



ADERÊNCIA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS HEALTH PROFESSIONALS' ADHESION TO HAND HYGIENE

ADHERENCIA DE LOS PROFESIONALES DE SALUD PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS

Eliana Ofelia LLapa-Rodríguez¹, Júlian Katrin Albuquerque de Oliveira², Max Oliveria Menezes³, Luciana de Santana Lôbo Silva⁴, Daniel Marques de Almeida⁵, David Lopes Neto⁶

RESUMO

Objetivo: analisar a aderência à higienização das mãos de profissionais de saúde que prestam assistência oncológica e sua correlação com as variáveis categoria profissional, indicação, tipo de conduta e insumo utilizado. **Método:** estudo quantitativo, de corte transversal, com amostra de 1397 oportunidades de observação dos cinco momentos de higienização das mãos em um hospital de oncologia. Os dados foram coletados por meio de um formulário e analisados pelo *Graph Pad Prism 5.0*. **Resultados:** a taxa de aderência global foi de 29%, classificada como indesejável ou sofrível, com maior taxa para os enfermeiros. Houve significância entre a aderência e categoria ($p < 0,0001$), bem como nos cinco momentos ($p < 0,0001$). Observou-se maior taxa no momento “após exposição a fluidos corpóreos”, predominando o uso da água/sabão. **Conclusão:** a aderência à higienização das mãos foi classificada segundo o índice de Carter como sofrível, encontrando-se fora das recomendações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde. **Descritores:** Higiene das Mãos; Equipe de Assistência ao Paciente; Segurança do Paciente; Equipe de enfermagem; Serviço Hospitalar de Oncologia; Controle de Qualidade.

ABSTRACT

Objective: to analyze the adherence to hand hygiene of health professionals who provide cancer care and its correlation with the variables professional category, indication, type of conduct and used input. **Method:** quantitative, cross-sectional study, with a sample of 1397 observation opportunities of the five moments of hand hygiene at a cancer hospital. Data were collected by means of a form and analyzed using *Graph Pad Prism 5.0*. **Results:** the overall adherence rate was 29%, classified as undesirable or tolerable, with higher rates for nurses. There were no significant differences between adherence and category ($p < 0.0001$), as well as in the five moments ($p < 0.0001$). The moment “after exposure to bodily fluids” showed higher rates, predominating the use of water/soap. **Conclusion:** adherence to hand hygiene was classified according to Carter’s index as tolerable, outside the recommendations advocated by the World Health Organization. **Descriptors:** Hand Hygiene; Patient Care Team; Patient Safety; Nursing Team; Oncology Service, Hospital; Quality Control.

RESUMEN

Objetivo: analizar la adherencia a la higiene de las manos de los profesionales de salud que proporcionan cuidados del cáncer y su correlación con las variables de la categoría profesional, indicación, tipo de conducta y de entrada utilizada. **Método:** estudio cuantitativo de corte transversal, con una muestra de 1397 oportunidades para la observación de los cinco momentos de la higiene de las manos en un hospital de oncología. Los datos fueron recolectados por medio de un formulario, y analizados mediante *Graph PAD Prism 5.0*. **Resultados:** la tasa global de cumplimiento fue del 29%, la cual fue clasificada como indesejable u tolerable, con tasas más altas para los enfermeros. No hubo diferencias significativas entre la adherencia y la categoría ($p < 0,0001$), así como en los cinco momentos ($p < 0,0001$). Se observó una mayor tasa en el momento “después de la exposición a fluidos corporales”, predominando el uso de agua/jabón. **Conclusión:** la adherencia a la higiene de las manos se clasifica según el índice de Carter como tolerable, encontrándose fuera de las recomendaciones recomendadas por la Organización Mundial de la salud. **Descritores:** La Higiene de Manos; Equipo de Atención al Paciente; Seguridad del Paciente; Grupo de Enfermería; Servicio de Oncología En Hospital; Control de Calidad.

¹Doutor, (Pós-Doutor), Universidade Federal de Sergipe/UFS, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: elianaofelia@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-2117-6051>; ²Mestre, Universidade Tiradentes/UNIT, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: julian.nespih@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1041-7964>; ³Especialista, Universidade Tiradentes/UNIT, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: maxoliver19@hotmail.com ORCID iD: <http://lattes.cnpq.br/5850995998660034>; ⁴Especialista, Faculdade Estácio Sergipe/ FASE, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: lucys_lobo@yahoo.com.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-8424-1551>; ⁵Enfermeiro, Universidade Federal de Sergipe/UFS, Aracaju (SE), Brasil. E-mail: danielmarques.enfermagem@gmail.com ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3322-1892>; ⁶Doutor, Universidade Federal do Amazonas/PPGENF/UFAM, Manaus (AM), Brasil. E-mail: davidnetto@ufam.edu.br ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-0677-0853>

INTRODUÇÃO

A higienização das mãos (HM) constitui uma ação simples, de impacto significativo e eficácia comprovada na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), sendo considerado excelente indicador de qualidade para segurança dos pacientes.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, no mundo, um a cada dez pacientes são afetados por IRAS, sendo mais recorrente a sua incidência nos países em desenvolvimento. Diante disto, aproximadamente, 19.000 unidades de saúde, em 177 países, apoiam a HM por meio de campanhas de saúde, a exemplo da *Save lives: clean your hands*.²

Fatos históricos marcam a trajetória para a inserção da HM nos serviços de saúde, com destaque para a observação realizada em 1847 pelo médico Ignaz Philipp Semmelweis, o qual relacionou a redução da mortalidade de parturientes ao fato dos profissionais de saúde utilizarem solução clorada para higienização prévia das mãos.^{3,4} Nessa perspectiva, em 1854, durante a guerra da Criméia, Florence Nightingale reduziu as taxas de mortalidade com a adoção de medidas preventivas do tipo lavagem das mãos dos profissionais e higienização dos pacientes e das enfermarias.⁴

No campo biológico, a pele é colonizada por bactérias e fungos que se apresentam de forma heterogênea em diversas áreas do corpo humano, destacando-se as mãos dos profissionais de saúde, com concentração estimada entre 10^4 e 10^6 Unidades Formadoras de Colônia por cm^2 .⁴ Destarte, com o intuito de reduzir essa carga microbiana e prevenir a sua transmissão, torna-se imprescindível o ato de higienizar as mãos com água e sabão ou antisséptico, por meio da degermação, da lavagem simples e da antisepsia, como modalidades aplicadas à prática assistencial,⁴ ⁵ haja visto que a higienização das mãos impede a transmissão cruzada de microrganismos presentes na microbiota residente e transitória.³

Mesmo com a concretização de evidências a respeito dos benefícios da HM ao longo do tempo, a adesão dos profissionais a esta prática ainda é insipiente e em desacordo com as diretrizes preconizadas pela OMS, o que pode estar expandindo a incidência de IRAS e, conseqüentemente, o aumento da mortalidade de crianças e adultos e a elevação dos custos na saúde.^{1,3,6}

Nos Estados Unidos da América, estudo realizado em 183 hospitais, com 11.282

pacientes, verificou que 4,0% deles apresentaram uma ou mais infecções associadas aos cuidados de saúde, destacando-se a pneumonia (21,8%), a infecção do sítio cirúrgico (21,8%) e a gastrointestinal (17,1%).⁷

Em nível de Brasil, em 2010, frente aos dados epidemiológicos sobre infecções associadas aos cuidados de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica (ANVISA) implantou o sistema de vigilância das infecções primárias da corrente sanguínea associadas ao cateter venoso central como ponto de partida para posterior lançamento, em 2013, do Programa Nacional de Prevenção e Controle de IRAS, especialmente, em cumprimento da ação estratégica de higienização das mãos.⁸

Em contraponto à recomendação da OMS sobre a importância da lavagem das mãos nos serviços de saúde, fatores como tempo dispensado para lavagem das mãos, falta de infraestrutura e insumos, irritação da pele e inadequado dimensionamento de recursos humanos são consideradas barreiras para uma efetiva adesão à HM.⁹ Agrega-se a isso, a fragilidade identificada no processo formativo dos profissionais de saúde, desfavorecendo a cultura de segurança nas práticas assistenciais.¹⁰

A OMS, por considerar as IRAS um problema global de saúde pública, em 2004, lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que tem como Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde, objetivando aumentar a qualidade dos serviços de saúde. No ano subsequente, vinculado a essa aliança, foi criado o programa *First Global Patient Safety Challenge*, com o tema *Clean Care is Safer Care*, com a finalidade de, por meio da promoção da higiene das mãos, prevenir a transmissão de agentes patogênicos e, com isso, catalisar compromissos e ações mundiais para a prevenção e redução de infecções.¹¹

Contextualizando, o Brasil no cenário internacional de redução de infecções hospitalares, as primeiras iniciativas relacionadas aos desafios globais foram implementadas em 2007 por meio da Estratégia Multimodal para a Melhoria da Higienização das Mãos em serviços de saúde¹¹, plano consolidado em 2013 com o lançamento do Plano de Segurança do Paciente em Serviços Públicos, com o qual instituíram-se ações na gestão de risco e os cinco momentos como essenciais para a HM.¹²

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde brasileiro passou a exigir a incorporação dos componentes essenciais no controle das IRAS,

LLapa-Rodríguez EO, Oliveira JKA de, Menezes MO et al.

haja vista a necessidade de aderir a HM como medida que impede a transmissão cruzada de microorganismos. Não diferente dessa realidade, realçam-se os serviços de oncologia pelo tipo de clientela, a qual caracteriza-se como de significativa vulnerabilidade a agentes patogênicos.¹³⁻¹⁴, tendo em vista que nestes serviços, os pacientes são submetidos a diversas intervenções diagnósticas e terapêuticas que prolongam sua permanência no ambiente hospitalar.¹⁵ Conseqüentemente à exposição aos riscos biológicos, a presença de neutropenia, o tratamento com radioterapia, o uso de medicamentos imunossupressores e antibiótico, a manipulação de cateteres e procedimentos cirúrgicos aumentam o risco para infecções, o que demanda uma maior assistência por parte do profissional de saúde.¹⁶

A respeito, pesquisa nacional realizada com 70.662 pacientes oncológicos identificou uma taxa global de IRAS de 8,24%, sendo as topografias mais acometidas as de sítio cirúrgico (26,11%), corrente sanguínea (24,11%) e do trato respiratório (18,50%). O mesmo estudo apresentou taxas de letalidade e mortalidade associadas à infecção de 23,86% e 1,37%, respectivamente¹⁵, o que evidencia a magnitude do problema.

OBJETIVO

- Analisar a aderência à higienização das mãos por profissionais que prestam assistência oncológica e sua correlação com as variáveis categoria profissional, indicação, tipo de conduta e insumo utilizado.

MÉTODO

Estudo quantitativo, de corte transversal, realizado no serviço de oncologia adulto e pediátrico de um hospital referência de Aracaju, estado de Sergipe, região nordeste do Brasil.

Os locais de pesquisa foram as unidades oncológicas que oferecem serviços especializados e de alta complexidade para diagnóstico definitivo e tratamento de pacientes com neoplasias. O hospital dispõe de equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, técnicos de laboratório, assistentes sociais e psicólogos. A estrutura física da unidade hospitalar é composta por 39 leitos, destes, 21 constituem a enfermaria adulta e 18 a enfermaria pediátrica.

Quanto a infraestrutura e equipamentos necessários para realizar o procedimento de

Aderência de profissionais de saúde à higienização...

HM, no período da coleta, a unidade pediátrica possuía uma pia externa no posto de enfermagem, com sabão líquido e papel toalha; o leito de isolamento uma pia, um dispensador de álcool-gel e sabão líquido e as demais enfermarias possuíam um dispensador de álcool-gel. Na unidade de adultos foram identificadas duas pias externas com dispensadores de sabão líquido e papel toalha, uma no corredor e a outra no posto de enfermagem, os isolamentos dispunham de pias e dispensadores de sabão líquido.

Para constituição da amostra, consideraram-se as oportunidades de observação dos cinco momentos de HM preconizadas pela OMS (antes do contato com o paciente, antes de procedimento asséptico, após fluidos corpóreos, após o contato com o paciente e após tocar nas proximidades do paciente), executados pelas equipes multidisciplinares das unidades selecionadas e, para o cálculo amostral, utilizou-se o critério descrito no manual de HM preconizado pela OMS. Outrossim, para garantir a representatividade dos participantes, considerou-se que deveriam ser observadas 200 ações de HM para cada turno de trabalho, totalizando 1200 oportunidades para ambas as unidades oncológicas selecionadas (adulta e pediátrica), no entanto, o presente estudo registrou 1397 ações envolvendo o procedimento de HM.⁵

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2014 a dezembro de 2015, nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), por meio de observação não participativa. O instrumento utilizado foi o formulário de observação 34 do Manual de Referência Técnica para Higiene das Mãos. Ressalta-se que houve treinamento prévio para os dois observadores e registradores dos dados quanto aos cinco momentos preconizados, bem como para o preenchimento adequado do formulário de pesquisa. Para cumprir com essa finalidade, utilizou-se o material de treinamento disponibilizado pela OMS.⁵

Metodologicamente, os observadores permaneceram em cada unidade por duas horas e durante o período de maior execução das atividades, para isso foi realizada imersão prévia em cada unidade, identificando-se as rotinas e os períodos de maior atividade em cada turno. Os observadores se posicionaram em pontos estratégicos das enfermarias, sem interromper as atividades da unidade para observarem e registrarem as oportunidades para HM e o tipo de ação realizada.

Destaca-se que os profissionais foram observados de forma aleatória nos momentos pré-definidos segundo cronograma da

pesquisa, sendo as ações registradas apenas quando o profissional tivesse disponibilidade e acesso a todos os insumos e materiais necessários para a higienização das mãos.

Para análise dos dados foram utilizadas estatísticas descritivas e analíticas com uso do *software Graph Pad Prism 5.0*. Para análise descritiva, foram realizados cálculos de frequência e para a analítica o teste de qui-quadrado (X^2), considerando significativa a diferença quando o valor de $p < 0,05$. Além disso, foi utilizada a fórmula para cálculo da adesão preconizada pela OMS, a seguir:

$$\text{Aderência (\%)} = \frac{\text{Ações realizadas}}{\text{Oportunidades}} \times 100.$$

Para determinar o grau de conformidade do processo avaliado (higienização das mãos), foi utilizado o Índice de Positividade proposto por Carter, por meio do qual foi possível determinar a conformidade da prática assistencial em termos de qualidade, onde: 100% de positividade representa uma assistência desejável; 90 a 99% uma assistência adequada; 80 a 89% uma assistência segura; 70 a 79% uma assistência limítrofe e menor que 70% uma assistência indesejada ou sofrível.¹⁷

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe sob o CAAE nº 24183113.2.0000.5546.

RESULTADOS

Foram registradas 1397 observações envolvendo a higienização das mãos, 780 (56%) na unidade de oncologia pediátrica e 617 (44%) na adulta. Entre as ações executadas por profissionais, foram observadas 587 por Técnicos/Auxiliares de enfermagem (42%); 339 por enfermeiros (24%); 242 por médicos (17%); 137 por fisioterapeutas (10%) e 131 (7%) ações realizadas por outros profissionais de saúde (técnicos de laboratório, técnicos de nutrição, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos).

A taxa de adesão global ao procedimento entre os profissionais observados foi de 29% (407 ações), classificada como uma assistência sofrível e indesejável. A maior taxa (38%) foi para a categoria de enfermeiros com 129 ações e a menor adesão (10%) para a categoria outros profissionais (9 ações), sendo observada diferença estatística entre as diferentes categorias ($p < 0,0001$) quanto a adesão a este procedimento (Tabela 1).

Tabela 1. Aderência dos profissionais de saúde à higienização das mãos, segundo categoria profissional. Aracaju (SE), Brasil, 2015.

Categoria profissional	Taxa de adesão à Higiene das mãos (%) p-valor <0,0001*
Enfermeiro	38
Fisioterapeuta	36
Técnicos/Auxiliares	30
Médico	18
Outros	10

*Diferença estatística significativa. Teste qui-quadrado para verificação de diferenças significativas.

Quanto à escolha da conduta e insumo para higienização das mãos pelos profissionais, mostra-se que das 407 ações, 344 (85%) utilizaram água e sabão, já o uso do álcool-gel se deu em 63 ações (15%), com maior proporção na categoria médica - 11

(25%) e o uso de água e sabão na categoria fisioterapeutas - 45 (92%), não sendo constatada diferença estatística ($p = 0,0995$) entre as categorias quanto aos métodos de higienização das mãos utilizados (Tabela 2).

Tabela 2. Aderência dos profissionais de saúde à higienização das mãos, segundo tipo de conduta e insumo utilizados. Aracaju-(SE), Brasil, 2015.

Categoria Profissional	Nº ações de HM	Higienização com Álcool-gel		HM com Água e sabão	
		n	%	n	%
Enfermeiro	129	17	13%	112	87%
Médico	44	11	25%	33	75%
Fisioterapeuta	49	04	08%	45	92%
Técnicos/Auxiliares	176	28	16%	148	84%
Outros	09	03	33%	06	67%
Total	407	63	15%	344	85%

HM: higienização das mãos

Quanto aos cinco momentos preconizados

para HM, a maior adesão dos profissionais foi

LLapa-Rodríguez EO, Oliveira JKA de, Menezes MO et al.

Aderência de profissionais de saúde à higienização...

no momento “após exposição a fluidos corpóreos” e a menor no momento “após ambientes próximos ao paciente”, verificou-se que a adesão aos momentos indicados para a HM foi classificada como indesejável ou

sofrível, ainda houve diferença estatística entre os momentos indicados para HM e adesão ao procedimento ($p < 0,0001$) (Tabela 3).

Tabela 3. Aderência dos profissionais de saúde à higienização das Mãos, segundo os cinco momentos. Aracaju (SE), Brasil, 2015.

Momentos Indicados para a HM	Taxa de adesão a HM (%) p-valor < 0.0001*
1- antes do contato com paciente	29
2- antes da realização do procedimento asséptico	30
3- após exposição a fluidos corpóreos	41
4- após contato com o paciente	33
5- após ambientes próximos ao paciente	15

DISCUSSÃO

A higiene das mãos se constitui no procedimento mais eficaz na prevenção e controle de infecção relacionada à assistência.⁴ Essa prática deve ser valorizada nos serviços oncológicos, haja vista a imunodepressão apresentada por pacientes em tratamento nesta unidade, bem como o impacto na morbimortalidade.¹³

A análise dos dados possibilitou a identificação de uma assistência indesejada e, conseqüente baixa adesão à HM quanto ao índice de positividade. Realidade semelhante foi observada em um hospital paranaense de ensino que apresentou taxa de adesão de 26,5%.¹⁹ Em consonância com estes estudos, hospital universitário norte americano encontrou taxas entre 23,5% e 27,1%, demonstrando que a variação nas taxas de adesão foi influenciada pelo clima da região.¹⁹

Estudos sobre condições estruturais mencionam que baixas taxas de adesão dos profissionais para HM poderiam estar relacionadas à indisponibilidade de insumos (álcool-gel, sabonete neutro e papel toalha), assim como o desconhecimento das recomendações preconizadas, alergia dermatológica e falta de infraestrutura, entre as principais.^{18,20} No entanto, esta justificativa vai de encontro a este estudo, haja vista que nele os profissionais foram observados em condições de disponibilidade total de insumos, bem como não foram avaliados outros fatores e condições de trabalho.

Quanto à escolha da conduta e insumos para HM, os resultados apontam pouca adesão à prática de utilização de álcool gel, situação de concordância com pesquisas realizadas nas regiões sudeste e sul do Brasil, as quais apresentaram, respectivamente, taxas de adesão de 6,3% e 12,5% para o uso de álcool gel e de água e sabão. Infere-se com estes resultados que houve nesse grupo de

profissionais preferência pelo uso de água e sabão como a melhor opção para o controle das IRAS.^{3,18} Contrariamente, estudo em um hospital universitário da Turquia foi observado que 65% dos enfermeiros tiveram preferência por soluções antissépticas à base de álcool.²¹

Quanto ao uso de produtos para HM, menciona-se que a fricção com álcool gel a 70% apresenta maior efetividade quando comparado ao uso de sabonetes comuns ou sabonetes antissépticos, considerando como pontos positivos o tempo curto para a higienização, a disponibilidade do insumo no momento da assistência, a não necessidade de uma infraestrutura especial e a boa tolerabilidade da pele.^{4,20,22}

Quanto ao desafio proposto pela OMS para aderência às práticas de HM nos cinco momentos, esta pesquisa identificou a maior taxa de adesão após contato com fluidos corporais, o que revela que profissionais de saúde realizam a higiene das mãos na maioria das vezes como uma forma de autocuidado, realidade também evidenciada em outros estudos.^{18,23}

Ainda em relação a indicação, conforme classificação dos cinco momentos, a menor taxa encontrada foi para o toque nas superfícies próximas ao paciente, dado preocupante, haja vista o risco de contaminação e de possibilidade de descontrolado favorecedor de disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar. Todavia, em contraposição, estudo realizado em unidade de terapia intensiva, de Rio Grande do Sul, para esta mesma indicação, identificou taxa de 49,1%, maior que a apresentada no presente estudo.²³ A esse respeito, chama a atenção o fato do profissional estar atento com riscos relacionados ao contato com sangue e fluidos, diferente da atenção dada quando se refere ao risco relativo às superfícies próximas ao paciente, ressaltando-se que o risco de infecção só é percebido quando observado o perigo eminente envolvendo material

LLapa-Rodríguez EO, Oliveira JKA de, Menezes MO et al.

biológico potencialmente contaminado.

Em relação às categorias profissionais observadas, todas apresentaram taxa de adesão a HM inferior a recomendada pela OMS, destacando-se as categorias de médicos pela menor taxa e a de enfermeiros com a maior taxa. Em sintonia com estes achados, desfechos de um hospital materno infantil brasileiro apresentou taxas de 39%, 27%, 33% e 23% para enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e médicos, respectivamente.²⁴ Entretanto, na região sul do país foram evidenciados resultados discordantes, com maior taxa entre os fisioterapeutas (53,5%) e menor para os técnicos/auxiliares de enfermagem (29,8%).²³

CONCLUSÃO

A taxa de aderência à higiene das mãos pelos profissionais de saúde encontra-se fora das recomendações preconizadas pela OMS e classificada como indesejável ou sofrível. O principal insumo utilizado pelos profissionais para realizar o procedimento de HM é a combinação de água e sabão em detrimento do álcool-gel.

Entre os cinco momentos recomendados, o mais utilizado foi a indicação após exposição a material biológico, traduzindo a preocupação do profissional com sua segurança. Diante dos resultados apresentados alerta-se para fragilidade apresentada durante a assistência prestada a pacientes oncológicos nas unidades observadas.

Nesse contexto, enfatiza-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias de ações de educação em serviço que garanta uma assistência segura e de qualidade. Por outro lado, espera-se um papel proativo por parte das equipes de controle de infecção hospitalar, no sentido de fornecer os insumos básicos para a realização do procedimento de HM, bem como monitorar e divulgar a adesão por profissionais de saúde à higiene das mãos, visto que esta conduta representa uma fragilidade na instituição alvo do presente estudo.

A evidência de maior taxa de aderência à HM pelos enfermeiros, mesmo abaixo das recomendações, constitui um fator positivo, haja vista que estes profissionais desenvolvem suas atividades diuturnamente nos serviços de saúde com várias possibilidades de contatos com diferentes pacientes, o que os tornam agentes colaborativos na mudança da cultura relativa a segurança do paciente para incorporação da HM, conforme indicado pela OMS.

Aderência de profissionais de saúde à higienização...

Nota-se que, mesmo sendo um procedimento simples, a aderência à HM ainda é um desafio para os gestores dos serviços de saúde. Portanto, faz-se necessária a construção de estratégias gerenciais que estimulem a participação da equipe multiprofissional de saúde na construção de uma cultura de segurança que garanta uma assistência livre de riscos.

Por fim, espera-se que este estudo estimule a reflexão sobre a importância da higiene das mãos e implantação da estratégia multimodal, especialmente nos serviços de oncologia. Este estudo analisou a aderência de profissionais à HM, despertando para a necessidade de outros estudos que busquem avaliar as possíveis barreiras para ampla adesão à HM e enfrentamento dos problemas relacionados infecções relacionadas à assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Prado MF, Hartmann TPS, Teixeira Filho LA. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):220-6. Doi: 10.1590/S1414-81452013000200003
2. World Health Organization (WHO). Health care without avoidable infections The critical role of infection prevention and control. Genebra. 2016. [cited 2016 Apr 19]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246235/1/WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf>
3. Mota EC, Barbosa DA, Silveira BRM, Rabelo TA, Silva NM, Silva PLN, et al. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. *Rev Epidemiol Control Infect* [Internet]. 2014 [cited 2016 May 10];4(1):12-7. Available from: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/4052/3379>
4. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL). Segurança do Paciente. Higienização das mãos. Brasília. 2013a. [cited 2016 May 25]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf.
5. World Health Organization (WHO). Hand hygiene technical reference manual: to be used by health-care workers, trainers and observers of hand hygiene practices. 2009. [cited 2016 June 25]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44196/1/9789241598606_eng.pdf
6. Gomes AC, Carvalho PO, Lima ETA, Gomes ET, Valença MP, Cavalcanti AA. Caracterização das infecções relacionadas à

LLapa-Rodríguez EO, Oliveira JKA de, Menezes MO et al.

assistência à saúde em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev enferm UFPE*. 2014; 8(6):1577-85. DOI: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201417

7. Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Be;days ZG, Dumyati G, Kainer MA, Lyinfield R, Maloney M, McAllister-Hollod L, Nadle J, Ray SM, Thompson DL, Wilson LE, Fridkin SK. [Multistate Point-Prevalence Survey of Health Care-Associated Infections](#). *N Engl J Med*. 2014;370:1198-208. DOI: 10.1056/NEJMoa1306801

8. Padoveze Maria Clara, Fortaleza Carlos Magno Castelo Branco. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2014 Dec [cited 2017 June 09];48(6):995-1001. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600995&lng=en. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004825.

9. Botene DZA, Pedro ENR. Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014 set;35(3):124-9. DOI:10.1590/1983-1447.2014.03.44306

10. Hass JP, Larson EL. Compliance with hand hygiene guidelines: where are we in 2008?. *Am J Nurs*. 2008 Aug;108(8):40-4. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000330260.76229.71

11. Tatarelli P, Lorenzi I, Caviglia I, Sacco RA, La Masa D, & Castagnola E. Estimation of mean number of daily hand hygiene procedures per patient can represent an effective and easy understandable method to evaluate adherence experience in a tertiary care pediatric hospital of Northern Italy. *J J Prev Med Hyg* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 15];57(4):185-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5289028/>

12. Resolução - RDC Nº 36, de 25 de julho de 2013 (BR). Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. 2013b. [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/20_06_2016_18.03.42.cc79405739e9b21c4e6d8eb54086045c.pdf

13. Sanhudo NF, Moreira MC, Carvalho V. Tendências da produção do conhecimento de enfermagem no controle de infecção em oncologia. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011 June; 32(2):402-10. DOI:10.1590/S1983-14472011000200026

14. Thom, K. A.; Kleinberg, M.; Roghmann, MC. Infection Prevention in the Cancer Center. *Clin Infect Dis*. 2013 Aug 15;57(4): 579-85. DOI: 10.1093/cid/cit290

Aderência de profissionais de saúde à higienização...

15. Santos SLV, Sousab TK, Costa DM, Lopes LKO, Pelejad EB, Sousa DM, et al. Infecciones asociadas a la atención de salud en un Hospital de Oncología Brasileño: análisis de cinco años. *Enferm glob* [Internet]. 2012 [cited 2016 June 15];11(25):8-17. Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/27399/1/Infecciones%20asociadas%20a%20la%20atencion%20de%20salud%20en%20un%20Hospital%20de.pdf>

16. Castro PTO. Aspectos essenciais no controle de infecção hospitalar em situações especiais: controle de IH em pacientes oncológicos. 17ª Jornada de Controle de Infecção Hospitalar. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital de Câncer de Barretos; 25 maio 2012; São Paulo, 2012. Available from: http://www.saofrancisco.com.br/17_jornada/controledehempacientesoncologicos.pdf

17. Silva SG, Salles RK, Nascimento ERP, Bertencello KCG, Cavalcanti CDAK. Avaliação de um bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 July-Sept; 23(3): 744-50. DOI:10.1590/0104-07072014002550013

18. Bathke J, Cunico PA, Maziero ECS, Cauduro FLF, Sarquis LMM, Cruz EDA. Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(2):78-85. DOI:10.1590/S198314472013000200010

19. D'egidio G, Patel R, Rashidi B, Mansour M, Sabri E, Milgram P. A study of the efficacy of flashing lights to increase the salience of alcohol-gel dispensers for improving hand hygiene compliance. *Am J Infect Control*. 2014 Aug; 42(8): 852-5. DOI:10.1016/j.ajic.2014.04.017

20. Sharma M, Joshi R, Shah H, Macaden R, Lundborg CS. A step-wise approach toward introduction of an alcohol based hand rub, and implementation of front line ownership-using a, rural, tertiary care hospital in central India as a model. *BMC Health Serv Res*. 2015 Apr 29;15:182. DOI:10.1186/s12913-015-0840-1

21. Findik UY, Otkun MT, Erkan T, Sut N. Evaluation of Handwashing Behaviors and Analysis of Hand Flora of Intensive Care Unit Nurses. *Asian Nurs Res*. 2011; 5(2): 99-107. DOI:10.1016/S1976-1317(11)60018-2

22. Mathur P. Hand hygiene: Back to the basics of infection control. *Indian J Med Res*. 2011 Nov; 134(5): 611-20. DOI:10.4103/0971-5916.90985

23. Souza LM; Ramos MF, Becker ESS, Meirelles LCS, Monteiro SAO. Adesão dos

LLapa-Rodríguez EO, Oliveira JKA de, Menezes MO et al.

Aderência de profissionais de saúde à higienização...

profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. Rev Gaúcha Enferm. 2015. 36(4):21-8. DOI:10.1590/1983-1447.2015.04.49090

24. Mendes FMR, Freitas FTM, Araujo AFOL, Padovani TMSJ. Sucesso na melhoria da Higienização das mãos em um Hospital materno infantil. J Infect Control [Internet]. 2013 [cited 2016 June 15]; 2(3):150-2. Available from: <http://jic.abih.net.br/index.php/jic/article/viewFile/59/pdf>

Submissão: 14/11/2017

Aceito: 23/04/2018

Publicado: 01/06/2018

Correspondência

Eliana Ofelia LLapa-Rodríguez
Departamento de Enfermagem
Rua Cláudio Batista, s/n
Bairro Cidade Nova
CEP: 49060-108 – Aracaju (SE), Brasil