









## Higienização das mãos pela equipe de enfermagem na atenção domiciliar: um estudo transversal\*

Hand hygiene by the nursing team in home care: a cross-sectional study

Higienización de las manos por el equipo de enfermería en la atención domiciliar: un estudio transversal

### Como citar este artigo:

Cordeiro JFC, Meneguetti MG, Laus AM, Tipple AFV, Santana RC, Canini SRMS. Hand hygiene by the nursing team in home care: a cross-sectional study. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e20210104. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0104>.

-  Jéssica Fernanda Corrêa Cordeiro<sup>1</sup>
-  Mayra Gonçalves Meneguetti<sup>1</sup>
-  Ana Maria Laus<sup>1</sup>
-  Anaclara Ferreira Veiga Tipple<sup>2</sup>
-  Rodrigo Carvalho Santana<sup>3</sup>
-  Sílvia Rita Marin da Silva Canini<sup>1</sup>

\* Extraído da dissertação: “Situações de risco para exposição a material biológico por profissionais de enfermagem que atuam na assistência domiciliar de um município do interior paulista”, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2018.

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Departamento de Clínica Médica, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** to identify whether nursing professionals carry out hand hygiene, how they do it, and what resources are available for this practice during home visits. **Method:** cross-sectional study conducted in a public Home Care service. The World Health Organization instrument was used to observe the hand hygiene technique, the time of performance, and the product used. **Results:** a total of 940 hand hygiene opportunities taking place in 231 home visits were observed. Overall adherence was 14.4%, with the practice of hand hygiene being higher after contact with the patient (53.7%). Before aseptic procedures, after risk/exposure to body fluids, after contact with the patient's environment, and before contact with the patient, adherence was 0.4%. Regarding the quality of the technique, in none of the 135 practices the recommended steps were followed. As for the structure available in the households, 35 (15.2%) had accessible sinks and none had liquid soap and alcohol-based formulation. **Conclusion:** adherence to hand hygiene by nursing professionals in home care was low, the technique was not performed, and households did not have resources for the practice.

### DESCRIPTORS

Hand Hygiene; Home Nursing; Nursing Care; Patient Safety; Occupational Risks; Infection Control.

### Autor correspondente:

Jéssica Fernanda Corrêa Cordeiro  
Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus  
Universitário, Bairro Monte Alegre  
14040-902 – Ribeirão Preto, SP, Brasil  
[jessica.cordeiro@usp.br](mailto:jessica.cordeiro@usp.br)

Recebido: 19/03/2021

Aprovado: 29/06/2021

## INTRODUÇÃO

Dentre os diferentes eventos adversos, na área da saúde, as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) permanecem frequentes, sendo um problema de saúde pública mundial<sup>(1)</sup>.

A higienização das mãos é a medida mais simples e eficaz para a prevenção das IRAS<sup>(2-3)</sup>. Essa técnica pode ser realizada com água e sabão ou solução alcoólica, obedecendo os “cinco momentos” preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que a indica antes do contato com paciente, antes de procedimentos assépticos, após contato com fluidos corporais, após contato com o paciente e após contato com o ambiente do paciente<sup>(4)</sup>.

Apesar de a importância desta prática ser embasada em fortes evidências científicas, estudos apontam que os profissionais da área da saúde (PAS), ressaltando os profissionais de enfermagem que tem um contato direto na assistência, nem sempre realizam a higiene de mãos nos momentos recomendados, com a frequência correta e no tempo necessário<sup>(5-6)</sup>.

A adesão dos PAS à higiene de mãos tem sido frequentemente investigada em instituições hospitalares e ainda são escassos os estudos avaliando a realização deste procedimento em outros cenários de assistência à saúde, mesmo com a ampliação do conceito de IRAS para infecções da assistência à saúde em qualquer espaço do cuidado<sup>(7)</sup>.

A atenção domiciliar consiste num modelo de atenção à saúde em expansão em vários países e tem como um dos eixos centrais a “desospitalização” visando à diminuição de eventos adversos, como as IRAS<sup>(8)</sup>, cuja magnitude ainda é pouco conhecida neste ambiente<sup>(9)</sup>. A OMS<sup>(10)</sup> recomenda que os PAS realizem a higienização das mãos também no âmbito da atenção domiciliar e reforça que a observação direta desta prática se constitui no padrão ouro para a avaliação da adesão à higienização das mãos e conformidade da técnica.

Diante desse cenário, julgou-se pertinente a realização do presente estudo que teve como objetivo identificar se os profissionais de enfermagem realizam a higienização das mãos, como fazem e quais os recursos disponíveis para essa prática durante visitas domiciliares.

## MÉTODO

### TIPO DO ESTUDO

Estudo descritivo transversal, com abordagem quantitativa.

### LOCAL

Conduzido em um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), público, da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, que teve sua implementação oficial em 1996. Esse serviço contrata profissionais por meio de concurso público realizado pela prefeitura da cidade.

### POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Segundo a recomendação do manual para observadores: estratégia multimodal, sendo que cada equipe deveria ser

observada por pelo menos 200 vezes. Considerando que o serviço possui três equipes, seria necessária a observação de 600 oportunidades para higiene de mãos<sup>(11)</sup>. As visitas domiciliares foram realizadas por 15 profissionais de enfermagem (auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros) que trabalhavam no SAD no momento da coleta. Optou-se por observação direta das visitas domiciliares nas quais havia pelo menos um profissional de enfermagem escalado para a realização de procedimentos que envolvia contato direto com os pacientes. Essa coleta de dados ocorreu com um único pesquisador realizando as observações, o pesquisador principal do estudo, reduzindo interpretações e vieses.

### INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA A COLETA DAS INFORMAÇÕES E VARIÁVEIS DO ESTUDO

O ato da observação foi guiado por instrumento da OMS, traduzido para o português e de domínio público. Por meio deste instrumento foi possível identificar se a técnica de higiene de mãos foi realizada ou não em cada uma das oportunidades e se foram utilizados água e sabão ou fricção com solução alcoólica. Também foi registrado o momento em que a técnica foi realizada, segundo os cinco momentos propostos pela OMS, ou seja, antes do contato com o paciente, antes de procedimentos assépticos, após exposição a fluidos orgânicos, após contato com o paciente e após o contato com o ambiente do paciente<sup>(11)</sup>.

Para mensurar a qualidade da técnica registrou-se, para cada oportunidade de higiene de mãos executada, se todos os passos da técnica foram realizados. Os passos definidos foram: palma/palma; palma/dorso; espaços interdigitais; polegares; unhas e extremidades. Além disso, verificou-se o tempo de realização da técnica que deveria ser de 40 a 60 segundos com água e sabão e de 20 a 30 segundos com o uso da solução alcoólica<sup>(11)</sup>. Verificou-se ainda a presença ou não de adornos.

Com o intuito de minimizar o efeito *Hawthorne*, as observações das primeiras 10 visitas domiciliares de cada equipe foram descartadas. Esta estratégia foi utilizada pois quando o indivíduo sabe que está sendo observado ele pode mudar seu comportamento. No entanto, com o passar do tempo, os profissionais acostumam-se com o observador e passam a fazer a prática da maneira como realizam habitualmente<sup>(12)</sup>.

Além do instrumento para observação da higiene de mãos, também foram registrados dados sobre o tipo de procedimento realizado em cada uma das visitas e estrutura física no domicílio para a prática de higiene de mãos.

### COLETA DE DADOS

A coleta de dados teve início em primeiro de agosto de 2016 e término no dia 30 de janeiro de 2017. Diariamente a pesquisadora foi ao SAD e obteve a lista de visitas diárias. Com o intuito de minimizar o possível viés de aferição que poderia ocorrer caso se observasse mais vezes um profissional com maior ou menor adesão a prática de higiene de mãos, observaram-se em média 62 oportunidades por participante, sendo que estas variaram de 60 a 65

observações. Considerando que a equipe era composta por 15 profissionais de enfermagem, foram observadas, no total, 940 oportunidades.

### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

As observações foram realizadas por um único pesquisador, os dados foram digitados de forma independente em duas planilhas do Excel e após a correção de possíveis inconsistências e erros de digitação, os dados foram exportados para o programa *IBM SPSS Statistics* versão 21. A análise dos dados ocorreu por meio de estatística descritiva, sendo os dados apresentados em frequência absoluta e relativa.

Todas as oportunidades para higiene de mãos foram computadas e uma relação do percentual de adesão foi elaborada. Para tal, foi utilizado o indicador de domínio público de Avaliação da Adesão à Higienização das Mãos<sup>(11)</sup>, também desenvolvido pela OMS, calculado por meio da divisão entre o número de oportunidades de higienização das mãos aproveitadas e o número total de oportunidades identificadas, em cada um dos momentos, multiplicado por 100.

### ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão, conforme o número CAAE 56309960.5.0000.5393 e a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos segundo a Resolução nº 466 de dezembro 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CONEP). Todos os participantes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Tabela 1** – Distribuição das oportunidades de higiene de mãos (n = 462), realizadas pela equipe de enfermagem durante visitas domiciliares nos momentos antes e após o contato com o paciente – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Variáveis	Higienização das mãos			
	Antes (231)		Após (231)	
	n	%	n	%
<b>Higienização das mãos</b>				
Sim	11	4,8	124	53,7
Não	220	95,2	107	46,3
<b>Utilização de água e sabão</b>				
Sim	0	0	4	1,7
Não	231	100,0	227	98,3
<b>Utilização de álcool em gel</b>				
Sim	1	0,4	83	35,9
Não	230	99,6	148	64,1
<b>Realizou somente enxágue com água</b>				
Sim	10	4,3	35	15,2
Não	221	95,7	196	84,8
<b>Realizou somente enxágue com SF (0,9%)</b>				
Sim	0	0	2	0,8
Não	231	100,0	229	99,2

SF – Solução Fisiológica.

## RESULTADOS

Foram observadas 940 oportunidades de higienização de mãos que aconteceram em 231 visitas domiciliares.

Na Tabela 1, apresentam-se os dados referentes à higienização das mãos antes e após o contato direto com os pacientes durante as visitas domiciliares. Essas visitas foram realizadas por 15 profissionais da equipe de enfermagem, em um período de seis meses. Em nenhuma das oportunidades observadas o profissional higienizou as mãos com a técnica correta e nem retirou os adornos.

Foram observadas 176 oportunidades para higiene de mãos antes dos procedimentos assépticos, como a realização de curativos, coleta de sangue, administração de medicamentos, troca de cânula de traqueostomia, verificação de glicemia capilar, troca de fralda, coleta de urina por sonda vesical de alívio, troca de sonda vesical de demora e sonda nasoenteral. Ressalta-se que em todas essas oportunidades não houve a realização da higiene de mãos.

Em relação às oportunidades para higiene de mãos após o contato com o ambiente do paciente foram registradas 126 oportunidades, sendo que em nenhuma delas houve a realização da prática. Já a Tabela 2 mostra a taxa de adesão à higiene de mãos segundo os cinco momentos recomendados pela OMS; destaca-se que antes da realização de procedimentos assépticos, após risco/exposição a fluidos orgânicos e após o contato com o ambiente do paciente a taxa de adesão à higiene das mãos foi nula.

Quanto à qualidade da técnica de higiene de mãos realizada em 135 oportunidades, em nenhuma delas o profissional seguiu todos os passos recomendados pela OMS, sendo que realizaram apenas os movimentos palma-palma e palma-dorso. Nenhum profissional fez a técnica no tempo recomendado, nem com água e sabão e nem com formulação alcoólica.

Ao se observar a estrutura disponível para a higiene de mãos nos domicílios, 35 (15,2%) apresentavam pias acessíveis para os profissionais e em nenhum havia sabão líquido,

**Tabela 2** – Taxa de adesão a higiene de mãos segundo os cinco momentos recomendados pela Organização Mundial de Saúde – Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Momento recomendado pela OMS	Número de oportunidades observadas	Higiene de mãos realizada	Taxa de adesão (percentual)
Antes do contato com o paciente	231	11	4,8
Após contato com o paciente	231	124	53,7
Antes da realização de procedimentos assépticos	176	0	0
Após risco/exposição a fluidos orgânicos	176	0	0
Após o contato com o ambiente do paciente	126	0	0
Total de oportunidades	940	135	14,4

formulação alcoólica e/ou papel toalha disponíveis. Os profissionais portavam álcool em gel entre os materiais/insumos de trabalho que levavam em uma bolsa para o domicílio; no entanto, não foi sempre utilizado, como mencionado nas Tabelas 1 e 2.

## DISCUSSÃO

A higiene das mãos em serviços extra-hospitalares permanece como um importante desafio aos profissionais da área da saúde que prestam assistência nesse cenário. O presente estudo identificou, por meio de observação direta, que a higienização das mãos por profissionais de enfermagem durante a assistência domiciliar foi muito abaixo de 100%, que é considerado o ideal, tanto nas oportunidades antes do contato com o paciente, 11 (4,8%), quanto nas oportunidades após o contato, 124 (53,7%). Esta técnica é considerada uma das medidas mais simples e eficazes para prevenção e controle de IRAS e também uma medida importante para evitar que o profissional contraia patógenos e consequentemente desenvolva infecções<sup>(7)</sup>.

As IRAS podem ter um impacto importante para os pacientes que recebem os cuidados. Uma pesquisa que analisou 199.462 pacientes atendidos em assistência domiciliar apontou que 3,5% deles desenvolveram infecções que consequentemente foram responsáveis por um aumento nos cuidados de emergência e também pelo aumento de hospitalizações<sup>(13)</sup>.

Estudo realizado na Suécia<sup>(14)</sup>, que analisou, por meio de dados secundários, 356 eventos adversos relacionados à assistência à saúde, mostrou que 271 deles (76,1%; 95% CI 67,5 – 85,6) foram relacionados à assistência domiciliar e 255 (71,4%, IC95% - 60,9 a 78,2) foram avaliados como evitáveis, sendo que as IRAS estavam entre os mais frequentes.

A melhor taxa de adesão neste estudo foi relativa ao momento após o contato com os pacientes, o que também foi observado em uma pesquisa no âmbito domiciliar<sup>(15)</sup> que identificou que a higienização das mãos ocorreu em apenas 21,5% das oportunidades antes das visitas e 61,8% depois. As taxas maiores de higiene de mãos foram após a visita evidenciam maior preocupação do profissional com a sua própria segurança ao invés da segurança do paciente.

A higiene das mãos com água e sabão foi realizada em apenas 04 (1,74%) oportunidades após o contato com o paciente, o que pode ser facilmente explicado pela indisponibilidade de acesso a este recurso em muitos domicílios. A utilização de soluções alcoólicas foi observada em apenas uma (0,4%) oportunidade antes do contato e em 83 (35,9%) após o contato. Ressalta-se que a utilização das soluções alcoólicas tem sido fortemente encorajada dada as evidências fortes de sua eficácia, facilidade de uso, menor tempo de aplicação e maior tolerância da pele por causar menos irritação<sup>(16-17)</sup>. Porém, quando o atendimento ocorre nos domicílios é necessário que o profissional leve o produto para essa finalidade e realize a utilização de forma adequada. Considera-se que o uso de soluções alcoólicas, além dos benefícios descritos, pode favorecer a prática de higiene de mãos, exceto diante de sujidade visível ou após a exposição

das mãos a fluidos corporais nessas situações é obrigatório a higiene de mãos com água e sabão<sup>(10)</sup>.

Segundo o guia da OMS<sup>(10)</sup>, para a higiene das mãos no atendimento extra hospitalar, os cinco momentos essenciais para a realização desta prática devem ser mantidos.

No presente estudo observou-se que nos raros momentos nos quais houve a adesão à higiene de mãos todos os profissionais permaneceram com adornos e não realizaram a técnica corretamente, contrariando as recomendações de importantes órgãos nacionais e internacionais<sup>(10-11,17)</sup>.

Em relação à qualidade da técnica de higiene de mãos, na presente investigação, observou-se que em nenhuma das visitas foi realizada de forma correta pelos profissionais. Em um estudo observacional em seis unidades de terapia intensiva de seis hospitais do Centro e Norte da Itália, que observou a técnica de lavagem das mãos, os trabalhadores da UTI apresentaram alta adesão em todas as fases do processo de lavagem das mãos, ainda que tenhamos encontrado variabilidade entre as unidades (variando de 47,6% a 100,0%). Encontraram má adesão (variando de 3,1% a 5%) em relação ao uso de uma toalha para fechar a torneira após a lavagem das mãos com água e sabão<sup>(18)</sup>. Diferindo do observado no presente estudo, em que nenhum profissional realizou nenhuma das etapas das técnicas corretamente, ressalta-se também a diferença entre o cenário da pesquisa realizada.

A prática eficaz de higiene de mãos contínua é um modo mais simples para a prevenção de IRAS. Para que ocorra uma higienização das mãos adequada o profissional é afetado por uma série de fatores, incluindo conhecimento preciso, a técnica correta de descontaminação, fatores humanos, o meio ambiente e liderança eficaz. E sem a técnica adequada preconizada a higienização das mãos perde sua efetividade adequada<sup>(19)</sup>.

Destaca-se que em 35 (15,2%) visitas o domicílio apresentava piaas acessíveis e em nenhum deles havia sabão líquido, álcool em gel e/ou papel toalha disponíveis, o que reforça a necessidade de mudanças sistêmicas para aumentar a adesão à higiene das mãos em assistência extra-hospitalar.

A necessidade de alta precoce e de diminuição dos custos com a assistência hospitalar têm transferido cada vez mais cuidados complexos e procedimentos invasivos para um cenário desfavorável, dificultando a atuação dos profissionais de saúde e impactando diretamente nas condições para a higiene de mãos. Das 940 oportunidades de higiene de mãos identificadas, 176 referiram-se a procedimentos assépticos, invasivos e ou com risco de exposição a material biológico. Este quadro denota a importância de elaboração de protocolos específicos para realização de higiene de mãos e medidas de prevenção de IRAS no domicílio, como também divulgar e viabilizar o uso de solução alcoólica para a realização da higiene de mãos na atenção domiciliar.

Dados de adesão foram apontados por um estudo observacional realizado em uma agência de saúde domiciliar certificada sem fins lucrativos dos Estados Unidos, que descreveu as práticas de higiene de mãos do enfermeiro no ambiente de atendimento domiciliar, a adesão do enfermeiro às diretrizes de higiene de mãos e os fatores associados às oportunidades de higiene de mãos durante as visitas domiciliares. Ao todo,

2014 oportunidades foram observadas. A oportunidade mais frequente (n = 384) foi a chegada em casa, a menos frequente foi depois de tocar nas proximidades do paciente (n = 43). A taxa média de adesão à higiene das mãos foi de 45,6% após o ajuste para agrupamento no nível de enfermagem. A adesão foi maior após contato com fluidos corporais (65,1%) e menor após tocar um paciente (29,5%)<sup>(20)</sup>.

Uma das possíveis limitações do estudo seria a possibilidade de os profissionais modificarem seu comportamento devido à presença de uma pesquisadora observando diretamente a prática de higiene de mãos no domicílio e também por saberem que seriam observados, uma vez que foram abordados previamente e esclarecidos sobre o objetivo do estudo. Porém, acredita-se que o descarte das 10 primeiras visitas pode ter minimizado esse efeito.

Apesar de apresentar algumas limitações, o estudo permitiu traçar um panorama de como acontece a higiene das mãos por profissionais de enfermagem na assistência domiciliar. Os dados obtidos podem subsidiar a proposição de medidas educativas com o intuito de aumentar a taxa de adesão e melhorar a execução da técnica de higiene de mãos, uma vez que foi identificado que os profissionais realizam

mais a higiene de mãos após as visitas domiciliares, mostrando uma preocupação maior com seu risco de contaminação e não com o risco do paciente.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a adesão à higiene das mãos por profissionais de enfermagem no cenário de assistência domiciliar foi baixa e nas oportunidades nas quais foi realizada a qualidade da técnica não foi atendida. Além disso, observou-se que os domicílios não apresentaram recursos/estrutura para a execução dessa prática.

A atenção domiciliar é um modelo em plena expansão no país; no entanto, as características do domicílio diferem da atenção hospitalar que tem a sua estrutura organizada de modo a facilitar a atuação da equipe de enfermagem com mais segurança. Os profissionais também necessitam de mais educação permanente para considerar a higienização das mãos uma prática indispensável para a sua atuação. Assim, a atenção domiciliar precisa ser mais bem investigada e também novas políticas e manuais devem ser voltados para adaptação de estratégias para melhorar a higienização das mãos pela equipe de enfermagem nesse nível de atenção.

## RESUMO

**Objetivo:** identificar se os profissionais de enfermagem realizam a higienização das mãos, como fazem e quais os recursos disponíveis para essa prática durante visitas domiciliares. **Método:** estudo transversal conduzido num serviço público de Atenção Domiciliar. Utilizou-se o instrumento da Organização Mundial da Saúde para as observações da técnica de higiene de mãos, momento de realização e produto utilizado. **Resultados:** foram observadas 940 oportunidades de higienização de mãos que aconteceram em 231 visitas domiciliares. A adesão global foi de 14,4%, sendo que a prática de higiene de mãos foi maior após o contato com o paciente (53,7%). Nos momentos anteriores aos procedimentos assépticos, após risco/exposição a fluidos corpóreos, após contato com o ambiente do paciente e antes do contato com o paciente a adesão foi de 0,4%. Em relação à qualidade da técnica, em nenhuma das 135 práticas houve o seguimento de todos os passos recomendados. Quanto à estrutura disponível nos domicílios, 35 (15,2%) apresentavam pias acessíveis e em nenhum havia sabão líquido e formulação alcoólica. **Conclusão:** a adesão a higiene de mãos por profissionais de enfermagem na atenção domiciliar foi baixa, a técnica não foi atendida e os domicílios não apresentaram recursos para a execução dessa prática.

## DESCRITORES

Higiene das Mãos; Assistência Domiciliar; Cuidados de Enfermagem; Segurança do Paciente; Riscos Ocupacionais; Controle de Infecções.

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar si los profesionales de enfermería realizan el lavado de las manos, cómo lo hacen y cuáles son los recursos disponibles para esa práctica durante la realización de visitas domiciliares. **Método:** estudio transversal realizado en un sector público de Atención Domiciliar. Se utilizó el instrumento de la Organización Mundial de la Salud, para las observaciones de la técnica de higienización de las manos, su momento de realización y producto utilizado. **Resultados:** fueron observadas 940 oportunidades de higienización de las manos que ocurrieron en 231 visitas domiciliares. La adhesión global fue un 14,4%, una vez que la práctica de higiene de manos se incrementó tras el contacto con el paciente (53,7%). En los momentos antes de los procedimientos asépticos, tras riesgo/exposición a fluidos corporales, tras el contacto con el ambiente del paciente y antes del contacto con él, la adhesión fue 0,4%. En relación a la calidad de la técnica, en ninguna de las 135 prácticas se han seguido todas las etapas recomendadas. En relación a la estructura disponible en los domicilios, 35 de ellos (15,2%) presentaban lavabos accesibles y en ninguno había jabón líquido y soluciones hidroalcohólicas. **Conclusión:** la adhesión a la higienización de las manos por profesionales de enfermería en la atención domiciliar fue baja, la técnica no fue seguida y los domicilios no presentaron recursos para la ejecución de esa práctica.

## DESCRIPTORES

Higiene de las Manos; Atención Domiciliar de Salud; Atención de Enfermería; Seguridad del Paciente; Riesgos Laborales; Control de Infecciones.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC n 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. [Internet]. Brasília; 2013 [citado 20 jan. 2021]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036\\_25\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html)
2. Baccolini V, D'Egidio V, De Soccio P, Migliara G, Massimi A, Alessandri F, et al. Effectiveness over time of a multimodal intervention to improve compliance with standard hygiene precautions in an intensive care unit of a large teaching hospital. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019;8:92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13756-019-0544-0>.

3. Aguiar PD, Mouta AAN, Alves ARR, de Almeida FCR, da Silva ACB, Lopes PF, et al. The importance of hand hygiene in intensive care units: the dangers of healthcare-related infections *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2020;12(9):e3854. DOI: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e3854.2020>.
4. World Health Organization & World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research: the research priority setting working group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health OrganizationWorld [Internet]. 2008 [citado 20 fev. 2021]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
5. Raimondi DC, Bernal SCZ, Souza VS, Oliveira JLC, Matsuda LM. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. *Rev Cuid*. 2017;8(3):1839-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.437>.
6. Hammerschmidt J, Manser T. Nurses' knowledge, behaviour and compliance concerning hand hygiene in nursing homes: a cross-sectional mixed-methods study. *BMC health services research*, 2019;19:547. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-019-4347-z>.
7. Zottele C, Magnago TSBS, Dullius AIS, Kolankiewicz ACB, Ongaro JD. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03242. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016035503242>.
8. BRASIL. Portaria n 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. [Internet União Brasília; 2016. [citado 15 dez 2020]. Disponível em [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22685962/do1-2016-04-26-portaria-n-825-de-25-de-abril-de-2016-22685827).
9. Martos-Cabrera MB, Mota-Romero E, Martos-García R, Gómez-Urquiza, JL, Suleiman-Martos N, Albendín-García, L. Hand Hygiene Teaching Strategies among Nursing Staff: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 2019;16(17):3039. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16173039>.
10. OMS. [Internet]. Salve Vidas: Higienize suas Mãos/Higiene das Mãos na Assistência à Saúde Extra-hospitalar e Domiciliar e nas Instituições de Longa Permanência. [citado 15 dez 2020]. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual%20HM%20OMS%20extra%20hospitalar%202014.pdf>.
11. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. 2008. [citado 20 dez 2020]. Disponível em: [https://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/higienizacao\\_oms/manual\\_para\\_observadores-miolo.pdf](https://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf).
12. Kurtz SL. Identification of low, high, and super gelers and barriers to hand hygiene among intensive care unit nurses. *Am J Infect Control*. 2017;45(8):839-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2017.04.004>.
13. Shang ELJ, Liu PSJ. Infection in home health care: Results from national Outcome and Assessment Information Set data. *Am J Infect Control*. 2015;43(5):454-459. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2014.12.017>.
14. Schildmeijer KGI, Unbeck M, Ekstedt M, Lindblad M, Nilsson L. Adverse events in patients in home healthcare: A retrospective record review using trigger tool methodology. *BMJ Open*. 2018;8:e019267. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019267>.
15. Figueiredo RM, Maroldi MAC. Home care: Health professionals at risk for biological exposure. *Rev da Esc Enferm*. 2012;46(1):145-5. Available from: [https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en\\_v46n1a20.pdf](https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/en_v46n1a20.pdf).
16. Stadler RN, Tschudin-Sutter S. What is new with hand hygiene? *Curr Opin Infect Dis*. 2020;33(4):327-332. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/QCO.0000000000000654>.
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Internet]. CDC Statement for Healthcare Personnel on Hand Hygiene during the Response to the International Emergence of COVID-19. 2020. [citado 10 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/hcp-hand-sanitizer.html>.
18. Musu M, Lai A, Mereu NM, Galletta M, Campagna M, Tidore M, Coppola RC. Assessing hand hygiene compliance among healthcare workers in six Intensive Care Units. *Journal of preventive medicine and hygiene*, 2017;58(3):E231-E237.
19. Hillier MD. Using effective hand hygiene practice to prevent and control infection. *Nurs Stand*, 2020;35(5):45-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2020.e11552>.
20. McDonald MV, Brickner C, Russell D, Dowding D, Larson EL, Trifilio M, Bick IY, Sridharan S, Song J, Adams V, Woo K, Shang J. Observation of Hand Hygiene Practices in Home Health Care. 2020;15;S1525-8610(20)30656-3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.031>.

