

INFRAESTRUTURA E ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: DESAFIOS À SEGURANÇA DO PACIENTE

Janaína BATHKE^a, Priscila de Almeida CUNICO^b, Eliane Cristina Sanches MAZIERO^c,
Fernanda Leticia Frates CAUDURO^d, Leila Maria Mansano SARQUIS^e, Elaine Drehmer de Almeida CRUZ^f

RESUMO

Considerando a importância das mãos na cadeia de transmissão de microrganismos, esta pesquisa observacional investigou a infraestrutura material e a adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva do sul do Brasil, em 2010. Os dados foram coletados por observação direta não participante e emprego de instrumento autoaplicável a 39 profissionais, analisados com auxílio de Teste do χ^2 , estatística descritiva e análise de discurso quantitativa. Embora os profissionais superestimem a adesão, reconheçam a prática como relevante para a prevenção de infecções e refiram não haver fatores de impedimento, entre 1277 oportunidades observadas, a adesão foi de 28,6%, e significativamente menor antes do contato e dos procedimentos assépticos do que após o contato com o paciente. A infraestrutura apresentou-se deficiente em funcionalidade. Os resultados implicam risco para a segurança dos pacientes, sendo relevante o planejamento de ações corretivas e que promovam essa prática.

Descritores: Lavagem de mãos. Infecção hospitalar. Gerenciamento de segurança. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Segurança do paciente.

RESUMEN

Con base en la importancia de las manos en la cadena de transmisión de microorganismos, esta investigación observacional tuvo el objetivo de observar la infraestructura material y la adhesión a la higienización de las manos en unidad de terapia intensiva del sur de Brasil, en 2010. Los datos fueron recogidos por la observación directa no participante y empleo de instrumento autoaplicable a 39 participantes, analizados con ayuda del Test de χ^2 , estadística descriptiva y análisis de discurso cuantitativo. A pesar de que los profesionales sobrestimen la adhesión, reconocen la práctica como relevante para la prevención de infecciones y refieren no haber factores de impedimento. Entre 1277 oportunidades observadas, la adhesión fue del 28,6% y significativamente menor antes del contacto y procedimientos asépticos que después del contacto con el paciente; la infraestructura se ha presentado deficiente en funcionalidad. Los resultados revelan riesgo para la seguridad de los pacientes siendo relevante el planeamiento de acciones correctivas y que promuevan esa práctica.

Descriptores: Lavado de manos. Infección hospitalaria. Administración de la seguridad. Conocimientos, actitudes y práctica en salud. Seguridad del paciente.

Título: Infraestructura y adhesión a la higienización de las manos: desafíos a la seguridad del paciente.

a Enfermeira. Enfermeira do Programa Estratégia Saúde da Família da Prefeitura de São José dos Pinhais, Paraná -PR/Brasil.

b Enfermeira. Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Angelina Caron. Campina Grande do Sul/PR/Brasil.

c Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Infantil Waldemar Monastier - Campo Largo/ PR/Brasil. Especialista em Pediatria e Cuidados Intensivos Neonatais. Membro do Grupo de Estudos Multidisciplinar em Saúde do Adulto-GEMSA.

d Enfermeira. Enfermeira da Secretaria de Saúde de Colombo/PR/Brasil. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Membro do GEMSA.

e Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR/PR/Brasil. Membro do GEMSA.

f Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR/PR/Brasil. Membro do GEMSA.

ABSTRACT

Considering the importance of hands in the chain of transmission of microorganisms, this observational research investigated the material infrastructure and compliance of hand hygiene in an intensive care unit in the south of Brazil, in 2010. The data was collected by direct non-participant observation and through the use of self-administered questionnaires to be completed by the 39 participants, which was analyzed with the assistance of the χ^2 Test, descriptive statistics and quantitative discourse analysis. Although health professionals overestimate compliance rates, recognize the practice as relevant to the prevention of infection and refer there are no impeding factors, of the 1,277 opportunities observed, compliance was 26% and significantly lower before patient contact and the use of aseptic procedures than after patient contact: infrastructure was shown to be deficient. The results indicate risk to patient safety, and, thus, the planning of corrective actions to promote hand washing is relevant.

Descriptors: Hand washing. Cross infection. Safety management. Health knowledge, attitudes and practice. Patient safety.

Title: Infrastructure and adherence to hand hygiene: challenges to patient safety.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pacientes graves são submetidos a procedimentos invasivos e têm maior risco para eventos adversos, entre esses as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), com alta prevalência nesta população^(1,2). Na epidemiologia das IRAS, as mãos dos profissionais de saúde constituem fonte e veículo de transmissão de microrganismos entre diversos sítios corporais de um mesmo paciente, entre pacientes, e reciprocamente entre esses e o ambiente da assistência. Para reduzir a carga microbiana, recomenda-se higienizar as mãos com solução alcoólica, sabonete líquido ou solução degermante⁽³⁾. Também o ambiente assistencial tem papel importante na epidemiologia dessas infecções, visto que superfícies contaminadas, frequentemente manipuladas por profissionais, podem atuar como fonte de transmissão de microrganismos, o que se dá principalmente pelas mãos⁽⁴⁾. Neste contexto, realizar a higienização de mãos (HM) durante a prática profissional em saúde ao paciente criticamente enfermo contribui para a prevenção de IRAS por se constituir em oportunidade de interrupção da principal forma de transmissão de patógenos, qual seja o contato direto entre o cuidador, o paciente e o ambiente de assistência.

Reconhecendo a relevância de estabelecer estratégias mundiais para a promoção da HM e contribuir para a segurança do paciente e do trabalhador, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2007, o programa Cuidado Limpo é Cuidado Seguro e recomenda, entre outras estratégias, a observação da adesão e das condições estruturais para a HM. O Programa enfatiza cinco momentos que representam as oportunidades mais frequentes no contexto assistencial para a HM e são: antes de contato com paciente (oportunidade 1), antes da realização de procedimento asséptico (oportunidade 2),

após exposição a fluidos corporais (oportunidade 3), após contato com paciente (oportunidade 4), e após contato com ambiente próximo ao paciente (oportunidade 5). Uma oportunidade determina a necessidade de higienizar as mãos e, frente a uma oportunidade, **indicação** é a razão pela qual essa prática é necessária e **ação** é o que se faz, ou não, diante da indicação. Deste modo, a adesão é expressa por meio da taxa de ações e oportunidades⁽⁵⁾.

Considerando a complexidade da assistência, em UTI podem ser alcançadas, por hora e por profissional, até 22 oportunidades para a HM; essa frequência é diretamente proporcional à organização do processo de trabalho, mas também às condições físicas e clínicas do paciente assistido e à força de trabalho disponível⁽⁶⁾. No entanto, estudo demonstra que a adesão é inversamente proporcional às oportunidades; deste modo, em locais que demandam maior número de oportunidades, a taxa de adesão é menor⁽⁶⁾.

A observação do comportamento se constitui uma estratégia para promover a adesão à HM, uma vez que somente questionários autoaplicáveis não são suficientes para mensurá-la⁽⁷⁾ e, nessa perspectiva, conhecer o contexto assistencial é relevante para sua compreensão⁽⁸⁾. Deste modo, o presente trabalho se justifica por permitir conhecer a frequência com que os profissionais que atuam em UTI higienizam suas mãos, considerando-se as oportunidades durante a assistência, bem como as condições estruturais e de insumos. Nesta perspectiva, a questão norteadora desta pesquisa foi “Quais são as condições de infraestrutura material para a HM e a adesão dos profissionais a essa prática frente às oportunidades durante a prática assistencial em unidade de terapia intensiva?”. E o objetivo deste estudo foi investigar a infraestrutura material e a adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa observacional realizada de março a junho de 2010 em uma UTI de adultos de hospital de ensino da capital paranaense, localizada na região sul do Brasil. Foram critérios de inclusão dos participantes pertencer à equipe médica, de enfermagem ou de fisioterapia e estar em atividade assistencial durante o período do estudo. Os critérios de exclusão dos participantes foram a desistência, a não devolução do questionário autoaplicável preenchido e o fato deste não ser observado durante o desenvolvimento da assistência direta ao paciente. A população-alvo no período do estudo era de 55 profissionais de saúde; esses foram listados e contratados individualmente durante o turno de trabalho, convidados a participar e esclarecidos que seriam observados sem, contudo, conhecer o período e o instrumento de observação. Concordearam e participaram da pesquisa 49 profissionais, os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente ao início da coleta de dados; a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa sob registro CEP/SD: 759.094.09.07.

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados, um autoaplicável e dois aplicados por duas pesquisadoras treinadas para a observação direta não participante, acadêmicas em estágio curricular na referida unidade. O Instrumento I refere-se ao roteiro para a coleta de informações sobre a infraestrutura material para a HM, compreendida por insumos e instalações, adaptado de estudo anterior⁽⁹⁾ e aplicado no mês de março de 2010, após a autorização do serviço, durante duas horas e, simultaneamente, por duas observadoras.

O Instrumento II refere-se ao roteiro estruturado da observação da prática de HM construído para este estudo e baseado em duas diretrizes para a observação da adesão^(5,10). Foram consideradas quatro oportunidades para a HM: (1) antes de contato com paciente e/ou ambiente próximo ao paciente, (2) antes da realização de procedimento asséptico, (3) após exposição à fluidos corporais, (4) após contato com paciente e/ou ambiente próximo ao paciente. Deste modo, nesta pesquisa as oportunidades 4 (após contato com paciente) e 5 (após contato com ambiente próximo ao paciente), preconizadas pela OMS⁽⁵⁾, foram agrupadas, constituindo uma só. Isto por entendermos que se referem à mesma **indicação** ou razão para sua realização, qual seja, reduzir a transmissão de microrganismos para o profissional e para o ambiente.

Diferentemente, portanto, das oportunidades 1, 2 e 3 que têm indicações distintas e respectivamente reduzir a transmissão de microrganismos para o paciente, reduzir a transmissão de microrganismos durante a realização de procedimento asséptico e reduzir a transmissão de microrganismos para o profissional e ambiente, a partir do contato com fluidos biológicos. Ainda, o agrupamento das oportunidades se justificou por considerar-se que paciente e ambiente constituem, para a fins da observação da referida, um só elemento uma vez que a internação, no local do estudo, se dá em box individual.

O Instrumento II foi testado em duas UTI, distintas daquela do estudo, durante duas horas em cada unidade; nesta oportunidade as observadoras foram, simultaneamente, treinadas. Após ajustes no instrumento, a coleta dos dados foi realizada por meio de observação direta não participante e à distância, de modo a não influenciar o comportamento, porém sem ocultar a presença. Com o intuito de não interferir no comportamento dos participantes, relativo à prática de HM, as observações foram realizadas a partir do posto de enfermagem, localizado na área central da UTI e a partir do qual é possível observar o interior dos boxes individuais de assistência, circundados por meia parede de vidro. Neste ambiente, nas duas primeiras horas de cada turno de trabalho e durante quatro dias consecutivos do mês de abril de 2010, foram totalizadas 24 horas de observação, não simultânea, por duas pesquisadoras. Cada oportunidade observada foi acompanhada do registro da indicação e da ação empregada ou não, além da identificação do participante, de forma codificada.

O Instrumento III constitui um questionário semiestruturado e autoaplicável para a coleta de dados complementares à discussão dos relativos à adesão e à infraestrutura material e foi entregue ao término do período de observação. Para a organização dos dados utilizou-se o programa Excel, versão 2007, e esses foram analisados com auxílio do Teste do χ^2 e estatística descritiva. As respostas abertas, provenientes do instrumento III, foram agrupadas por similaridade e analisados pela análise de discurso quantitativa⁽¹¹⁾.

RESULTADOS

Caracterização da estrutura e materiais para a HM

A UTI contava no período do estudo com 14 leitos ativos; dispunha de 21 estações de HM (en-

tendida como o conjunto de lavatório, dispensador de sabonete, dispensador ou almotolia com solução alcoólica, papel toalha e lixeira) assim localizadas: uma na entrada da unidade, duas nos vestiários, 13 no interior dos boxes, duas à entrada dos mesmos (um dos boxes possuía uma estação na entrada e outra no seu interior) e três no posto de enfermagem. Os resultados das condições estruturais das estações de HM estão apresentados na Tabela 1.

Caracterização dos participantes do estudo

Entre os 49 profissionais que consentiram em participar do estudo, 39 foram observados e responderam o instrumento autoaplicável. Entre esses 21 (54%) auxiliares de enfermagem, 5 (2,8%) enfermeiros, 5 (12,8%) técnicos em enfermagem, 6 (15,3%) médicos e 2 (5,1%) fisioterapeutas. A maioria dos participantes referiu ter recebido orientações sobre a HM durante sua formação profissional (94,8%, N=37) e treinamento em serviço sobre o tema nos últimos 12 meses (87,1%, N= 34).

Caracterização da prática de HM

No total foram observadas 1277 oportunidades para HM, 43,5% pela manhã, 35,5% no período

vespertino e 21% no noturno, com adesão de 28,6%, 22,8% e 28,8%, respectivamente; a taxa geral de adesão positiva foi de 26,5% (N=338), e de não adesão foi de 73,5% (N=939). A maioria das oportunidades observadas foram **antes e após o contato com o paciente/ambiente**, como apresentado na Tabela 2.

Em 702 oportunidades de HM **antes do contato com paciente e antes de procedimento asséptico** observou-se 82 adesões; e em 575 oportunidades **após o contato com paciente e/ou ambiente e após contato com fluidos biológicos** observou-se 256 adesões. Portanto, a proporção de adesão antes do contato ou procedimento foi de 11,68% e a adesão depois do contato foi de 44,52%. Aplicando o Teste do χ^2 , o valor p é menor que 0,001 portanto, a proporção de adesão **depois do contato** (momentos 3 e 4) foi significativamente maior que a proporção de adesão **antes do contato** (momentos 1 e 2).

Quando realizada a HM, foi utilizado água corrente e sabonete líquido em 306 (90,5%) oportunidades; fricção com solução alcoólica em 20 (6,0%); água corrente e sabonete líquido e seguido de fricção com solução alcoólica em 8 (2,4%); água corrente e solução degermante em 4 (1,2%) oportunidades. O sabonete líquido e o álcool foram referidos como produtos de preferência para higienizar as mãos por 29 (74,4%) participantes, e, entre os demais, 5 (12,8%) referiram

Tabela 1 – Condições estruturais para a higienização das mãos. Curitiba, PR, 2010.

Condições Estruturais para HM	Sim % (n)	Não % (n)
Lavatório com material educativo*	33 (06)	67 (15)
Lavatório com livre acesso [£]	74 (15)	26 (06)
Lavatório limpo	78 (16)	22 (05)
Lavatório com adequado escoamento de água	09 (01)	91(20)
Lavatório permite a HM sem encostar nas bordas	100 (21)	—
Lavatório com misturador de água quente e fria	09 (01)	91 (20)
Lavatório permite a HM sem provocar respingos na roupa	35 (07)	65 (14)
Lavatório com torneira de comando automático [†]	74 (15)	26 (06)
Lavatório com dispensador de sabonete líquido	100 (21)	-
Dispensador de sabonete funcionante	52 (11)	48 (10)
Dispensador de sabonete funcionante e abastecido [§]	38 (08)	62 (13)
Dispensador de papel toalha abastecido	90 (19)	10 (02)
Dispensador de papel toalha funcionante	81 (17)	19 (04)
Solução alcoólica disponível na estação de HM [¶]	48 (10)	52(11)
Solução alcoólica disponível à beira do leito	64 (09)	36(05)

*continham indicações e técnica; [£]sem impedimento à aproximação; [†]duração do fluxo da água variou de 1 a 9 segundos, exigindo acionamento repetido; [§]volume médio de 1 ml de sabonete líquido dispensado em 91% e 2 ml nos demais; [¶]HM- higienização das mãos.

Fonte: Dados da pesquisa.

não ter preferência, 4 (10,2%) preferir sabonete, álcool e clorexidina, e 1 (2,6%) participante não respondeu.

Os dados relativos ao número de participantes e respectiva relação com o número de oportunidades para a HM, proporção entre as oportunidades por categoria profissional e taxa de adesão à HM estão apresentados na Tabela 3.

Ao realizar regressão logística simples para a taxa de adesão, tendo como fator a categoria profissional, observou-se que médico e auxiliar de enfermagem não diferiram significativamente entre si, porém diferiram significativamente ($p < 0,001$) dos demais. A taxa de adesão à HM entre médicos e auxiliares foi significativamente maior que a taxa de adesão de técnico em enfermagem, enfermeiro e fisioterapeuta, e estes não diferiram entre si.

O **controle de infecção** e a **proteção pessoal** foram os principais fatores relacionados como elementos importantes e de incentivo para a HM. As situações citadas nas quais os profissionais afirmaram nunca deixar de realizar HM estão apresentadas no Gráfico 1.

Apesar da baixa adesão com relação às oportunidades, 26 (66,67%) profissionais acreditam que a frequência com que realizam a HM é **suficiente**, 7 (17,95%) consideram **mais do que necessário** e

6 (15,38%) consideram **menos do que necessário**. As respostas às perguntas sobre os fatores de desestímulo para a HM e os fatores de impedimento estão representados na Tabela 4.

DISCUSSÃO

A relação entre a quantidade de pias e o número de leitos está em concordância com a legislação brasileira que prevê um lavatório para cada cinco leitos de UTI⁽¹²⁾; a unidade estudada possui a relação de 1,4 lavatórios por leito ativo. Contudo, menos da metade das estações de HM reunia condições estruturais e de abastecimento ideais, ou seja, funcionantes, abastecidas, disponíveis e sem impedimentos de acesso, fatos que podem contribuir negativamente para a adesão. A disponibilidade de materiais para a HM foi considerada, pelos profissionais, como de estímulo; ressalta-se que, embora as condições estruturais ideais sejam fundamentais à HM, não implicam, necessariamente, em maior adesão^(3,13).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária recomenda para a HM, o uso de quantidade suficiente de sabonete líquido, de modo a cobrir toda a superfície de mãos e punhos⁽³⁾, mas não define tal quantidade. Neste estudo foi considerado que o

Tabela 2 – Oportunidades para a higienização das mãos e adesão. Curitiba, PR, 2010.

Indicação (oportunidade)	Nº de oportunidades observadas	Taxa de adesão (Nº de oportunidades com HM)
Antes do contato com paciente/ambiente (1)	536	13% (69)
Antes de procedimento asséptico (2)	166	7,8% (13)
Após risco/contato com fluidos biológicos (3)	77	35% (27)
Após contato com paciente e/ou ambiente (4)	498	46% (229)

Fonte: Dados da pesquisa.

Tabela 3 – Proporção entre as oportunidades por categoria e percentual de adesão. Curitiba, PR, 2010.

Categoria Profissional	NS (%)	NO (%)	Razão entre NO e NS	Taxa de adesão (%) à HM
Auxiliar	21 (54,0)	613 (48)	2,2	34
Médico	06 (15,3)	358 (28)	4,6	38
Técnico	05 (12,8)	140 (11)	2,2	11
Enfermeiro	05 (12,8)	102 (8)	1,6	12
Fisioterapeuta	02 (5,1)	64 (5)	2,5	5

NS- número de sujeitos; NO- número de oportunidades para a higienização das mãos; HM- higienização das mãos

Fonte: dados da pesquisa.

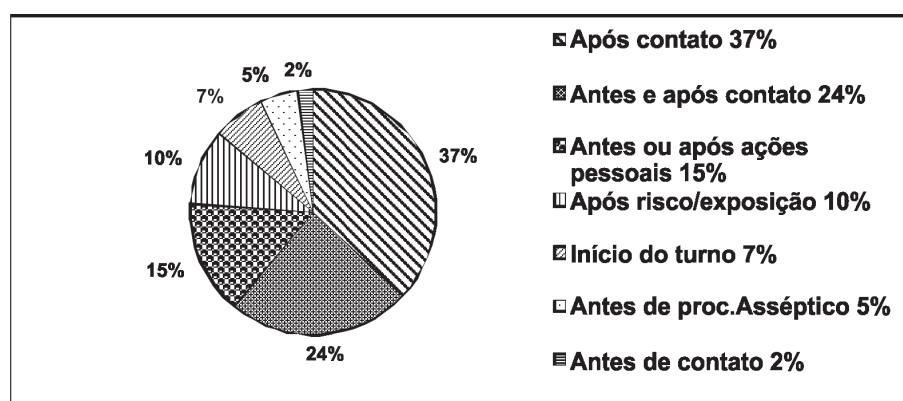


Gráfico 1 – Situações em que os profissionais referem não deixar de realizar a HM. Curitiba, PR, 2010.

Tabela 4 – Fatores apontados por trabalhadores de saúde como de desestímulo e de impedimento para a higienização das mãos. Curitiba, PR, 2010.

Fatores	de desestímulo	de impedimento
Não há fator	50%	51%
Falta de materiais	28%	13%
Materiais de má qualidade	5%	-
Emergências	6%	27%
Equipamentos não funcionantes	5%	-
Excesso de tarefas/falta de tempo	3%	3%
Esquecimento	-	3%
Falta de consciência	-	3%
Ferimentos nas mãos	3%	-

Fonte: Dados da pesquisa.

volume de 1 ml, dispensado por mais de 90% dos dispositivos, é insuficiente para realizar a técnica adequadamente. Também foi considerado insuficiente o tempo de dois segundos da duração do fluxo de água, considerando-se que o tempo preconizado para realizar a HM é de 40 a 60 segundos, quando utilizado sabonete líquido, demandando acionamentos repetidos, fato que pode incorrer em pressa e, até mesmo, a recontaminação das mãos⁽³⁾.

O número de oportunidades observadas e o tempo de observação foram superiores ao mínimo recomendado no Manual do Observador⁽⁵⁾, assim como as oportunidades para a HM por hora⁽³⁾. Por outro lado, a adesão à HM foi muito baixa, quando comparada com outros estudos⁽¹³⁻¹⁵⁾; e pior nas oportunidades que representam proteção ao paciente quando comparadas às oportunidades que representam proteção do profissional. Este resultado

vem ao encontro de estudos nos quais higienizar as mãos representou mais uma prática de autocuidado do que uma prática de cuidado com o paciente^(8,14,16). Pesquisa também demonstrou maior adesão à HM após o contato com áreas possivelmente contaminadas, como axilas e região inguinal⁽¹⁷⁾, o que vem ao encontro de que sentimentos de autoproteção, como desconforto e repulsa, contribuem para promover a adesão à HM⁽⁵⁾. Por outro lado, previamente ao contato com o paciente não há esta percepção, como demonstrado em estudo observacional no qual nenhum dos enfermeiros higienizou as mãos antes de coletar exame de Papanicolaou⁽¹⁸⁾.

A importância atribuída pelos participantes à HM para o controle de infecção reflete uma retórica sem, contudo, efetivação na prática observada. Ao avaliarem a frequência com que higienizam suas mãos, a maioria considerou, no mínimo, suficiente, o

que diverge da baixa adesão observada. Estes dados corroboram com estudo realizado em uma UTI pediátrica, no qual 41% dos profissionais da equipe multiprofissional referiram realizar a HM em até 100% das oportunidades; entretanto, 40% estimaram que seus colegas realizavam essa prática em 75% das oportunidades⁽¹⁹⁾. Nesta perspectiva, o conhecimento do desempenho individual e do grupo contribuem para mudanças comportamentais, salientando a importância de estudos observacionais de adesão à HM^(5,10).

O hábito e a crença pessoal podem exercer maior influência na adesão do que o conhecimento das medidas de precaução e controle de infecção⁽¹⁶⁾. Contudo, diversos são os fatores que afetam negativamente a adesão, como prejuízos à pele, falta de insumos, esquecimento e desconhecimento, ceticismo e falta de exemplo de colegas e líderes, entre outros^(8,16), alguns desses elementos também foram apontados no presente estudo, embora a metade dos profissionais referiu não haver fatores de desestímulo ou impedimento para higienizar as mãos. Este resultado estimula a reflexão sobre quais fatores contribuem, na unidade investigada, para tão baixa adesão à HM; tais como conhecimento, valor atribuído, hábitos, sobrecarga de trabalho e aspectos gerenciais da assistência. Neste sentido, considera-se que este tema pode ser investigado sob outras perspectivas, incluindo-se demais possíveis fatores intervenientes nessa prática.

Quando executada a HM, em mais de 90% foi usado água e sabonete líquido, um dos produtos referidos como da preferência dos participantes. O uso de sabonete líquido é recomendado quando as mãos estão visivelmente sujas, e o sabão associado à solução antisséptica quando contaminadas com material proteico⁽⁵⁾. Contudo, a OMS recomenda como padrão-ouro para a HM o uso de soluções alcoólicas frente à sua eficácia, baixa exigência em infraestrutura, pouco tempo para aplicação e boa tolerância da pele. Embora essas soluções também tenham sido referidas pelos participantes como de sua preferência, foram utilizadas em somente 6% das oportunidades. Deste modo, considera-se que o uso de soluções alcoólicas deve ser incentivado na unidade uma vez que é respaldado, inclusive, por diretriz nacional para a promoção da HM⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu identificar deficiências de infraestrutura material e a adesão à HM; mostrou

que os profissionais reconhecem essa ação como uma estratégia para a prevenção de IRAS; superestimam a própria adesão ao mesmo tempo em que referem não haver fatores que impeçam ou desestimulem essa prática de cuidado. Houve maior adesão nas indicações que refletem proteção do profissional quando comparadas àquelas relativas à proteção do paciente e, embora tenham havido variações entre as categorias profissionais, pode-se afirmar que a assistência na unidade investigada, sob a perspectiva da baixa adesão à HM, implica em risco para a segurança de pacientes criticamente enfermos.

A HM representa uma evidência científica para a prevenção de IRAS; contudo, o cotidiano assistencial contribui para a simplificação de etapas, com vistas à agilizar o trabalho, e promove a rotinização de oportunidades perdidas para a HM, prática muitas vezes negligenciada na prioridade das atividades de cuidado. Diferentes estratégias podem ser empregadas na unidade com vistas a promover a adesão à HM, tais como *feedback* aos profissionais, incentivo do uso de soluções alcoólicas e o estabelecimento de um plano de metas, com o envolvimento de líderes e equipe.

Considerou-se como limitações do estudo a investigação de outros possíveis fatores intervenientes na prática de HM, tais como a força de trabalho em relação ao número e a gravidade dos pacientes assistidos e a compreensão do pouco uso de soluções alcoólicas. Desse modo, compreende-se que essas e outras lacunas possam ser investigadas futuramente.

REFERÊNCIAS

- 1 Moura MEB, Campelo SM, Brito FCP, Batista OMA, Araujo TME, Oliveira ADS. Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. Rev Bras Enferm. 2007;60(4):416-21.
- 2 Vincent JL, Rello J, Marshall J, Silva E, Anzueto A, Martin CD, et al. International study of the relevance and outcomes of infection in intensive care units. J Am Med Assoc. 2009;302(21):2323-9.
- 3 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do paciente. Higienização das mãos. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 4 Ferreira AM, Andrade D, Rigotti MA, Almeida MTG. Staphylococcus aureus resistente à metilicina em superfícies de uma unidade de terapia intensiva. Acta Paul Enferm. 2011; 24(4):453-8.

- 5 World Health Organization. Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge: clean care is safer care. Geneva: WHO; 2009.
- 6 Pessoa-Silva CL, Posfay-Barbe MD, Touveneau S, Perneger TV, Pittet D. Attitudes and perceptions toward hand hygiene among healthcare workers caring for critically ill neonates. Infect Control Hosp Epidemiol. 2005;26(3):305-11.
- 7 Oliveira AC, Paula AO. Monitorização da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. Acta Paul Enferm. 2011;24(3):407-13.
- 8 Cruz EDA, Pimenta FC, Palos MAP, Silva SEM, Gir E. Higienização das mãos: 20 anos de divergências entre as práticas e o idealizado. Cienc Enferm. 2009;15(1):33-8.
- 9 Cunico PA. As condições de trabalho e a aplicabilidade do gerenciamento de risco à prática de higienização de mãos [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2009.
- 10 Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2008.
- 11 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 12 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002: dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília; 2002.
- 13 Neves ZCP, Tipple AFV, Souza ACS, Pereira MS, 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 Latinoam Enferm. 2006;14(4):546-52.
- 14 Lee A, Chalfine A, Daikos GL, Garilli S, Jovanovic B, Lemmen S, et al. Hand hygiene practices and adherence determinants in surgical wards across Europe and Israel: a multicenter observational study. Am J Infect Control. 2011;39(6):517-20.
- 15 Martinez MR, Campos LAAF, Nogueira PCK. Adesão à técnica de lavagem de mãos em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Paul Pediatr. 2009;27(2):179-85.
- 16 Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Contact precautions in intensive care units: facilitating and inhibiting factors for professionals' adherence. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):161-5.
- 17 Whitby M, McLaws ML, Ross RW. Why health-care workers don't wash their hands: a behavioral explanation. Infect Control Hosp Epidemiol. 2006;27(5):484-92.
- 18 Eduardo KGTE, Ferreira ERM, Pinheiros AKB, Ximenes LB. Utilização do instrumento de melhoria de desempenho na avaliação do exame de Papanicolaou por enfermeiros. Cogitare Enferm. 2008;13(3):329-35.
- 19 Cauduro FLF. Cuidado limpo é cuidado seguro: uma promoção para a segurança do paciente [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba (PR): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná; 2011.
- 20 Ministério da Saúde (BR). Resolução Diretiva Colegiada (RDC) n. 42, de 25 de outubro de 2010: dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de soluções alcoólicas para a fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências. Brasília; 2010.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Eliane Cristina Sanches Maziero
Rua Santa Ana, 53, Jardim Fátima
83405-070 Colombo, PR
E-mail: elicris_maziero@yahoo.com.br

Recebido em: 14.06.2012
Aprovado em: 28.11.2012