

ARTIGO ORIGINAL

Análise do conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação à higienização das mãos

Analysis of the knowledge of nursing professionals in relation to hygienization of hands

Análisis del conocimiento de profesionales de enfermería en relación con la higienización de las manos

Letícia Morgana Bertholdo de Souza,¹ Mariana Fröhlich Alievi,² Caroline Zottele Piasentin,³ Vanessa Adelina Casali Bandeira,⁴ Marli Maria Loro,⁴ Eniva Miladi Fernandes Stumm,⁴ Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.⁴

¹Hospital Unimed Noroeste do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

²Hospital de Caridade de Ijuí, Ijuí, RS, Brasil.

³Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

⁴Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

Recebido em: 07/10/2017 / Aceito em: 14/12/2017 / Disponível online: 27/03/2018
adri.saudecoletiva@gmail.com

RESUMO

Justificativa e Objetivos: Diante da importância do conhecimento e da prática da higiene das mãos na perspectiva da enfermagem, objetivou-se analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar quanto à higienização das mãos em unidades abertas e fechadas. **Métodos:** Estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido em um hospital da região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, com 159 profissionais de enfermagem. Os dados foram coletados com a aplicação do questionário "Teste de Conhecimento a Respeito da Higienização das Mãos para profissionais da saúde" validado pela Organização Mundial da Saúde, e analisados por meio de estatística descritiva, teste de hipótese do Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fischer, considerando estatisticamente significativo $p < 0,05$. **Resultados:** Prevaleram profissionais de nível técnico (89,3%) e sexo feminino (94,3%). Profissionais reconheceram rota de transmissão cruzada de micro-organismo (96,9%). Evidenciou-se diferença estatisticamente significativa entre unidades quanto ao tempo mínimo para preparação alcoólica nas ações antes do contato com o paciente ($p=0,018$), ao chegar na unidade após o almoço ($p=0,014$), antes da aplicação de injeção ($p=0,077$), antes de esvaziar o urinol ($p=0,020$) e ao se afastar do paciente ($p=0,002$). Quanto as ações de ambas as unidades para evitar contaminação, apresentou diferença estatística antes de realizar procedimento asséptico ($p=0,013$). **Conclusão:** Demonstrou-se que a equipe de enfermagem possuía conhecimento sobre a temática, mas faz-se necessário que sejam produzidas tecnologias que permitam ao profissional de saúde repensar suas práticas desde seu ingresso na instituição.

Descritores: Infecção hospitalar. Higiene das Mãos. Enfermagem.

ABSTRACT

Background and Objectives: Given the importance of the knowledge and practice of hand hygiene in the perspective of nursing, we aimed to analyze the knowledge of nursing professionals in the hospital environment about hand hygiene. **Methods:** This is a cross-sectional study which was developed with 159 nursing professionals. Data were collected through the application of questionnaire "Knowledge Test on Hand Hygiene for health professionals" and then analyzed was descriptive and analytical. **Results:** The professionals recognized the cross-transmission route of microorganism (96,9%). There was a statistically significant difference between the units regarding the

R Epidemiol Control Infec, Santa Cruz do Sul, 8(2):142-149, 2018. [ISSN 2238-3360]

Please cite this article in press as: SOUZA, Letícia Morgana Bertholdo de et al. Análise do conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação à higienização das mãos. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 2, mar. 2018. ISSN 2238-3360. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11199>>. Acesso em: 08 ago. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/rev.v8i2.11199>



minimum time for alcohol preparation in the actions before the patient's contact ($p=0.018$), after arriving at the unit after lunch ($p=0.014$), before applying injection ($p=0.077$), before emptying the urine ($p=0.020$) and withdrawing from the patient ($p=0.002$). Regarding the actions of both units to avoid contamination, presented statistical difference before performing aseptic procedure ($p=0.013$). **Conclusion:** the study showed the nursing staff had that the workers had knowledge about the subject, however, it is necessary to produce technologies that allow health professional to rethink their practices since joining the institution.

Keywords: Cross infection. Hand Hygiene. Nursing.

RESUMEN

Justificación y Objetivos: Ante la importancia del conocimiento y de la práctica de la higiene de las manos en la perspectiva de la enfermería, se pretendió analizar el conocimiento de los enfermeros en el ámbito hospitalario sobre la higiene de las manos. **Métodos:** Estudio transversal, desarrollado en un hospital, con 159 profesionales de enfermería. Datos fueron recopilados mediante la aplicación del cuestionario "Teste de Conocimiento a Respetto de la Higienización de las Manos para profesionales de la salud" y analizados utilizando estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** Los profesionales reconocieron la ruta de transmisión cruzada de micro-organismos (96,9%). Se evidenció diferencia estadísticamente significativa entre unidades en cuanto al tiempo mínimo para preparación alcohólica en las acciones antes del contacto con el paciente ($p = 0,018$), al llegar a la unidad después del almuerzo ($p = 0,014$), antes de la aplicación de la inyección ($p = 0,014$), antes de la aplicación de la inyección ($p=0,077$), antes de vaciar el urino ($p = 0,020$) y al alejarse del paciente ($p = 0,002$). En cuanto a las acciones de ambas unidades para evitar la contaminación, presentó diferencia estadística antes de realizar procedimiento aséptico ($p = 0,013$). **Conclusiones:** el estudio demostró que el equipo de enfermería poseía sin embargo, hace necesario que sean producidas tecnologías que permitan al profesional de salud repensar sus prácticas desde su ingreso en la institución.

Palabras clave: Infección hospitalaria. Higiene de las Manos. Enfermería.

INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares estão frequentemente associadas a contaminação das mãos dos profissionais que assistem aos pacientes. Nesse sentido, a higienização das mãos (HM) é necessária e a principal medida para reduzir Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), uma ação simples, efetiva e de baixo custo. Contudo, a falta da efetividade desta ação repercute em um problema mundial, uma vez que as mãos se constituem na via de transmissão de micro-organismos.¹

A prevenção das infecções hospitalares por contaminação manual é uma ferramenta simples e de baixo custo, para isso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica cinco momentos para HM, que incluem: antes do contato com pacientes; antes da realização de procedimento asséptico; após risco de exposição a fluidos corporais; após contato com o paciente e/ou após contato com as áreas próximas ao paciente ou ainda qualquer superfície nas proximidades do paciente.²

Estudo no estado de Goiás evidenciou alto índice de contaminação microbiana nas mãos de profissionais de enfermagem, incluindo micro-organismos multirresistentes.³ Nesse contexto, estimativas apontam que mais de 1,4 milhão de pessoas em todo o mundo são acometidas por infecções que poderiam ser evitadas na assistência. No Brasil, calcula-se que 3% a 15% dos indivíduos hospitalizados desenvolvem alguma IRAS, que pode agravar o quadro clínico, prolongar a permanência hospitalar, aumentar os custos do tratamento e evoluir para óbito.⁴ A prevenção, tratamento e controle das infecções hospitalares representam para as instituições altos custos com internações e tornam-se um problema de saúde pública por estar relacionado às principais causas de morbimortalidade.⁵

Apesar de reconhecerem a importância epidemiológica da HM, os profissionais de saúde têm baixa adesão a esta prática constituindo-se em desafio também para as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).⁶ Em 2012, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) divulgou relatório, no qual a taxa de adesão dos profissionais à HM era de 40%.⁷

Estudo desenvolvido no St. Michael's Hospital, com equipe que atua no setor de emergência, mostrou uma fraca conformidade com a HM. Esta é atribuída conforme autores, a carga de trabalho na referida unidade a fatores contribuintes imprevisíveis, tais como demanda de pacientes, necessidade de escuta terapêutica, insuficiência de profissionais, dentre outros.⁸

Ainda, em relação à baixa adesão dos profissionais à HM, autores reforçam a sobrecarga de trabalho, irritação da pele devido à frequente lavagem das mãos, uso excessivo de luvas, pias mal localizadas, conhecimento incipiente dos profissionais de saúde sobre as indicações para higienizá-las, esquecimento e falta de informação sobre o impacto da HM nas taxas das IRAS.^{9,10}

Com base nas considerações, estabeleceu-se para este estudo a questão de pesquisa: Qual é o conhecimento dos profissionais de enfermagem de um hospital privado quanto à higienização das mãos? E como objetivo geral analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem no âmbito hospitalar quanto à higienização das mãos em unidades abertas e fechadas.

MÉTODOS

Estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido em um hospital privado, da região Noroeste do estado do Rio Grande do Sul. O mesmo disponibiliza 106 leitos,

destes, 26 em unidades fechadas e demais em abertas. Foram consideradas unidades abertas clínica médica, cirúrgica e emergência, e unidades fechadas as Unidades de Terapia Intensiva e Centro Obstétrico.

Participaram do estudo 159 profissionais de enfermagem, o que representa 58% destes trabalhadores. Os critérios de inclusão elencados foram pertencer a equipe de enfermagem nas unidades abertas e fechadas há no mínimo três meses. E, como critério de exclusão aqueles que estavam afastados de suas atividades.

A seleção dos entrevistados foi por conveniência, no período de janeiro a julho de 2016. A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras e acadêmicos de enfermagem, previamente treinados para a aplicação do questionário "Teste de Conhecimento a Respeito da HM para Profissionais da Saúde", validado pela OMS. O mesmo é autoaplicável, integra 26 questões de múltipla escolha, com perguntas que avaliam o conhecimento técnico e científico sobre HM. Do total de questões, 12 são referentes à caracterização sociodemográfica e laboral dos participantes: idade, sexo, unidade e tempo de atuação na instituição, cargo, percentual de horas extras, ter outro emprego e turno de trabalho. As demais 14 questões avaliam o conhecimento a respeito HM por meio de múltipla escolha.⁴

A abordagem dos profissionais ocorreu nas respectivas unidades de atuação, com explanação sobre as finalidades da pesquisa e a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sequencialmente, foram convidados a integrar a pesquisa e os que aceitaram receberam duas vias, ficando uma em poder do entrevistado e a outra com a pesquisadora. Os participantes responderam o questionário no mesmo turno, e aos que

não conseguiram, agendou-se um retorno para entrega na mesma semana. Destaca-se que não houveram perdas.

Para a construção e análise do banco de dados, foi utilizado o PASW Statistcics® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0 para Windows. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, frequência relativa e absoluta, e analítica para verificar a associação entre duas ou mais variáveis qualitativas (características sociodemográficas, laborais e técnica de HM) foi utilizado o teste de hipótese do Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fischer, considerando estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Foram respeitados todos os aspectos éticos, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ) sob parecer consubstanciado número 1.209.075 de 1º de setembro de 2015.

RESULTADOS

A maioria dos profissionais de enfermagem atuavam em unidades abertas (76,7%), na faixa etária entre 31 a 40 anos (39,0%), eram do sexo feminino (94,3%), técnicos de enfermagem (89,3%), com tempo de atuação na instituição entre 1 a 3 anos (37,1%), com exclusividade (70,4%) ($p < 0,004$), sem realizar hora extra (76,7%) e trabalhando no turno da noite (39,0%) (Tabela 1).

Entre os profissionais, a maioria informou ter participado de ações educativas referentes à HM (99,4%), com preparação hidro alcoólica nas unidades em que atuavam (100%), sendo as mãos a principal rota de transmissão

Tabela 1. Características sociodemográficas e laborais dos profissionais de enfermagem de unidades abertas e fechadas de um hospital geral da região Noroeste do Rio Grande do Sul - Brasil, 2016.

Variáveis	Total n (%)	Unidades abertas n (%)	Unidades fechadas n (%)	p
Faixa etária	20 a 30 anos	66 (42,8)	55 (46,6)	0,134
	31 a 40 anos	60 (39,0)	41 (34,8)	
	41 anos ou mais	28 (18,2)	22 (18,6)	
Sexo	Feminino	150 (94,3)	116 (95,1)	0,435
	Masculino	9 (5,7)	6 (4,9)	
Tempo na instituição	> 1 ano	25 (15,7)	22 (18,1)	0,161
	≤ 1 ano a 3 anos	59 (37,1)	46 (37,7)	
	≤ 3 anos a 5 anos	26 (16,4)	16 (13,1)	
	≤ 5 anos	49 (30,8)	38 (31,1)	
Cargo	Técnico de enfermagem	142 (89,3)	108 (88,5)	0,764
	Enfermeiro	17 (10,7)	14 (11,5)	
Horas extras	Sim	37 (23,3)	32 (26,2)	0,109
	Não	122 (76,7)	90 (73,8)	
Possuir outro emprego	Sim	47 (29,6)	29 (23,8)	0,004*
	Não	112 (70,4)	93 (76,2)	
Turno de trabalho	Manhã	45 (28,3)	39 (32,0)	0,152
	Tarde	42 (26,4)	33 (27,0)	
	Noite	62 (39,0)	44 (36,1)	
	Intermediário/troca folga	10 (6,3)	6 (4,9)	
Total	159(100,0)	122 (76,7)	37 (23,3)	

*Qui-quadrado de Pearson

cruzada de micro-organismos potencialmente patogênicos entre pacientes (96,9%). A principal fonte de micro-organismos responsáveis pelas IRAS foram os "micro-organismos do ambiente hospitalar" (74,5%) e 49,5% afirmaram que 10 segundos é o tempo mínimo para a preparação alcoólica destruir a maioria dos micro-organismos (Tabela 2).

No que concerne as atitudes dos profissionais em HM relacionadas à assistência ao paciente, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa antes do contato com o paciente ($p=0,018$), ao chegar na unidade após o almoço ($p=0,014$), antes da aplicação de injeção

($p=0,035$), antes de esvaziar o urinol ($p=0,020$) e ao se afastar do paciente ($p=0,002$) (Tabela 3).

Constatou-se que não existe diferença estatística entre as respostas dos profissionais de enfermagem que atuavam nos dois tipos de unidades sobre as ações de HM para evitar transmissão de micro-organismos (Tabela 4).

Na tabela 5, estão explicitadas as ações de HM dos profissionais de enfermagem de ambas as unidades para evitar contaminação, na qual identificou-se diferença estatisticamente significativa no que concerne a HM imediatamente antes de realização de procedimento asséptico ($p=0,013$).

Tabela 2. Conhecimento sobre rotas de contaminação e técnica de HM, sob a percepção dos profissionais de enfermagem de unidades abertas e fechadas de um hospital geral da região Noroeste do Rio Grande do Sul - Brasil, 2016.

Variáveis		Total n (%)	Unidades abertas n (%)	Unidades fechadas n (%)	p
Conhecimento sobre a rota de contaminação					
Recebeu treinamento sobre HM	Sim	158(99,4)	121(99,2)	37(100,0)	-
	Não	1(0,6)	1(0,8)	-	
Existe preparação hidro alcoólica na unidade	Sim	159(100,0)	122(100,0)	37(100,0)	-
	Não	-	-	-	
Principal rota de transmissão cruzada de micro-organismos potencialmente patogênicos entre pacientes	Mãos do profissional de saúde quando não higienizada	154(96,9)	117(95,9)	37(100,0)	-
	Exposição do paciente a superfícies colonizadas	1(0,6)	1(0,8)	-	
	Compartilhar objetos não invasivos	4(2,5)	4(3,3)	-	
Fonte de micro-organismo mais frequente responsável pelas IRAS	Micro-organismos do ambiente hospitalar	4(2,5)	61(50,0)	21(56,8)	-
	Micro-organismo já presente no paciente ou nas proximidades dele	73(45,9)	59(48,4)	14(37,8)	
	Micro-organismo no ar hospitalar	82(51,6)	2(1,6)	2(5,4)	
Tempo mínimo para a preparação alcoólica destruir a maioria dos micro-organismos	3 segundos	45(28,3)	35(28,7)	10(27,0)	0,911
	10 segundos	50(31,4)	39(32,0)	11(29,8)	
	20 segundos	28(17,6)	22(18,0)	6(16,2)	
	60 segundos	36(22,6)	26(21,3)	10(27,0)	
Conhecimento sobre a técnica de HM					
A preparação alcoólica deve cobrir toda a superfície de ambas as mãos	Sim	156(98,1)	119(97,5)	37(100,0)	-
	Não	3(1,9)	3(2,5)	-	
As mãos devem estar secas antes do uso da preparação alcoólica	Sim	117(73,6)	91(74,6)	26(70,3)	0,602
	Não	42(26,4)	31(25,4)	11(29,7)	
Secar as mãos com papel toalha após a fricção com a preparação alcoólica	Sim	25(15,8)	17(14,0)	8(21,6)	0,269
	Não	133(84,2)	104(86,0)	78,4(78,4)	
Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais rápido	Sim	128(80,5)	97(79,5)	31(24,2)	0,565
	Não	31(19,5)	25(20,5)	6(19,4)	
Friccionar as mãos com preparação alcoólica resseca mais	Sim	109(68,6)	84(68,9)	25(67,6)	0,883
	Não	50(31,4)	38(31,1)	12(32,4)	
Friccionar as mãos com preparação alcoólica é mais eficaz contra os micro-organismos do que higienizá-las com água e sabonete	Sim	58(36,5)	48(39,3)	10(27,0)	0,173
	Não	101(63,5)	74(60,7)	27(73,0)	

Tabela 3. Atitudes dos profissionais em HM antes e depois de ações relacionadas à assistência em unidades abertas ou fechadas de um hospital geral do Noroeste do Rio Grande do Sul - Brasil, 2016.

Variáveis		Total n (%)	Unidades abertas n (%)	Unidades fechadas n (%)	p
Antes de escrever no prontuário	FA	92(57,8)	65(53,3)	27(73,0)	-
	AS	65(40,9)	55(45,1)	10(27,0)	
	N	2(1,3)	2(1,6)	-	
Antes do contato com o paciente	FA	107(67,3)	88(72,1)	19(51,4)	0,018*
	AS	52(32,7)	34(21,9)	18(48,6)	
Ao chegar na unidade após o almoço	FA	31(19,5)	29(23,8)	2(5,4)	0,014**
	AS	128(80,5)	93(76,2)	35(94,6)	
Antes de aplicar uma injeção	FA	116(73,0)	94(77,0)	22(59,5)	0,035*
	AS	43(27,0)	28(23,0)	15(40,5)	
Antes de esvaziar o urinol	FA	91(57,2)	74(60,7)	17(46,0)	0,020**
	AS	49(30,8)	31(25,4)	18(48,6)	
	N	19(12,0)	17(13,9)	2(5,4)	
Antes de abrir a porta do quarto do paciente	FA	131(82,4)	99(81,2)	32(86,5)	0,692
	AS	20(12,6)	16(13,1)	4(10,8)	
	N	8(5,0)	7(5,7)	1(2,7)	
Após aplicar uma injeção	FA	93(58,5)	76(62,3)	17(45,9)	0,077
	AS	66(41,5)	46(37,7)	20(54,1)	
Após esvaziar o urinol	FA	54(34,0)	49(40,2)	5(13,5)	-
	AS	104(65,4)	73(59,8)	31(83,8)	
	N	1(0,6)	-	1(2,7)	
Após remoção das luvas de procedimento	FA	25(15,7)	22(18,0)	3(8,1)	0,146
	AS	134(84,3)	100(82,0)	34(91,9)	
Ao se afastar do paciente	FA	110(69,2)	92(75,4)	18(48,6)	0,002*
	AS	49(30,8)	30(24,6)	19(51,4)	
Após arrumação da cama do paciente	FA	83(52,2)	67(54,9)	16(43,2)	-
	AS	75(47,2)	54(44,3)	21(56,8)	
	N	1(0,6)	1(0,8)	-	
Após a exposição visível ao sangue	FA	35(22,0)	30(24,6)	5(13,5)	0,154
	AS	124(78,0)	92(75,4)	32(86,5)	
Após contato com um paciente com diarreia	FA	32(20,1)	27(22,1)	5(13,5)	0,252
	AS	127(79,9)	95(77,9)	32(86,5)	
Antes da desinfecção do leito após a alta do paciente	FA	69(43,4)	56(45,9)	13(35,1)	0,510
	AS	86(54,1)	63(51,6)	23(62,2)	
	N	4(2,5)	3(2,5)	1(2,7)	

Legenda: FA: fricção com álcool; AS: água e sabão. N: nenhum *Qui-quadrado de Pearson; **Exato de Fischer

Tabela 4. Atitudes dos profissionais em HM antes e depois de ações relacionadas à assistência em unidades abertas ou fechadas de um hospital geral do Noroeste do Rio Grande do Sul - Brasil, 2016.

Variáveis		Total n (%)	Unidades abertas n (%)	Unidades fechadas n (%)	p
Para evitar a transmissão cruzada de microrganismos ao paciente deve-se higienizar as mãos:					
Antes do contato com o paciente	Sim	159(100,0)	122(100,0)	37(100,0)	-
	Não	-	-	-	
Após o contato com o paciente	Sim	153(96,2)	117(76,5)	36(97,3)	0,574
	Não	6(3,8)	5(4,1)	1(2,7)	
Imediatamente após o contato com fluidos corporais	Sim	154(96,9)	117(76,5)	37(100,0)	-
	Não	5(3,1)	5(4,1)	-	
Após exposição a superfície e objetos próximos ao paciente	Sim	146(91,8)	111(91,0)	35(94,6)	0,379
	Não	13(8,2)	11(9,0)	2(5,4)	
Para evitar infecção do paciente por seus próprio micro-organismos deve-se higienizar as mãos:					
Antes do contato com o paciente	Sim	142(89,3)	109(89,3)	33(89,2)	0,592
	Não	17(10,7)	13(10,7)	4(10,8)	
Após o contato com o paciente	Sim	135(84,9)	107(87,7)	28(75,7)	0,073
	Não	24(15,1)	15(12,3)	9(24,3)	
Imediatamente após o contato com fluidos corporais	Sim	147(92,5)	114(93,4)	33(89,2)	0,294
	Não	12(7,5)	8(6,6)	4(10,8)	
Imediatamente antes de realização de procedimento asséptico	Sim	148(93,1)	112(91,8)	36(97,3)	0,225
	Não	11(6,9)	10(8,2)	1(2,7)	

Tabela 5. Ações de HM que evitam a contaminação dos profissionais de enfermagem de unidade aberta e fechada de um hospital geral do Noroeste do Rio Grande do Sul - Brasil, 2016.

Variáveis		Total n (%)	Unidades abertas n (%)	Unidades fechadas n (%)	p
Para evitar a infecção do profissional de saúde deve-se higienizar as mãos:					
Após o contato com o paciente	Sim	154(96,9)	118(96,7)	36(97,3)	0,670
	Não	5(3,1)	4(3,3)	1(2,7)	
Imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais	Sim	151(95,0)	116(95,1)	35(94,6)	0,594
	Não	8(5,0)	4(4,9)	2(5,4)	
Imediatamente antes de realização de procedimento asséptico	Sim	112(70,4)	92(75,4)	20(54,1)	0,013*
	Não	47(29,6)	30(24,6)	17(45,9)	
Após exposição a superfície e objetos próximos ao paciente	Sim	149(93,7)	112(91,8)	37(100,0)	-
	Não	10(6,3)	10(8,2)	-	
Superfícies que podem contaminar as mãos dos profissionais:					
A maçaneta da porta do quarto do paciente	Sim	159(100,0)	122(100,0)	37(100,0)	-
	Não	-	-	-	
A roupa de cama do próprio paciente	Sim	125(78,6)	95(77,9)	30(81,1)	0,679
	Não	34(21,4)	27(22,1)	7(18,9)	
A pele intacta de outro paciente	Sim	125(78,6)	98(80,3)	27(73,0)	0,339
	Não	34(21,4)	24(19,7)	10(27,0)	
A pele intacta do próprio paciente	Sim	95(59,7)	73(59,8)	22(59,5)	0,967
	Não	64(40,3)	49(40,2)	15(40,5)	
O prontuário do paciente	Sim	119(74,8)	92(75,4)	27(73,0)	0,765
	Não	40(25,2)	30(24,6)	10(27,0)	
As paredes do quarto do paciente	Sim	120(75,5)	95(77,9)	25(67,6)	0,202
	Não	39(24,5)	27(22,1)	12(32,4)	
A mesa de cabeceira de outro paciente	Sim	139(87,4)	109(89,3)	30(81,1)	0,148
	Não	20(12,6)	13(10,7)	7(18,9)	

*Qui-quadrado de Pearson

DISCUSSÃO

Nesta investigação há predomínio de trabalhadores do sexo feminino. Quanto à categoria profissional, prevalecem os técnicos de enfermagem. No Brasil, estes resultados são característicos dos serviços de saúde brasileiros.¹¹

Os resultados desta pesquisa denotam que a maioria dos participantes atuavam somente na referida instituição de assistência à saúde. Avalia-se esse fato como um fator positivo o qual necessita ser utilizado pelos enfermeiros no planejamento e implementação de ações direcionadas à HM, por meio da educação permanente e, desta forma, qualificar a assistência, uma vez que esta temática é um dos pilares para a segurança do paciente.

A revisão de práticas necessita ser incorporada nas capacitações das instituições hospitalares, na medida em que ações educativas têm potencial de transformar o conhecimento em comportamento.¹² Nesse contexto, orientações e protocolos são essenciais para o cumprimento da HM. No que tange aos auxiliares de enfermagem, os autores pontuam que eles precisam saber quando, onde e como lavar as mãos, tendo em vista que, sua formação ocorre em menor tempo.¹³ Importante, discutir os cinco momentos com toda equipe, pois são fundamentais na perspectiva da segurança do paciente, no intuito de sensibilizá-los para que compreendam o porquê higienizar as mãos, ainda, faz se mister desenvolver a temática nas atividades de educação continuada e permanente desenvolvidas pelo enfermeiro, ou equipe

de controle de infecção hospitalar.

Atividades com simulações realísticas tem sido utilizada como metodologia inovadora, pois oportunizam visualizar na prática as potencialidades e dificuldades durante a assistência. Ainda, salienta-se como aspecto positivo a atualização do conhecimento sobre a temática e a articulação entre a CCIH, Núcleo de Segurança do Paciente e Núcleo de Educação Permanente como estratégia de fortalecimento e parceira no intuito de desenvolver a aprendizagem e, conseqüentemente, a efetivação de práticas de HM.¹⁴

Em relação à rota de transmissão, participantes de ambas as unidades reconheceram serem as mãos não higienizadas é a principal fonte de micro-organismos. Estudo aponta que o *Staphylococcus aureus* é um patógeno ligado às infecções do ambiente hospitalar, portanto os profissionais envolvidos no cuidado podem ser os disseminadores.¹⁵ Dados de pesquisa nos Estados Unidos estima que, anualmente, 2,5 milhões de infecções são adquiridas no hospital, das quais estas infecções estão associadas a 90.000 óbitos evitáveis de pacientes aliado a custos superiores a US\$ 4,5 bilhões, atribuídos as falhas na HM por parte dos profissionais de saúde.¹⁶

Nesse sentido, a HM deve ser realizada com água e sabonete, com duração mínima de 20 a 30 segundos, no intuito de remover micro-organismos presentes nas camadas superficiais da pele e retirar a sujidade, a qual propicia sua proliferação. Para tanto, é importante realizar a higienização antisséptica, com o uso de um degermante.¹⁷

Quanto à fricção antisséptica das mãos com prepa-

ração alcoólica, para a redução da carga microbiana das mesmas, é possível utilizá-la em substituição a água e sabonete líquido, quando não apresentarem sujidade visível.¹⁸ Para a Organização Pan-Americana de Saúde, o padrão ouro para a HM é a utilização de soluções alcoólicas, tendo em vista sua eficácia, ser de rápida absorção, com boa eliminação dos microrganismos, fácil acesso e boa tolerância da pele, o que garante a redução do risco de transmissão cruzada quando utilizadas de maneira correta.¹⁹

Estudo na capital paranaense constatou que a solução alcoólica foi utilizada pelos participantes em 6% das oportunidades, o que denota que, mesmo com evidentes vantagens, a adesão ainda é baixa.²⁰ Outro estudo realizado no sistema sanitário de Andalúcia-Espanha, em que utilizou o mesmo instrumento do presente estudo, evidenciou que cerca de 71% dos profissionais de saúde responderam adequadamente quando questionados quanto ao tempo necessário de 20 segundos para fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica ser eficaz.²¹

Na presente investigação, identificou-se que mais da metade dos profissionais, tanto de unidades abertas como das fechadas, desconheciam o tempo mínimo necessário da solução hidroalcoólica para a eficácia antimicrobiana, bem como as dificuldades no reconhecimento dos profissionais, no que se refere ao produto ideal para HM em cada situação. Obteve-se menor percentual de acertos nas variáveis “antes do contato com o paciente”, “ao chegar na unidade após o almoço”, “antes da aplicação de injeção”, antes de esvaziar o urinol” e “ao deixar o paciente”.

Estudo que realizou a avaliação da infraestrutura material e a adesão a HM evidenciou baixa adesão (11,68%) antes do contato e/ ou procedimento, e maior adesão (44,52%) depois do contato, o que denota a incipiência da sua importância no controle/ redução das infecções cruzadas²⁰. O risco de transmissão cruzada é a razão pela qual foram idealizados os “Cinco Momentos” para a HM. Trata-se de indicações para a prática durante a assistência ao paciente, o que promove segurança ao mesmo e indica a atitude certa para cada momento.¹⁸

Os resultados apontam incipiência no conhecimento no que tange a contaminação do profissional de saúde, com diferença estatisticamente significativa. Nesse sentido, a oferta de atividades educativas aos profissionais não garante que o conhecimento se transforme em atitude de segurança.²² Autores aludem que nos treinamentos realizados nas instituições de saúde relacionados com as medidas de biossegurança, por vezes há resistência e/ ou banalização dos envolvidos com as normas de segurança do trabalhador e do paciente,²² fato que pode refletir na efetivação da HM de forma adequada. Esse cenário pode ser alterado com utilização de diversas abordagens metodológicas, em que envolvam os trabalhadores de forma ativa na transformação desta realidade, por meio simulações realísticas e outras práticas educativas inovadoras.

A segurança do trabalhador e do paciente está diretamente relacionada e, em situações de fragilidade de conhecimento da equipe de saúde, a qual assiste pacientes, em especial os submetidos a procedimentos

invasivos e não observados as regras quanto a HM adequada eleva-se a possibilidade de contaminação cruzada no âmbito hospitalar.²³ Estudo australiano concluiu que enfatizar atitudes desfavoráveis entre enfermeiros, não contribuem para o aprendizado, portanto, devem ser centradas em estratégias de educação em saúde aliadas as normas e percepções de controle de risco para ampliar a adesão dos profissionais para adequada HM.²⁴

Outra investigação realizada em unidade pediátrica autores utilizaram diagramas de fluxo de trabalho e avaliaram como importantes, com o intuito de envolver a equipe na identificação e abordagem da complexidade da HM no ambiente de cuidados pediátricos, em longo prazo.²⁵

O estudo possui algumas limitações, e considera-se que pelo fato de avaliar o conhecimento acerca da HM por meio do auto relato, pode superestimar as taxas de adesão em relação à coleta por observação. Os participantes da pesquisa relataram dificuldade na escolha da resposta adequada sobre o tipo de HM é necessário antes da desinfecção do leito após a alta, bem como a fricção das mãos com preparação alcoólica, ação adequada para evitar a infecção do paciente pelos seus próprios microrganismos e HM após o contato com o paciente.

Resultados sinalizam a importância de ações de educação permanente nas instituições de saúde, principalmente no que diz respeito à qualidade na assistência à saúde e à segurança do paciente. Para tanto, abordagens práticas quanto a HM devem ser priorizadas, tendo em vista sua potencialidade na aprendizagem,¹³ o que irá resultar na qualificação da prática assistencial e consequentemente na assistência ao paciente.

Sugere-se que sejam desenvolvidos estudos que observem a realidade dos profissionais de saúde atuantes nos serviços, mesmo com a possível influência do efeito Hawthorne. Ainda, que sejam produzidas tecnologias que permitam ao trabalhador avaliar a técnica de HM aliadas a reflexões de suas práticas desde seu ingresso na instituição, com conteúdo referentes à segurança do paciente e a redução de IRAS, coordenadas pelo enfermeiro.

REFERÊNCIAS

1. Sousa ECP, Silva FL. Conhecimento e adesão da prática de higienização das mãos dos profissionais da saúde: revisão de literatura. *Cultura de los cuidados* 2016;20(44):101-9. doi: 10.14198/cuid.2016.44.09
2. World Health Organization. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft): A summary. Clean hands are safer hands. Geneva: WHO, 2005. http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf.
3. Custódio J, Alves JF, Silva FM, Dolinger EJO, Santos JGS, Brito DVD. Avaliação microbiológica das mãos de profissionais de saúde de um hospital particular de Itumbiara. *Rev. ciênc. méd* 2009;18(1):7-11.
4. Organização Mundial de Saúde (BR); 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. Brasília, (DF); 2008.
5. Batista OMA et al. Representações sociais de enfermeiras sobre a infecção hospitalar: implicações para o cuidar intervencionista. *Rev. Enferm. UERJ* 2012;20(4):500-6. doi: 10.12957/reuerj.2012.5318
 6. Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *Rev Min Enferm* 2013;17(1):216-20. doi: 10.5935/1415-2762.20130018
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente: Relatório sobre Autoavaliação para Higiene das Mãos. Brasília, 2012.
 8. Muller MP, Carter E, Siddiqui N, Larson E. Hand Hygiene Compliance in an Emergency Department: The Effect of Crowding *Academic Emergency Medicine* 2015;22:1218-21. doi: 10.1111/acem.12754
 9. Prado MF, Maran E. Desafio ao uso das preparações alcoólicas para higienização das mãos nos serviços de saúde. *Esc. Anna Nery* 2014;18(3):544-7. doi: 10.5935/1414-8145.20140078
 10. Derhun FM, Souza VS, Costa MAR, Inoue KC, Matsuda LM. Conhecimento de Profissionais de Enfermagem sobre Higienização das Mãos. *Cogitare Enferm* 2016;21(3):01-8. doi: 10.5380/ce.v21i3.45588
 11. Giordani AT, Sonobe HM, Ezaias GM, Valerio MA, Andrade D. Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos: fatores motivacionais. *Rev Rene* 2014;15(4):559-68. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/1066/1028>. doi: 10.15253/2175-6783.2014000400002
 12. Oliveira AC, Paula AO. Intervenções para elevar a adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf* 2013;15(4):1052-60. <https://www.fen.ufg.br/revista/v15/n4/pdf/v15n4a24.pdf>. doi: 10.5216/ree.v15i4.21323
 13. Castle N, Handler S, Wagner L. Hand Hygiene Practices Reported by Nurse Aides in Nursing Homes. *Jour of Appl Gerontol* 2016;35(3):267- 85. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24652917>. doi: 10.1177/0733464813514133
 14. 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:e 03242. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/1980-220X-reeusp-51-e03242.pdf>. doi: 10.1590/S1980-220X2016035503242
 15. Almeida ACP. Estudo sobre a contaminação de jaleco por staphylococcus como subsídio para o conhecimento das infecções cruzadas. *Rev da Universidade Vale do Rio Verde* 2015;13(2):152-61. <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2191>. doi: 10.5892/ruvrd.v13i1. 2191
 16. Fox C, Wavra T, Drake DA, Mulligan D, Bennett YP, Nelson C et al. Use of a patient hand hygiene protocol to reduce hospital-acquired infections and improve nurses' Hand Washing. *American Journ of Crit Care* 2015;24(3):216-24. <http://ajcc.aacnjournals.org/content/24/3/216.full.pdf+html> doi: 10.4037/ajcc2015898
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília; 2013. <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/seguranca-do-paciente-higienizacao-das-maos>
 18. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Agência nacional de vigilância sanitária. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: OPAS/ANVISA, 2008. http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf
 19. Bathke J, Cunico PA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Sarquis LMM, Cruz EDA. Infrastructure and adherence to hand hygiene: challenges to patient safety. *Rev Gaúcha Enferm* 2013;34(2):78-85. http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/en_v34n2a10.pdf doi: 10.1590/S1983-14472013000200010
 20. Perez P, Herrera-Usagre M, Bueno-Cavanillas A, Alonso-Humada MS, Buiza-Camacho B, Vázquez-Vázquez M. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora. *Cad. Saúde Pública* 2015;31(1):149-60. doi: 10.1590/0102-311X00106913
 21. Marziale MHP, Rocha FLR, Robazzi MLCC, Cenzi CM, Santos HEC, Trovó MEM. Organizational influence on the occurrence of work accidents involving exposure to biological material. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013;21(spe):199-206. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/25.pdf> doi: 10.1590/S0104-11692013000700025
 22. Loro MM, Zeitoune RCG. Collective strategy for facing occupational risks of a nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03205. [Acesso em 2017 setembro 29]. doi: 10.1590/0102-311X00106913
 23. White KM, Starfelt LC, Jimmieson NL, Campbell M, Graves N, Barnett A et al. Understanding the determinants of Australian hospital nurses' hand hygiene decisions following the implementation of a national hand hygiene initiative. *Health Education Research* 2015;30(6):959-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26590244> doi: 10.1093/her/cyv057
 24. Carter JE, Cohen B, Murray MT, Saiman L, Larson E. Using Workflow Diagrams to Address Hand Hygiene in Pediatric Long-Term Care Facilities *J Pediatr Nurs* 2015;30(4):e17-e21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4568738/pdf/nihms-721601.pdf> doi: 10.1016/j.pedn.2014.12.002