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, deixo o meu mais sincero agradecimento.

Por fim, agradeço a mim mesma, pela coragem de continuar, pela dedicação nos dias difíceis e por não desistir diante dos obstáculos. Chegar até aqui é a prova de que cada esforço valeu a pena.

Que esta conquista representa não apenas o encerramento de um ciclo, mas o início de novos caminhos, novos sonhos e novas realizações.

Muito obrigada a todos que fizeram parte desta caminhada.

Conflitos de interesse

Nenhum.

Financiamento

Este trabalho não recebeu financiamento, bolsa, auxílio financeiro ou qualquer outro tipo de apoio financeiro de instituições públicas ou privadas. Os custos relacionados à realização da pesquisa foram de responsabilidade dos próprios pesquisadores.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Pernambucana de Saúde, sendo número de registro CAAE 99563626.0.0000.5201.

Referências

1.Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32): Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde. Brasília, 2005.

2.Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: ANVISA, 2017.

3.WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Geneva: WHO, 2009.

4.Fagernes M, Lingaas E. Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcare workers. Journal of Advanced Nursing. 2011.

5.Trick WE et al. Impact of ring wearing on hand contamination and comparison of hand hygiene agents in a hospital. Clinical Infectious Diseases. 2003.

6.Jeanes A, Coen PG, Drey NS, Gould DJ. The development of hand hygiene compliance imperatives in an emergency department. Journal of Infection Prevention. 2015.

7.Cruz EDA, Pimenta FC, Palos MAP, Silva SRM. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020.

8.Valim MD, Reis GF, Santos BS, Goulart LS, Bortolini J, Cardoso JD. Adherence to hand hygiene technique: an observational study. Acta Paulista de Enfermagem. 2024.

9.Fracarolli IFL, Watanabe E, Oliveira VC, Machado MB, Bim FL, Bim LL, Andrade D, Marziale MHP. The implications of healthcare professionals wearing jewelry on patient care biosafety: observational insights and experimental approaches. Scientific Reports. 2024.

10.Cunha KRF, Braúna TS, Silva GF, Monção MMN, Silva MM, Maslinkiewicz A, Macedo ABT. Measures for adherence to hand hygiene by health professionals in tertiary centers: an integrative review. Revista de Medicina. 2023.

11.Gould DJ, Moralejo D, Drey N, Chudleigh J. Burdens of infection control on healthcare workers: a scoping review. Journal of Hospital Infection. 2024.

ANEXOS

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

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **"Adesão dos profissionais de saúde as normas de restrição de adornos em Unidades de Terapia Intensiva"**

Este é o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores explicações. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, deve entrar em contato com o pesquisador responsável. Após receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma ficará com o pesquisador responsável e a outra ficará com você, participante desta pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Essa pesquisa tem o objetivo de avaliar a adesão dos profissionais de saúde às normas de restrição de adornos em unidades de terapia intensiva.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Será realizado um estudo observacional, descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, destinado a avaliar a adesão dos profissionais de saúde às normas de restrição de adornos em Unidades de Terapia Intensiva. Os dados serão coletados a partir de um formulário, feito pelos pesquisadores, aplicado diretamente nas Unidades de Terapia Intensiva cirúrgicas e respiratórias adulto do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP aos profissionais presentes durante o período de coleta de dados, que concordarem em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os dados coletados serão mantidos em sigilo e confidencialidade.

RISCOS

A participação nesta pesquisa envolve riscos mínimos. Entre os possíveis desconfortos, destaca-se o tempo necessário para preenchimento do instrumento de coleta de dados, estimado entre 15 e 20 minutos. Além disso, existe o risco de quebra de confidencialidade das informações fornecidas. Para minimizar esse risco, serão adotadas medidas rigorosas de proteção dos dados, incluindo a não identificação dos participantes, o armazenamento seguro das informações coletadas e o acesso restrito aos pesquisadores responsáveis. Os participantes poderão interromper sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo profissional, acadêmico ou pessoal. Não haverá qualquer interferência no seu atendimento, diagnóstico ou tratamento.

BENEFÍCIOS

A pesquisa irá proporcionar reflexão sobre a importância da adesão às normas de biossegurança e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde, especialmente no contexto das Unidades de Terapia Intensiva. Como benefícios indiretos, os resultados poderão contribuir

para o fortalecimento de estratégias educativas, capacitações profissionais e elaboração de ações institucionais voltadas à promoção da segurança do paciente, à redução dos riscos de infecções relacionadas à assistência à saúde e ao aprimoramento da qualidade dos serviços prestados. Além disso, o estudo poderá ampliar o conhecimento científico acerca dos fatores associados à adesão dos profissionais às normas de restrição de adornos em ambientes críticos de assistência.

CUSTOS

A sua participação nessa pesquisa é voluntária, não estando associada a nenhum tipo de remuneração. Além disso, você não pagará por nenhum procedimento dessa pesquisa.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

CONFIDENCIALIDADE

Caso decida participar da pesquisa, as informações obtidas serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Os dados do participante somente serão utilizados depois de anonimizados. Se os dados forem utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, a identidade dos participantes permanecerá em sigilo.

ACESSO AOS RESULTADOS DA PESQUISA

Você pode ter acesso a qualquer resultado relacionado a esta pesquisa.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento e Esclarecimento Livre lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis: Maria Inês Bezerra de Melo, telefone (81) 9 9811-7851 ou email maria.ines@fps.edu.br; Maria Cristina dos Santos Figueira, telefone (81) 99976-1449 ou email cristina.figueira@fps.edu.br; Ana Beatriz de Araújo Silva, telefone (81) 99645-5405 ou email bia_silvabj@hotmail.com; Camyla

Leticia Alves Costa, telefone (81) 99565-6960 ou email alvesmyla16@gmail.com; Clarissa Anacleto Gomes, telefone (81) 99612-1976 ou email clarissaanacleto37@gmail.com.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos -CEP do IMIP. Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o CEP-IMIP, que objetiva defender os interesses dos participantes da pesquisa, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. No Prédio da Biblioteca Ana Bove térreo, no segundo corredor tel: (81) 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 5ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h e 13:00 às 16:00h, na sexta-feira o expediente da tarde funciona até as 15h.

O Termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com o participante e a outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Declaro que li e compreendi as informações apresentadas neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tive a oportunidade de esclarecer dúvidas sobre a pesquisa, seus objetivos, procedimentos, riscos e benefícios.

Estou ciente de que minha participação é voluntária, que posso interrompê-la a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalidade, e que os dados fornecidos serão tratados de forma confidencial e utilizados exclusivamente para fins científicos.

Ao selecionar a opção "CONCORDO" abaixo, manifesto eletronicamente meu consentimento para participar desta pesquisa.

( ) CONCORDO em participar da pesquisa.

( ) NÃO CONCORDO em participar da pesquisa.

_____ _____

Nome e Assinatura do Participante da Pesquisa Data / /

_____ _____

Nome e Assinatura da Testemunha da Pesquisa Data / /

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante de pesquisa acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo.

_____ _____

Nome e Assinatura do Responsável pela Obtenção Data / /

Do Termo

_____ _____

Rubrica do Participante da Pesquisa Data / /

APÊNDICE B - FORMULÁRIO
IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

Número do formulário: _____
Data da coleta: / /
Pesquisador: _____

Turno: Manhã ( ) Tarde ( ) Noite ( )

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____

Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )

Categoria profissional: Enfermeiro ( ) Técnico ( ) Médico ( ) Fisioterapeuta ( ) Residente ( ) Graduando ( )

Tempo de atuação na UTI: Até um ano ( ) 1 a 5 anos ( ) ↑ de 5 anos ( )

ITEM OBSERVADO

Uso de anel: Sim ( ) Não ( )

Uso de aliança: Sim ( ) Não ( )

Uso de pulseira: Sim ( ) Não ( )

Uso de relógio: Sim ( ) Não ( )

Uso de brincos grandes: Sim ( ) Não ( )

Uso de colares: Sim ( ) Não ( )

Uso de unhas artificiais: Sim ( ) Não ( )

Uso de esmalte (escuro/descascado): Sim ( ) Não ( )

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS:

Higienização das mãos adequada? Sim ( ) Não ( )

Uso de luvas ao prestar assistência? Sim ( ) Não ( )

CONHECIMENTO

Você conhece normas que proíbem o uso de adornos na UTI?

Sim ( ) Não ( )

O uso de adornos pode aumentar o risco de infecção?

Sim ( ) Não ( ) Não sei ( )

PRÁTICA

Você utiliza adornos durante o trabalho?

Nunca ( ) Raramente ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( )

ATITUDES E PERCEPÇÃO

Por que você utiliza adornos? (pode marcar mais de um)
Esquecimento ( )
Hábito ( )
Estética ( )
Não considera um risco ( )
Outros: _____

Você acredita que o uso de adornos interfere na higienização das mãos?

Sim ( ) Não ( ) Talvez ( )

Você considera importante a proibição do uso de adornos na UTI?

Sim ( ) Não ( ) Indiferente ( )

Existe fiscalização na sua unidade?

Sim ( ) Não ( ) Não sei ( )

Você já recebeu orientação sobre o tema?

Sim ( ) Não ( )

PROTOCOLO INSTITUCIONAL

Existe protocolo formal sobre adornos? Sim ( ) Não ( )

Há treinamentos periódicos? Sim ( ) Não ( )

Existem ações de fiscalização? Sim ( ) Não ( )