



## Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro\*

Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department

Adhesión de los profesionales sanitarios a la higienización de las manos en servicio de urgencias

Caroline Zottele<sup>1</sup>, Tania Solange Bosi de Souza Magnago<sup>2</sup>, Angela Isabel dos Santos Dullius<sup>3</sup>, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>4</sup>, Juliana Dal Ongaro<sup>2</sup>

### Como citar este artigo:

Zottele C, Magnago TSBS, Dullius AIS, Kolankiewicz ACB, Ongaro JD. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03242. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016035503242>

\* Extraído da dissertação “Higienização das mãos: conhecimento e adesão de profissionais da saúde em unidade de pronto-socorro”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, 2016.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Estatística, Santa Maria, RS, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Ciências da Vida, Ijuí, RS, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze compliance with hand hygiene by healthcare professionals in an emergency department unit. **Method:** This is a longitudinal quantitative study developed in 2015 with healthcare professionals from a university hospital in the state of Rio Grande do Sul. Each professional was monitored three times by direct non-participant observation at WHO's five recommended moments in hand hygiene, taking the concepts of opportunity, indication and action into account. Descriptive and analytical statistics were used. **Results:** Fifty-nine healthcare professionals participated in the study. The compliance rate was 54.2%. Nurses and physiotherapists showed a compliance rate of 66.6% and resident physicians, 41.3%. When compliance was compared among professional categories, nurses showed greater compliance than resident physicians (OR = 2.83, CI = 95%: 1.09-7.34). **Conclusion:** Hand hygiene compliance was low. Multidisciplinary approaches could be important strategies for forming partnerships to develop learning and implementation of hand hygiene practices.

### DESCRIPTORS

Hand Hygiene; Patient Safety; Cross Infection; Emergency Nursing; Advance Directive Adherence; Emergency Medical Services.

### Autor correspondente:

Tania Solange Bosi de Souza Magnago  
Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Campus Universitário  
Av. Roraima, 1000, Prédio 26  
CEP 97105-900 – Santa Maria, RS, Brasil  
[tmagnago@terra.com.br](mailto:tmagnago@terra.com.br)

Recebido: 17/09/2016  
Aprovado: 21/03/2017

## INTRODUÇÃO

Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são eventos adversos presentes nos serviços de saúde em âmbito global, mesmo sendo amplamente evitáveis<sup>(1)</sup>. Estudo de prevalência das IRAS, coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 55 hospitais de 14 países na Ásia, Europa, Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental, revelou que em média 8,7% dos pacientes sofrem infecções no decorrer da internação<sup>(2)</sup>. Nos países desenvolvidos, as taxas de IRAS variam entre 5% e 15% em pacientes hospitalizados e podem afetar de 9% a 37% dos internados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs)<sup>(2)</sup>.

Em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente teve o Primeiro Desafio Global com foco central na prevenção das IRAS. No Brasil, o desafio foi intitulado “Uma Assistência Limpa é uma Assistência Segura”, sendo implementado no biênio 2005-2006, com o intuito de promover a Higienização das Mãos (HM) como método sensível e efetivo na prevenção das infecções<sup>(2)</sup>. Mesmo que passados 10 anos, a proposta voltada para a segurança do paciente, que aponta a HM como uma medida simples e efetiva na prevenção de IRAS, ainda apresenta impacto nas práticas clínicas e assistenciais atuais em diferentes serviços<sup>(3)</sup>.

Embora as evidências científicas apontem para a relação do aumento da HM e a redução das taxas de IRAS, as taxas de conformidade e de adesão permanecem baixas<sup>(4-5)</sup>. Existem esforços para o aumento dessa prática, no entanto, a taxa geral de adesão à HM tem sido em torno de 40%, com variação de 5% a 81%<sup>(6)</sup>. Evidências científicas sinalizam para uma adesão de 20% nos profissionais da saúde de UTIs (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas)<sup>(7-8)</sup>, 29% em unidade de pronto-socorro<sup>(9)</sup> e 40% com estudantes de medicina em unidades abertas<sup>(10)</sup>, confirmando as baixas taxas de conformidade.

As UTIs estão entre os locais mais pesquisados em relação à verificação da taxa de adesão à HM. Porém, o desenvolvimento de estudos em outros cenários de assistência à saúde, tão complexas e dinâmicas quanto as UTIs, são muito importantes. Neste sentido, as unidades de pronto-socorro podem ser consideradas cenários críticos para a adesão à HM, pois somam-se fatores como superlotação, carga de trabalho, falta de tempo e, muitas vezes, *deficit* de funcionários<sup>(1)</sup>. Essas condições aliadas à complexidade e à imprevisibilidade dos pacientes, o estresse da equipe e a limitação de recursos/infraestrutura comprometem a segurança dos pacientes e implicam a ocorrência de eventos adversos. Dentre eles, as infecções relacionadas à assistência à saúde pela baixa adesão à HM.

Em estudo de revisão sobre controle de IRAS em unidades de pronto-socorro que incluiu 22 publicações, as taxas de adesão à HM variaram de 7,7% a 89,7%<sup>(1)</sup>. Os pesquisadores concluíram não ser possível tirar conclusões sobre essas taxas, tendo em vista a variedade dos métodos de observação utilizados. Em 2007, a OMS publicou a estratégia dos “Cinco momentos para HM”<sup>(11)</sup>, que pode ser um parâmetro importante para a comparação das evidências em nível mundial.

Nesse contexto, este estudo teve como questão de pesquisa: qual é a taxa de adesão à higienização das mãos praticada pelos profissionais de saúde atuantes em unidade de

pronto-socorro, durante os *Cinco momentos para HM* preconizados pela OMS? Para responder a este questionamento, objetivou-se analisar a adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde em unidade de pronto-socorro.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa com delineamento longitudinal, desenvolvida em unidade de pronto-socorro de pacientes adultos, de um Hospital Universitário da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. A unidade possui 22 leitos para acomodar os pacientes até a transferência para as unidades de internação. Essa estrutura, em 2015, apresentou taxa de ocupação de 180,6%, com média de 43 pacientes/dia e 4,7 dias de média de permanência. Os pacientes excedentes foram acomodados em macas, nos corredores do pronto-socorro.

A estrutura física do local está dividida em: salão de observação 1 (11 leitos), salão de observação 2 (oito leitos), três quartos de isolamento com antessalas, dois postos de enfermagem, dois consultórios médicos, secretaria, sala de emergência, sala de preparo de medicações, sala de materiais e almoxarifado. A denominação “salão de observação” foi criada, pois o pronto-socorro não é uma unidade de internação. No entanto, por falta de leitos nas unidades de internação, os pacientes acabam permanecendo por mais tempo no pronto-socorro (4,7 dias, como expresso anteriormente).

Tanto no salão 1 quanto no salão 2, os pacientes já estão com nota de internação e aguardam a liberação dos leitos nas unidades de internação. A diferença reside em que os pacientes com quadro clínico estabilizado que requerem procedimentos rotineiros (medicação, curativos, verificação de sinais vitais, etc.) são alocados no salão de observação 1, já aqueles em que o quadro clínico ainda seja considerado instável, em uso de ventilação mecânica, de medicamentos vasoativos, entre outros, que podem necessitar de manobras ou procedimentos de urgência/emergência (reanimação cardiopulmonar, por exemplo) são acomodados nos leitos do salão de observação 2. Essa dinâmica de alocação é importante tanto para a segurança dos pacientes quanto para a rápida intervenção dos profissionais. A equipe médica, residentes e fisioterapeutas é a mesma para os dois salões. Já a equipe de enfermagem é dividida, uma para cada salão.

Quanto à estrutura física e aos insumos necessários para a HM, especificamente, o salão de observação 1 conta com cinco pias, quatro dispensadores de sabonete líquido, quatro de papel toalha e oito de álcool gel. Destaca-se um dispensador de sabonete e um de papel toalha disponível para duas pias. O salão de observação 2 conta com uma pia e um dispensador de sabonete líquido e outro de álcool gel. Em nenhum dos salões há dispensadores de álcool gel à beira dos leitos, mas eles estão fixados nas mesas de procedimentos que são utilizadas pelos profissionais da saúde.

A população foi composta por 81 profissionais de saúde, sendo eles: 21 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, dois fisioterapeutas e 16 médicos residentes distribuídos nos diferentes turnos de trabalho. Considerou-se como critérios de inclusão estar em atividade no pronto-socorro e, no momento da observação, estar prestando assistência

aos pacientes já estabilizados, ou seja, aqueles que estavam clinicamente estáveis e aguardando leito nas unidades de internação. Como critério de exclusão, observou-se a ausência do profissional por motivos relacionados à licença para tratamento de saúde ou outro tipo de afastamento durante o período de coleta de dados.

Do total da população estimada (N= 81), 12 (14,8%) participantes foram excluídos do estudo por motivos relacionados à licença para tratamento de saúde. Assim, a população elegível foi de 69 profissionais. Eles foram listados e contados individualmente, durante o turno de trabalho, e convidados a participar do estudo. Obteve-se a concordância de 59 (85,5%) profissionais de saúde (28 técnicos de enfermagem, 17 enfermeiros, 12 médicos residentes e 2 fisioterapeutas). As perdas (14,5%) resultaram de recusa à participação (N=2) e de não seguimento nos três acompanhamentos (N=8).

A coleta de dados ocorreu no período de março a julho de 2015, por meio do instrumento intitulado Formulário de Observação<sup>(11-12)</sup> e foi realizada por um único profissional enfermeiro treinado e intitulado como observador. A capacitação do profissional englobou a leitura do Manual de Observadores<sup>(11-12)</sup> e a realização de uma oficina sobre preparo e administração de medicamentos, no laboratório de técnicas de enfermagem. Essa atividade desenvolvida no laboratório foi um momento importante, em que o observador pôde exercitar o preenchimento do formulário de observação ao acompanhar um profissional na execução de todas as ações que envolviam o procedimento. O exercício foi repetido até que não houvesse mais dúvida referente às respostas do observador. Esse controle visou evitar viés de avaliação. Também foram realizadas no pronto-socorro sete sessões de observações-piloto com o intuito de balizar o observador, proporcionar a familiarização com o ambiente e minimizar o efeito *Hawthorne*<sup>(13)</sup>. O efeito *Hawthorne*, inicialmente documentado durante estudos de produtividade no Hawthorne Electric Plant (EUA), na década de 1930, refere-se à mudança de comportamento dos profissionais, quando observados. Naqueles estudos, os pesquisadores notaram que, independentemente da variável que estava sendo estudada, o desempenho no trabalho melhorou quando os trabalhadores estavam sendo observados<sup>(13)</sup>.

As observações-piloto não foram incluídas no estudo. A observação dos profissionais foi direta, sistematizada e não participante durante o desenvolvimento de uma atividade, procurando visualizar a prática da higienização das mãos nos cinco momentos preconizados pela OMS. Para realizá-la, foram assumidos os conceitos essenciais de Indicação, Ação e Oportunidade<sup>(11-12)</sup>. Cada observação foi entendida como uma sessão de acompanhamento, com horário de início e fim, teve um tempo máximo estabelecido de 20 minutos, variando conforme as rotinas observadas<sup>(11-12)</sup>. Assim sendo, as observações aconteceram entre 12 de março e 1º de julho de 2015, em períodos diferentes do mês, da semana e nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Foram realizadas três coletas/acompanhamentos com cada participante da pesquisa e observada uma oportunidade para HM em cada sessão, tendo em vista o tempo disponível para a realização da pesquisa.

As observações foram realizadas somente no salão de observação 1, pois nesse local os pacientes estão com o quadro clínico estabilizado (aguardando leito nas unidades de internação) e os profissionais podem desenvolver as atividades com maior tranquilidade. Com isso, foi evitada a realização de observações de adesão à HM durante o atendimento a pacientes em situação de emergência clínica ou cirúrgica, que, pelo risco iminente de morte, o profissional pode optar pela rapidez em executar o procedimento em detrimento da HM nos “Cinco momentos” preconizados (situação que poderia ter viés de informação). Ainda, para evitar viés no fluxo da coleta de dados, considerando-se a rotatividade dos profissionais nas escalas diárias de trabalho, optou-se por utilizar uma planilha com a escala dos participantes.

Para a organização dos dados foram utilizados os programas Microsoft Office Excel® (versão 2010), com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências na digitação, foi utilizado para a análise dos dados o programa BioEstat 5.0®.

Para calcular a adesão à HM foi utilizada a seguinte fórmula: número de ações de higiene das mãos realizado pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas para higiene das mãos, multiplicado por 100. As variáveis qualitativas foram analisadas por meio de frequências absoluta (N) e relativa (%). Já as variáveis quantitativas foram avaliadas por meio da estatística descritiva, sendo utilizados a média e desvio padrão, já que os dados apresentavam distribuição normal. Para comparar as proporções de adesão entre as categorias profissionais, foram realizados testes binomiais, calculadas as Razões de Chances e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). O nível de significância considerado em todas as análises foi de 5%.

A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, em 17 de janeiro de 2015, número do parecer: 934.215. Os profissionais foram esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa e estratégia de coleta de dados (observação), da voluntariedade de participação e do anonimato dos dados. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias (Resolução 466/2012).

## RESULTADOS

### CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DE HM

Os 59 profissionais de saúde foram acompanhados durante três sessões de observação. Em cada sessão, foi observada uma oportunidade para HM. Ou seja, rotinas diárias de trabalho, que envolvem procedimentos realizados pelos profissionais de saúde, por exemplo: punção venosa periférica e central, sondagem vesical de alívio, intubação e aspiração traqueal, verificação de sinais vitais, administração de medicamentos endovenosos. No total, foram realizadas 166 sessões, consequentemente observadas 166 oportunidades (100%) para HM.

As observações aconteceram entre os meses de março (12/03/2015) e julho (01/07/2015) de 2015, totalizando 111 dias de acompanhamento. O intervalo de tempo entre a primeira sessão de acompanhamento e a última teve em média

28 dias de diferença e desvio padrão (DP) de 9 dias. Entre a primeira sessão e a segunda, a média de intervalo foi de 14 dias (DP=10 dias). As sessões de observação duraram em média 11 minutos (DP=50s) e aconteceram nos três turnos

de trabalho, sendo 77 (46%) realizadas no turno da manhã, 32 (20%) no turno da tarde e 57 (34%) no turno da noite. A Tabela 1 apresenta a descrição das indicações observadas em cada acompanhamento.

**Tabela 1** – Descrição do total das indicações de Higienização das Mãos – Santa Maria, RS, Brasil, 2015.

Acompanhamentos	Oportunidades de Higienização das Mãos										Total	
	Indicações*											
	Antes Contato		Antes Proced.		Após Fluidos		Após Contato		Após Superf.		N	%
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Acompanhamento 1	14	23,7	3	5,1	12	20,3	14	23,7	16	27,1	59	35,5
Acompanhamento 2	10	18,2	5	9,1	12	21,8	14	25,5	14	25,5	55	33,1
Acompanhamento 3	9	17,3	5	9,6	11	21,2	17	32,7	10	19,2	52	31,3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>19,8</b>	<b>13</b>	<b>7,8</b>	<b>35</b>	<b>21,0</b>	<b>45</b>	<b>27,0</b>	<b>40</b>	<b>24,9</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

\*Notas: Antes Contato: antes de contato com o paciente; Antes Proced.: antes da realização de procedimento asséptico; Após Fluidos: após risco de exposição a fluidos corporais; Após Contato: após contato com o paciente; Após Superf.: após o contato com áreas próximas ao paciente; (N=166).

#### A) O PRIMEIRO ACOMPANHAMENTO

Ao realizar o primeiro acompanhamento dos profissionais de saúde, foram observadas 59 (35,5%) oportunidades para HM, com duração média de 10 minutos e 20 segundos (DP=4 min 52s) cada sessão. A higienização das mãos foi observada em 30 (51%) oportunidades, sendo 23 (77%) realizadas com água e sabonete e sete (23%) com solução alcoólica.

#### B) O SEGUNDO ACOMPANHAMENTO

No segundo acompanhamento, foram observadas 55 (33%) oportunidades para HM com duração média de 11 minutos e 50 segundos (DP= 5min 21s) a sessão. A higienização das mãos foi observada em 29 (53%) oportunidades, sendo 24 (83%) realizadas com água e sabonete e cinco (17%) com solução alcoólica.

#### C) O TERCEIRO ACOMPANHAMENTO

Quanto ao terceiro e último acompanhamento, foram observadas 52 (31%) oportunidades, com duração média de 10 minutos e 40 segundos (DP=4min 38s) a sessão. A higienização das mãos foi observada em 31 (59,6%) oportunidades, sendo 27 (87%) realizadas com água e sabonete e quatro (13%) com solução alcoólica.

### ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A adesão geral à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde do Pronto-Socorro acompanhados foi de 54,2%. Sendo maior no último acompanhamento (59,6%) – Tabela 2.

De acordo com cada acompanhamento e categoria profissional, a taxa de adesão referente ao primeiro

acompanhamento dos enfermeiros foi de 64,7%, para os técnicos de enfermagem 50%, para os fisioterapeutas 100% e para os médicos residentes 25%. No segundo acompanhamento, a taxa de adesão dos enfermeiros foi de 62,5%, para técnicos de enfermagem 46,4%, para fisioterapeutas 50% e para médicos residentes 55,6%. No último, os enfermeiros aderiram em 73,3%, os técnicos de enfermagem em 55,5%, os fisioterapeutas e os médicos residentes em 50% cada.

No período de coleta de dados, não foram realizadas capacitações sobre a temática pelo pesquisador ou pela instituição. Neste sentido, o aumento aparente da taxa de adesão, do primeiro (50,8%) para o último acompanhamento (59,6%) pode ter se dado pelo fato das observações serem realizadas de forma direta, assim os profissionais podem ter mudado os seus comportamentos e as suas atitudes pelo fato de estarem sendo observados (efeito *Hawthorne*). Este aumento não foi estatisticamente significativo ( $p=0,3542$ ).

Ao ser verificada a taxa de adesão à HM por categorias, os enfermeiros e os fisioterapeutas obtiveram a maior taxa (66,6%), seguidos pelos técnicos de enfermagem (50,6%) e pelos os médicos residentes (41,3%) (Tabela 3).

Ao comparar a adesão entre as categorias de profissionais (duas a duas) por meio do teste binomial, tomando-se a categoria dos enfermeiros como a referência para as comparações, verificou-se significativamente que os enfermeiros aderiram mais à HM do que os médicos residentes ( $p=0,03$ ). Ao calcular a medida de efeito, o resultado foi significativo ao nível de 5% na comparação da categoria dos enfermeiros com a categoria dos médicos residentes (RC=2,83; IC: 95% [1,09 – 7,34]). Ou seja, os enfermeiros apresentaram 2,83 vezes mais chances de aderência à HM quando comparados aos médicos residentes.

**Tabela 2** – Número de oportunidades observadas, número de ações realizadas de Higienização das Mãos e Taxa de Adesão à higienização das mãos – Santa Maria, RS, Brasil, 2015.

	Nº de Oportunidades Observadas	HM Realizada	Taxa de Adesão (%)
Acompanhamento 1	59	30	50,8
Acompanhamento 2	55	29	52,7
Acompanhamento 3	52	31	59,6
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>90</b>	<b>54,2</b>

**Tabela 3** – Número de oportunidades observadas, número de ações realizadas por categoria profissional e Taxa de Adesão à higienização das mãos – Santa Maria, RS, Brasil, 2015.

Categoria profissional	Adesão por categoria profissional		
	Nº de Oportunidades Observadas	HM Realizada	Taxa de Adesão (%)
Enfermeiros	48	32	66,6
Técnicos de Enfermagem	83	42	50,6
Fisioterapeutas	6	4	66,6
Médicos Residentes	29	12	41,3
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>90</b>	<b>54,2</b>

## DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DE HM

Neste estudo, foram acompanhados **59** profissionais de saúde, durante três sessões de observação. Observaram-se **166** oportunidades para HM, durante 111 dias de acompanhamento e com duração média de 11 minutos (DP=50 segundos). Estudo Colombiano avaliou 180 oportunidades, com 26 profissionais de saúde<sup>(14)</sup>. Em pesquisa em hospital de referência em Mali/África, as sessões de acompanhamento tiveram tempo médio de duração de 16 minutos (intervalo de 1 a 51 minutos<sup>(5)</sup>). A maioria dos acompanhamentos aconteceu no turno diurno (66%), de forma semelhante ao estudo colombiano (55%)<sup>(8)</sup>. O turno e o tempo de acompanhamento podem estar relacionados aos critérios de inclusão dos participantes da pesquisa e à rotatividade dos profissionais de saúde nas escalas diárias de trabalho no pronto-socorro pesquisado.

Na caracterização da prática de HM observada no pronto-socorro adulto, o maior percentual das indicações foi observado no primeiro acompanhamento (35,5%). A indicação após contato com o paciente foi observada em 27% dos acompanhamentos, seguida da indicação após contato com áreas próximas ao paciente, observada em 24,9% acompanhamentos. Esses resultados vão ao encontro de estudos em UTIs<sup>(14-16)</sup> que realizaram a maioria das observações diante das indicações após contato com o paciente, após contato com áreas próximas ao paciente e após contato com o paciente e áreas próximas. Essas evidências sinalizam que os profissionais de saúde, tanto do pronto-socorro quanto das UTIs, podem estar preocupados com o risco de aquisição de doenças após realização de procedimentos, pela exposição a fluidos corporais e regiões potencialmente contaminadas. Parece haver uma banalização quanto à importância da oferta de um cuidado seguro ao paciente, no sentido de ser observada a HM em todos os momentos preconizados pela OMS.

Ao encontro disso, a minoria das indicações observadas (7,8%) foi referente ao momento antes de procedimento asséptico. Resultado inferior foi evidenciado (5,4%) em um hospital do Sul do Brasil, apontando o uso de luvas como uma barreira importante que pode interferir na adesão à HM antes deste momento<sup>(16)</sup>. Isso se deve ao fato de que o profissional pode substituir o uso de luvas pela HM, relacionando o ato de higienizar as mãos somente com a

autoproteção e o autocuidado<sup>(15-16)</sup>, deixando de lado a disseminação de microrganismos, a proteção e a segurança do paciente. Destaca-se que no pronto-socorro pesquisado o dispensador de álcool gel está fixado na mesa de procedimento. Tal medida facilita a realização do procedimento de HM; no entanto, não é utilizada por alguns profissionais.

A higienização das mãos com fricção alcoólica foi observada em 16 (9%) oportunidades. Diferentemente da higienização das mãos com água e sabonete, que foi observada em 74 (45%) oportunidades. Estes resultados nos remetem ao desconhecimento e à falta de rotina de friccionar as mãos com preparações alcoólicas. Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o hábito e a crença pessoal podem exercer maior influência na adesão do que no conhecimento das medidas de precaução e controle das IRAS<sup>(17)</sup>. Outro ponto importante a ser abordado diz respeito às recomendações nacionais sobre o uso de preparações alcoólicas para a HM publicadas pela ANVISA. Conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 42<sup>(18)</sup>, é obrigatório o uso das preparações alcoólicas na HM, nos serviços de saúde, independentemente do nível de complexidade do serviço, desde que haja a comprovação da eficácia antimicrobiana por testes *in vitro* ou *in vivo*<sup>(19)</sup>.

As vantagens das preparações alcoólicas em relação aos demais produtos para HM são descritas e comprovadas na literatura científica. Percebe-se que o desafio envolve a incorporação e a aceitabilidade deste produto<sup>(20-21)</sup> nas práticas assistenciais diárias. Muitas são as variáveis e os desafios institucionais que envolvem a utilização das preparações alcoólicas. As variáveis diretas estão relacionadas à obrigatoriedade do uso das preparações alcoólicas nos serviços de saúde e à existência de algumas lacunas nas normativas oficiais a este respeito. As indiretas referem-se à eficácia do procedimento, à sua duração, ao volume do produto a ser aplicado e às indicações para HM<sup>(19)</sup>.

### ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS

No pronto-socorro adulto, evidenciou-se baixa taxa de adesão global à HM (54,2%). Pesquisas apresentam variações entre as taxas de adesão reportadas à HM pelos profissionais de saúde, com percentuais de 8% a 84,5%<sup>(5,7-9,16,22-24)</sup>. Contudo, diferentes fatores podem estar relacionados à baixa adesão<sup>(4,25)</sup>. Entre eles, destacam-se: serviços de saúde com recursos limitados, superlotados, com inadequada ou nenhuma separação espacial entre camas<sup>(26)</sup>, a estrutura física, que inclui as pias mal localizadas<sup>(3,22)</sup>; o uso de luvas<sup>(16)</sup>; a

habilidade, as atitudes e a motivação<sup>(25)</sup>; a importância atribuída pelo profissional de saúde para o risco de não estar em conformidade com as recomendações para HM, além da formação recebida e do tempo dispensado para esta<sup>(27)</sup>. Autores ainda apontam fatores referentes ao fluxo inadequado de assistência ao paciente devido às superlotações, à carga de trabalho, ao estresse, à realização de atividades com alto risco de transmissão cruzada de patógenos, à falta de conhecimento sobre o protocolo de higienização das mãos, à falta de exemplo positivo de seus superiores, a maus hábitos, a simples esquecimento, a irritação e ao ressecamento da pele causado pelo uso sucessivo de produtos<sup>(1,4,9,15,20)</sup>.

Neste estudo, os enfermeiros e os fisioterapeutas obtiveram o maior percentual de adesão (66,6%) e os médicos residentes, o menor (41,4%). Outros estudos também identificaram maior taxa de adesão entre os fisioterapeutas (53,5% e 76,2%)<sup>(7,16)</sup>. Discordando desses resultados, estudo colombiano e brasileiro reportaram baixa adesão à HM entre os fisioterapeutas (5% e 19,4%, respectivamente)<sup>(8,22)</sup>. Neste estudo, o cálculo da taxa de adesão dos fisioterapeutas pode ter sido influenciado pelo número pequeno de profissionais dessa categoria que atuam na unidade (N=2). Ainda, estudos realizados em UTI, reportaram baixa adesão à HM entre enfermeiros (25%; 22,7%) e médicos residentes (20,8%; 25,2%)<sup>(8,15)</sup>. Quanto à categoria profissional dos técnicos de enfermagem, estudo identificou menor adesão do que a deste estudo (29,8% versus 50,6%, respectivamente)<sup>(16)</sup>. Ressalta-se a importância dos técnicos de enfermagem higienizarem as mãos, visto que são os profissionais que possuem maior contato direto com o paciente, durante 24 horas<sup>(16)</sup>.

Ao ser comparada a adesão entre as categorias profissionais do pronto-socorro adulto, verificou-se que os enfermeiros aderiram mais à HM do que os médicos residentes. Estudo realizado no pronto-socorro do Centro Médico da Universidade de Nova York avaliou o impacto de dispensadores de álcool gel na adesão à HM e identificou uma variação de 51% a 62% na taxa, porém sem diferença estatística entre as categorias profissionais ( $p=0,1$ )<sup>(21)</sup>. Em uma UTI da Colômbia foi evidenciada maior adesão entre médicos do que entre enfermeiros (25,2% versus 22,7%;  $p>0,05$ ) e maior adesão entre médicos do que entre fisioterapeutas (25,2% versus 14,2%;  $p=0,004$ )<sup>(8)</sup>.

Um estudo encontrou resultado significativo e contrário ao aqui observado<sup>(7)</sup>. Os residentes mostraram 3,12 vezes mais chances de HM (IC 95%=1,04-9,38), quando comparados aos enfermeiros de UTI. Os autores concluíram que é necessário utilizar ações com abordagem multimodal para melhorar a adesão à HM<sup>(7)</sup>.

Assim, as simulações realísticas em laboratório destacam-se como uma importante e inovadora estratégia que pode

ser utilizada para que os profissionais de saúde tenham a oportunidade de visualizar suas fortalezas e dificuldades durante a prestação da assistência. Esse tipo de treinamento possibilita que os profissionais revejam suas práticas assistenciais, atualizando os conhecimentos sobre a transmissão de microrganismos e sobre as medidas de precauções e isolamento. Em se tratando de pronto-socorro (superlotação, imprevisibilidade e complexidade), essa estratégia é fundamental, pois contribui para o aprimoramento das habilidades e desenvolvimento de atitudes mais seguras.

Como limitações deste estudo, a coleta de dados realizada somente por um coletador pode ser entendida como um limitador, pois reduziu o número de observações. No entanto, como bônus, acredita-se que este fato diminuiu o viés do coletador durante as observações. O uso indiscriminado de luvas de procedimentos dificultou a avaliação das indicações à HM. O efeito *Hawthorne*, apesar de não ter sido comprovado estatisticamente, foi observado nos resultados referentes à adesão à HM nos acompanhamentos 1 (50,8%) e 3 (59,6%). Não se descarta a possibilidade de mudança de comportamentos e atitudes relacionados à observação. Também, a escassez de estudos nacionais e internacionais nas bases pesquisadas, que tivessem o pronto-socorro como cenário de estudo, limitou a discussão e a comparação dos resultados encontrados. Outro fator foi a utilização de distintos instrumentos de avaliação da adesão.

## CONCLUSÃO

A taxa de adesão à HM no pronto-socorro adulto foi baixa (54,2%). Para a promoção de um ambiente com cultura de segurança, faz-se necessário que tanto os profissionais de saúde quanto os gestores incorporem práticas seguras relacionadas à HM. Uma infraestrutura adequada e abordagens educativas multidisciplinares são apropriadas. Nesse sentido, aproximar o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e o Núcleo de Segurança do Paciente dos profissionais de saúde pode ser uma importante estratégia para formar parcerias que desenvolvam a aprendizagem e efetivação de práticas de HM.

No cenário de pronto-socorro, como no das UTIs, sugere-se a colocação de preparações alcoólicas junto ao leito do paciente, favorecendo a HM nos cinco momentos durante a assistência ao paciente.

Acredita-se que o diagnóstico aqui evidenciado possa servir de subsídio às práticas assistenciais seguras neste e em outros cenários semelhantes ao que foi descrito. Ainda, ações de melhoria poderão ser planejadas junto à equipe multiprofissional, de forma a repercutir positivamente nas taxas de adesão à HM.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar a adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde em unidade de Pronto-Socorro. **Método:** Estudo quantitativo longitudinal desenvolvido com profissionais de saúde de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, em 2015. Para cada profissional, realizaram-se três acompanhamentos com observação direta não participante nos cinco momentos preconizados para higienização das mãos, levando-se em conta os conceitos de Oportunidade, Indicação e Ação. Utilizou-se da estatística descritiva e

analítica. **Resultados:** Participaram do estudo 59 profissionais de saúde. A taxa de adesão foi de 54,2%. Os enfermeiros e fisioterapeutas obtiveram a taxa de adesão de 66,6% e os médicos residentes, de 41,3%. Ao ser comparada a adesão entre as categorias profissionais, os enfermeiros tiveram maior aderência do que os médicos residentes (RC=2,83; IC=95%:1,09–7,34). **Conclusão:** A adesão à higienização das mãos foi baixa. Abordagens multidisciplinares podem ser estratégias importantes para formar parcerias que desenvolvam a aprendizagem e a efetivação de práticas de HM.

## DESCRITORES

Higiene das Mãos; Segurança do Paciente; Infecção Hospitalar; Enfermagem em Emergência; Adesão a Diretivas Antecipadas; Serviços Médicos de Emergência.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la adhesión de los profesionales sanitarios a la higienización de las manos en servicio de urgencias. **Método:** Estudio cuantitativo longitudinal desarrollado con profesionales sanitarios de un Hospital Universitario de Río Grande do Sul, en 2015. Para cada profesional, se llevaron a cabo tres acompañamientos con observación directa no participante en los cinco momentos preconizados para la higienización de las manos, teniendo en cuenta los conceptos de Oportunidad, Indicación y Acción. Se utilizó la estadística descriptiva y analítica. **Resultados:** Participaron en el estudio 59 profesionales sanitarios. La tasa de adhesión fue del 54,2%. Los enfermeros y fisioterapeutas obtuvieron la tasa de adhesión del 66,6% y los médicos residentes, del 41,3%. Al compararse la adhesión entre las categorías profesionales, los enfermeros tuvieron mayor adherencia que los médicos residentes (RC=2,83; IC=95%:1,09–7,34). **Conclusión:** La adhesión a la higienización de las manos fue baja. Abordajes multidisciplinares pueden ser estrategias importantes para formar alianzas que desarrollen el aprendizaje y la puesta en marcha de prácticas de HM.

## DESCRIPTORES

Higiene de las Manos; Seguridad del Paciente; Infección Hospitalaria; Enfermería de Urgencia; Adhesión a las Directivas Anticipadas; Servicios Médicos de Urgencia.

## REFERÊNCIAS

1. Carter EJ, Pouch SM, Larson E. Common infection control practices in the Emergency Department: a literature review. *Am J Infect Control*. 2014;42(9):957-62.
2. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft): a summary. Clean hands are safer hands [Internet]. Geneva: WHO; 2005 [cited 2014 June 10]. Available from: [http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH\\_en.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf)
3. 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 [citado 2014 jun. 03];35(1):70-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/40930/28935>
4. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*. 2000;356(9238):1307-12.
5. Allegranzi B, Sax H, Bengaly L, Richet H, Minta DK, Chraïti MN, et al. Successful Implementation of the World Health Organization Hand Hygiene improvement strategy in a referral hospital in Mali, Africa. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2010;31(2):133-41.
6. Boyce JM, Pittet D. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR Recomm Rep*. 2002;51(RR-16):1-45.
7. Qushmaq IA, Heels-Ansdell D, Cook DJ, Loeb MB, Meade MO. Hand hygiene in the intensive care unit: prospective observations of clinical practice. *Pol Arch Med Wewn*. 2008;118(10):543-47.
8. Riveros Pérez E, Zambrano P, Amado P. Adherencia a las guías de higiene de manos en cuidado intensivo: el caso de una clínica privada. *Med UPB* [Internet]. 2012 [citado 2014 jun. 10]; 31(2):127-34. Disponível em: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/1760/pdf>
9. Muller MP, Carter E, Siddiqui N, Larson E. Hand hygiene compliance in an Emergency Department: the effect on crowding. *Acad Emerg Med*. 2015;22(10):1218-21.
10. Block L, Habicht R, Oluyadi FO, Wu AW, Desai SV, Niessen T, et al. Variability in hand hygiene practices among internal medicine interns. *Am J Infect Control*. 2013;41(11):1107-8.
11. Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect*. 2007;67(1):9-21.
12. 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: OPAS/ANVISA; 2008.
13. The Joint Commission. Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges: hand hygiene [Internet]. Oakbrook Terrace, Illinois; 2009 [cited 2014 Sept 08]. Available from: [https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh\\_monograph.pdf](https://www.jointcommission.org/assets/1/18/hh_monograph.pdf)
14. Steed C, Kelly JW, Blackhurst D, Boeker S, Diller T, Alper P, et al. Hospital hand hygiene opportunities: where and when (HOW2)? The HOW2 Benchmark Study. *Am J Infect Control*. 2011;39(1):19-26.
15. Prado MF, Oliveira ACJ, Nascimento TMB, Melo WA, Prado DB. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012. [citado 2014 jun. 10]; 11(3):557-64. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/%20CiencCuidSaude/%20article/view/16366>
16. 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 [citado 2016 jan. 31];36(4):21-8. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090>

17. Oliveira AC, Cardoso CS, Mascarenhas D. Contact precautions in Intensive Care Units: facilitating and inhibiting factors for professionals' adherence. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 10]; 44(1):159-63. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en\\_a23v44n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/en_a23v44n1.pdf)
18. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n°. 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do país e dá outras providências [Internet]. Brasília: ANVISA; 2010 [citado 16 jan. 2016]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042\\_25\\_10\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html)
19. Prado MF, Maran E. The challenge in the use of alcoholic preparations for hand hygiene in healthcare services. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 [cited 2015 Dec 08];18(3):544-7. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en\\_1414-8145-ean-18-03-0544.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/en_1414-8145-ean-18-03-0544.pdf)
20. Ezaías GM, Watanabe E, Shimura CMN. Skin tolerance to alcohol-based preparations: basis for improvement of hand hygiene practices. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2016. [citado 2016 set 16]; 34(2): 10(8):2923-32. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9437/pdf\\_10790](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9437/pdf_10790)
21. Hass JP, Larson LE. Impact of wearable alcohol gel dispensers on hand hygiene in an Emergency Department. *Acad Emerg Med*. 2008;15(4):393-6.
22. 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 [citado 2016 jan. 16];34(2):78-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a10.pdf>
23. Salmon S, Tran HL, Bui DP, Pittet D, McLaws ML. Beginning the journey of hand hygiene compliance monitoring at a 2,100-bed tertiary hospital in Vietnam. *Am J Infect Control*. 2014;42(1):71-3.
24. Costa LSS, Neves VM, Marra AR, Camargo TZS, Cardoso MFS, Victor ES, et al. Measuring hand hygiene compliance in a hematology-oncology unit: A comparative study of methodologies. *Am J Infect Control*. 2013;41(11):997-1000.
25. Herrera-Usagre M, Pérez-Pérez P, Vázquez-Vázquez M, Santana-López V. Profesionales de salud ante la mejora de la higiene de las manos: estrategias clásicas versus estrategias avanzadas. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2014 [citado 2016 jan. 21];31(5):534-41. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000500004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182014000500004&script=sci_arttext)
26. Salmon S, Pittet D, Saxc H, McLaws ML. The 'My five moments for hand hygiene' concept for the overcrowded setting in resource-limited healthcare systems. *J Hosp Infect*. 2015;91(2):95-9.
27. Nair SS, Hanumantappa R, Hiremath SG, Siraj MA, Raghunath P. Knowledge, attitude, and practice of hand hygiene among medical and nursing students at a Tertiary Health Care Centre in Raichur, India. *ISRN Prev Med*. 2014;2014:608927.

---

#### Apoio financeiro:

Programa de Bolsa de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/UFSM. Edital 2015-2016.

---



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.