

Adesão aos cinco momentos de higienização das mãos em unidades de terapia intensiva de um hospital pediátrico*

*Adherence to the five moments of hand hygiene in intensive care units of a pediatric hospital**

Aline Ferreira¹, Jane Melissa Webler², Juliana Ollé Mendes da Silva³, Leandro Rozin⁴, Graciele de Matia⁵

1. Enfermeira no Hospital Araucária.
2. Enfermeira no Hospital Pequeno Príncipe.
3. Enfermeira. Docente das Faculdades Pequeno Príncipe – FPP. Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde.
4. Enfermeiro. Docente das Faculdades Pequeno Príncipe – FPP. Docente da Faculdade Príncipe. Mestre em Biotecnologia aplicada à saúde da criança e do adolescente.
5. Enfermeira. Docente das Faculdades Pequeno Príncipe – FPP. Mestre em Biotecnologia aplicada à saúde da criança e do adolescente.

CONTATO: Graciele de Matia | Rua Uberlândia, 359 | Bairro Abranches | CEP 82220-260 | Curitiba | Paraná | Brasil | E-mail: graciele.matia@gmail.com

Pesquisa resultante do Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Enfermagem da Faculdades Pequeno Príncipe.

Resumo O objetivo do estudo foi avaliar a adesão dos profissionais de saúde nos cinco momentos da higienização das mãos nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital pediátrico por meio de informações obtidas no banco de dados da instituição. O método utilizado foi o exploratório, descritivo, de base documental e abordagem quantitativa, entre os profissionais que prestavam assistência aos pacientes. Foram incluídos os fisioterapeutas com maior adesão à Higienização das Mãos (HM), antes do contato com o paciente (100%). Os técnicos de enfermagem 138 de 312 (44,2%), médicos 55 de 172 (32%) e enfermeiros 42 de 135 (31,1%) foram os que menos realizaram a HM antes do contato com o paciente. Nota-se que a capacitação com a equipe multidisciplinar deve ser realizada continuamente com o intuito de conscientizar-se dos riscos e prevenir a infecção hospitalar que os pacientes estão expostos.

PALAVRAS-CHAVE: Higiene das mãos. Profissional da saúde. Infecção hospitalar. Unidade de terapia intensiva.

Abstract The objective of the study was to evaluate the adherence by health professionals to the five moments of hand hygiene in the Intensive Care Units of a pediatric hospital through information obtained in the institution's database. The method used was exploratory, descriptive, documentary-based, with a quantitative approach, among the professionals who provided care to the patients. Physiotherapists with greater adherence to Hand Hygiene (HM), before contact with the patient (100%), were included. Nursing technicians, 138 of 312 (44.2%); physicians, 55 of 172 (32%); and nurses, 42 of 135 (31.1%) were the ones who least performed HM before contact with the patient. Training with the multidisciplinary team should be carried out continuously in order to raise awareness of the risks, and prevent hospital infection to which patients are exposed.

KEYWORDS: Hand Hygiene. Health Professional. Hospital Infection. Intensive Care Units.

Introdução

O ambiente hospitalar é um local propício para o desenvolvimento de microrganismos multirresistentes, geralmente presentes nas superfícies inanimadas e equipamentos, podendo funcionar como fonte de disseminação de patógenos, ocasionando infecções ou colonizando pacientes hospitalizados¹. Para o Ministério da Saúde (MS), Infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou qualquer procedimento realizado no ambiente hospitalar².

Atualmente foi sugerida a mudança do termo IH por Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), termo este utilizado neste estudo³. A Portaria nº 2616/98 do MS define as IRAS, também conhecidas como infecções nosocomiais ou hospitalares, como:

"infecção que ocorre durante o processo de cuidado/assistência em hospital ou outro serviço de cuidado

de saúde, que não estava presente ou incubada no momento da admissão do paciente. Isso inclui também as infecções adquiridas no hospital, mas que aparecem após a alta hospitalar, e as infecções ocupacionais na equipe da unidade de saúde"².

IRAS constituem-se em grave problema de saúde pública, aumentando a morbimortalidade entre os pacientes, além de elevar os custos hospitalares. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) mais de 1,4 milhão de pessoas no mundo desenvolvem alguma complicação relacionada às IRAS. Destes, 5% a 10% dos pacientes adquirem infecção no ambiente hospitalar, com taxas de prevalência de 20% a 30% em pacientes admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No Brasil estima-se que 3% a 15% das pessoas hospitalizadas desenvolvem IRAS, agravando seu estado de saúde, prolongando a permanência, elevando os custos hospitalares^{2,4-5}.

A disseminação das IRAS ocorre devido à contaminação cruzada entre os pacientes

hospitalizados, sendo as mãos dos profissionais da área da saúde o meio de transmissão de patógenos mais comum, devido à falta de higienização das mãos (HM). Os autores apontam que a HM é considerada a medida mais simples e de maior impacto, devido a sua eficácia na prevenção das IRAS, uma vez que reduz a transmissão cruzada de microrganismos e citam ainda que, desde 1846, a HM é reconhecida e recomendada como prática obrigatória aos profissionais da área da saúde^{2,6}.

Entende-se como HM qualquer ato praticado pelo profissional de saúde com o intuito de limpá-las, seja por meio do uso de água e sabão ou de soluções alcoólicas. A OMS e o *Center for Disease Control and Prevention* recomendam que a HM ocorra antes do contato com o paciente, antes de procedimentos invasivos, após contato com fluidos corporais, após contato com superfícies inanimadas próximas ao paciente, após retirar luvas, quando as mãos estiverem visivelmente sujas, após exposição a esporos ou patógenos, além de quando houver mudança de um sítio anatômico contaminado de um paciente para outro sítio anatômico no mesmo paciente⁶.

A necessidade da HM relaciona-se às atividades dos profissionais de saúde dentro de ambientes específicos, a indicação depende dos movimentos que os profissionais de saúde têm em áreas geográficas distintas (o ambiente de assistência, áreas próximas ao paciente) e as tarefas executadas nessas áreas. A OMS criou uma estratégia multimodal com o tema “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, estimulando os serviços de saúde para que a HM se torne prioridade institucional. A estratégia abrange a educação dos profissionais, a fixação de lembretes visuais em pontos estratégicos, monitorização das práticas de HM, e o *feedback* do desempenho. Criou-se então um “Manual para observadores” a fim de avaliar a HM dos profissionais⁶.

A OMS aconselha que as observações ocorram em cinco momentos primordiais da assistência: antes do contato com o paciente, antes de realizar procedimentos assépticos (limpo), após riscos de contato com fluidos corpóreos, após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas ao paciente. As indicações para HM referem-se aos momentos

considerados de alto risco para transmissão de microrganismos. Por outro lado, cada uma destas situações pode também ser compreendida como uma oportunidade para a realização da HM, independente da presença de sujidade visível nas mãos. Para cada oportunidade de higienização, espera-se a realização desse ato, em algumas ocasiões mais de uma oportunidade de HM pode ser contemplada por apenas um ato de HM. Este, por sua vez, engloba a lavagem das mãos com água e sabão ou fricção com álcool a 70%, de acordo com a indicação⁷.

O uso de água e sabão é altamente recomendado quando as mãos estiverem visivelmente sujas, em caso de potencial contato com microrganismos formadores de esporos, após usar o banheiro, sendo o uso de soluções alcoólicas aconselhado para todas as demais situações da assistência em que as mãos não estiverem visivelmente sujas. Talvez em razão da grande diversidade de indicações de HM e da necessidade de ser realizada de acordo com o julgamento do profissional, quando não há sujidade visível nas mãos e a presença dos microrganismos não pode ser constatada, esta prática constitui grande desafio para controle de incidência de IRAS⁶.

Cabe aos profissionais da saúde medidas preventivas de IRAS, pois é um integrante obrigatório do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). É função do enfermeiro educar e capacitar os profissionais que integram o serviço de saúde, com o intuito de barrar a cadeia de transmissão de microrganismos patógenos, diminuindo o risco de IRAS e melhorando a qualidade da assistência e a segurança do paciente e do profissional⁸.

Este estudo foi originado da necessidade de divulgação dos dados coletados por meio da vigilância epidemiológica do Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar (SECIH) de um hospital pediátrico da cidade de Curitiba-PR, com o objetivo à redução máxima da incidência das IRAS em Unidades de Terapias Intensivas (UTIs), e mudança da conduta dos profissionais após a divulgação dos dados. A hipótese deste trabalho baseou-se na expectativa de que os profissionais que mais aderem à HM pertencem à categoria da enfermagem. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a adesão dos profissionais de saúde nos

cinco momentos da higiene das mãos nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital pediátrico.

Método

Foi realizado um estudo exploratório-descritivo, de base documental e abordagem quantitativa, estruturado a partir do “manual de observadores: estratégia multimodal da OMS para melhoria da higiene das mãos”⁷, envolvendo as práticas relacionadas ao indicador de adesão à HM em UTIs.

A pesquisa foi desenvolvida em Hospital Pediátrico referência da cidade de Curitiba, PR, com dados coletados pelo Serviço de Epidemiologia e Controle de Infecção Hospitalar (SECIH) nas UTIs (cardíaca, neonatal, geral, cirúrgica) que representam 61 leitos.

A coleta das informações foi obtida através dos dados levantados pelo SECIH, por meio da observação direta do procedimento de HM e a partir dela foi realizado o preenchimento de formulário específico que era composto pelas oportunidades de avaliação das práticas observadas, que foram realizadas pelos profissionais de saúde (médicos, fisioterapeutas, profissionais da enfermagem), em pacientes internados nas UTs.

Para a coleta dos dados foi utilizado o Formulário de Observação, que está presente no Guia para implementação da estratégia multimodal da OMS para melhoria da HM-ANVISA⁷. Os participantes do estudo foram os profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência ao paciente na UTI e que foram acompanhados pela equipe do SECIH por meio da rotina diária de vigilância de HM. As informações foram analisadas retrospectivamente do período de janeiro a dezembro de 2015.

Para a análise estatística foi utilizado o programa R na versão 3.1.1 (R Core Team, 2015). Além de análise descritiva, foram utilizados o teste exato de Fisher e teste de Qui-Quadrado. Esta pesquisa seguiu todos os preceitos éticos, conforme consta na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo

seres humanos. Aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, sob o parecer de nº 1.485.034.

Resultados e Discussão

Didaticamente optou-se em realizar as observações da HM pelos profissionais, levando em consideração os itens abaixo:

1. Análise descritiva;
2. Comparação da HM com a profissão;
3. Comparação da HM com o período do ano;
4. Comparação da HM com o tipo de UTI.

Para a descrição dos dados e melhor interpretação, as quantidades e percentuais das principais características do estudo foram colocadas na Tabela 1, que apresenta as observações de HM realizadas, de acordo com as UTIs de internamento, categoria profissional, mês da coleta dos dados.

De acordo com a unidade de internação, é possível notar que a UTI geral foi o setor que apresentou um maior número de observação da HM 927 (37,7%), seguida pela UTI cardiológica e cirúrgica 591 e 589 respectivamente (24%), e por fim UTI neonatal 352 (14,3%). Isso provavelmente se deve pelas diferentes estruturas físicas das unidades. O espaço físico da UTI geral e da UTI cirúrgica proporcionava uma melhor visibilidade, uma vez que permitia uma visão ampla do setor, dando ao observador um maior número de oportunidades a serem registradas. Já outras UTIs apresentavam uma disposição física diferente, divididas em quartos, a qual dificultava a visibilidade do observador para obtenção dos dados.

Os profissionais com maior índice de observação foram os técnicos de enfermagem 1381 (56,2%), possivelmente por serem em maior número nas unidades, e realizarem o maior número de procedimentos, estando em contato direto com o paciente. Os outros profissionais avaliados foram médicos 526 (21,4%), enfermeiros 430 (17,5%), outros 78 (3,2%) e fisioterapeutas 44 (1,8%). Técnicos de enfermagem, por constituírem o maior

número de profissionais na unidade e por atuarem mais diretamente com os pacientes, tiveram um número superior de observação sobre as demais categorias, corroborando com os dados do presente estudo¹⁰.

O mês onde as observações foram feitas com maior frequência foi Março, com 556 (22,6%) observações.

Tabela 1. Quantidades e percentuais das principais características do estudo diante da observação de higienização das mãos.

UTI	N	%
NEONATAL	352	14.3
CARDIOLÓGICA	591	24
CIRÚRGICA	589	24
GERAL	927	37.7
CATEGORIA PROFISSIONAL		
ENFERMEIRO	430	17.5
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1381	56.2
FISIOTERAPEUTA	44	1.8
MÉDICO	526	21.4
OUTROS	78	3.2
MÊS DE OBSERVAÇÃO		
NÃO INFORMADO	2	0.1
JANEIRO	208	8.5
FEVEREIRO	181	7.4
MARÇO	556	22.6
ABRIL	517	21
MAIO	275	11.2
JUNHO	42	1.7
JULHO	187	7.6
AGOSTO	139	5.7
SETEMBRO	246	10
OUTUBRO	9	0.4
NOVEMBRO	25	1
DEZEMBRO	72	2.9

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Os dados observados na Tabela 2 demonstram a oportunidade da HM de acordo com a categoria profissional e com os 5 momentos para HM (antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após a exposição com fluidos corporais, após o contato com o paciente e após o contato com áreas próximas ao paciente).

A Tabela 2 apresenta o comparativo de realização de HM nos momentos preconizados em

relação à categoria profissional. Nota-se que no momento antes do contato com o paciente existe uma maior preocupação de HM, principalmente por parte dos fisioterapeutas. Fisioterapia foi a categoria profissional com maior adesão à prática da HM nos procedimentos observados, corroborando com achados do presente estudo. Outro estudo publicado mostrou também que os fisioterapeutas eram os profissionais que mais realizavam a HM^{5,11}.

A não adesão à prática da HM pode comprometer a segurança do paciente, entre pacientes, dos profissionais e ambiente próximo². Considera-se IRAS toda infecção adquirida por microrganismos, apresentada durante a internação de um paciente, num período de 48 a 72 horas, desde que não tenha sintomas prévios à admissão. Podem ser incluídas também nesta classificação as infecções após alta hospitalar, decorrentes do período de internação⁵. O momento de HM é indispensável na prevenção das IRAS⁴. No intuito de desenvolver a técnica correta de HM, a OMS recomenda que as campanhas tragam a correta execução do procedimento nos 5 momentos de HM e o uso de solução alcoólica como padrão ouro^{12-13,15}.

Antes do contato com o paciente ($p < 0.001$), percebe-se que, quando descrita a categoria profissional, os técnicos de enfermagem 138/312 (44,2%), médicos 55/172 (32%) e enfermeiros 42/135 (31,1%) foram os profissionais que menos aderiram à HM. É indispensável que antes de procedimentos assépticos seja realizada a adequada HM, pois existe uma maior possibilidade de transmissão cruzada de microrganismos entre os profissionais e os pacientes¹⁴.

Estudo realizado com 707 observações mostrou maiores taxas de adesão de HM da categoria de enfermagem (74%), em comparação à categoria médica, com 59% de adesão à prática. Entre os profissionais enfermeiros, houve menos oportunidades de HM, devido à sobrecarga de serviços administrativos^{4,15}. Outro estudo publicado que abordou a HM em relação aos profissionais de

saúde mostrou que os técnicos de enfermagem 139/198 (70,2%) não aderiram à técnica, sendo um dado preocupante, pois constituem-se nos profissionais que estão em contato constante e direto com os pacientes⁵.

Diversos estudos têm demonstrado uma baixa adesão de HM em UTIs. Pesquisas apontam como fatores para essa baixa adesão a falta de tempo, sobrecarga de atividades, esquecimento, desconhecimento, ausência de pias próximas, falta de insumos, desestímulo, reações cutâneas, falta de conhecimento sobre a importância das mãos na transmissão de patógenos, preferências individuais ou hábitos, crenças pessoais e mitos^{5,12-13,15-17}.

Ações em campanhas de educação continuada devem ser realizadas com o intuito de minimizar os índices de IRAS. Podem ser realizadas palestras, apresentando os riscos a que estão expostos os pacientes, divulgação dos resultados de pesquisas realizadas na instituição, conscientizando os profissionais para a prática de HM. Estímulos dos gestores, capacitação sobre o tempo para HM e sua técnica correta, melhor disposição física de lavatórios e álcool 70% na beira do leito dos pacientes, oferecimento de produtos de qualidade, melhor organização de trabalho, cartazes de impacto sobre HM e IRAS, uma maior exigência na rotina por parte da SCIH para toda equipe multidisciplinar^{4-5,18-19}.

Em relação ao momento após o contato com áreas próximas ao paciente ($p = 0.001$), observou-se menor adesão dos procedimentos de HM, sendo os médicos os profissionais com os maiores índices, 74/105 (70,5%). A baixa adesão da HM não está relacionada à falta de conhecimento teórico a respeito desta prática ou do momento em que devem realizá-la, mas sim à incorporação desse conhecimento à prática diária dos profissionais e da não concepção do risco de disseminação dos microrganismos¹⁵.

Estudo desenvolvido em hospital particular (Goiás) propôs a coleta de material da mão dominante de 48 profissionais de saúde, incluindo profissionais de enfermagem, médicos e outros.

Constatou-se que as mãos dos profissionais de saúde são a principal via de transmissão cruzada de IRAS, devido à transferência de microrganismos para as mãos de profissionais de saúde através de objetos inanimados, como dispensadores de sabão e álcool, mesas, telefones, esfigmomanômetros, monitores, barras de cama, entre outros. Os microrganismos podem ser transferidos pelas mãos diretamente para sítios sistêmicos do paciente, onde colonizam e desenvolvem a infecção, destacando a importância de HM nesse momento. Entre os microrganismos isolados no estudo feito por Custodio *et al.*, 2009, 70,0% eram *Staphylococcus aureus* resistentes à metilicina (MRSA), um patógeno de grande relevância clínica em ambiente hospitalar².

Após a exposição dos profissionais a fluidos corporais, é premente que seja realizada a HM com água, sabão e álcool a 70 %, pois existe possibilidade de contaminação por microbiota transitória².

Os dados observados na tabela 3 demonstram o comparativo da prática de HM em relação às UTIs.

Com relação às UTIs, nota-se diferença significativa no momento após contato com áreas próximas aos pacientes ($p = 0.04$), no qual a maioria dos profissionais não realizou a HM. O estudo demonstrou ainda, maior preocupação de HM nos momentos após exposição do profissional a fluidos corporais e após o contato com o paciente nas UTIs. Segundo outros autores, o hábito de HM no momento após exposição a fluidos corpóreos representa muito mais uma prática de autocuidado do que propriamente de cuidado ao paciente^{1,4,12,22-23}.

Em estudo realizado na capital paranaense, foram entrevistados 40 profissionais da saúde sobre HM e crenças em saúde, demonstrando que 39 profissionais acreditavam na possibilidade de adquirir uma doença infecciosa no ambiente de trabalho, 29 consideravam esta forma de contágio mais grave do que infecções adquiridas naturalmente. Percebe-se que há uma preocupação não só em adquirir, como também em transmitir aos seus familiares, justificando a prática nesse momento²⁴.

Tabela 2. Comparativo da oportunidade da realização de higienização das mãos em relação à profissão.

	ENFERMEIRO (%)	TÉC ENFERMAGEM (%)	FISIOTERAPEUTA %	MÉDICO (%)	OUTROS (%)	P-VALOR
Antes do Contato com o paciente						< 0.001
Realizada	93 (68.9)	174 (55.8)	16 (100)	117 (68)	13 (46.4)	
Não realizada	42 (31.1)	138 (44.2)	0 (0)	55 (32)	15 (53.6)	
Antes da realização de procedimento asséptico						0.675
Realizada	11 (55)	21 (45.7)	1 (100)	4 (40)	0 (0)	
Não realizada	9 (45)	25 (54.3)	0 (0)	6 (60)	0 (0)	
Após exposição a fluidos corporais						0.87
Realizada	25 (78.1)	109 (76.8)	4 (66.7)	16 (72.7)	4 (66.7)	
Não realizada	7 (21.9)	33 (23.2)	2 (33.3)	6 (27.3)	2 (33.3)	
Após contato com o paciente						0.267
Realizada	110 (73.3)	359 (70.9)	15 (93.8)	163 (74.8)	20 (69)	
Não realizada	40 (26.7)	147 (29.1)	1 (6.2)	55 (25.2)	9 (31)	
Após contato com áreas próximas dos pacientes						0.001
Realizada	51 (54.3)	126 (33.5)	3 (60)	31 (29.5)	5 (33.3)	
Não realizada	43 (45.7)	250 (66.5)	2 (40)	74 (70.5)	10 (66.7)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Nota: Valor $p < 0,05$ indica diferença significativa

Tabela 3. Comparativo da realização da higienização das mãos em relação às UTIs.

	NEONATAL (%)	CARDIOLÓGICA (%)	CIRÚRGICA %	GERAL (%)	P-VALOR
Antes do Contato com o paciente					0.081
Realizada	57 (55.9)	114 (70.4)	93 (60.8)	149 (60.6)	
Não realizada	45 (44.1)	48 (29.6)	60 (39.2)	97 (39.4)	
Antes da realização de procedimento asséptico					0.068
Realizada	4 (66.7)	6 (46.2)	4 (22.2)	23 (57.5)	
Não realizada	2 (33.3)	7 (53.8)	14 (77.8)	17 (42.5)	
Após exposição a fluidos corporais					0.434
Realizada	24 (66.7)	41 (82)	37 (77.1)	56 (75.7)	
Não realizada	12 (33.3)	9 (18)	11 (22.9)	18 (24.3)	
Após contato com o paciente					0.827
Realizada	85 (69.7)	144 (71.6)	179 (73.1)	259 (73.8)	
Não realizada	37 (30.3)	57 (28.4)	66 (26.9)	92 (26.2)	
Após contato com áreas próximas dos pacientes					0.04
Realizada	28 (32.2)	75 (45.5)	42 (33.3)	71 (32.7)	
Não realizada	59 (67.8)	90 (54.5)	84 (66.7)	146 (67.3)	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Nota: Valor $p < 0,05$ indica diferença significativa

Após o contato com o paciente é possível notar que a UTI com maior índice de adesão à HM foi a UTI Geral com 259 (73.8%) seguida pela UTI Cirúrgica 179 (73.1%), UTI Cardiológica e UTI Neonatal 85 (32.2%). A adesão a práticas

seguras da HM e fricção antisséptica com álcool 70% diminui potencialmente os riscos de IRAS em UTIs, e a atenção deve ser ainda maior quando se trata de pediatria, devido à imaturidade do sistema imunológico, sendo estes pacientes mais

suscetíveis às infecções²⁵. A OMS (2009) cita que o álcool gel possui alto poder microbicida, sendo de uso rápido e mais bem tolerado pela pele quando comparado à utilização de água e sabão, sendo menos eficaz que esta quando há contaminação visível das mãos²⁶. A utilização do álcool apresenta mais vantagens contribuindo para um cuidado mais seguro, economia de tempo de realização da prática e não agressividade da pele do profissional, pois a solução alcoólica não retira a flora microbiana da pele²⁷.

A utilização das luvas como meio profilático tem sido considerado um desafio para a realização de HM, visto que para os profissionais o uso da luva exclui a necessidade de tal procedimento¹⁴. A OMS estabelece que a utilização das luvas não substitui a HM. Vale ressaltar que a HM feita de forma inadequada leva a uma descontaminação ineficaz das mãos. O tempo de duração do procedimento de higienização apenas com álcool gel a 70% deve ser entre 20 e 30 segundos. Quando realizada com água e sabão antisséptico, deve levar em torno de 40 a 60 segundos^{15,26}.

Um estudo multicêntrico realizado durante um período de três anos, em quatro hospitais, observou que utilizando intervenções multimodais, houve um aumento na adesão de HM e uso de luvas de forma adequada, e assim diminuindo o número de transmissões de bactérias multirresistentes²⁸.

É importante ressaltar que uma das possíveis interferências nos resultados deste estudo seja o efeito *Hawthorne*, onde há uma mudança na conduta do profissional por estar sendo observado. É esperado que os resultados de HM sejam ainda menores do que os obtidos^{4,6,27}.

Conclusão

Este estudo possibilitou observar e analisar a adesão da HM pelos profissionais de saúde que prestam assistência aos pacientes internados nas UTIs. Estes pacientes são diariamente submetidos a procedimentos invasivos e têm maior risco para eventos adversos, entre eles as IRAS, que atualmente constituem-se em grave problema de saúde pública.

Desta forma, os profissionais inseridos nesse contexto necessitam de conhecimento e visão holística dos cuidados prestados, uma vez que o principal veículo de contaminação e disseminação das IRAS são suas próprias mãos.

O resultado quanto à adesão à HM não foi o almejado pelo estudo, uma vez que os fisioterapeutas foram os profissionais que mais aderiram a esse procedimento, refutando a hipótese proposta de que a enfermagem seria a categoria de saúde que mais adere à prática de HM. A maioria dos profissionais avaliados apresentou números expressivos relacionados à não realização da HM. Este resultado é preocupante, pois são profissionais que estão em contato diário e direto com os pacientes.

Apesar de a HM ser considerada uma medida simples e corriqueira na rotina diária dos profissionais da saúde, no momento após contato com áreas próximas aos pacientes, a maioria dos profissionais não a realiza. Medidas de incentivo a este momento podem contribuir para melhores resultados, pois é sabido que este é o momento mais esquecido, pois muitos profissionais não reconhecem o ambiente como risco para transmissão de microrganismos.

Não houve avaliação de como era realizada a técnica de HM, no entanto vale ressaltar a importância da realização desse procedimento de maneira adequada. Nos setores avaliados observou-se a existência de dispensadores com álcool gel em cada leito e pias acessíveis aos profissionais.

Capacitações continuadas com a equipe multidisciplinar devem ser realizadas com o intuito de conscientizar e demonstrar os riscos aos quais os pacientes estão expostos, caso os profissionais de saúde não realizem de maneira adequada a HM. Medidas de incentivo a esta prática e estudos que comprovem a eficácia do álcool em instituições de ensino podem contribuir para melhor adesão de HM de novos profissionais inseridos no mercado de trabalho.

Espera-se, com a divulgação dos dados, sensibilizar os profissionais, da grande responsabilidade de sua profissão, da relevância em

realizar um cuidado seguro, para si e principalmente para o paciente que tem sua vida dependente desse cuidado.

Referências bibliográficas

1. Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Precauções de contato em unidade de terapia intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão dos profissionais. *Rev Esc Enferm*. 2010; 44(1):161-5.
2. BRASIL. Portaria n. 2.616/MS/GM - de 12 de maio de 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portaria/2616_98.htm>. Acesso em: 11 agos. 2015.
3. Tavares CA, Veras MCB, Silva ACR, Araújo SES, Lima MFS. Avaliação da prescrição de antimicrobianos para infecção relacionada à assistência à saúde em um Hospital Escola de Recife – PE. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2015;5(3):123-130
4. Mendes FMR, Freitas FTM, Araújo AFOL, Padovani TMSJ. Sucesso na Melhoria da Higienização das Mãos em um Hospital Materno Infantil, Brasil. *J Infection Control*. 2013; 2(3):150-152.
5. Souza LM, Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2015; 35(4):21-8.
6. Oliveira AC, Paula AO. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. *Rev Acta Paul Enferm*. Belo Horizonte, MG. 2011; 24(3):407-13.
7. BRASIL. Organização Pan-Americana de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília, DF: 2008.
8. Paina TA, Rodrigues JN, Felipe JC, Nogueira PC, Paiva SMA. Conhecimento de Auxiliares de Higienização Sobre Limpeza e Desinfecção Relacionados à Infecção Hospitalar. *Rev Enferm UFSM*. Santa Maria, RS. 2015; 5(1):121-130, Jan/Mar.
9. CONSELHO NACIONAL EM SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
10. Mendonça AP, Fernandes MSC, Azevedo JMR, Silveira WCR, Souza ACS. Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. 2003. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2224/1453> Acessos em: 20 abril de 2016.
11. Neves ZCP, Tipple AFV, Souza ACS, Pereira MS, Melo DS, Ferreira LR. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre os profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Latino-AM Enferm*. 2006; 14(4):546-52.
12. Prado MF, Oliveira ACJ, Nascimento TMB, Melo WA, Prado DB. Estratégia de Promoção à Higienização das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012;11(3):557-564.
13. Bathke J. Infraestrutura e Adesão à Higiene das Mãos: Desafios à Segurança do Paciente. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2013; 34(2):78-85.
14. Araujo AP, Nóbrega GB, Santos LFC, Aragão RS, Pontes AAN. Análise da Higienização das Mãos pelos Profissionais de Saúde em Ambiente Hospitalar Durante Dois Meses. *Revista Saúde e Ciência online*. 2015; 4(3): 44-54. Disponível em: <http://150.165.111.246/revistasaudeciencia/index.php/RSCUCFCG/article/view/297/0> Acesso em: 11 de Maio 2016.
15. Mota EC. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. *Rev de Epidem e Contr de Infec*. Vol. 4; Jan/Mar 2014.
16. Silva NO, Sanches CT, Belei RA, Talizin TB, Santos FF, Uehara MKS. Taxa de Adesão à Higienização das Mãos em um Hospital Universitário do Paraná. *BBR-Biochemistry and Biotechnology Reports*. 2013; 2(3):273-276.
17. Oliveira FJG, Meneses LST, Caetano JA, Silva VMS, Oliveira MLB, Machado JJA. Avaliação das práticas de adesão à higiene das mãos relacionadas com linhas vasculares em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Vigil Sanit em Debate*. 2015; 3 (4):55-61.
18. Oliveira AC. Infecções Hospitalares: Repensando a importância da Higiene das Mãos no Contexto da Multirresistência. *REME Rev Min Enferm*, 2003; 7(2):140-44.
19. Bastos CF, Damacena EL, Godofredo MD, Machado MA. A higienização das mãos no controle da infecção no controle da infecção hospitalar; 2008.
20. Custodio J, Alves JF, Silva FM, Dolinger EJOV, Santos JGS, Brito DVD. Avaliação microbiológica das mãos de profissionais da saúde de um hospital particular de Itumbiara, Goiás. *Rev Ciênc Méd*, Campinas, jan./fev., 2009; 18(1):7-11.
21. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Resolução Diretiva Colegiada (RDC) n. 42, de 25 de outubro de 2010: dispõe sobre a obrigatoriedade e disponibilização de soluções alcoólicas para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e de outras providências. Brasília, DF: 2010.
22. Cruz EDA, Pimenta FC, Palos MAP, Silva SRM, Gir E. Higienização das mãos: 20 anos de divergências entre as práticas e o idealizado. *Rev Ciênc Enfermagem*. 2009; 15(1):33-8.
23. Santos FM, Gonçalves VMS. Lavagem das mãos no controle da infecção hospitalar: um estudo sobre a execução da técnica. *Rev Enf Integ*. 2009; 2(1):152-63.
24. Guedes M, Miranda FMA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Cruz EDA. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(2):304-9.
25. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Pediatria: Prevenção e controle de infecção hospitalar. Brasília, DF. 2005.
26. World Health Organization-WHO. Guidelines on hand hygiene in health care: care is safe care. Geneva, 2009. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf Acesso em: 05 de Maio de 2016.
27. Silva FM, Porto TP, Rocha PK, Lessmann JC, Cabral PFA, Schneider KLK. Higienização das Mãos e a Segurança do Paciente Pediátrico. *Rev. Ciencia y Enfermeria*. 2013; 19(2):99-109.
28. Trinck WE, Vernon MO, Welbel SE, Demarais P, Hayden MK, Weinstein RA, et al. Multicenter intervention program to increase adherence to hand hygiene recommendations and glove use and to reduce the incidence of antimicrobial resistance. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2007; 28(1):42-49. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17230386> Acesso em: 05 de Abril 2016.

DATA DE SUBMISSÃO: 31/08/2017

DATA DE ACEITE: 11/10/2017