



ORIGINALES

Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva

Adhesión a la higiene de las manos por el equipo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos

Adhesion to hand hygiene by nursing team in intensive care unit

Raíssa Ottés Vasconcelos¹
Débora Cristina Ignácio Alves¹
Luciana Magnani Fernandes¹
João Lucas Campos de Oliveira¹

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Brasil.

E-mail: raissa_07@msn.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.284131>

Submissão: 22/12/2017

Aprovação: 30/04/2017

RESUMO:

Objetivo: Identificar a adesão à Higienização das Mãos dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva para adultos de um hospital universitário público.

Metodologia: Estudo descritivo, transversal, observacional, com abordagem quantitativa, realizado com 68 profissionais em um hospital universitário do estado do Paraná, Brasil. A coleta de dados ocorreu de maio a outubro de 2016, por 100 horas de observação direta. Foi elaborado um formulário para caracterização dos participantes e utilizado o Instrumento Adaptado do Manual para Observadores - Estratégia Multimodal da Organização Mundial de Saúde para Melhoria da Higienização das Mãos. Os dados foram submetidos à análise descritiva, em medidas de proporção, e ao teste Qui-Quadrado de Pearson, no *Software SPSS* versão 18.0, para verificar a associação entre a adesão e a não adesão à HM em cada um dos cinco momentos recomendados e entre os profissionais (enfermeiro ou técnico de enfermagem), considerando nível de significância de 5%.

Resultados: Eram enfermeiros 12 (17,6%) profissionais e 56 (82,4%) técnicos de enfermagem. A taxa de adesão geral à Higienização das Mãos pela equipe de enfermagem foi de 311 (47,8%). Não houve adesão ao momento "antes da realização de procedimentos assépticos". Os momentos "após" apresentaram maiores índices de adesão.

Conclusão: A taxa de adesão à HM foi muito baixa, e, a prática de higiene antes do contato com o paciente crítico precisa ser melhorada com maior urgência.

Palavras chave: Higiene das Mãos; Infecção Hospitalar; Segurança do Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Enfermagem.

RESUMEN:

Objetivo: Identificar la adhesión a la Higienización de las manos de los profesionales de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos para adultos de un hospital universitario público.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, observacional, con abordaje cuantitativo, realizado con 68 profesionales en un hospital universitario del estado de Paraná, Brasil. La recolección de datos ocurrió de mayo a octubre de 2016, por 100 horas de observación directa. Se elaboró un formulario para caracterizar a los participantes y utilizado el Instrumento Adaptado del Manual para Observadores - Estrategia Multimodal de la Organización Mundial de Salud para la Mejora de la Higienización de las manos. Los datos fueron sometidos al análisis descriptivo, en medidas de proporción, y al test Chi-cuadrado de Pearson, en el Software SPSS versión 18.0, para verificar la asociación entre la adhesión y la no adhesión a la HM en cada uno de los cinco momentos recomendados y entre los profesionales (enfermero o técnico de enfermería), considerando nivel de significancia del 5%.

Resultados: Eran enfermeros 12 (17,6%) profesionales y 56 (82,4%) técnicos de enfermería. La tasa de adhesión general a la Higienización de las manos por el equipo de enfermería fue de 311 (47,8%). No hubo adhesión al momento "antes de la realización de procedimientos asépticos". Los momentos "después" presentaron mayores índices de adhesión.

Conclusión: La tasa de adhesión a la HM fue muy baja, y la práctica de higiene antes del contacto con el paciente crítico necesita ser mejorada con mayor urgencia.

:

Palabras clave: Higiene de las Manos; Infección Hospitalaria; Seguridad del Paciente; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería.

ABSTRACT:

Objective: To identify adherence to Hand Hygiene (HH) of the nursing professionals of an Intensive Care Unit for adults of a public university hospital.

Methodology: Descriptive, cross-sectional, observational study with a quantitative approach, carried out with 68 professionals in a university hospital in the state of Paraná, Brazil. Data collection occurred from May to October of 2016 for 100 hours of direct observation. A form was developed for characterization of the participants and the Adapted Instrument of the Handbook for Observers - Multimodal Strategy of the World Health Organization for the Improvement of Hand Hygiene was developed. Data were submitted to descriptive analysis, in proportion measurements and Pearson's Chi-Square test, in *SPSS Software* version 18.0, to verify the association between adherence and non-adherence to HH in each of the five recommended moments and among professionals (nurse or technician of nursing), considering a level of significance of 5%.

Results: 12 (17.6%) were professional nurses and 56 (82.4%) were nursing technicians. The nursing staff received a general adherence rate of 311 (47.8%). There was no adherence to the moment "before performing aseptic procedures". The "after" moments presented higher accession rates.

Conclusion: The rate of adherence to HH was very low, and hygiene practice before contact with the critical patient needs to be improved with greater urgency.

Keywords: Hand Hygiene; Cross Infection; Patient Safety; Intensive Care Units; Nursing.

INTRODUÇÃO

De forma persistente, são requeridas medidas efetivas de prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), relevante problema e desafio que merece destaque clínico, epidemiológico e gerencial. Isso porque, nos diversos espaços assistenciais, as IRAS podem ocasionar aumento de custos para o sistema de saúde, além de constituírem ameaça à segurança tanto para os usuários quanto para os trabalhadores⁽¹⁾.

No Brasil, estima-se que 3% a 15% dos pacientes em internação hospitalar sejam atingidos por infecções⁽²⁾. Já no contexto do cuidado intensivo, estudo internacional realizado em mais de 300 hospitais apontou acometimento frequente de IRAS em pacientes⁽³⁾.

Para prevenir as IRAS, é de conhecimento que medidas de higiene viabilizam ações de proteção destes agravos, com amplo destaque para a higienização das mãos (HM)

direcionada aos profissionais da área da saúde que desenvolvem ações assistenciais⁽⁴⁾. As mãos dos trabalhadores são consideradas o principal instrumento na execução de atividades na prática laboral, e, portanto, perfazem importante reservatório de agentes microbiológicos causadores de IRAS. Neste aspecto, emerge o impacto da equipe de enfermagem, uma vez conhecido que tal profissão é a que se faz presente de forma ininterrupta e direta no cuidado hospitalar, cenário de maior incidência e gravidade das IRAS⁽⁴⁾.

A HM tem por objetivo indireto prevenir a infecção produzida no contexto assistencial, pois é uma prática calcada na remoção de sujidades, material orgânico e/ou microrganismos⁽²⁾. Esta simples medida, além de promover o controle de infecções, aumenta a qualidade no cuidado, otimiza custos, reduz a morbimortalidade e atende a requisitos éticos e legais que regem o trabalho na saúde; sendo por estes motivos considerada ação primordial na busca pelo atendimento seguro⁽¹⁾.

Embora seja uma prática simples e eficiente, a adesão à HM tem sido tarefa árdua e complexa⁽⁵⁾. Estudos observacionais têm mostrado que a adesão a esta prática está aquém de 50% pelos profissionais de saúde⁽⁶⁻⁸⁾.

Destarte, na tentativa de contribuir com a mudança de paradigma existente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”, tendo como pressuposto o lema “Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura”, na qual o primeiro desafio global traçado enfatizou a HM⁽²⁾. Nessa linha de pensamento, as indicações para a higiene das mãos não correspondem ao início e ao fim de uma sequência de atividade assistencial, mas, se fundem em cinco momentos essenciais, a saber: “antes de estabelecer contato com o paciente; antes de realizar procedimento asséptico; após risco de exposição a fluídos corporais; após estabelecer contato com o paciente e após estabelecer contato com as áreas próximas ao paciente”^(1;2).

Outrossim, buscando com base em evidências científicas a garantia da qualidade na execução de ações, a observação para avaliação da HM é um meio promitente⁽⁹⁾. Ademais, este é o indicador de desempenho mais relevante em se tratando do comportamento dos profissionais de saúde e busca por melhorias, quando recomendada no cotidiano⁽²⁾.

Postula-se que é notória a importância da adesão à prática de HM tendo em vista a segurança do paciente, do trabalhador e o cuidado com excelência. Ademais, considerando a complexidade do cuidado em UTIs, o maior risco de desenvolvimento de IRAS em setores críticos e, a relevância da equipe de enfermagem no cuidado direto aos doentes internados nestes ambientes, torna-se científica e socialmente relevante a realização de pesquisas que entornam estes locais e sujeitos. Isso porque, seus resultados podem subsidiar o planejamento de ações que contribuam à segurança do cuidado intensivo, no bojo da prevenção de IRAS.

Ante ao exposto, pergunta-se: Qual é a adesão à HM pela equipe de enfermagem intensivista? Para responder a indagação, o estudo objetivou identificar a adesão à HM dos profissionais de enfermagem de uma UTI para adultos de um hospital universitário público.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, observacional, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida na UTI Geral (para adultos) de um hospital universitário localizado no interior do estado do Paraná, Brasil, de alta complexidade em várias especialidades médicas, com capacidade operacional total de 210 leitos ativos exclusivamente conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O cenário do estudo (UTI) possui 14 leitos ou pontos de assistência separados por divisórias. No que se refere à estrutura física para HM, o setor possui nove dispensadores de sabonete líquido, dez suportes de papel toalha e dezoito pias para HM. Ademais, há dispensadores de álcool em gel próximos aos 14 leitos.

A população do estudo foi constituída pela equipe de enfermagem atuante na UTI Geral em estudo, que contava com 70 profissionais, 12 enfermeiros e 58 técnicos de enfermagem, distribuídos nos turnos da manhã, tarde e três noites (jornadas de 12X60 horas). Compõe a escala de trabalho por turno, de dez a doze técnicos de enfermagem e dois enfermeiros.

Constituiu a amostra do estudo, 12 enfermeiros e 56 técnicos de enfermagem atuantes na referida unidade, de todos os turnos de trabalho. Foram considerados como critérios de exclusão, os funcionários em férias, licenças e afastamentos de qualquer natureza.

Todos os profissionais que aceitaram voluntariamente participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponibilizado em duas vias pelo pesquisador, sendo uma concedida ao participante.

Para a coleta de dados, utilizou-se como método de investigação a observação direta. Foi elaborado um formulário de coleta de dados para caracterização dos profissionais, composto por questões objetivas com as seguintes variáveis: sexo, idade, formação profissional, regime de trabalho, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação na UTI Geral, treinamentos/capacitações recebidos relacionados ao tema HM nos últimos dois anos e formas de realização dos treinamentos/capacitações.

Além deste, utilizou-se também o Instrumento Adaptado do Manual para Observadores - Estratégia Multimodal da OMS para Melhoria da HM⁽²⁾, para observação dos cinco momentos para a HM pela equipe de enfermagem.

Além da pesquisadora, uma discente do curso de Enfermagem, devidamente treinada, auxiliou nas observações diretas dos profissionais, após a realização de teste piloto.

Durante as investigações, o preenchimento do instrumento foi feito com base nas indicações para HM apresentadas pelos profissionais, no qual se assinalava com um "I" a presença do item de avaliação na coluna como realizado ou não realizado. Ainda, para maior auxílio e fidedignidade na observação, tomou-se como base a tabela de correspondência do próprio instrumento, contendo a descrição das indicações para HM em cada momento: "antes do contato com o paciente: (antes de contato direto); antes de realizar procedimentos assépticos: (antes do manuseio de dispositivos invasivos, estando ou não com luvas; em mudança de sítios corpóreos); após risco de exposição a fluidos corporais: (depois de contato com fluidos ou

excreções, pele não intacta, membrana mucosa, curativos de lesões; ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo; após retirar as luvas); após contato com o paciente: (depois de contato direto com os pacientes; depois de remoção de luvas); após contato com as áreas próximas ao paciente: (depois de contato com objetos e superfícies, inclusive equipamentos; depois de retirar as luvas)”.

A coleta de dados foi realizada no período de maio a outubro de 2016, em uma média de quatro horas de observações diárias, nos três turnos de trabalho aleatoriamente, em dias e horários intercalados, perfazendo um total de 100 horas de observações das oportunidades e realizações de HM, pelos profissionais da equipe de enfermagem.

Foi utilizado pelo pesquisador o critério de observar o primeiro membro da equipe, participante do estudo, que realizasse a HM, onde era observado um profissional (enfermeiro ou técnico de enfermagem), no período de duas horas consecutivas de atividades laborais. Cabe salientar que o foco central do presente estudo foi avaliar a adesão ou não à HM nos cinco momentos recomendados. Portanto, não foram observadas a técnica realizada e a retirada ou não de adornos.

Após isso, os dados foram organizados e armazenados em planilhas no *Microsoft Excel*® versão 2010, e posteriormente submetidos à análise descritiva simples, em medidas de proporção. Foi realizado também o teste Qui-Quadrado de Pearson, no *Software SPSS* versão 18.0, para verificar a associação entre a adesão e a não adesão à HM em cada um dos cinco momentos recomendados e entre os profissionais (enfermeiro ou técnico de enfermagem), considerando nível de significância de 5%.

Cumprido salientar que a pesquisa obedeceu integralmente aos preceitos éticos dispostos na Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Ademais, a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob parecer consubstanciado nº 1.447.806.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes do estudo que compõem a equipe de enfermagem. A maioria, 54 (79,4%) profissionais eram do sexo feminino, 56 (82,4%) eram técnicos de enfermagem. Ainda, 12 profissionais que atuam como técnicos de enfermagem, também possuíam graduação em enfermagem.

A idade predominante foi entre 30 e 39 anos (40-58,8%). O regime de trabalho com maior frequência no setor estudado é de profissional estatutário, totalizando 55 (80,9%). Quanto ao tempo de atuação na instituição, 49 (72,1%) profissionais atuavam de 1 a 10 anos na instituição, e 52 (76,4%) profissionais atuavam de 1 a 10 anos na UTI.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes (n=68) quanto ao sexo, idade, formação profissional, regime de trabalho, tempo de atuação na instituição e tempo de atuação na UTI Geral. Cascavel-PR, Brasil, 2016.

Características dos participantes	N	%
Sexo		
Feminino	54	79,4
Masculino	14	20,6
Idade		
20 a 29	6	8,8
30 a 39	40	58,8
40 ou mais	22	32,3
Formação profissional		
Enfermeiro	12	17,6
Técnico de enfermagem	56	82,4
Regime de trabalho		
Estatutário	55	80,9
Contratação temporária	13	19,1
Tempo de atuação na instituição		
< 1 ano	5	7,3
1 a 10 anos	49	72,1
> 10 anos	14	20,6
Tempo de atuação na UTI Geral		
< 1 ano	8	11,8
1 a 10 anos	52	76,4
> 10 anos	8	11,8

No que diz respeito ao recebimento de treinamentos/capacitações relacionados à HM nos últimos dois anos, quatro (33,3% - n=12) enfermeiros e 29 (51,8% - n=56) técnicos de enfermagem relataram tal informação, sendo em sua maioria, realizados na forma de palestras. Dois técnicos de enfermagem (3,6%) não informaram sobre a realização desta atividade.

Dentre as observações realizadas no estudo, três (6,0%) destas ocorreram com enfermeiros e 47 (94,0%) com técnicos de enfermagem. A maioria, 25 (50,0%) das

observações ocorreu no período da tarde, seguidas de 13 (26,0%) observações realizadas à noite, e 12 (24,0%) no turno da manhã.

Quanto às características das observações (Tabela 2), obtiveram maior quantitativo de indicações os profissionais técnicos de enfermagem, com 622 (95,7%), e o turno da tarde, contemplando 272 (41,8%).

No que concerne aos cinco momentos de HM para enfermeiros e técnicos de enfermagem, foram observados 158 (24,3%) momentos antes do contato com o paciente, 35 (5,4%) momentos antes de realizar procedimentos assépticos, 49 (7,5%) momentos após risco de exposição a fluidos corporais, 247 (38,0%) momentos após contato com o paciente e 161 (24,8%) momentos após contato com as proximidades do paciente, totalizando 650 indicações.

Tabela 2 – Distribuição das características das observações realizadas (n=650) segundo o profissional observado, turno e indicação para HM. Cascavel-PR, Brasil, 2016.

Variáveis	N	(%)
Profissão		
Enfermeiro	28	4,3
Técnico de enfermagem	622	95,7
Turno		
Manhã	156	24,0
Tarde	272	41,8
Noite	222	34,2
Indicação		
Antes do contato com o paciente	158	24,3
Antes de realizar procedimentos assépticos	35	5,4
Após risco de exposição a fluidos corporais	49	7,5
Após contato com o paciente	247	38,0
Após contato com as proximidades do paciente	161	24,8

A adesão geral dos profissionais da equipe de enfermagem à HM foi de 311 (47,8%). No turno da manhã, foram aderidas 66 (42,3%) HM; no turno da tarde, 144 (52,9%) e no turno da noite 101 (45,5%).

No que concerne aos cinco momentos, antes do contato com o paciente houve 16 (10,1%) HM efetivadas pela equipe de enfermagem; antes de realizar procedimentos assépticos, não houve adesão à HM; após risco de exposição a fluidos corporais, 8 (16,3%) HM foram realizadas; após contato com o paciente, houve 219 (88,7%) HM e após contato com as proximidades do paciente, dentre as indicações, 68 (42,2%) foram efetivadas.

A tabela 3 apresenta a adesão e a não adesão da HM, distribuídas por categoria profissional, entre os cinco momentos preconizados. Houve maior adesão à técnica após o contato com o paciente por enfermeiros (100,0%) e técnicos de enfermagem (207 realizações para 235 indicações). A equipe de enfermagem não aderiu à prática antes da realização de procedimentos assépticos, no qual enfermeiros tiveram 1 indicação e técnicos de enfermagem 34 indicações.

Tabela 3 – Distribuição das indicações aos cinco momentos de HM de acordo com o profissional e adesão à HM. Cascavel-PR, Brasil, 2016.

Indicação	Enfermeiro		Total n(%)	Técnico de enfermagem		Total n(%)
	Adesão n(%)	Não adesão n(%)		Adesão n(%)	Não Adesão n(%)	
Antes do contato com o paciente	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (100)	15 (9,9)	136 (90,1)	151 (100)
Antes de realizar procedimentos assépticos	0 (0,0)	1 (100)	1 (100)	0 (0,0)	34 (100)	34 (100)
Após risco de exposição a fluidos corporais	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (100)	7 (15,2)	39 (84,8)	46 (100)
Após contato com o paciente	12 (100)	0 (0,0)	12 (100)	207 (88,1)	28 (11,9)	235 (100)
Após contato com as proximidades do paciente	2 (40)	3 (60)	5 (100)	66 (42,3)	90 (57,7)	156 (100)

Na avaliação da dependência entre a adesão e não adesão à HM nos cinco momentos recomendados e o profissional (enfermeiro ou técnico de enfermagem) observado (Tabela 4), o p valor apresentou-se $p > 0,05$. Há evidências para rejeição

da hipótese de significância estatística entre as variáveis. Portanto, não há significância estatística entre adesão à HM ou não adesão à HM e o profissional observado (ser enfermeiro ou ser técnico de enfermagem resultou no mesmo nível de associação, ou seja, ser enfermeiro ou ser técnico de enfermagem não interferiu na adesão ou não à HM).

Não foi possível realizar o teste Qui-Quadrado de Pearson para a adesão “antes de realizar procedimentos assépticos” e para a não adesão “após o contato com o paciente”, pois não houve observação nestas variáveis pelos dois cargos profissionais.

Tabela 4 – Associação entre a adesão à HM e a não adesão à HM nos cinco momentos recomendados e o profissional observado. Cascavel-PR, Brasil, 2016.

Indicação	Adesão		Valor p	Não adesão		Valor p
	Enfermeiro n(%)	Técnico em enfermagem n(%)		Enfermeiro n(%)	Técnico de enfermagem n(%)	
Antes do contato com o paciente	1 (14,3)	15 (9,9)	0,906	6 (85,7)	136 (90,1)	0,279
Antes de realizar procedimentos assépticos	0 (0,0)	0 (0,0)	-	1 (100)	34 (100)	0,658
Após risco de exposição a fluídos corporais	1 (33,3)	7 (15,2)	0,659	2 (66,7)	39 (84,8)	0,808
Após contato com o paciente	12 (100)	207 (88,1)	0,629	0 (0,0)	28 (11,9)	-
Após contato com as proximidades do paciente	2 (40)	66 (42,3)	0,581	3 (60)	90 (57,7)	0,989

DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais participantes da presente pesquisa (79,4%) era do sexo feminino, corroborando com os achados de estudos realizados na atenção básica em Goiânia, (95,3%)⁽¹⁰⁾; pesquisa realizada em UTI Neonatal, em Curitiba, (97,5%)⁽¹¹⁾; estudo realizado em hospital público no estado do Paraná (74,8%)⁽¹²⁾ e estudo realizado em unidade de internação pediátrica de um hospital universitário da região sul do Brasil (92,31%)⁽¹³⁾. Inicialmente, de maneira empírica a assistência de

enfermagem era desenvolvida por irmãs de caridade, tendo se aprimorado como ciência com o passar do tempo, mantendo o perfil de predominância feminina. Assim, esse resultado era esperado, visto que é historicamente característico da profissão. No que diz respeito à formação profissional, o maior quantitativo foi de técnicos de enfermagem (95,7%) e a maioria dos profissionais atuantes na UTI apresentou idade entre 30 e 39 anos, como encontrado em estudo realizado em um hospital no estado de São Paulo, no qual a idade média foi 34,7 anos⁽¹⁴⁾.

O tempo de atuação da equipe de enfermagem tanto na instituição como na unidade foi de 1 a 10 anos (72,1% e 76,4%), respectivamente. Resultado encontrado em estudo realizado na UTI Neonatal de um hospital de ensino em Curitiba, mostrou que 25% dos profissionais atuavam há menos de um ano⁽¹¹⁾, díspar do apresentado no presente estudo.

Apenas 33,3% dos enfermeiros e, 51,8% dos técnicos de enfermagem atuantes na UTI, receberam treinamentos/capacitações nos últimos dois anos sobre HM. O resultado obtido difere de outras pesquisas realizadas em hospitais do estado do Paraná, no qual a maioria dos profissionais da equipe de enfermagem foi treinado/capacitado, apresentando taxas de ações educativas recebidas de 87,5%⁽¹¹⁾ e 94,8%⁽¹²⁾.

Estudo desenvolvido em hospitais no estado do Paraná apontou que 96,0% das instituições realizavam atividades de capacitação ministradas aos funcionários já contratados, sendo o serviço de enfermagem a categoria profissional mais contemplada. A temática mais frequentemente abordada era sobre HM (70,8%)⁽¹⁵⁾.

Considerando a rotatividade de profissionais, a presença constante de alunos e professores em atividades acadêmicas, incluindo ainda a baixa adesão à HM por parte da equipe multiprofissional, esta temática deveria ser abordada em todas as ações educativas realizadas, não somente da UTI, mas de todo o hospital, cenário do estudo. Na presente pesquisa, infere-se que o baixo índice evidenciado possa estar relacionado à indevida importância dada pelos profissionais de enfermagem ao tema em pauta.

A falta de treinamentos e a não realização de capacitações para o setor crítico evidenciada neste estudo emerge como fator negativo, considerando a exigência e criação de Programas de Gestão da Qualidade, que almeja estratégias para a melhoria das ações assistenciais desenvolvidas, bem como, a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde.

Cabe considerar que ser gerente do cuidado requer do enfermeiro habilidades de supervisão da assistência prestada, e a partir disso, utilização de instrumentos estratégicos para melhores resultados⁽¹⁶⁾. Estudo evidenciou a necessidade de que ações sejam implementadas de modo a impulsionar a realização da HM⁽¹⁰⁾. Ademais, pesquisa que comparou a adesão à prática antes e após intervenções, constatou efetividade nessas ações com técnicos de enfermagem, apresentando em período pré-intervenção 21,4% de HM realizadas e em período pós-intervenção 28,9%, havendo aumento do referido índice⁽⁶⁾.

Em estudo realizado em um serviço de emergência em São Paulo, a equipe de enfermagem apresentou 31,2% de adesão à prática de HM antes e 37,5% após intervenção⁽¹⁷⁾. Do mesmo modo, pesquisa realizada em 11 UTIs em hospitais gerais

na Argentina, com profissionais enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, residentes da área da saúde e técnicos de radiologia, que estimou o efeito de intervenções educativas sobre a melhoria da adesão à HM, constatou maiores índices (de 66,0% no grupo controle para 75,6% no grupo de intervenção), assim como impacto maior na prática após o contato com áreas próximas do paciente⁽¹⁸⁾.

Isto posto, estudo qualitativo aponta que medidas educativas são consideradas importantes pelos profissionais da equipe de enfermagem, assim como há reconhecimento pelos mesmos da necessidade de adesão a essa prática tendo em vista a proteção do usuário e do trabalhador, bem como o controle das IRAS⁽¹¹⁾.

No presente estudo, o fato de a adesão à HM ser inferior a 50% e menor entre técnicos de enfermagem é preocupante e exige atenção da coordenação do setor, considerando que este profissional se encontra ininterruptamente em contato direto com os pacientes⁽⁸⁾. Ressalta-se ainda, a não realização da prática no momento antes de procedimentos assépticos pela equipe de enfermagem, divergente de resultados de pesquisa realizada na atenção primária, em que não houve HM após sua realização na maior parte dos procedimentos observados (vacinas, curativos, teste do pezinho, entre outros) assim como em 40,9% dessas atividades não houve adesão anterior e posteriormente⁽¹⁰⁾. Durante as observações realizadas no presente estudo, observou-se reiteradamente que o uso de luvas nessa situação parecia substituir a HM na perspectiva dos profissionais, o que pode estar relacionado a déficit de conhecimento acerca da temática ou ao não reconhecimento de sua importância. Todavia, conforme Rezende et al.⁽¹⁰⁾, a prática é fundamental, tanto nos momentos "antes", tendo em vista a segurança do paciente, quanto "após", principalmente para a proteção da equipe.

O resultado encontrado converge com os de outras pesquisas realizadas, com índice de 43,7%⁽⁸⁾; outro, com porcentagem de 12% para enfermeiros e 11% para os técnicos de enfermagem⁽⁷⁾. Porém, o baixo índice diverge dos resultados apresentados em estudo realizado em hospital municipal e um Pronto Socorro em Minas Gerais, no qual a taxa de adesão pelos técnicos de enfermagem foi de 83%⁽¹⁹⁾. Ademais, pesquisa realizada em uma UTI de um hospital escola em Londres, baseada nos cinco momentos para HM, apontou adesão à prática de HM de 60%⁽²⁰⁾.

O menor número de indicações para HM pelos enfermeiros (Tabela 2), assim como pequeno quantitativo de observações realizadas com esses profissionais neste estudo, pode estar relacionado à grande demanda de tarefas administrativas na unidade, dado já evidenciado em outro estudo realizado em um hospital municipal em Minas Gerais⁽¹⁹⁾. Ainda, a adesão maior à HM pelos enfermeiros, quando comparado aos técnicos de enfermagem evidenciada no presente estudo, embora sem significância estatística, (Tabela 4), converge com investigação realizada, na qual a prática não foi realizada pelos enfermeiros em três indicações e pelos técnicos de enfermagem não houve adesão em 60 indicações⁽¹⁹⁾.

Ainda, considerando este contexto, a menor adesão à HM por técnicos de enfermagem pode inferir grande carga de trabalho, tendo em vista a complexidade dos pacientes em cuidado intensivo. Ainda, diante dos índices baixos de adesão à HM pela equipe e geralmente a elevada demanda de atividades nestes setores, cabe refletir se os enfermeiros e técnicos de enfermagem do presente estudo estão conseguindo de fato trabalhar conjuntamente, o que reflete diretamente na supervisão pelo enfermeiro, impactando na segurança dos pacientes e dos profissionais.

O alto quantitativo de indicações para HM e reduzida adesão pela equipe de enfermagem nos momentos antes do contato com o paciente e após contato com áreas próximas ao paciente é inquietante, apresentando maior adesão em geral aos momentos “após”, e menor nos momentos “antes”. Estes resultados vêm ao encontro com os de outra pesquisa realizada em UTI para adultos na capital do estado do Paraná, na qual a taxa de adesão antes do contato com paciente foi de apenas 13% e antes de procedimento asséptico 7,8%, enquanto que após risco de exposição a fluidos corporais, 35% das indicações para HM foram realizadas e após contato com paciente e/ou com o ambiente, 46%⁽⁷⁾. Outra investigação também apontou quanto a realização de procedimentos, ou seja, maior adesão após (49,2%) comparado ao momento antes (18,8%)⁽¹⁷⁾.

Também, estudo realizado em UTI no sul do Brasil mostrou em seus resultados que no momento antes do contato com o paciente a taxa de adesão à prática foi de 18,4%, antes de procedimento asséptico 20,9%, após risco de exposição a fluidos corporais 55,6%, após contato com paciente 58,9% e após contato com áreas próximas ao paciente 49,1%⁽⁸⁾. Este resultado pode estar relacionado ao pouco conhecimento da equipe sobre os momentos preconizados para a realização da HM e, ainda, sobre a influência que cada um tem de maneira concreta na assistência aos pacientes.

Foi percebido na coleta de dados que a organização da rotina de trabalho da equipe de enfermagem no setor torna a adesão à HM uma prática “fazer pelo fazer”, exigindo clareza de sua importância e mudança de cultura dos profissionais. As observações diretas mostraram que, em sua maioria, os profissionais realiza a HM principalmente após uma determinada sequência de cuidados, ignorando ou desconhecendo os riscos inerentes à não adesão nos momentos preconizados, fato afirmado pelo resultado da associação entre a adesão e não adesão à HM nos cinco momentos recomendados e o profissional observado realizada no presente estudo (Tabela 4), que não apontou diferença estatística significativa.

A equipe de saúde necessita estar consciente de que mesmo na execução de atividades nas quais se percebe baixo risco, pode ocorrer a propagação de IRAS⁽²⁰⁾. Para tanto, segundo Mota et al.⁽¹⁹⁾, a concordância da realização correta desta prática ordena a mudança de comportamento dos funcionários, o que parece ser de difícil alcance, quando os profissionais de saúde, desenvolvendo suas funções laborais em setores críticos, não aderem à HM com base nos momentos recomendados, mas de acordo com sua percepção da necessidade.

Dentre os fatores intervenientes que podem influenciar a adesão à HM, encontram-se os aspectos relacionados à estrutura física. Em estudo realizado, o quantitativo de estações para realização desta prática que se apresentavam em pleno funcionamento e sem acesso impedido foi inferior a 50%⁽⁷⁾, resultados que corroboram com os achados do presente estudo, pois não há em todos os pontos de assistência da unidade, pias, dispensadores de sabão e papel toalha. Igualmente, nos leitos onde existem os equipamentos e produtos necessários, dificilmente são utilizados, pois se encontram em proximidade com fios de monitores, bombas de infusão e ventiladores que dificultam a aproximação dos profissionais, fator relevante que possivelmente pode estar interligado à não adesão à HM.

Vale salientar que o ponto de assistência se constitui como lugar de encontro de três elementos: o cuidado, o paciente e o profissional de saúde. Assim sendo, os produtos

para a prática de HM devem ser disponibilizados nesse local, ao alcance ou respeitando o limite de dois metros, de modo a evitar a necessidade de o funcionário ter de deixar a zona do paciente para a ação⁽²¹⁾. Pesquisa realizada traz em seus resultados dentre os fatores dificultadores para a realização desta ação, a distância da pia, pia inadequada e déficit de material⁽²²⁾. Considerando a estrutura existente para HM na UTI estudada, infere-se que os resultados possam ser condizentes com a realidade da equipe de enfermagem participante desta pesquisa.

Nessa perspectiva, condições para HM, assim como participação nas decisões, elenco de prioridades na assistência de maneira flexível, estão relacionadas à motivação para a adesão à HM pelos profissionais. No entanto, a prática efetiva desta ação depende de cada profissional⁽²³⁾.

Percebe-se que o enfermeiro como gerente do cuidado é certamente indispensável no incentivo à adesão da prática de HM pela equipe de enfermagem. Possivelmente, momentos de discussão, levantando as potencialidades e dificuldades dos profissionais, estabelecimento de metas e avaliação constante dos resultados na prática assistencial, utilizando-se de ferramentas e indicadores assertivos, poderiam ter impacto positivo na adesão à HM pela equipe de enfermagem desta investigação. Para tanto, faz-se necessário o interesse dos gestores e o trabalho conjunto na instituição para atingir melhores resultados, reconhecendo a relevância das boas práticas em saúde, a importância da cultura de segurança institucional, a diminuição de custos e o cumprimento dos preceitos éticos e legais.

Como limitações do estudo, pode-se citar o não registro no instrumento de coleta de dados do produto utilizado pelos profissionais para a HM durante as observações, embora tenha-se percebido empiricamente, maior adesão à prática com água e sabonete líquido; a não observação da técnica correta e retirada de adornos para HM, relevante para avaliação da eficácia real da prática. Como fragilidade da técnica utilizada, infere-se que o Efeito *Hawthorne* pode ter influenciado na adesão apresentada, pois se refere à mudança de comportamento dos participantes quando observados⁽²⁴⁾.

Ainda, sugere-se a realização de outros estudos sobre a temática, com novas abordagens que possam contemplar os aspectos supracitados. Acredita-se que seria relevante a observação participante como método de investigação, de modo a intervir no momento de realização da prática assistencial propriamente dita. Também, pesquisas que tenham como intuito identificar fatores com influência na adesão, na perspectiva dos profissionais atuantes na assistência, e que relacionem a adesão à HM aos indicadores de segurança e aos indicadores de prevenção e controle das IRAS.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a adesão à HM pelos profissionais da equipe de enfermagem da UTI pesquisada apresentou-se muito deficitária, com destaque para os momentos antes da realização de procedimentos assépticos e antes do contato com o paciente.

Os resultados apresentados são preocupantes, considerando que a enfermagem enquanto profissão tem como objeto de trabalho o cuidado, realiza a assistência direta de maneira ininterrupta, o que predispõe a ocorrência de IRAS em pacientes críticos, imunodeprimidos, normalmente com vários procedimentos invasivos, portadores de germes multirresistentes e fatores de risco associados.

Por fim, espera-se que esse estudo possa subsidiar práticas de melhoria no cuidado, especialmente na prevenção e controle de IRAS e adesão à HM. Nesta empreitada, almeja-se que o enfermeiro protagonize as ações de melhoria ao cuidado, incluindo no seu papel de gerente da assistência o monitoramento da adesão à HM para o alavanque da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde/Anvisa/Fiocruz. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. [Internet] 2013. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_higiene_das_maos.pdf.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. [Internet] 2008. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf.
3. Kelly D, Kutney-Lee A, Lake ET, Aiken LH. The critical care work environment and nurse-reported health care-associated infections. *Am J CritCare*. [Internet] 2013; 22(6):482-8. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/22/6/482.full.pdf+html>.
4. Melo MHC, Leal ACAM. Controle das infecções na assistência à saúde relacionada à higienização das mãos. *R. Interd*. [Internet] 2015; 8(1): 91-7. Disponível em: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/351/pdf_187.
5. Calil K, Valente GSC, Silvino ZR. Acciones y/o intervenciones de enfermería para laprevención de infecciones hospitalarias en pacientes gravemente enfermos: una revisión integrativa. *Enfermería Global*. [Internet] 2014;13(2):406-24. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/156491/160761>.
6. Prado MF, Oliveira AC, Nascimento TMB, Melo WA, Prado DB. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. *CiencCuidSaude*. [Internet] 2012 Jul/Set; 11(3):557-64. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16366/pdf>.
7. 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*. [Internet] 2013;34(2):78-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v34n2/v34n2a10.pdf>.
8. 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 Enferm*. [Internet] 2015 dez;36(4):21-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/49090/35654>.
9. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília; [Internet] 2013. Disponível em: http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/images/documentos/livros/Livro1-Assistencia_Segura.pdf.
10. Rezende KCAD, Tipple AFV, Siqueira KM, Alves DB, Salgado TA, Pereira MS. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. *CiencCuidSaude*. [Internet] 2012 Abr/Jun; 11(2):343-351. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/15204/pdf>.

11. Guedes M, Miranda FMD, Maziero ECS, Cauduro FLF, Cruz EDA. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. *CogitareEnferm*. [Internet] 2012;17(2):304-9. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/27886/18494>.
12. Giordani AT, Sonobe HM, Ezaias GM, Valério MA, Andrade D. Adesão da enfermagem à higienização das mãos segundo os fatores higiênicos de herzberg. *Revenferm UFPE online*. [Internet] 2016 fev; 10(2):600-7. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/8495/14274>.
13. Silva FM, Porto TP, Rocha PK, Lessmann JC, Cabral PFA, Schneider KKL. Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico. *Cienc. Enferm*. [Internet] 2013; 19(2):99-109. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_10.pdf.
14. Santos TCR, Roseira CE, Piai-Morais TH, Figueiredo RM. Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2014 mar;35(1):70-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40930/28935>.
15. Alves DCI, Lacerda RA. Avaliação de Programas de Controle de Infecção relacionada a Assistência à Saúde de Hospitais. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2015; 49(spe):65-73. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700010>.
16. Inoue KC, Matsuda LM. Segurança do paciente: abordando um antigo problema. *CiencCuidSaude*. [Internet] 2013; 12(2): 208-9. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23880/13023>.
17. Trannin KPP, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okuno MFP, Batista REA. Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. *CogitareEnferm*. [Internet] 2016 Abr/jun; 21(2): 01-07. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44246/28015>.
18. Rodriguez V, et al. A multimodal intervention to improve hand hygiene in ICUs in Buenos Aires, Argentina: a stepped wedge trial. *Int J Qual Health Care*. [Internet] (2015); 27(5):405-11. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-lookup/doi/10.1093/intqhc/mzv065>.
19. Mota EC, Barbosa DA, Silveira BRM, Rabelo TA, Silva NM, Silva PLN, Ribeiro JL, Silva CSO, Gonçalves RPF. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. *RevEpidemiolControllnfect*. [Internet] 2014;4(1):12-7. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/4052/3379>.
20. FitzGerald G, Moore G, Wilson APR. Hand hygiene after touching a patient's surroundings: the opportunities most commonly missed. *Journal of Hospital Infection*. [Internet] 2013; 84:27-31. Disponível em: [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(13\)00048-0/pdf](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(13)00048-0/pdf).
21. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente: Relatório sobre Autoavaliação para Higiene das Mãos. [Internet] 2012. Disponível em: http://www.saude.goiania.go.gov.br/library_source/relatorio_de_avaliacao.pdf.
22. Silva BV, Cardoso CMS, Nascimento SMC, Madeira MZA. Adesão da higienização das mãos por profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. *RevEnferm UFPI*. [Internet] 2013 Jan-Mar; 2(1):33-7. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/viewFile/863/pdf>.
23. Giordani AT, Sonobe HM, Ezaias GM, Valério MA, Andrade D. The nursing team's compliance with hand hygiene: motivational factors. *Rev Rene*. [Internet] 2014 jul-ago; 15(4):559-68. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1567/pdf_1.

24. Oliveira AC, Gama CS. Antissepsia cirúrgica e utilização de luvas cirúrgicas como potenciais fatores de risco para contaminação transoperatória. Esc. Anna Nery. [Internet] 2016; 20(2):370-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0370.pdf>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia