

# Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos

*Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals*

*Adherencia de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos a los cinco momentos de higiene de las manos*



Luccas Melo de Souza<sup>a</sup>  
 Maríndia Fernandes Ramos<sup>b</sup>  
 Evelin Santos da Silva Becker<sup>c</sup>  
 Lisiani Celina da Silva Meirelles<sup>a</sup>  
 Suzana Aparecida Oliveira Monteiro<sup>d</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090>

## RESUMO

**Objetivo:** Identificar a adesão dos profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva aos cinco momentos de higienização das mãos.

**Método:** Estudo transversal analítico, com abordagem quantitativa, embasado em dados secundários de um banco de dados de um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar de uma instituição do sul do Brasil. Foram analisadas 793 observações de julho a dezembro de 2012.

**Resultados:** Em 446 (56,2%) observações, não ocorreu a higienização das mãos, ficando a taxa de adesão em 43,7%. A maior adesão à higienização das mãos foi dos fisioterapeutas (53,5%) e a menor, dos técnicos de enfermagem (29,2%). As indicações com menor adesão à higienização das mãos foram “antes do contato com o paciente” (18,4%) e “antes de procedimento asséptico” (20,9%).

**Conclusão:** A prática de higienização das mãos está distante das diretrizes nacionais e internacionais, principalmente frente ao cenário atual de aumento de infecções por microorganismos multirresistentes.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Terapia intensiva. Infecção hospitalar. Higiene das mãos. Desinfecção das mãos. Segurança do paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** to identify the adherence of health professionals of an intensive care unit to the five moments for hand hygiene.

**Method:** cross-sectional analytical study with a quantitative approach, based on secondary data from a database of a hospital infection control service at an institution in southern Brazil. A total of 793 observations were analyzed from July to December 2012.

**Results:** hand washing was not performed in 446 (56.2%) of the observations, and the adherence rate was 43.7%. The greatest adherence to hand hygiene was among the physiotherapists (53.5%) and the lowest adherence was among the nursing staff (29.2%). The indications with the lowest adherence rates to hand hygiene were “before touching the patient” (18.4%) and “before aseptic procedure” (20.9%).

**Conclusion:** we conclude that adherence to hand washing does not comply with the national and international guidelines, especially when we consider the current scenario of growing infections caused by multidrug-resistant microorganisms.

**Keywords:** Nursing. Intensive care. Cross infection. Hand hygiene. Hand disinfection. Patient safety.

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar la adherencia de los profesionales sanitarios de una Unidad de Cuidados Intensivos a los cinco momentos de la higiene de manos.

**Método:** estudio de corte transversal analítico con un enfoque cuantitativo, basado en datos secundarios de una base de datos de un servicio de Control de Infecciones en una institución en el sur de Brasil. Se analizaron 793 observaciones, de julio a diciembre de 2012.

**Resultados:** En 446 (56,2%) de las observaciones no se produjo la higiene de manos, y la tasa de adhesión fue de 43,7%. La mayor adherencia a la higiene de las manos fue de fisioterapeutas (53,5%) y el más bajo del personal de enfermería (29,2%). Indicaciones con menor adhesión a la higiene de manos fueron los “antes del contacto con el paciente” (18,4%) y “antes del procedimiento aséptico” (20,9%).

**Conclusión:** Llegamos a la conclusión de que la práctica de la higiene de las manos es distante de las directrices nacionales e internacionales, sobre todo a causa de la situación actual de aumento de las infecciones por microorganismos multirresistentes.

**Palabras clave:** Enfermería. Cuidados intensivos. Infección hospitalaria. Higiene de las manos. Desinfección de las manos. Seguridad del paciente.

<sup>a</sup> Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Campus Gravataí. Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Hospital Dom João Becker, Gravataí, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Hospital Universitário, Canoas, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>d</sup> Grupo Fleury, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A higienização das mãos (HM) é reconhecida como a prática mais efetiva para reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), pois impede a transmissão cruzada de microorganismos<sup>(1)</sup>. O cuidado em saúde deve ser conduzido com consciência, responsabilidade profissional e compromisso assumido para com o outro, no zelo de sua saúde e segurança, livre de danos evitáveis, como determinam os códigos de ética das profissões da área da saúde<sup>(2)</sup>. Nesse sentido, considera-se a HM das mãos como um componente da segurança do paciente, definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde<sup>(3)</sup>.

Com isso, a campanha de HM (intitulada “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura”), foi inserida na Aliança Mundial para Segurança do Paciente e adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, como o primeiro desafio a ser superado para promover a segurança do paciente. O Brasil incluiu-se na Aliança em 2007, representando o compromisso político de melhorar os aspectos relacionados à assistência à saúde, especialmente na redução dos riscos inerentes às IRAS<sup>(4-5)</sup>.

A OMS propõe que a HM seja utilizada por qualquer unidade de saúde, independente dos recursos disponíveis. Para isso, indica os cinco momentos para HM: (i) antes de contato com paciente; (ii) antes da realização de procedimento asséptico (como inserção de cateteres ou administração de medicamentos endovenosos); (iii) após risco de exposição a fluídos corporais (como sangue, saliva ou suor); (iv) após contato com paciente e/ou (v) após contato com as áreas próximas ao paciente (mobiliário, maçanetas, bombas de infusão ou qualquer superfície nas proximidades do paciente)<sup>(5)</sup>.

A HM das mãos tem por objetivo remover sujidade, material orgânico e/ou microrganismos, prevenindo sua transmissão cruzada. Pode ocorrer de quatro maneiras: higienização simples das mãos (com água e sabão); higienização antisséptica das mãos; fricção antisséptica das mãos (desde que não haja sujidade visível) e antisepsia cirúrgica das mãos<sup>(6)</sup>.

Estima-se que, diariamente, mais de 1,4 milhão de pessoas em todo o mundo são acometidas por infecções evitáveis relacionadas à assistência à saúde. No Brasil, calcula-se que 3% a 15% das pessoas hospitalizadas desenvolvem alguma IRAS<sup>(4)</sup>, que pode agravar a saúde do paciente, prolongar a permanência hospitalar, aumentar os custos do tratamento e levar ao óbito.

Além dos gastos financeiros, as IRAS estão associadas aos microrganismos multirresistentes, repercutindo mun-

dialmente e evidenciando a necessidade de controle dos processos de vigilância e de bloqueio epidemiológico com a HM. Assim, os dados coletados com a vigilância da adesão a HM auxiliam a guiar e a preparar ações, pois quando a HM é observada durante a assistência diária, torna-se indicador válido para a segurança do paciente<sup>(4)</sup>.

Nesse contexto, o presente estudo objetivou identificar a adesão dos profissionais de saúde de uma Unidade de Tratamento Intensivo quanto aos cinco momentos da HM preconizados pela OMS.

## ■ MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa, a partir de dados secundários obtidos do banco de dados eletrônico do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) de um hospital do sul do Brasil. Esse banco foi construído por observações/acompanhamentos realizados diariamente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de Porto Alegre, referência no atendimento a pacientes com trauma e queimaduras. Essas observações fazem parte da rotina diária de vigilância da HM do SCIH do hospital.

A UTI desse hospital é composta de 28 leitos individuais, subdivididos em três postos de enfermagem, atendendo adultos e crianças. Os leitos ou pontos de assistência são separados por divisórias e portas de vidro; todos possuem pia com dispensadores de sabonete líquido, papel toalha e dispensadores de álcool *spray* para fricção antisséptica das mãos. Cada posto possui, no mínimo, uma pia para HM, sendo que um posto dispõe de quatro pias e os outros dois postos possuem uma pia cada, totalizando seis pias nos postos de enfermagem. Essas seis pias, somadas as 28 pias junto aos leitos, possibilitam a realização da HM no ponto de assistência. A solução alcoólica é disponibilizada na apresentação de *spray* (40 dispensadores na UTI) e está disponível em pontos estratégicos dos postos de enfermagem e dos pontos de assistência. Salienta-se que o ponto de assistência é o local onde três elementos se unem: o paciente, o profissional de saúde e o cuidado/tratamento, envolvendo contato com o paciente ou seu arredor (dentro da zona do paciente). Os produtos para HM devem estar disponíveis no ponto de assistência sem que haja necessidade de se deixar a zona do paciente (idealmente ao alcance das mãos do profissional de saúde ou dentro do limite de dois metros)<sup>(7)</sup>.

Foi escolhida a UTI, para a coleta dos dados secundários, por estar em conformidade com as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)<sup>(7)</sup> na distribuição dos materiais para HM. A população do estudo foi formada

por todos os profissionais de saúde que estão diretamente ligados à assistência ao paciente na UTI e que foram acompanhados pela equipe do SCIH (por meio da rotina diária de vigilância de HM), no período de julho a dezembro de 2012. Como critério de inclusão, utilizou-se: ser médico, fisioterapeuta, enfermeiro ou técnico de enfermagem da UTI. Os residentes de enfermagem, medicina e fisioterapia compuseram, respectivamente, o grupo de enfermeiros, médicos e fisioterapeutas na análise dos dados. Os critérios de exclusão foram: estudantes em nível técnico/graduação e profissionais que realizam serviço de apoio no local de estudo (como os de nutrição, radiologia, laboratório, banco de sangue ou demais áreas de assistência).

Os dados foram extraídos de um banco de dados oriundo da rotina de vigilância da HM do SCIH do hospital. As observações da vigilância de adesão à HM (rotina na instituição desde setembro de 2011) são realizadas nos turnos matutino e vespertino, com exceção dos finais de semana e feriados. A vigilância objetiva subsidiar estudos e intervenções na temática, por meio de observação direta pelos integrantes do setor de SCIH, utilizando formulário por eles elaborado, de acordo com a campanha dos “Cinco Momentos” da OMS<sup>(2-3)</sup>.

A vigilância de adesão à HM ocorreu da seguinte forma: eram observadas 120 indicações mensais para HM, as quais eram divididas em 30 observações mensais para cada categoria profissional. As observações ocorriam com escala pré-definida pela equipe do SCIH, em que a quantidade diária dependia do número de dias úteis mensais (cerca de cinco ou seis observações ao dia), devendo completar, pelo menos, 120 observações mensais. Neste sentido, em cada dia era observada uma classe profissional, tentando evitar que o profissional soubesse qual categoria estava sendo observada. Os observadores eram estagiários de enfermagem do SCIH, os quais receberam treinamento para a vigilância.

A escolha do profissional a ser observado ocorria conforme presença na UTI na chegada dos observadores. O observador, ao entrar na UTI, esperava pela primeira oportunidade assistencial para acompanhar a categoria profissional a ser observada no dia. Quando o profissional iniciava uma ação com indicação de HM (um dos cinco momentos de HM da OMS), o observador assinalava na planilha qual a indicação e qual a ação realizada. A quantidade de oportunidades marcadas na planilha dependia, então, da quantidade de indicações que o profissional executou. A quantidade de observações diárias pré-estabelecidas pelo SCIH poderia ser preenchida por apenas um profissional observado, porém, na falta de indicações, eram observados mais profissionais durante o dia, selecionados da mesma forma que o primeiro, até completar as observações diárias.

Salienta-se que a rotina de vigilância da HM da instituição, nesse primeiro momento, estava centrada na avaliação conforme os cinco momentos da higienização das mãos da OMS. Por isso, o foco da observação estava apenas na realização ou não da HM, ou seja, não foi observada a técnica correta da HM, tampouco quanto à retirada de adornos.

Os dados dessas observações eram assinalados em planilhas impressas, sendo posteriormente digitados em planilha eletrônica. O programa eletrônico foi criado pelo setor de informática do hospital, para exclusiva utilização do setor de SCIH. As variáveis extraídas para esse estudo foram: o turno da observação, a categoria profissional do observado, a indicação de HM (definido, neste estudo, como um dos cinco momentos da HM da OMS) e a ação realizada pelo profissional observado (HM com álcool spray/gel, HM com água e sabão ou ausência da ação de HM).

Utilizou-se estatística descritiva (frequência, medidas de tendência central e de dispersão) e analítica com o teste Qui-quadrado de Pearson. Foram considerados estatisticamente significativos os valores com p bicaudal menor do que 0,05. Foi calculada a taxa de adesão à HM, formada pela divisão entre o número de ações e o número de oportunidades, multiplicando esse resultado por cem<sup>(8)</sup>.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da instituição proponente (parecer 301.969/2013) e do campo de estudo (parecer 387.535/2013). Utilizou-se um termo de compromisso para a utilização de dados secundários.

## ■ RESULTADOS

Foram realizadas 793 observações (Tabela 1) no período, predominando no turno da manhã e envolvendo profissionais de nível superior. Foi homogênea a distribuição das observações conforme as quatro categorias incluídas no estudo – um dos critérios de vigilância do SCIH, preconizando observações proporcionais entre as categorias profissionais.

A indicação que obteve menor observação foi “antes de procedimento asséptico” (5,4%), sendo que as mais observadas foram “após contato com paciente” (31,3%) e “após contato com o ambiente do paciente” (27,2%).

Em 446 (56,2 %) observações não ocorreu a HM (Tabela 2). Foi mais frequente a HM com água e sabão em comparação à fricção com álcool, tanto na análise referente à categoria profissional quanto ao tipo de indicação para HM. A taxa de adesão à HM foi de 43,7%,

Na Tabela 3, foram analisadas as variáveis preditoras com o desfecho dicotomizado em realizou HM ou não rea-

**Tabela 1** – Características das observações segundo profissão, turno e indicação para higiene das mãos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Variáveis	N	(%)
<b>Profissão</b>		
Enfermeiro	200	25,2
Médico	197	24,8
Fisioterapeuta	198	25,0
Técnico de Enfermagem	198	25,0
<b>Turno*</b>		
Manhã	501	72,2
Tarde	188	27,2
<b>Indicação</b>		
Antes do contato com o paciente	196	24,7
Antes de procedimento asséptico	43	5,4
Após risco de exposição a fluido	90	11,3
Após contato com paciente	248	31,3
Após contato com ambiente do paciente	216	27,2

Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Dados da pesquisa, 2012. n=frequência; \*amostra menor que 793.

lizou. Houve diferença estatisticamente significativa na HM conforme a profissão e a indicação.

Quanto à profissão, os técnicos de enfermagem (29,8%) foram os que menos aderiram e os fisioterapeutas (53,5%) os que mais aderiram à HM ( $p < 0,001$ ). Com relação à indicação, conforme classificação dos cinco momentos da HM, foi menor ( $p < 0,001$ ) a adesão nas indicações “antes do contato com o paciente” (81,6%) e “antes de procedimento asséptico” (79,1%) em comparação as ações denominadas como “após o contato” (com paciente, com o ambiente do paciente ou risco de exposição).

## DISCUSSÃO

No hospital em estudo, a HM pode ser realizada antes/após o contato com o paciente e/ou ambiente do paciente, visto que todos os pontos de assistência possuem piaas exclusivas e dispensadores com álcool *spray*. A não realização dessa prática compromete a segurança dos envolvidos pelo risco de transmissão de microrganismos do paciente para ele mesmo, para o profissional de saúde, para outros pacientes e para o ambiente próximo ao paciente<sup>(4)</sup>.

A HM das mãos não ocorreu em 446 (56,2%) observações, o que é preocupante. A razão entre número de oportunidades e o número de HM indicou taxa de adesão de

**Tabela 2** – Distribuição das variáveis conforme tipo de conduta para higienização das mãos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Variáveis	HM álcool n(%)	HM água e sabão n(%)	Não HM n(%)
<b>Profissão</b>			
Fisioterapeuta	11 (5,5)	95 (48)	92 (46,5)
Enfermeiro	26 (13)	69 (34,5)	105 (52,5)
Médico	40 (20,3)	47 (23,9)	110 (55,8)
Técnico de Enfermagem	16 (8,1)	43 (21,7)	139 (70,2)
Total	93 (11,8)	254 (32)	446 (56,2)
<b>Turno*</b>			
Manhã	55 (11)	165 (32,9)	281 (56,1)
Tarde	32 (17)	45 (23,9)	111 (59,1)
<b>Indicação</b>			
Antes do contato com o paciente	17 (8,7)	19 (9,7)	160 (81,6)
Antes de procedimento asséptico	3 (7)	6 (14)	34 (79)
Após risco de exposição a fluido	6 (6,7)	44 (48,9)	40 (44,4)
Após contato com paciente	36 (14,5)	110 (44,4)	102 (41,1)
Após contato com ambiente do paciente	31 (14,4)	75 (34,7)	110 (50,9)

Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Dados da pesquisa, 2012. HM=Higienização das mãos; n=frequência. \*amostra menor que 793.

**Tabela 3** – Distribuição das variáveis conforme adesão à higienização das mãos. Porto Alegre, RS, Brasil, 2012

Variáveis	HM n(%)	Não HM n(%)	p
<b>Turno</b>			0,485 <sup>†</sup>
Manhã	220(43,9)	281(56,1)	
Tarde	77(41)	111(59)	
<b>Profissão</b>			<0,001 <sup>†</sup>
Fisioterapeuta	106(53,5)	92(46,5)	
Enfermeiro	95(47,5)	105(52,5)	
Médico	87(44,2)	110(55,8)	
Técnico de Enfermagem	59(29,8)	139(70,2)	
<b>Indicação</b>			<0,001 <sup>†</sup>
Antes do contato com o paciente	36(18,4)	160(81,6)	
Antes de procedimento asséptico	9(20,9)	34(79,1)	
Após risco de exposição a fluído	50(55,6)	40(44,4)	
Após contato com paciente	146(58,9)	102(41,1)	
Após contato com ambiente do paciente	106(49,1)	110(50,9)	

Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Dados da pesquisa, 2012.

HM=Higienização das mãos; n=frequência. \*amostra menor que 793; <sup>†</sup>teste Qui-quadrado de Pearson.

43,7%, que pode ser considerada insatisfatória<sup>(2)</sup>, apontando o risco de transmissão de infecção hospitalar.

Conceitualmente, considera-se infecção hospitalar toda a infecção por microrganismos desenvolvida durante a hospitalização de um paciente, a partir de 48 a 72 horas de sua internação, desde que não se encontre em período de incubação no momento da admissão<sup>(2)</sup>. São incluídas, também, as infecções pós-alta que podem estar relacionadas ao período de internação. Por ser uma das mais importantes medidas de prevenção e controle das IRAS<sup>(1,4-5)</sup>, a HM é considerada um dos pilares para a segurança do paciente e para o combate às infecções. Relatos de surtos em UTIs por microrganismos multirresistentes Gram-negativos têm sido progressivos nas últimas décadas, constituindo-se uma ameaça à segurança do paciente e à saúde pública em todo o mundo, estando relacionados à baixa adesão da HM<sup>(1)</sup>.

No hospital da presente pesquisa, destaca-se a distribuição de fácil acesso de recursos materiais, visto o número de pias (34) e de dispensadores de álcool *spray* (40) disponíveis, que são constantemente abastecidos. Essa distribuição foi adequada conforme avaliação do SCIH do hospital, fundamentada nas normas da ANVISA<sup>(9)</sup>. Estudo sobre gerenciamento de recursos materiais na prática da HM, realizado na UTI de um Hospital Universitário do Paraná, aponta sobre a importância de oferta de produtos

com qualidade, pois, além de promover segurança para o profissional e para o paciente, pode ser um incentivo para a realização da prática<sup>(10)</sup>. Pesquisadores<sup>(11)</sup> relatam as principais justificativas para a baixa adesão à HM, denominadas de barreiras para HM: esquecimento, desconhecimento, distância da pia, falta de tempo, irritação da pele e falta de materiais. Nesse sentido, estratégias multimodais necessitam ser realizadas para eliminar essas barreiras e aumentar a adesão à HM no cenário do estudo. Os resultados dessas estratégias seriam refletidos na mudança de cultura e de comportamento dos profissionais de saúde, com impacto nos indicadores de adesão à HM<sup>(5,12)</sup>.

Com relação à ação por categoria profissional, os fisioterapeutas (53,5%) foram os profissionais de maior adesão à prática de HM nos procedimentos observados, sendo que 11 (5,5%) utilizaram álcool *spray* e 95 (48%) água e sabão. Em contrapartida, os técnicos de enfermagem tiveram menor adesão (29,8%), com 16 (8,1%) utilizando álcool *spray* e 43 (21,7%) água e sabão. Enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos tiveram adesão inferior a 50% nas condutas observadas.

A menor adesão dos técnicos de enfermagem (29,8%) é ainda mais preocupante, pois são os profissionais que estão direta e ininterruptamente em contato com os pacientes, todos os dias, durante as 24 horas. Assim, têm o maior contato físico com o paciente, sendo que a não realização

dessa prática, por esses profissionais, coloca o paciente em maior risco para infecções.

Com enfermeiros de um hospital da Turquia<sup>(13)</sup>, verificou-se que, mesmo com necessidade frequente de HM (como ocorre com os técnicos de enfermagem do Brasil), tais profissionais não foram capazes de realizá-la devido às condições e ao ritmo intenso de trabalho, à insuficiência de materiais (lavatórios/dispensadores e produtos como sabão e álcool) e/ou porque sentiam desconforto nas mãos após a higienização frequente. Ainda, *Escherichia Coli* e *Staphylococcus sp* - Coagulase Negativo foram as bactérias mais prevalentes achadas na cultura das mãos desses enfermeiros, evidenciando o risco à segurança do paciente e dos profissionais ao não HM.

Estudo realizado em um hospital escola da região centro-oeste do Brasil identificou adesão de 27,7% à HM em profissionais da saúde, destacando-se a categoria médica pela baixa adesão (17,5% das 80 indicações de HM). Quanto à categoria de enfermagem, incluindo acadêmicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e professores, somaram-se 748 registros de oportunidades de HM, com adesão de 33%<sup>(14)</sup>.

Pesquisa conduzida em uma UTI neonatal de um hospital em Goiás observou 1.358 procedimentos, revelando que a ação foi realizada por 77,7% dos fisioterapeutas, 75,9% dos médicos, 74,3% dos enfermeiros e 57,2% dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Esses resultados refletem maior adesão do que o presente estudo, mas indicam semelhança entre a categoria profissional que mais aderiu (fisioterapeuta) e a que menos aderiu (técnicos de enfermagem) à HM<sup>(15)</sup>.

O uso da fricção antisséptica com álcool *spray* foi a forma de HM menos utilizada (11,8%), mesmo sendo de fácil e rápido acesso e com evidências científicas sobre a sua efetividade quando as mãos estiverem visivelmente limpas<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, em 2010, a ANVISA, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada número 42, de 25 de outubro de 2010, tornou obrigatório o uso de álcool líquido ou gel para HM nas unidades de saúde do Brasil<sup>(9)</sup>.

Sobre o álcool, estudo realizado em uma UTI neonatal de Goiás também demonstrou resistência dos profissionais quanto ao seu uso, com taxa de adesão de 2,6% antes da realização de procedimentos e de 1,7% após os procedimentos<sup>(15)</sup>. Pesquisa com a equipe de enfermagem de um hospital escola de São Paulo identificou que, nas 1.206 oportunidades de higienização das mãos observadas, em nenhuma foi utilizada solução alcoólica<sup>(16)</sup>. Já na Turquia<sup>(17)</sup>, o uso de antissépticos alcoólicos foi a forma preferencial para HM relatada por 65% dos enfermeiros de uma UTI.

Outro dado preocupante foi a adesão na indicação “antes de procedimento asséptico”, em que a HM não ocorreu em 81,6% das situações. Uma barreira que pode interferir na HM antes de procedimento asséptico é o uso de luvas, pois o profissional, por desconhecimento, pode interpretar que ela substitui a HM. Contudo, salienta-se que o uso de luvas não substitui a HM, independentemente da indicação. Salienta-se que os profissionais de saúde precisam realizar uma assistência de qualidade, onde suas ações direcionam-se à promoção da saúde, buscando a segurança do paciente e da equipe<sup>(18)</sup>.

Ainda com relação à indicação, conforme classificação dos cinco momentos da HM, houve menor ( $p < 0,001$ ) adesão nas ações classificadas como “antes” (do contato com o paciente ou de procedimento asséptico) *versus* as ações denominadas como “após” (o contato com paciente, com o ambiente do paciente ou risco de exposição). Alguns estudos corroboram com esses achados, evidenciando a preocupação do profissional em não se expor ao risco de aquisição de doenças após a realização de procedimentos<sup>(15)</sup>. No estudo<sup>(17)</sup> realizado com enfermeiras da UTI de um hospital da Turquia, também encontrou-se maior autorrelato de HM nos procedimentos após o contato com o paciente (96-100%), *versus* 65 a 93% nos procedimentos antes do contato com paciente. Convém destacar que este estudo realizado na Turquia analisou o autorrelato de HM, o que superestima as taxas de adesão em relação à coleta por observação.

Os profissionais de saúde estão expostos ao risco de adquirir infecções pelo contato direto com o paciente e seu ambiente. Entretanto, quando o contato envolve fluidos corporais e regiões potencialmente contaminadas, a adesão a HM aumenta, percebendo a busca do autocuidado por parte dos profissionais<sup>(12)</sup>. Essa prática evita a disseminação cruzada de microrganismos e a contaminação de ambiente, diminuindo o risco de transmissão. No entanto, a não realização nos procedimentos “antes” (do contato com o paciente ou de procedimento asséptico) é um risco à segurança dos pacientes, pois acarreta em transmissão de microrganismos do ambiente de assistência ao paciente, ainda mais considerando que os pacientes de UTI, por sua condição de saúde e tratamento, são mais vulneráveis às infecções e ao seu agravamento.

Ainda, a crença pessoal e os hábitos adquiridos durante a vida podem desempenhar maior influência na adesão da HM do que o conhecimento científico construído profissionalmente<sup>(12)</sup>, o que pode ser a explicação para a maior adesão da HM nas indicações “após” o contato, o que remete a pensar que os profissionais buscam a autoproteção. Relatório divulgado anualmente pelo Kingston General

Hospital (Canadá) também corrobora com essa assertiva, visto que, no período de abril de 2014 a março de 2015, a taxa de adesão à HM foi de 79,5% nas indicações “antes” do contato e de 87,5% “após” o contato<sup>(8)</sup>.

A observação direta (vigilância) das oportunidades de HM é recomendada pela OMS<sup>(4)</sup> como padrão ouro para monitorização dessa prática, sendo a abordagem mais utilizada e aceita pelos pesquisadores. O ponto de fragilidade dessa metodologia refere-se ao efeito *Hawthorne*, que diz respeito à mudança de atitude dos profissionais pelo fato de estarem sendo observados<sup>(19)</sup>, o que é uma das limitações desse estudo. Dessa forma, pode-se inferir que os dados sobre adesão desses profissionais à HM sejam ainda menores, considerando que os mesmos podem ter alterado o seu comportamento por estarem em observação. No entanto, para tentar atenuar tal viés, utilizaram-se, como observadores, estudantes de graduação, ao invés de profissionais da instituição.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se que taxa de adesão à HM por profissionais de saúde nesta UTI foi de 43,7%, que pode ser considerada baixa. Os técnicos de enfermagem foram os que tiveram menor adesão, o que preocupa ainda mais, visto que são os profissionais com maior frequência de contato com os pacientes. As indicações “antes do contato com o paciente” e “antes de procedimento asséptico” apresentaram a menor adesão à HM, demonstrando ser o ponto de maior fragilidade de HM na assistência.

A vigilância da HM é essencial para verificar a adesão a essa técnica e os resultados oportunizam um momento de reflexão importante para gestores, líderes e profissionais de saúde quanto às práticas de segurança do paciente. Salienta-se sobre a importância da divulgação dos dados da vigilância aos profissionais do hospital, com a intenção de provocar reflexões e mudanças de atitude. Podem ser citadas como alternativas para melhorar a adesão: buscar novos parceiros para adesão dessa prática, criar *feedback* no ambiente de trabalho, oferecer novos dispositivos para HM (álcool gel de bolso), aumentar o número de profissionais observadores, bem como de treinamentos, repensando sua abordagem e dinâmica, realizar pesquisas com os trabalhadores a fim de identificar o que eles consideram importante para melhorar a adesão à HM, implementar e incentivar programas educacionais e motivacionais para a prática, entre outros.

É necessário promover mudanças de atitude e de trabalho entre o SCIH, os profissionais de saúde e os demais serviços, de forma interdisciplinar e intersetorial. Isso só

será possível com aumento da junção entre o SCIH e seus parceiros, como os gestores, as chefias de áreas e de categorias profissionais, a fim de buscar melhores resultados na HM.

Conclui-se que, apesar do conhecimento adquirido ao longo do tempo e a sensibilização pelas campanhas realizadas, a adesão à prática de higienização das mãos pelos profissionais de saúde está distante das diretrizes nacionais e internacionais, principalmente frente ao cenário atual, com o aumento de infecções por microrganismos multirresistentes, o que é um risco à segurança dos pacientes e profissionais.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do paciente: higienização das mãos [Internet]. Brasília, (DF); 2007 [citado 2011 out. 12]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente\\_hig\\_maos.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf)
2. Senna KMS, Melo ECP. Infecção hospitalar e os cuidados devidos. In: Figueiredo NMA, Machado WCA. Tratado de cuidados de enfermagem médico cirúrgica. Rio de Janeiro: Roca; 2012. p. 1168-74.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília (DF); 2013 [citado 2015 jul. 8]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)
4. Organização Mundial de Saúde (CH); Organização Pan-Americana da Saúde (BR); Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Guia para implementação: um guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos [Internet]. Brasília, (DF); 2008. [citado 2015 jul. 08]; Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/71ac2f0047457a8c873ad73fbc4c6735/guia\\_de\\_implement.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/71ac2f0047457a8c873ad73fbc4c6735/guia_de_implement.pdf?MOD=AJPERES)
5. Organização Pan-Americana da Saúde (BR), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Manual do observador: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos [Internet]. Brasília, (DF); 2008. [citado 2015 jul. 08]; Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/higienizacao\\_oms/manual\\_para\\_observadores-miolo.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf)
6. World Health Organization (CH). WHO guidelines on hand hygiene in health care [Internet]. Geneva; 2009. [citado 2015 jul. 08]; Disponível em: [http://homologacao-proqualis.icict.fiocruz.br/sites/default/files/WHO\\_Guidelines%20on%20Hand%20Hygiene%20in%20Health%20Care.pdf](http://homologacao-proqualis.icict.fiocruz.br/sites/default/files/WHO_Guidelines%20on%20Hand%20Hygiene%20in%20Health%20Care.pdf)
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do paciente: relatório sobre autoavaliação para higiene das mãos [Internet]. Brasília, (DF); 2012. [citado 2015 jun. 22] Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/b0708b004a5e0144be88ff45db97490b/Relat%C3%B3rio\\_de\\_Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/b0708b004a5e0144be88ff45db97490b/Relat%C3%B3rio_de_Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf?MOD=AJPERES)
8. Kingston General Hospital [Internet]. Kingston: KGH; 2015- [atualizado 2015 jul. 08, citado 2015 jul. 09]. Hand hygiene compliance [aprox. 2 telas]. Disponível em: <http://www.kgh.on.ca/en/aboutkgh/strategyandperformance/Patient%20Safety%20Indicators/Pages/Hand-hygiene-compliance.aspx>
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC n. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá

- outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, 2010 out. 26;157(205 Seção 1):27-8.
10. Garcia SD, Gil RB, Laus AM, Haddad MCL, Vannuchi TO, Taldivo MA. Gerenciamento de recursos materiais na prática da higienização das mãos. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [citado 2013 jun. 02];7(5):1342-8. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4673/pdf\\_2504](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4673/pdf_2504).
  11. Prado MF, Oliveira ACJ, Nascimento TMB, Melo WA, Prado DB. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012;11(3):557-64.
  12. Guedes M, Miranda FMD, Maziero ECS, Cauduro FLF, Cruz EDA. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. *Cogitare Enferm*. 2012;17(2):304-9.
  13. Akyol AD. Hand hygiene among nurses in Turkey: opinions and practices. *J Clin Nurs*. 2007;16(3):131-7.
  14. Primo MGB, Ribeiro LCM, Figueiredo LFS, Sirico SCA, Sousa MA. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2010 [citado 2011 set. 20];12(2):266-71. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a06.htm>
  15. Neves ZCP, Tipple AFV, Souza ACS, Pereira NS, Melo DS, Ferreira LR. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(4):546-52.
  16. Santos TCR, Roseira CE, Piai-Morais TH, Figueiredo RM. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(1):70-7.
  17. Findik UY, Otkun MT, Erkan T, Sut N. Evaluation of handwashing behavior and analysis of hand flora of intensive care unit nurses. *Asian Nurs Res*. 2011;5(2):99-107.
  18. Silva BV, Cardoso CMS, Nascimento SMC, Madeira MZA. Adesão da higienização das mãos por profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFPI*. 2013;2(1):33-7.
  19. Oliveira AC, Paula AO. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):407-13.

■ **Endereço do autor:**

Luccas Melo de Souza  
Av. Itacolomi, 3600, São Vicente  
94155-052 Gravataí – RS  
E-mail: luccasms@gmail.com

Recebido: 23.07.2014

Aprovado: 05.08.2015