
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A SEGURANÇA DO PACIENTE: PERSPECTIVA DE DOCENTES E UNIVERSITÁRIOS

Aline Santa Cruz Belela-Anacleto¹, Bruna Elisa Catin Sousa², Jamile Mika Yoshikawa³, Ariane Ferreira Machado Avelar⁴, Mavilde da Luz Gonçalves Pedreira⁵

¹ Doutoranda em Ciências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Bolsista Capes, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: alinebelela@uol.com.br

² Enfermeira do Hospital São Paulo. Bolsista de Iniciação Científica CNPq, 2011. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: brucatin@gmail.com

³ Enfermeira. Bolsista de Iniciação Científica FAPESP, 2011. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: mimi.miyake@bol.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp, São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: ariane.machado@unifesp.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Associado Livre-Docente da Escola Paulista de Enfermagem da Unifesp. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: mpedreira@unifesp.br

RESUMO: Pesquisa exploratória, de abordagem quantitativa, com objetivo de identificar a perspectiva de docentes e universitários da área da saúde sobre aspectos relacionados à higienização das mãos e infecções relacionadas à assistência à saúde no cotidiano de sua prática. Responderam o instrumento estruturado com sete assertivas relacionadas à temática, 109 universitários e 53 docentes de uma universidade pública de São Paulo, Brasil. Observou-se discordância significativa entre os grupos quanto à afirmativa de que os locais de estágio dispõem de suprimentos em pontos que favoreçam a higienização das mãos ($p=0,02$), e concordância significativa ($p<0,01$) quanto à indisponibilidade de álcool gel para higienização das mãos. As atividades práticas desenvolvidas pelos docentes e universitários ocorrem em locais nos quais não há adequada infraestrutura para práticas preconizadas de higienização das mãos, fato que pode contribuir para a ocorrência de falhas no processo de cuidar e compromete a segurança do paciente.

DESCRIPTORIOS: Lavagem de mãos. Segurança do paciente. Infecção hospitalar.

HAND HYGIENE AND PATIENT SAFETY: PERSPECTIVES OF PROFESSORS AND UNDERGRADUATE STUDENTS

ABSTRACT: Quantitative exploratory study with the objective to identify the perspectives of professors and undergraduate students on aspects regarding hand hygiene and healthcare associated infections in their daily care practice. The study instrument was a questionnaire with seven statements related to the studied theme, which was answered by 109 undergraduate students and 53 professors at a public university in São Paulo, Brazil. Significant disagreement between the two groups was observed in regard to the statement that internship settings make supplies available at points that promote hand hygiene practices ($p=0.02$), while significant agreement ($p<0.01$) was observed in regard to the unavailability of alcohol-based handrub preparation for hand hygiene. Practical activities developed by the professors and undergraduate students take place at locations where there is not proper infrastructure for recommended hand hygiene practices, which may contribute to lapses in the care process and compromise patient safety.

DESCRIPTORS: Hand disinfection. Patient safety. Cross infection.

HIGIENE DE LAS MANOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESORES Y UNIVERSITARIOS

RESUMEN: Investigación cuantitativa y exploratoria, que objetivó identificar las perspectivas de profesores y estudiantes sobre higiene de manos e infecciones relacionadas con el cuidado de salud en su cotidiano de práctica. Respondieron el instrumento estructurado con siete declaraciones relacionadas con el tema, 109 universitarios y 53 profesores de una universidad pública en São Paulo, Brasil. Fue observada discordancia significativa entre los grupos en relación con la afirmativa de que los sitios de enseñanza práctica tienen materiales que favorezcan la higiene de manos ($p=0,02$) y una concordancia significativa ($p<0,01$) con relación a la indisponibilidad del alcohol en gel para la higiene de manos. Las actividades prácticas desarrolladas por los profesores y universitarios ocurren en lugares donde no hay infraestructura adecuada para las prácticas recomendadas de higiene de manos, contribuyendo para la ocurrencia de fallas en el proceso de cuidado y comprometiendo la seguridad del paciente.

DESCRIPTORIOS: Desinfección de las manos. Seguridad del paciente. Infección hospitalaria.

INTRODUÇÃO

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRASs) ocorrem em todas as instituições, em diversos países, tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento, e acometem 1,4 milhões de pacientes em todo o mundo.¹ Resultam em maiores taxas de morbidade e mortalidade, prolongamento do tempo de internação, incapacitações de longo prazo, maior resistência de microorganismos a antimicrobianos, elevados custos para pacientes, famílias e sistema de saúde, e óbitos considerados preveníveis. Possuem causas multifatoriais, relacionadas à complexidade do sistema, aos processos de provisão de cuidados, às restrições econômicas e ao comportamento humano, esse, condicionado, entre outros, ao processo de educação.^{1,2} Dada a relevância da problemática para a segurança do paciente, recomenda-se que sua vigilância e prevenção constituam prioridade em serviços comprometidos a realizarem um cuidado mais seguro.¹

Em 2005, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs o primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, denominado 'Cuidado limpo é cuidado mais seguro', tendo como um dos seus principais objetivos o aprimoramento de práticas de Higienização das Mãos (HM), visando prevenir infecções e promover a segurança dos pacientes e dos profissionais.^{1,2} Embora a HM constitua a medida mais eficaz na prevenção da transmissão de microorganismos patogênicos, os estudos evidenciam que a adesão ao procedimento pela equipe multidisciplinar é insatisfatória.^{1,2}

Com base nos pressupostos da segurança do paciente e nas recomendações da OMS para que todos os países façam parte do desafio proposto, o objetivo desse estudo foi identificar a perspectiva de docentes e universitários da área da saúde sobre aspectos relacionados à HM e IRASs no cotidiano de sua prática.

MÉTODOS

Pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa. Foram convidados a participar do estudo universitários dos cursos de graduação em enfermagem e medicina de uma universidade pública do Estado de São Paulo e docentes do curso de graduação em enfermagem da mesma universidade.

Foram contatados universitários da terceira e quarta séries do curso de graduação em enfer-

magem e da quarta e quinta séries do curso de graduação em medicina, baseando-se no fato de que, nesses períodos, os mesmos já desenvolvem atividades práticas. No ano de 2011, o curso de graduação em enfermagem contava com 350 alunos distribuídos em quatro séries, sendo que o curso de medicina computava 740 alunos em seis séries. Foram identificados 88 e 89 alunos, respectivamente, na 3ª e 4ª séries do curso de enfermagem, e 120 alunos em cada uma dos referidos períodos do curso de medicina. Da população de 417 alunos matriculados, 399 (95,7%) forneceram seu endereço eletrônico para participação no estudo e 109 (27,3%) responderam o questionário completo.

Entre os 75 profissionais que compunham a totalidade do corpo docente do referido curso de graduação, 70 (93,3%) receberam o instrumento devido a férias e licenças, e 53 (75,7%) o enviaram com respostas completas, constituindo uma amostra de 162 pessoas.

A coleta de dados ocorreu após aprovação do mérito ético da pesquisa (pareceres n. 1478/10 e 1522/10) e aceite dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, no período de abril a maio de 2011. Os dados foram coletados via endereço eletrônico, a partir do envio de um instrumento estruturado contendo assertivas sobre a temática pesquisada. Os participantes deveriam indicar sua perspectiva em relação as mesmas em escala tipo Likert (concordo fortemente, concordo, não tenho opinião, discordo, discordo fortemente).

As variáveis investigadas eram relacionadas à caracterização demográfica da amostra e à perspectiva dos participantes em relação à estrutura e aos processos para realização de práticas de HM e prevenção de IRASs.

O instrumento de coleta dos dados foi elaborado com fundamentação na literatura sobre HM e segurança do paciente, e submetido à avaliação por três pesquisadores doutores, com mais de 10 anos de experiência em pesquisa no tema, a partir da técnica de Delphi, que consiste na consolidação do julgamento intuitivo de um grupo de peritos sobre eventos e tendências. A técnica baseia-se no uso estruturado do conhecimento, experiência e criatividade de um grupo de especialistas, supondo-se que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é melhor que a opinião de um só indivíduo.³

As afirmativas foram analisadas por meio de uma ficha de avaliação, na qual o juiz foi orientado a escolher, em escala tipo Likert, entre as opções 'concordo', 'não concordo, nem discordo'

e 'discordo' para cada afirmativa. Estipulou-se um nível de concordância de dois terços entre as opiniões, e a possibilidade de sugestões em caso de discordância. As assertivas que apresentaram discordância foram reformuladas a partir das sugestões propostas e submetidas a uma segunda rodada de Delphi. Após consenso e concordância de 100%, estabeleceu-se um instrumento com sete afirmações, apresentadas a seguir.

- Afirmação A: a infraestrutura dos serviços de saúde promove a adoção de medidas de precaução e uso adequado de equipamento de proteção individual durante a realização dos cuidados.
- Afirmação B: todo local/setor onde realize estágio tem pias em locais adequados com suprimento de sabão, papel toalha e álcool gel que favoreçam a implementação da higienização das mãos.
- Afirmação C: é muito frequente não ter álcool gel para higienização das mãos no local onde realize estágio.
- Afirmação D: o paciente e sua família devem exigir que todos higienizem suas mãos, antes da realização de procedimentos.
- Afirmação E: todos alunos são capacitados para realizar a higienização das mãos de maneira correta.
- Afirmação F: todos professores são capacitados para realizar a higienização das mãos de maneira correta.
- Afirmação G: os locais de realização de estágio com alunos apresentam maiores taxas de infecção quando comparados com unidades que não recebem alunos.

O instrumento de pesquisa foi incorporado a um programa informatizado (*LimeSurvey®* Estatísticas Rápidas) de elaboração de questionários que permite a coleta de dados *on-line*, controle de acesso por usuários, respostas obrigatoriamente sequenciais, armazenamento de dados, além de fornecer análise descritiva dos achados. Foi estipulado um prazo de 30 dias para o retorno do formulário enviado ao endereço eletrônico dos participantes, esse obtido pelos autores no momento do convite e aceite para participação no estudo.

Quanto à análise, as variáveis categóricas são apresentadas segundo frequências absoluta e relativa, e as variáveis numéricas segundo média

e desvio padrão. Para análise estatística foram utilizados o Teste do Qui-quadrado, Teste Exato de Fisher e Teste Binomial, adotando-se o nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Dos 53 docentes que responderam o instrumento de pesquisa, 94,3% eram do sexo feminino. No que se refere à idade, 22 (41,5%) professores tinham entre 51 e 60 anos e 20 (37,7%) entre 41 e 50 anos. O nível de formação acadêmica variou entre os docentes: 56,6% (30) eram doutores, 28,3% (15) eram mestres, 7,5% (quatro) possuíam título de pós-doutorado, 5,7% (três) eram especialistas e 1,9% (um) possuíam apenas graduação. Entre os locais nos quais referiram realizar estágio com atendimento de paciente, houve predominância das unidades hospitalares (67%), seguido de unidades básicas de saúde (33,9%) e de unidades ambulatoriais (28,3%). Destaca-se que, nessa questão, era possível que o participante apontasse mais do que uma alternativa.

Quanto aos universitários, foram obtidos 109 formulários respondidos por 84 (77,1%) alunos do sexo feminino e 25 (22,9%) do sexo masculino. A média de idade dos estudantes foi de 22,84 ($\pm 2,82$) anos. Quanto ao curso de graduação, 23 (21,1%) e 52 (47,7%) cursavam, respectivamente, a terceira e a quarta séries do curso de graduação em enfermagem, enquanto 24 (22%) e 10 (9,2%) estavam, respectivamente, na quarta e quinta séries do curso de medicina. Segundo os dados primários, dos 11 (10,1%) universitários que já trabalhavam na área da saúde, nove (8,3%) atuavam na área assistencial, um (0,9%) desenvolvia atividades de pesquisa e um (0,9%) exercia atividades administrativas.

A maior parte dos estudantes de enfermagem (98,7%) e de medicina (55,9%) referiu ter obtido aprendizado formal sobre conteúdos relativos à segurança do paciente no decorrer de sua formação, sendo que 58,5% dos docentes afirmaram não ministrar conteúdo relativo à segurança do paciente no curso de graduação em enfermagem.

Ao analisar as respostas dos participantes quanto à afirmação de que 'a infraestrutura dos serviços de saúde promove a adoção de medidas de precaução e uso adequado de equipamento de proteção individual durante a realização dos cuidados' verificou-se discordância significativa ($p < 0,01$) (Tabela 1), embora a avaliação individual por grupo evidencie discreta diferença de opinião dos universitários e majoritária discordância da afirmativa pelos docentes (Tabela 2).

Tabela 1- Perspectiva de docentes e universitários referente às afirmações apresentadas. São Paulo-SP, 2011

Afirmações	Docentes		Universitários		Total		Teste estatístico
	n	%	n	%	n	%	
Afirmação A							
Discordo fortemente/Discordo	40	75,5	49	48,0	89	57,4	$\chi^{2*}=10,74$ p<0,01
Concordo fortemente/Concordo	13	24,5	53	52,0	66	42,6	
Total	53	100,0	102	100,0	155	100,0	
Não tenho opinião	7						
Afirmação B							
Discordo fortemente/Discordo	37	71,2	91	85,8	128	81,0	$\chi^{2*}=4,90$ p=0,02
Concordo fortemente/Concordo	15	28,8	15	14,2	30	19,0	
Total	52	100,0	106	100,0	158	100,0	
Não tenho opinião	4						
Afirmação C							
Discordo fortemente/Discordo	20	38,5	20	19,0	40	25,5	$\chi^{2*}=6,90$ p<0,01
Concordo fortemente/Concordo	32	61,5	85	81,0	117	74,5	
Total	52	100,0	105	100,0	157	100,0	
Não tenho opinião	5						
Afirmação D							
Discordo fortemente/Discordo	4	7,8	3	2,8%	7	4,4%	Fisher † p=0,21
Concordo fortemente/Concordo	47	92,2	104	97,2	151	95,6	
Total	51	100,0	107	100,0	157	100,0	
Não tenho opinião	4						
Afirmação E							
Discordo fortemente/Discordo	15	29,4	22	20,8	37	4,4	$\chi^{2*}=1,43$ p=0,23
Concordo fortemente/Concordo	36	70,6	84	79,2	120	95,6	
Total	51	100,0	106	100,0	157	100,0	
Não tenho opinião	5						
Afirmação F							
Discordo fortemente/Discordo	19	39,6	20	20,2%	39	26,5	$\chi^{2*}=6,23$ p=0,01
Concordo fortemente/Concordo	29	60,4	79	79,8%	108	73,%	
Total	48	100,0	99	100,0%	147	100,0	
Não tenho opinião	15						
Afirmação G							
Discordo fortemente/Discordo	28	75,7	39	72,2	67	73,6	$\chi^{2*}=0,15$ p=0,71
Concordo fortemente/Concordo	9	24,3	15	27,8	24	26,4	
Total	37	100,0	54	100,0	91	100,0	
Não tenho opinião	71						

* χ^2 : Teste do qui-quadrado; †Teste Exato de Fisher.**Tabela 2 - Distribuição binomial referente às afirmações apresentadas. São Paulo-SP, 2011**

(Continua)

Categoria		P O*	Probabilidade	p
Afirmação A				
Docentes	Concordo fortemente/Concordo	13	0,25	0,50
	Discordo fortemente/Discordo	40	0,75	
Universitários	Concordo fortemente/Concordo	53	0,52	0,50
	Discordo fortemente/Discordo	49	0,48	
Afirmação B				
Docentes	Concordo fortemente/Concordo	15	0,29	0,50
	Discordo fortemente/Discordo	37	0,71	
Universitários	Concordo fortemente/Concordo	15	0,14	0,50
	Discordo fortemente/Discordo	91	0,86	

(Continuação)

Afirmação C					
Docentes	Concordo fortemente/Concordo	32	0,62	0,50	0,126
	Discordo fortemente/Discordo	20	0,38		
Universitários	Concordo fortemente/Concordo	85	0,81	0,50	<0,01
	Discordo fortemente/Discordo	29	0,19		
Afirmação D					
Docentes	Concordo fortemente/Concordo	47	0,92	0,50	<0,01
	Discordo fortemente/Discordo	4	0,8		
Universitários	Concordo fortemente/Concordo	104	0,97	0,50	<0,01
	Discordo fortemente/Discordo	3	0,03		
Afirmação E					
Docentes	Concordo fortemente/Concordo	36	0,71	0,50	0,05
	Discordo fortemente/Discordo	15	0,29		
Universitários	Concordo fortemente/Concordo	84	0,79	0,50	<0,01
	Discordo fortemente/Discordo	22	0,21		
Afirmação F					
Docentes	Concordo fortemente/Concordo	29	0,60	0,50	0,193
	Discordo fortemente/Discordo	19	0,40		
Universitários	Concordo fortemente/Concordo	79	0,80	0,50	<0,01
	Discordo fortemente/Discordo	20	0,20		
Afirmação G					
Docentes	Concordo fortemente/Concordo	9	0,24	0,50	0,03
	Discordo fortemente/Discordo	28	0,76		
Universitários	Concordo fortemente/Concordo	15	0,28	0,50	0,01
	Discordo fortemente/Discordo	39	0,72		

* PO: proporção observada.

Docentes e universitários discordaram significativamente da afirmativa de que 'em todo local/setor onde realize estágio existem piaas em locais adequados, com suprimento de sabão e papel toalha, que favorecem a implementação da HM' ($p=0,02$) (Tabelas 1 e 2).

Quando os participantes foram questionados sobre a indisponibilidade de álcool gel (Afirmação C), houve concordância significativa ($p<0,01$), sendo que entre os universitários a concordância também apresentou significância estatística ($p<0,01$) (Tabelas 1 e 2).

Ao serem solicitados a indicar se estavam de acordo com a afirmação de que o paciente e sua família devem exigir que todos higienizem suas mãos antes da realização de procedimentos, detectou-se concordância inter e intra-grupos de participantes (Tabelas 1 e 2).

Quanto às afirmações E, 'todos os alunos são capacitados para realizar a HM de maneira correta', F, 'todos os professores são capacitados para realizar a HM de maneira correta,' e G, 'os locais de realização de estágio com alunos apresentam maiores taxas de infecção quando comparados com unidades que não recebem alunos', houve concordância em relação à capacitação para HM, e discordância quanto à terceira situação (Tabelas 1 e 2).

DISCUSSÃO

Segundo a OMS, a segurança do paciente representa um sério problema de saúde pública mundial, tornando-se tema de relevância crescente na última década e de abordagem fundamental durante a formação em saúde. É definida como a ausência de dano ao paciente durante o processo de cuidado, e abrange em seu contexto a promoção de uma assistência eficaz, em momento oportuno, que seja equânime e fundamentada na melhor informação científica e nas necessidades integrais e individuais do paciente e de sua família.^{4,5} Embora a maior parte dos universitários tenha afirmado ter obtido aprendizado formal sobre conteúdos relativos à segurança do paciente no decorrer de sua formação, mais da metade dos docentes afirmou não ministrar tal temática no curso de graduação em enfermagem.

Dados da literatura mostram que a abordagem da temática segurança do paciente no currículo dos cursos de graduação é mais frequente em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos da América (EUA) e no Reino Unido, e em geral ocorre como disciplina optativa, não havendo inclusão formal na estrutura curricular educacional em saúde. Embora sejam evidenciadas divergências quanto ao planejamento dos cursos oferecidos, os

resultados de estudos revelam maior conhecimento, aprimoramento das habilidades e atitudes por parte dos universitários, no contexto da segurança do paciente, após sua implementação. Afirma-se que todos os membros da equipe multiprofissional, incluindo os estudantes, devem ser capazes de reconhecer situações de risco, de notificar erros e eventos adversos de forma sistemática, de analisar o sistema, e de revelar a ocorrência aos pacientes e familiares, contribuindo para a promoção da segurança e da qualidade do cuidado, desde que tenham preparo, orientação e suporte adequados.⁶⁻⁷

As precauções padrão foram estabelecidas em 1996 pelo *Centers for Disease Control and Prevention* dos EUA, para serem adotadas no atendimento de todos os pacientes, independente de seu diagnóstico.⁸ Entre as medidas recomendadas estão a HM e o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI).⁸⁻⁹ No Brasil, a lei n. 9.431 de 1997 dispõe sobre a obrigatoriedade de Programas de Controle de Infecções Hospitalares em instituições nacionais, e a Portaria n. 2.616 de 1998 contempla as diretrizes e normas para a prevenção e o controle desses eventos e, por sua vez, as medidas referidas.⁹⁻¹¹ No entanto, é reconhecida a dificuldade e até mesmo a ausência de cumprimento das recomendações científicas e governamentais nas organizações hospitalares brasileiras, mesmo nas regiões mais ricas do país, dadas as disparidades em suas características assistenciais e de disponibilização de recursos.¹¹

A discreta diferença de opinião dos universitários quanto à afirmação relacionada à infraestrutura (afirmação A) sugere que a percepção desse fato requeira maior experiência prática e senso crítico, uma vez que todos os participantes atuam predominantemente em instituições hospitalares públicas (Tabela 2). Especialistas afirmam que a abordagem dessa problemática deve exceder as ações focais e restritas, já que está relacionada, fundamentalmente, à maneira pela qual as políticas de saúde são introduzidas e distribuídas, à qualidade da assistência em geral, à reformulação ou inovação de modelos técnico assistenciais e à elaboração de estratégias de avaliação.¹¹

Os grupos demonstraram discordância com a afirmação de que em todo local/ setor onde realizam estágio existem pias em locais adequados com suprimento de sabão e papel toalha que favorecem a implementação da HM (Tabelas 1 e 2).

As dificuldades financeiras e de recursos enfrentadas pelas instituições hospitalares públicas brasileiras são cotidianamente divulgadas e vivenciadas pelos usuários, alunos e pelos próprios pro-

fissionais. Revisão sistemática publicada pela OMS evidenciou que as IRAS representam o principal problema em saúde de países em desenvolvimento, com relevância epidemiológica ainda maior do que em países desenvolvidos. Comparando a prevalência média desses eventos na Europa (7,1%) e a incidência estimada nos EUA (4,5% em 2002), a prevalência agrupada de IRAS em países classificados como de renda baixa ou média como o Brasil, é considerada substancialmente maior (10,1%, variando de 5,7% a 19%).¹²

A HM é reconhecida como a medida mais eficaz na prevenção das IRAS, fato demonstrado por meio de estudos que evidenciam a redução da transmissão de microorganismos patogênicos paralelamente ao aumento da adesão dos profissionais ao procedimento.^{1,13} Apesar de sua importância epidemiológica, promover a adesão a tal prática é descrita como grande desafio. Estudo multicêntrico realizado nos EUA evidenciou que a adesão às práticas de HM é de aproximadamente 50% ou menos, dado semelhante aos de outros estudos observacionais.¹⁴⁻¹⁵ A literatura evidencia que a indisponibilidade e a dificuldade de acesso aos insumos necessários para HM constituem barreiras relevantes nesse processo. Segundo a OMS, o preparo da instituição por meio da provisão de infraestrutura e do fornecimento de recursos constitui requisito fundamental na promoção das práticas de HM.¹

Houve concordância por parte de todos os participantes quanto à afirmativa de que é frequente não ter a preparação alcoólica para HM nos locais nos quais realizam estágio (Tabela 1). A OMS recomenda a fricção com preparação alcoólica como a principal forma de higienização rotineira das mãos, constituindo único meio rápido e efetivo para inativação de amplo número de microorganismos, não devendo ser utilizado em situações nas quais as mãos estiverem visivelmente sujas, se houver risco potencial de exposição a patógenos formadores de esporos e após utilização do sanitário, quando deve ser realizada lavagem com água e sabão. Além disso, a adesão às práticas de HM é maior quando a preparação alcoólica está disponível, em fácil acesso.¹ No Brasil, uma resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde do país.¹⁶ Entretanto, muitas instituições hospitalares parecem ainda não disponibilizar o insumo adequadamente.

Os dois grupos indicaram estar de acordo com a afirmação de que o paciente e sua família

devem exigir que todos higienizem suas mãos antes da realização de procedimentos. Pesquisa realizada com consumidores de serviço de saúde nos EUA revelou que quatro em cada cinco pessoas perguntariam ao profissional de saúde se o mesmo higienizou as mãos se tivessem recebido informações quanto à importância do procedimento.¹⁷ A OMS preconiza a participação do paciente em iniciativas para promoção de sua própria segurança e os considera como parte essencial da equipe de saúde.^{1,18} Estudos evidenciam que o desejo do paciente em ser envolvido com determinada tarefa depende diretamente da atitude e da postura institucional em relação a sua segurança e participação.^{1,17,19}

Tanto docentes quanto universitários concordaram que ambos os grupos são capacitados para correta HM.

As pesquisas revelam que estudantes superestimam sua adesão às práticas de HM. Estudo realizado com estudantes de medicina evidenciou taxa de adesão à HM variando de 9% a 27% durante realização de exame clínico, valores considerados baixos.²⁰ Pesquisa nacional conduzida com universitários do 2º, 3º e 4º anos do curso de graduação em enfermagem apontou que a adesão à HM antes e após a realização de um procedimento diminuiu conforme o avanço do estudante no curso. A proporção de alunos do 4º ano que realizaram os passos da técnica nos momentos referidos foi muito baixa (12,5%) quando comparada ao 2º (82,1%) e 3º (59,4%) anos, sendo que nenhum aluno do 4º ano a executou com exatidão.²¹

É consenso que o conhecimento de alunos de graduação sobre o controle de IRASs é crucial tanto para sua prática clínica atual e futura quanto para a segurança do paciente. Sendo assim, torna-se relevante que todas as instituições de ensino em saúde assegurem a implementação de adequado programa educacional e de procedimentos de avaliação, que por sua vez promovam o ensino e o aprendizado de práticas seguras, fazendo com que o comportamento de adesão à HM seja incorporado ao processo de cuidar do universitário.²²⁻²³

No que se refere aos docentes, não foram encontrados estudos que abordassem a temática 'higienização das mãos' especificamente com esse grupo. Embora as evidências mostrem adesão insatisfatória dos profissionais de saúde ao procedimento, acreditamos que a responsabilidade e a influência que exercem na formação dos alunos fundamentem a concordância significativa dos universitários e professores com a afirmativa proposta.

Não foram localizadas pesquisas que fundamentassem a maior ocorrência de infecção em locais onde há realização de estágios com alunos de graduação quando comparados com unidades onde não ocorre essa atividade. Observa-se em alguns estudos associação entre maiores taxas de infecção de corrente sanguínea e de sítio cirúrgico quando os procedimentos são realizados por médicos residentes.²⁴

A comparação intra ou interinstitucional de taxas de IRASs requer o uso de indicadores globais que utilizem os mesmos critérios de classificação, fato que dificulta tal análise.²⁵ Estudo que discute a evolução e as características de hospitais universitários avalia que o fato de dispor de pessoal mais qualificado não os leva, necessariamente, a prestarem uma assistência de melhor qualidade. Embora devessem constituir modelo para o profissional em formação, em muitos casos apresentam grave deterioração dos padrões de atendimento.²⁶

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo possui limitações concernentes à descrição de realidade vivenciada em um centro único e com amostra limitada frente à população de alunos e docentes que atuam em cursos da área da saúde. Contudo, explicita resultados que evidenciam a necessidade de provimento de insumos e condições básicas para melhorar a prestação de assistência e a segurança no sistema de saúde em uma das mais desenvolvidas cidades do país.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que, segundo a perspectiva de docentes e universitários da área da saúde, as atividades de estágio ocorrem em locais nos quais não há adequada infraestrutura para práticas preconizadas de HM, fato que contribui para a ocorrência de falhas no processo de cuidar e compromete a segurança do paciente. Verifica-se, portanto, necessidade de aprimoramento da infraestrutura e de disponibilização de recursos para práticas de HM, além de abordagem aprofundada referente à prevenção e controle de infecções como estratégia de promoção da segurança do paciente durante a formação dos profissionais de saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo número 476088/2010-0).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on hand hygiene in health care. 2009. Genebra (SW): WHO; 2009.
2. Pittet D, Donaldson L. Clean care is safer care: a worldwide priority. *Lancet*. 2005 Oct; 366(9493):1246-7.
3. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesq Adm*. 2000; 1(12):54-65.
4. World Health Organization (WHO). 10 facts on patient safety. Genebra (SW): WHO; 2012.
5. Pedreira MLG. Segurança do paciente na terapia intravenosa. In: Harada MJCS, Pedreira MLG. *Terapia intravenosa e infusões*. São Caetano do Sul, (SP): Yendis; 2011 p.15-29.
6. Madigosky WS, Headrick LA, Nelson K, Cox KR, Anderson T. Changing and sustaining medical students' knowledge, skills, and attitudes about patient safety and medical fallibility. *Acad Med*. 2006 Jan; 81(1):94-101.
7. Nie Y, Li L, Duan Y, Chen P, Barraclough BH, Zhang M, et al. Patient safety education for undergraduate medical students: a systematic review. *BMC Med Educ* [online]. 2011 Jun [acesso 2012 Fev 14]; 11:33. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/11/33>
8. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
9. Lopes ACS, Oliveira AC, Silva JT, Paiva MHRS. Adesão as precauções padrão pela equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jun; 24(6):1387-96.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.616, de 12 de maio de 1998. Expede diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 13 Mai 1998. Seção 1.
11. Giunta APN, Lacerda RA. Inspeção dos programas de controle de infecção hospitalar dos serviços de saúde pela vigilância sanitária: diagnóstico de situação. *Rev Esc Enferm USP*. 2006 Mar; 40(1):64-70.
12. World Health Organization (WHO). Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Genebra (SW): WHO; 2011.
13. Haas JP, Larson EL. Measurement of compliance in hand hygiene. *J Hosp Infec*. 2007 Mai; 66(1): 6-14.
14. Hugonner S, Pittet D. Hand hygiene - beliefs or science? *Clin Microbiol Infect*. 2000 Jul; 6(7): 348-54.
15. McGuckin M, Waterman R, Govednik J. Hand hygiene compliance rates in the United States: a one-year multicenter collaboration using product/volume usage measurement and feedback. *Am J Med Qual*. 2009 Mai-Jun; 24(3):205-13.
16. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR), Resolução de Diretoria Colegiada n. 42, de 25 de outubro de 2010: Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos. *Diário Oficial da União, Brasília. Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 26 Out 2010. Seção 1.
17. McGuckin M, Waterman R, Shubin A. Consumer attitudes about health care-acquired infections and hand hygiene. *Am J Med Qual*. 2006 Set-Out; 21(5):342-6.
18. World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009. Genebra (SW): WHO; 2008.
19. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003 Oct; 362(9391):1225-30.
20. Hunt DCE, Mohammudally A, Stone SP, Dacre J. Hand-hygiene behaviour, attitudes and beliefs in first year clinical medical students. *J Hosp Infect*. 2005 Abr; 59(4):371-3.
21. Felix CCP, Miyadahira AMK. Avaliação da técnica de lavagem das mãos executada por alunos do curso de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 Mar; 43(1):139-45.
22. Mann CM, Wood A. How much do medical students know about infection control? *J Hosp Infect*. 2006 Dez; 64(4):366-70.
23. Azambuja EP, Pires DP, Vaz MRC. Prevenção e controle da infecção hospitalar: as interfaces com o processo de formação do trabalhador. *Texto Contexto Enferm* 2004; 13(n.esp):79-86.
24. Papadimos TJ, Hensely SJ, Duggan JM, Hofmann JP, Khuder SA, Borst MJ, et al. Intensivist supervision of resident-placed central venous catheters decreases the incidence of catheter-related blood stream infections. *Patient Saf Surg*. 2008 Abr; 30; 2:11.
25. Santos AAM. O modelo brasileiro para o controle das infecções hospitalares: após vinte anos de legislação, onde estamos e para onde vamos? [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde; 2006.
26. Medici AC. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev Ass Med Brasil*. 2001 Jun; 47(2):149-56.

Correspondência: Aline Santa Cruz Belela-Anacleto
 Rua Aluísio Azevedo 318, ap. 22
 02021-030 – Santana, São Paulo, SP
 E-mail: alinebelela@uol.com.br

Recebido: 13 de Junho 2012
 Aprovado: 18 de Setembro 2013