

Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário

Hand hygiene compliance among nursing technicians at a university hospital

Adhesión a la higienización de las manos entre el personal de enfermería en un hospital universitario

*Adriana Cristina de Oliveira^I; Adriana Oliveira de Paula^{II}; Camila Sarmiento Gama^{III};
José Ricardo Oliveira^{IV}; Corinne Davis Rodrigues^V*

RESUMO

Objetivo: monitorar a adesão dos técnicos de enfermagem à higienização das mãos e identificar os fatores determinantes para sua execução. **Método:** estudo transversal realizado com 13 técnicos de enfermagem de um hospital universitário de Minas Gerais, em maio de 2012. A coleta de dados realizou-se por meio da observação dos trabalhadores e entrevistas com um roteiro semi-estruturado. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer nº ETIC 0285.0.203.000-10. **Resultados:** a taxa de adesão à higiene de mãos foi de 35,2%, sendo os fatores facilitadores referidos pelos profissionais: conscientização da transmissão cruzada, proteção individual, disponibilidade de material. Como dificultadores, a falta de treinamento dos profissionais, a indisponibilidade de equipamentos e situações de emergência. **Conclusão:** verificou-se uma baixa taxa de adesão à higienização das mãos pelos técnicos de enfermagem. Contudo, os participantes do estudo evidenciaram conhecer a sua importância no controle da infecção e a responsabilização da equipe pela transmissão de microrganismos.

Palavras-chave: Desinfecção das mãos; infecção hospitalar; pessoal de saúde; equipe de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to measure hand hygiene compliance among nursing technicians and identify determinants of compliance. **Method:** cross-sectional study of thirteen nursing technician at a university hospital in Minas Gerais in May 2012. Data was collected by observation and semi-structured interviews of workers. The project was approved by the Research Ethics Committee (ETIC 0285.0.203.000-10). **Results:** hand hygiene compliance rate was 35.2%, and facilitating factors mentioned by healthcare workers were: awareness of cross infection, individual protection and availability of material. Adverse factors were lack of training, lack of equipment, and emergency situations. **Conclusion:** hand hygiene compliance rate among nursing technicians was low. However, the study participants showed they were aware of its importance in infection control and of the team's co-responsibility for transmission of microorganisms.

Keywords: Hand disinfection; cross infection; health personnel; nursing, team.

RESUMEN

Objetivo: monitorear la adhesión del personal de enfermería a la higienización de las manos e identificar los factores determinantes para su ejecución. **Método:** estudio transversal puesto en marcha junto a trece técnicos de enfermería de un hospital universitario de Minas Gerais, en mayo de 2012. La recolección de los datos se realizó mediante observaciones de los trabajadores y entrevistas con un guión semiestructurado. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, Dictamen ETIC 0285.0.203.000-10. **Resultados:** la tasa de adhesión fue del 35,2%; los factores facilitadores identificados por los profesionales para la adhesión fueron: concientización de la transmisión cruzada, protección individual y disponibilidad de materiales. Los factores obstaculizadores fueron la falta de capacitación de profesionales, la indisponibilidad de equipos y situaciones de urgencia. **Conclusión:** se verificó una baja tasa de adhesión a la higienización de manos por los técnicos de enfermería. No obstante, los participantes en el estudio mostraron conocer su importancia en el control de infecciones y la corresponsabilidad del equipo en cuanto a la transmisión de microorganismos.

Palabras clave: Desinfección de las manos; infección hospitalaria; personal de salud; grupo de enfermería.

INTRODUÇÃO

A lavagem das mãos é o ato de limpá-las com o uso de água e sabão¹, objetivando reduzir a carga microbiana das mãos dos profissionais, para, assim, diminuir a transmissão de microrganismos entre pacientes, pacientes e mobiliários, profissionais, equipamentos e

mobiliários. Parte-se do pressuposto que as principais fontes de patógenos no ambiente hospitalar são os pacientes colonizados e/ou infectados, os profissionais de saúde e os equipamentos e mobiliários próximos ao paciente^{2,3}.

^IEnfermeira. Pós-Doutora pela New York University. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. E-mail: adrianacoliveira@gmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. E-mail: bhdedis@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. E-mail: camilasarmientogama@gmail.com.

^{IV}Médico. Doutorando pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. E-mail: oliveira.jricardo@gmail.com.

^VDoutora em Sociologia pela University of Texas at Austin. Professora Adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais. Brasil. E-mail: cdavisrodrigues@gmail.com.

Dessa forma, sempre antes ou após tocar o paciente, antes de realizar procedimentos limpos/assépticos, após contato com fluidos ou líquidos corpóreos e superfícies inanimadas próximas ao paciente, o profissional de saúde deve realizar a higiene das mãos (HM), sendo esta necessidade de limpeza conhecida como oportunidade de HM⁴.

Contudo, é relatado na literatura que, mesmo tendo conhecimento sobre a necessidade e importância da HM, os profissionais de saúde a realizam com menor frequência e por um menor período de tempo do que o recomendado⁵.

A partir dos relatos de transmissão de microrganismos pelas mãos dos profissionais e de baixas taxas de adesão à HM, surge a necessidade de monitorar estas práticas executadas pelos profissionais; é preciso identificar os motivos que os levam a não realizarem a HM de acordo com o recomendado, para, assim, desenvolver estratégias que elevem as taxas de adesão a esse procedimento, principalmente por meio de mudança de paradigmas comportamentais e culturais.

Dentre os profissionais que mais mantêm contato com os pacientes, estão os técnicos de enfermagem, os quais prestam assistência contínua. Frequentemente, estes trabalhadores estão associados à ocorrência de transmissão cruzada de microrganismos por meio deste contato direto, tornando a prática de HM fundamental para a garantia da segurança do paciente⁶.

Diante do exposto, o presente estudo objetivou monitorar a adesão dos técnicos de enfermagem de um hospital universitário à prática de higienização das mãos e identificar os fatores determinantes para sua execução.

REVISÃO DE LITERATURA

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são aquelas adquiridas pelo paciente durante o cuidado recebido nos estabelecimentos de saúde. Constituem-se em um grave problema, sendo causa comum de aumento da morbidade e mortalidade em todo o mundo⁷⁻⁹.

As IRAS acometem cerca de 7 a 10% dos pacientes hospitalizados e exigem um maior tempo para a recuperação, repercutindo em prolongamento do período de internação e, conseqüentemente, elevando os custos hospitalares, além de impactarem na vida do indivíduo, em seu contexto social, emocional e familiar¹.

Assim, as IRAS constituem-se em uma preocupação de saúde mundial, proposta como tema da agenda política da Organização Mundial da Saúde (OMS), expressada pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em duas campanhas lançadas: Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente que abordou as IRAS e a HM; e Segundo Desafio Global para a Segurança do Paciente que abordou cirurgias seguras. A consecutiva abordagem do tema indica a necessidade de se trabalhar mundialmente na sua prevenção¹⁰.

Para prevenir, é fundamental conhecer as causas que desencadeiam as IRAS. Uma das mais comuns é a transmissão de patógenos pelas mãos dos profissionais de saúde, que estão frequentemente sujeitos à contaminação por microrganismos durante o contato direto com secreções corporais, feridas e, até mesmo, no decorrer de procedimentos que envolvem a pele íntegra, como a aferição de dados vitais¹¹.

Dessa forma, a fim de minimizar/reduzir e controlar as IRAS, decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos, a prática da higienização das mãos é uma das recomendações pioneiras, comprovadamente eficaz, simples e de baixo custo, capaz de reduzir a morbimortalidade em serviços de saúde, impactando na qualidade da assistência e, conseqüentemente, na maior segurança do paciente^{12,13}.

Contudo, apesar da evidência comprovada da sua importância na redução das IRAS, inúmeros estudos apontam para a baixa adesão dos profissionais de saúde à HM, estimando-a ocorrer em torno de 15-50% das situações preconizadas, sendo essa prática negligenciada, mesmo em condições favoráveis para sua execução^{6,14}.

Os profissionais de saúde são responsáveis pelo controle de infecção e pela assistência ao paciente livre de danos, de forma a garantir-lhe a segurança¹⁵. Para tal, a prática de HM deve ser estimulada e inserida nas atividades educativas do processo de trabalho das instituições de saúde, bem como em programas de monitorização e acompanhamento da adesão.

Neste sentido, a OMS propõe estudos longitudinais para a monitorização da adesão dos profissionais de saúde à HM, de forma frequente e contínua, a fim de se estabelecer ao longo do tempo parâmetros comparativos, influências sazonais, da inserção de novos profissionais, das taxas de IRAS em diferentes sítios de infecção e em distintas unidades de internação¹.

Uma destas propostas da OMS se refere à abordagem multimodal de incentivo à HM, com ações para elevar as taxas de adesão, pautadas em diferentes realidades e contextos¹. Tais ações levam em consideração tanto o aspecto quantitativo, relativo ao total de oportunidades, como também o aspecto qualitativo, referente à técnica correta de realizá-la.

METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa transversal de abordagem quantitativa com técnicos de enfermagem de ambos os sexos, do período diurno, atuantes em uma enfermaria com 26 leitos de um hospital público universitário de Belo Horizonte, previamente convidados e esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e que aceitaram participar mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aplicado por um dos pesquisadores, em maio de 2012. Excluíram-se aqueles que se encontravam de férias, folga ou licença médica no período da coleta de dados.

Foi realizada uma observação direta e entrevista para coleta de dados sociodemográficos e identificação dos fatores determinantes para a adesão à HM.

A observação de campo foi realizada a fim de identificar a taxa de adesão à higienização das mãos. Para esta etapa, utilizou-se um formulário proposto pela OMS¹⁶ e dois pesquisadores diferentes daquele que aplicou o TCLE foram treinados previamente para a padronização dessa fase da coleta, a fim de minimizar possíveis vieses do observador. As oportunidades de HM foram definidas de acordo com a OMS¹⁶: 1º - antes do contato com o paciente, 2º - antes de procedimento asséptico, 3º - após a exposição a fluido corporal, 4º - após contato com o paciente, e 5º - após o contato com o ambiente.

Foram selecionados os técnicos de enfermagem em virtude de serem, dentro da equipe multiprofissional, os sujeitos vinculados mais diretamente ao processo assistencial, realização de procedimentos e proximidade do paciente. De um total de 20 profissionais, 13 foram observados por 20 minutos, conforme preconizado pela OMS¹⁶, durante a prática assistencial, nos momentos de maior atividade assistencial/procedimentos (de 08h00min as 10h00min para o período matutino e de 14h00min as 16h00min para o vespertino).

Cabe ressaltar que, para esta fase de observação, a fim de minimizar/evitar comportamentos induzidos pela presença do observador, os pesquisadores observadores foram introduzidos no campo como graduandos que estavam desenvolvendo atividades relacionadas ao seu curso, para não despertar possíveis suspeitas quanto à sua real presença no setor.

Os dados provenientes da observação direta foram computados e analisados com o auxílio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) Versão 19.0, de forma a identificar a taxa de adesão dos profissionais e fatores relacionados à adesão. Para o tratamento dos dados, realizou-se análise descritiva, apresentando os valores absolutos e percentuais.

Após a análise primária dos dados, os três profissionais que apresentaram as maiores e os três que apresentaram as menores taxas de adesão foram convidados para uma entrevista. Nessa ocasião, foi aplicado um questionário estruturado, para obter informações quanto ao perfil sociodemográfico e um questionário semiestruturado, com roteiro centrado nos fatores intervenientes à adesão à HM. Este roteiro foi adaptado de estudo realizado em 2009¹⁷.

Durante a entrevista, foi esclarecida a importância da resposta do participante, não sendo predefinidas respostas certas/erradas, mas, sobretudo, a opinião do profissional em relação ao item questionado. No conjunto, seis entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas na íntegra por um dos pesquisadores.

A identificação dos entrevistados foi orientada pela ordem em que se seguiram as entrevistas, que ocorreram mediante disponibilidade do trabalhador. O TE 1 foi o primeiro a ser entrevistado, o TE 2, o segundo e assim por diante.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais Parecer nº ETIC 0285.0.203.000-10, respeitando os preceitos éticos de pesquisas com envolvimento de seres humanos e pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) da instituição em estudo (processo nº 128/10) Minas Gerais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Taxa de adesão à higienização das mãos

Foram acompanhados 13 técnicos de enfermagem, sendo 12(92,3%) do sexo feminino. Durante a rotina desses profissionais, foram observadas 91 oportunidades para a higiene de mãos, identificando-se uma taxa de adesão de 32(35,2%). Destaca-se que as observações foram realizadas no período da manhã e tarde, sendo que, no período da manhã, a taxa de adesão à HM foi de 20(62,5%) e, da tarde, de 12(37,5%) e a maior parte delas - 20(62,5%) - ocorreu após o contato com o paciente, seguidas por oportunidades antes do contato com os pacientes - 6(18,8%), após o contato com superfícies - 5(15,6%), antes da realização de procedimentos assépticos - 1(3,1%) e após contato com fluidos corporais - 0(0%).

Para a realização da HM, foram utilizados água e sabão por 20(62,5%) profissionais, água e sabão seguido de álcool por 10(31,3%) e álcool gel por 2(6,3%). Em um estudo similar, realizado em um hospital-escola da Região Centro-Oeste com profissionais de saúde, a água e o sabão também foram as formas mais empregadas para a realização da HM¹⁸.

As baixas taxas de adesão à HM encontradas neste estudo corroboram às de outros trabalhos semelhantes que analisaram a adesão através da observação direta, assim como de estudos que relatam um percentual maior de HM no turno da manhã quando comparado ao período da tarde^{14,18-20}.

Para as oportunidades perdidas de HM, em 13(22,0%) destas o profissional estava utilizando luvas de procedimentos. A taxa de adesão à HM foi diferente entre os técnicos de enfermagem observados, sendo que as taxas variaram de 0 a 100% de adesão.

Fatores determinantes para a prática de HM entre os técnicos de enfermagem

A caracterização sociodemográfica dos seis profissionais entrevistados foi representada por: 5(83,3%) dos participantes do gênero feminino; idade média 40 anos; 3(50%), com ensino superior em andamento; 3(50%) possuem de sete a nove anos de formação e trabalham em igual período na instituição. Com relação à situação

laboral, a maioria – 5(83,3%) – relatou possuir apenas um vínculo empregatício e quanto ao treinamento de HM no último ano, metade do grupo referiu ter participado - 3(50%).

Durante as entrevistas, observou-se que os profissionais conheciam os momentos em que a HM deveria ser realizada. Foi referido por eles que a HM deve ser feita antes e após cada procedimento tais como: preparação e administração de medicações, aferição de dados vitais, realização do banho nos pacientes, troca da roupa de cama, realização de curativos, manipulação de cateteres ou bolsas, sendo sumarizado como lavar as mãos sempre. Destaca-se, ainda, que este grupo reconheceu, como recomendado na literatura, que o procedimento de HM é uma das principais medidas para a redução da transmissão de microrganismos.

O fato de os profissionais terem demonstrado conhecimento sobre os momentos em que a higienização das mãos deve ser realizada e a importância desta atividade no controle de infecções, mesmo apresentando baixas taxas de adesão à HM, reafirma, conforme outros estudos, como o conhecimento nem sempre está relacionado com a atitude do profissional^{18,21}.

Como fatores facilitadores à adesão à prática de HM, foram identificados, principalmente, a conscientização da transmissão cruzada, disponibilidade de material de boa qualidade, a realização de pesquisas e campanhas sobre higienização das mãos, além de treinamentos e educação continuada com todos os profissionais. A importância de se trabalhar em equipe e do envolvimento de todas as categorias profissionais em treinamentos, visando à adesão às práticas de HM, também foram enfatizadas.

De acordo com um estudo que desenvolveu um programa educacional a fim de elevar a adesão dos profissionais de saúde à HM, após o primeiro e o segundo ano, a taxa média de infecções hospitalares reduziu de 15,1 por mil pacientes-dia para 10,4 e 11,9 por mil pacientes-dia, demonstrando o impacto da educação continuada no aumento da adesão à HM e, consequentemente, na segurança do paciente²².

Ressalta-se que a baixa taxa de adesão à HM obtida neste estudo pode indicar que os fatores apontados pelos profissionais como facilitadores estão aquém do esperado na instituição avaliada.

A falta de treinamento dos profissionais, objetivando sensibilizá-los e orientá-los para a realização correta do procedimento de HM, a indisponibilidade de equipamentos e os atendimentos emergenciais foram os fatores dificultadores apontados por eles mesmos entre as taxas de adesão nos extremos analisados (maiores e menores taxas identificadas).

O principal fator dificultador para adesão à HM, citado por todos os profissionais entrevistados, foi a sobrecarga de trabalho no setor e a rotina de assistir a vários pacientes. A pressão no trabalho para atender às demandas de pacientes e de familiares, como citado:

[...] os pacientes aqui, querem tudo para ontem. Então se você está fazendo um curativo e o outro quer que você 'liga' o remédio para dor, então cabe ao profissional falar, 'espera um minutinho', ir lá e lavar a mão [...] (TE 1 objetivando não ser 'atropelada' pela contingência da rotina de trabalho).

Chamou atenção o relato de uma profissional, de formação universitária no campo da enfermagem, que ampliou o problema para a transmissão cruzada pelo profissional médico e outros, pelo pouco envolvimento destes com as boas práticas, por terem maior contato com outros setores do hospital e vários pacientes e uso de materiais pessoais sem proteção.

O treinamento também foi abordado em diversos momentos, sendo discutido o horário em que os treinamentos ocorrem:

[...] se tiver o curso de manhã, de tarde e à noite, quem está trabalhando de manhã vai fazer à tarde, quem está trabalhando à tarde vai fazer de manhã [...] então é o horário que a gente pode parar e fazer, porque no horário de trabalho assim é muito corrido [...] (comentário de um técnico de baixa adesão (TE 2).

Ainda, sobre a necessidade de treinamento e campanhas, a literatura cita a importância de se envolver o paciente e seu acompanhante nesse contexto²³. Entretanto, evidencia-se, no presente estudo, certa dificuldade de inseri-los no processo:

[...] tem muito paciente que é analfabeto, tem muito acompanhante que é analfabeto [...] (TE 3).

Embora os familiares não tenham a noção teórica da transmissão cruzada de microrganismos, precaução de contato, eles podem ser ensinados que não se pode tocar no(s) paciente(s) sem higienizar as mãos antes e depois do contato, tornando-os atuantes no controle de infecções nosocomiais²³⁻²⁶.

Assim, observam-se muitas limitações à implementação do que é divulgado nos manuais de orientações, panfletos, banners, plotagens, sendo fundamental discutir, refletir e elaborar soluções passíveis de implantação¹.

Além da importância da educação continuada, alguns profissionais citaram que um feedback sobre as taxas de infecção hospitalar do setor e de estudos comparativos de outros setores do hospital poderiam estimular a adesão.

[...] É eu acho que você, olha, no período tal, quando a lavação era menor [...] enfim sabe demonstrar no setor tal onde lavam e a taxa caiu, [...] e traz também no setor que não lavam, para os profissionais que não lavam [...] (TE 1).

Tal resultado corrobora a literatura científica, quando ressalta que o conhecimento das taxas de adesão às medidas de biossegurança e de prevenção de infecção no setor pode servir como estímulo aos profissionais para melhorar seu desempenho. Isto demonstra a importância do feedback, inclusive como um componente da estratégia multimodal da OMS para a elevação das taxas de adesão à HM^{17,24}.

Os motivos que levam os profissionais a não realizarem a HM foram semelhantes aos encontrados em outras pesquisas, no que diz respeito ao acesso aos suprimentos adequados (pias, sabão e álcool) e, principalmente, sobrecarga de trabalho²⁵. Além disso, os profissionais relataram, também, sobre o ressecamento da pele e a necessidade de utilizar cremes hidratantes, prática incentivada pela OMS, desde que sejam de uso pessoal, a fim de evitar transmissão cruzada de microrganismos entre os profissionais^{1,17,26}.

As instituições de saúde nem sempre oferecem materiais adequados e em quantidade suficiente para a execução dos serviços, como pias para lavagem das mãos, dispensadores com álcool em gel para HM, sabão líquido e papel toalha^{27,28}. A disponibilidade e o acesso a suprimentos para a HM, bem como a utilização de produtos bem tolerados pela pele dos profissionais são fatores associados à maior adesão à HM^{17,29}.

Entretanto, alguns pontos fundamentais não foram abordados pelos profissionais participantes deste estudo, como formação acadêmica, conhecimento, personalidade, cultura e religião. Vale destacar que algumas religiões proíbem o uso de álcool, sendo esse um fato de preocupação em muitos lugares do mundo, mas de pouca ocorrência no Brasil, uma vez que a maioria das religiões predominantes no país não impõe essa restrição¹.

Em estudo semelhante, participantes alegaram ausência de controle social no que se refere à adesão aos guidelines de HM, presença de modelos positivos e negativos que estimulam e desestimulam a prática de HM, respectivamente¹, temas não muito abordados no presente trabalho.

Em síntese, as entrevistadas reconheceram a responsabilidade coletiva da equipe multiprofissional ao realizar a HM:

[...] protege tanto o paciente quanto o profissional (TE 3).

Alguns profissionais demonstram a clareza de que além de proteger os profissionais e pacientes, a HM também contribui para a proteção dos familiares de ambos os lados, que podem se contaminar por meio da transmissão cruzada que é viabilizada pelo esquecimento da lavagem das mãos²⁶.

Porém, eles também referiram como desvantagem o ressecamento da pele, ressaltando possibilidade de melhorar estes efeitos secundários à lavagem frequente das mãos com o uso de cremes hidratantes.

Cabe ressaltar que essas loções hidratantes devem conter, em sua formulação, glicerina ou outros adstringentes capazes de manter a pele hidratada e não devem ser de uso compartilhado, mas sim individual, para evitar a transmissão cruzada de microrganismos¹⁹.

Assim, observou-se que, em alguns momentos, o profissional assumiu não ter realizado a HM conforme necessário:

[...] está errado, a gente usa aliança, usa anel [...] a gente acaba esquecendo... e sabe que não pode [...]. (TE 2).

Ao passo que outro profissional considerou as taxas de adesão na unidade como adequadas:

[...] um colega que vem transferido de um setor onde essa prática não é exercida da mesma forma que aqui, ele passa a executar dessa maneira justamente por estar nesse meio (TE 4).

Uma limitação do estudo foi a metodologia utilizada de observação direta capaz de modificar o comportamento dos profissionais pelo fato de estarem sendo observados, denominado efeito Hawthorne. Para atenuar tal viés, foram utilizados como observadores estudantes de graduação, ao invés de profissionais da instituição, sendo que a equipe observada desconhecia o momento da coleta de dados.

CONCLUSÃO

Verificou-se, neste estudo, uma baixa taxa de adesão à HM dos técnicos de enfermagem do hospital universitário. Contudo, esses participantes evidenciaram conhecer a importância da HM no controle da infecção e a responsabilização de toda equipe pela transmissão cruzada de microrganismos.

Os fatores identificados como facilitadores para elevar a HM foram: a conscientização da transmissão cruzada, disponibilidade de material de boa qualidade, a realização de pesquisas e campanhas sobre HM, além de treinamentos e educação continuada com todos os profissionais. Já os fatores dificultadores apontados foram a falta de treinamento dos profissionais, a deficiência de equipamentos, os atendimentos emergenciais e a sobrecarga de trabalho.

Dentre as estratégias vistas pelos profissionais como possíveis de elevar a taxa de adesão à HM estão o feedback das próprias taxas de infecção do setor, da instituição e resultados de monitorização da adesão à HM, além da ênfase na educação continuada com os profissionais. Ressalta-se que a baixa taxa de adesão à HM, obtida neste estudo, pode indicar que os fatores apontados pelos profissionais como facilitadores estão aquém do esperado na instituição avaliada.

Diante disso, fica evidente que, do exposto, a higienização das mãos é um tema complexo, multifatorial, que precisa ser diuturnamente trabalhado com a equipe de saúde em seu conjunto, destacando os aspectos comportamentais e pessoais que estão fortemente relacionados ao assunto, de forma a vislumbrar a sua melhoria e, sobretudo, a manutenção em níveis aceitáveis de segurança para o cuidado de saúde prestado.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2009.

2. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA. CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infection of acute care setting. *Am J Infect Control*. 2008; 36(5):309-32.
3. Martino OD, Ban KM, Bartoloni A, Fowler KE, Saint S, Mannelli F. Assessing the sustainability of hand hygiene adherence prior to patient contact in the emergency department: A 1-year post-intervention evaluation. *Am J Infect Control*. 2011; 39(1):14-8.
4. Hugonnet S, Perneger TV, Pittet D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. *Arch Intern Med*. 2002; 162(9):1037-43.
5. Mcguckin M, Taylor A, Martin V, Porten L, Salcido R. Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. *Am J Infect Control*. 2004; 32(4):235-8.
6. Barreto RASS, Rocha LO, Souza ACS, Tipple AFV, Suzuki K, Bisinoto AS. Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. *Rev Eletr Enf*. 2009; 11(2):334-40.
7. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings, CDC 2007.
8. Harris S, Morgan M, Davies E. Web-based reporting of the results of the 2006 four country prevalence survey of healthcare associated infections. *J Hosp Infect*. 2008; 69(3):258-64.
9. Sanchez-Paya J, Bischofberger C, Lizan M, Lozano J, Muñoz Platón E, Navarro J et al. Nosocomial infection surveillance and control: current situation in Spanish hospitals. *J Hosp Infect*. 2009; 72(1):50-6.
10. World Health Organization. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas. Geneva:WHO; 2008.
11. Findik UY, Otkun MT, Erkan T, Sut N. Evaluation of hand washing behaviors and analysis of hand flora of intensive care unit nurses. *Asian Nurs Res*. 2011; 5(2):99-107.
12. Custódio 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*. 2009; 18(1):7-11.
13. Feather A, Stone SP, Wessier A, Boursicot KA, Pratt C. 'Now please wash your hands': the handwashing behavior of final MBBS candidates. *J Hosp Infect*. 2000; 45(1):62-4.
14. Martinez MR, Campos LAAF, Nogueira PCK. Adesão à técnica de lavagem de mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Paul Pediatr*. 2009; 27: 179-85.
15. Brasil. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. D.O.U Regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1987.
16. Organização Mundial da Saúde. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.
17. Erasmus V, Brouwer W, van Beeck EF, Oenema A, Daha TJ, Richardus JH et al. A Qualitative Exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2009; 30(5): 415-9.
18. Borges Primo MG, Ribeiro LCM, Figueiredo LFS, Sirico SCA, Souza MA. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Rev Eletr Enf*. 2010; 12(2):266-71.
19. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Ministério da Saúde. Manual Segurança do Paciente: Higienização das Mãos/ Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
20. Sahay S, Panja S, Ray S, Rao BK. Diurnal variation in hand hygiene compliance in a tertiary level multidisciplinary intensive care unit. *Am J Infect Control*. 2010; 38(7):535-9.
21. 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 USP*. 2010; 44(1):61-5.
22. Won SP, Chou HC, Hsieh WS, Chen CY, Huang, SM, Tsou KI et al. Handwash-ing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004; 25(9):742-6.
23. Souza TV, Oliveira ICS. Interação familiar/acompanhante e equipe de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada: perspectivas para a enfermagem pediátrica. *Esc Anna Nery*. 2010; 14(3): 551-9.
24. World Health Organization. Guide to implementation: A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy. Geneva: WHO; 2009.
25. Alves JD, Rocha IC, Silva LFP, Ferrari CKB. Higienização das mãos: olhar dos profissionais de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva do adulto. *Rev urug enferm*. 2015; 10(2):12-23.
26. 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.
27. Costa LP, Santos PR, Lapa AT, Spindola T. Acidentes de trabalho com enfermeiros de clínica médica envolvendo material biológico. *Rev enferm UERJ*. 2015;23(3):355-61.
28. 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.
29. Kampf G. The six golden rules to improve compliance in hand hygiene. *J Hosp Infect*. 2004; 56(Suppl 2): S3-S5.