

Taxa de higienização das mãos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Hand hygiene rate in a Neonatal Intensive Care Unit

Índice de higienización de las manos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Edcarla da Silva de Oliveira¹  <https://orcid.org/0000-0001-6773-0330>

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso¹  <https://orcid.org/0000-0002-0481-6440>

Carolina Martins Bezerra¹  <https://orcid.org/0000-0003-3250-4732>

Lorena Pinheiro Barbosa¹  <https://orcid.org/0000-0002-8006-7515>

Keline Soraya Santana Nobre^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0002-9834-9715>

Thaís Aquino Carneiro¹  <https://orcid.org/0000-0002-0546-6139>

Como citar:

Oliveira ES, Cardoso MV, Bezerra CM, Barbosa LP, Nobre KS, Carneiro TA. Taxa de higienização das mãos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE00497.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A000497>



Descritores

Unidades de terapia intensiva neonatal; Higienização das mãos; Segurança do paciente

Keywords

Intensive care units, neonatal; Hand disinfection; Patient safety

Descriptores

Unidades de cuidado intensivo neonatal; Desinfección de las manos; Seguridad del paciente

Submetido

12 de Março de 2021

Aceito

11 de Abril de 2022

Autor correspondente

Edcarla da Silva de Oliveira
E-mail: edcarla2401@gmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Monica Taminato
(<https://orcid.org/0000-0003-4075-2496>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar a adesão à higienização das mãos dos profissionais da saúde atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e verificar a associação da adesão entre os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde.

Métodos: Pesquisa transversal realizada entre novembro/2017 e abril/2018, com equipe multiprofissional de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, nos turnos matutino e vespertino, nos dias úteis da semana, por meio de observação direta das oportunidades de higienização das mãos. Os dados foram analisados utilizando-se a Razão de Chance e o Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: Foram observadas 304 oportunidades de higienização das mãos em 71 profissionais da saúde, mostrando uma taxa de adesão global de 79,9%. A maior adesão à higiene de mãos foi dos fisioterapeutas (91,9%), seguido dos médicos (82,4%) e dos técnicos de enfermagem (82%). As oportunidades com maior adesão à higiene de mãos foram “antes e após tocar o paciente” com 94,4 e 93,9%, respectivamente. A chance de higienizar as mãos antes de tocar o paciente foi 60 vezes maior do que após tocar superfícies próximas ao paciente ($p < 0,00001$).

Conclusão: Higienizar as mãos após tocar superfícies próximas ao paciente obteve menor adesão. Já higienizar as mãos antes de tocar o paciente obteve maior adesão por parte dos profissionais observados.

Abstract

Objective: To evaluate hand hygiene compliance by health professionals working in a Neonatal Intensive Care Unit and verify the association of compliance between the five moments recommended by the World Health Organization.

Methods: This is cross-sectional research, carried out between November/2017 and April/2018, with a multidisciplinary health staff from a Neonatal Intensive Care Unit, in the morning and afternoon shifts, on weekdays, through direct observation of opportunities for cleaning the hands. Data were analyzed using Odds Ratio and Fisher's exact test ($p < 0.05$).

Results: A total of 304 hand hygiene opportunities were observed in 71 health professionals, showing an overall compliance rate of 79.9%. The highest hand hygiene compliance was by physical therapists (91.9%), followed by physicians (82.4%) and nursing technicians (82%). Opportunities with greater hand hygiene compliance were “before and after touching a patient” with 94.4 and 93.9%, respectively. The chance of washing hands before touching a patient was 60 times greater than after touching patient surroundings ($p < 0.00001$).

Conclusion: Hygienizing hands after touching patient surroundings had lower compliance. Hygiene hands before touching a patient obtained greater compliance by the professionals observed.

¹Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

²Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Fortaleza, CE, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Evaluar la adherencia a la higienización de manos de los profesionales de salud que actúan en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y verificar la asociación de la adherencia en los cinco momentos preconizados por la Organización Mundial de Salud.

Métodos: Investigación transversal realizada entre noviembre/2017 y abril/2018, con un equipo multiprofesional de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, en los turnos matutino y vespertino, en días hábiles de semana, por medio de observación directa de las oportunidades de higienización de manos. Se analizaron los datos utilizando la Razón de Oportunidades y la Prueba exacta de Fisher ($p < 0,05$).

Resultados: Se observaron 304 oportunidades de higienización de manos en 71 profesionales de salud, y se evidenció un grado de adherencia global del 79,9 %. La mayor adherencia a la higiene de manos fue de los fisioterapeutas (91,9 %), seguido de los médicos (82,4 %) y de los técnicos de enfermería (82 %). Las oportunidades con más adherencia a la higiene de manos fueron "antes y después de tocar al paciente" con 94,4 y 93,9 %, respectivamente. La probabilidad de higienización de manos antes de tocar al paciente fue 60 veces más alta que después de tocar superficies próximas al paciente ($p < 0,00001$).

Conclusión: Higienizar las manos después de tocar superficies próximas al paciente presentó una adherencia más baja. Por otro lado, higienizar las manos antes de tocar al paciente obtuvo una adherencia más alta por parte de los profesionales observados.

Introdução

A Higienização das Mãos (HM) constitui-se como a medida de maior impacto, de ação simples, rápida, com baixo custo e comprovada eficácia na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), sendo forte indicador da qualidade da assistência, frente à segurança do paciente, pois, as mãos dos profissionais que prestam cuidados constituem o veículo mais comum para transmissão de micro-organismos para os pacientes.⁽¹⁾

Para isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica os cinco momentos para HM: (1) antes de tocar o paciente; (2) antes de realizar procedimento limpo e asséptico; (3) após o risco de exposição a fluidos corporais; (4) após tocar o paciente e, (5) após tocar superfícies próximas ao paciente.⁽²⁾

No Brasil, a adesão à prática de HM é de cerca de 40% apenas, ou seja, a cada dez oportunidades de higienização das mãos, o profissional realiza a ação em quatro delas.⁽³⁾ Entretanto, o que se observa é que apesar de sua eficácia contra a transmissão de microorganismos e simplicidade técnica para realização, a taxa de adesão à HM ainda não está consolidada de forma adequada nos serviços de saúde como reportada em vários estudos.⁽⁴⁻⁷⁾

A OMS tem adotado algumas medidas para melhorar a adesão à prática de higienização de mãos em serviços de saúde, dentre elas destaca-se a estratégia multimodal. Essa engloba cinco componentes: mudança de sistema, envolvimento e disponibilização da preparação alcoólica nos pontos de assistência e acesso à água corrente; capaci-

tação dos profissionais; observação das práticas de higienização das mãos e retorno de indicadores de adesão à equipe; fixação de lembretes e cartazes no local de trabalho e estabelecimento de um clima institucional seguro, com obtenção do apoio expresso de gestores e líderes.⁽⁸⁾

A prioridade para a segurança do paciente no tocante a higienização das mãos no ambiente hospitalar é essencial^(9,10) principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por tratar-se de local de atendimento de recém-nascidos graves ou com risco de morte, e por conseguinte, alta demanda de cuidado, necessita atenção profissional quanto ao ato de higienizar as mãos, haja vista, haver maior suscetibilidade dos recém-nascidos as IRAS que podem comprometer a qualidade da assistência despendida aos neonatos, e, por conseguinte, acarretar danos a sua saúde e maiores despesas para as instituições hospitalares.⁽¹¹⁾

Sendo assim, tratar sobre a adesão dos profissionais da saúde à HM no ambiente de risco neonatal é relevante, principalmente no que diz respeito aos cinco momentos preconizados pela OMS, com vistas a potencializar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos neonatos internados em UTIN e reduzir o risco da ocorrência de infecções cruzadas entre o paciente e o profissional que o assiste.

O estudo teve como objetivo avaliar a adesão à higienização das mãos dos profissionais da saúde atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e verificar a associação da adesão entre os cinco momentos preconizados pela Organização Mundial de Saúde.

Métodos

Estudo transversal e observacional não participante, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de uma maternidade terciária de referência do Nordeste brasileiro, entre os meses de novembro de 2017 e abril de 2018, com a equipe multiprofissional de saúde nos turnos matutino e vespertino, nos dias úteis da semana.

A unidade tem capacidade instalada para 21 leitos sendo distribuídos em duas UTINs com nove e doze leitos, respectivamente. Dispõe de água limpa com torneiras de acionamento automático, com um total de duas pias (uma para cada UTIN), com disponibilidade contínua de sabonete líquido e papel toalha, assim como, cartazes ilustrando a técnica adequada da higienização de mãos utilizando estes produtos. Há também preparação alcoólica sob forma de gel em cada incubadora e nos carrinhos de material da unidade.

A amostra deu-se por conveniência sendo composta por profissionais integrantes da equipe multiprofissional da UTIN. Foram incluídos os profissionais atuantes na unidade há pelo menos um ano e que já haviam realizado o treinamento institucional ofertado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) com temáticas relacionadas à segurança do paciente como, medidas de precaução, biossegurança e higienização das mãos. Excluíram-se aqueles profissionais que não concluíram pelo menos 75% do treinamento.

A avaliação da higienização das mãos foi realizada durante a prestação de cuidados rotineiros aos recém-nascidos utilizando como referência “os cinco momentos de higienização das mãos” pela observação direta das oportunidades e atos de HM preconizados pela OMS.⁽¹⁾ Para essa tarefa foram introduzidos no ambiente de trabalho dois observadores treinados de acordo com as recomendações da estratégia multimodal⁽⁸⁾ que observaram individualmente os profissionais em suas atividades diárias por um período de 30 minutos nos turnos manhã e tarde.

Como o foco da pesquisa eram as oportunidades de HM, um mesmo profissional poderia ser observado em mais de uma oportunidade, entretanto, não houve a observação simultânea de mais de um profis-

sional. Observou-se então a frequência de higienização das mãos e o momento em que esta ocorria, resultando em 304 oportunidades de HM observadas. Para isso, foi utilizado o Formulário de Observação e Cálculo do Manual de Referência Técnica para a Higienização de Mãos do Ministério da Saúde.⁽²⁾

A observação direta das oportunidades de higienização das mãos se deu da seguinte maneira: os observadores dirigiam-se à UTIN e informavam ao enfermeiro responsável do plantão, que a CCIH estava realizando a avaliação interna referente ao controle da infecção relacionada à assistência à saúde junto aos profissionais, por um período de 30 minutos, incluindo além de outros fatores relevantes as IRAS a higienização das mãos. O enfermeiro do plantão avisava aos demais membros da equipe que seria realizado uma avaliação por parte da CCIH durante o plantão, mas não qual foco desta. Então, os profissionais eram conhecedores de que estavam sendo observados e por quem, porém, não sabiam quais aspectos estavam sendo avaliados.

Para minimizar o efeito *Hawthorne*,⁽¹²⁾ que consiste na mudança de comportamento e atitude dos participantes devido à presença do observador, ocasionando possíveis vieses aos resultados do estudo, adotaram-se os seguintes procedimentos: os observadores se localizaram na bancada central da UTIN, considerado local estratégico para a observação dos profissionais; cinco observações piloto para cada observador (que não compuseram a amostra do estudo), por um período de 30 minutos em cada um dos turnos de serviço, para que estes se familiarizassem com o ambiente e com o método empregado, bem como, os participantes se habituassem à presença dos observadores. Ademais, avisou-se que tratar-se-ia de uma avaliação interna da CCIH sobre o controle das IRAS.

A taxa de adesão à HM foi determinada pelo Índice de Positividade (IP) para qualidade da assistência empregando-se como: desejável (IP = 100%); adequado (90 a 99%); seguro (80 a 89%); limítrofe (71 a 79%); e sofrível (<70%).⁽¹³⁾

A análise estatística foi realizada pelo programa SPSS versão 20.0, para o qual se fez a distribuição das frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. A adesão à higienização das mãos pelos profis-

sionais de saúde foi calculada com base na razão entre o número de ações realizadas e o número de oportunidades multiplicado por 100 (adesão (%) = ações realizada/opportunidades X 100), onde segundo a OMS as oportunidades de higienização das mãos são dadas como o denominador, e a realização da higienização das mãos concretizada como o numerador.⁽²⁾

Para verificar a associação entre as variáveis categóricas foi utilizado a Razão de Chance (OR) com nível de significância adotado de 5% nas tabelas 2x2 e o Teste Exato de Fisher significativo se $p < 0,05$.

O desenvolvimento do estudo atendeu aos preceitos de ética em pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição lócus do estudo sob o número 2.350.988 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 79144517.3.0000.5050).

Resultados

Os resultados do estudo contemplam a descrição das categorias dos 71 profissionais observados (30 médicos, 9 enfermeiros, 6 fisioterapeutas, 21 técnicos de enfermagem, 1 psicólogo e 4 técnicos de laboratório), distribuídos nas 304 oportunidades de adesão à higienização das mãos durante o período da coleta, por ocasião da assistência ao recém-nascido em UTIN. Considerou-se como higienização das mãos a fricção com álcool, o uso de água e sabonete neutro e água e solução antisséptica/degermanente. Na tabela 1 verifica-se que os profissionais que mais realizaram a higienização das mãos durante a assistência ao recém-nascido foram os fisioterapeutas (91,9%) seguidos dos médicos (82,4%) e técnicos de Enfermagem (82%). Ao observar-se Índice de Positividade a categoria profissional dos enfermeiros foi classificada como limítrofe. Já a classificação geral foi considerada segura.

A tabela 2 evidencia o número de vezes que os profissionais higienizaram as mãos distribuídas nos momentos de HM. As maiores taxas de adesão ocorreram no primeiro momento – “antes de tocar o paciente” (94,4%) - e no quarto momento – “após tocar o paciente” (93,9%). O quinto momento, que corresponde ao item “após tocar superfícies próxi-

Tabela 1. Adesão à higienização das mãos por categoria profissional

Categoria profissional	Oportunidades de higienização das mãos observadas			Classificação da adesão segundo o IP*
	Adesão n(%)	Não adesão n(%)	Total de observações	
Fisioterapeuta	34(91,9)	3(8,1)	37	Adequado
Médico(a)	28(82,4)	6(17,6)	34	Seguro
Enfermeiro(a)	61(70,9)	25(29,1)	86	Limítrofe
Técnico(a) de Enfermagem	114(82,0)	25(18,0)	139	Seguro
Psicólogo	1(100)		01	Desejável
Técnico de laboratório	6(85,7)	1(14,3)	07	Seguro
Total	244(80,3)	60(19,7)	304	Seguro

*IP – Índice de positividade

Tabela 2. Adesão à higienização das mãos nos momentos preconizados pela Organização Mundial da Saúde

Cinco momentos de higienização das mãos	Oportunidades de higienização das mãos observadas			Classificação da adesão segundo o IP*
	Adesão n(%)	Não adesão n(%)	Total de observações	
1. Antes de tocar o paciente	102(94,4)	6(5,6)	108	Adequado
2. Antes de realizar procedimento limpo e asséptico	20(83,3)	4(16,7)	24	Seguro
3. Após exposição a fluidos corporais	2(66,6)	1(33,4)	03	Sofrível
4. Após tocar o paciente	107(93,9)	7(6,1)	114	Adequado
5. Após tocar superfícies próximas ao paciente	12(21,8)	43(78,2)	55	Sofrível
Total	243(79,9)	61(20,1)	304	Limítrofe

*IP – Índice de positividade

mas ao paciente”, foi o de menor adesão (21,8%) em todas as categorias profissionais e teve seu índice de positividade classificado como sofrível.

A tabela 3 evidencia os resultados da Razão de Chance (RC) entre os momentos de higienização das mãos, com significância estatística $p < 0,05$ e intervalo de confiança 95%.

Tabela 3. Associação entre os momentos de higienização das mãos preconizados pela Organização Mundial da Saúde

Associação entre os momentos da higienização das mãos ¹	**p	***RC	†IC (95%)
Momento 1 e Momento 2	0,083	3,40	0,88 – 13,15
Momento 1 e Momento 3	0,179	8,50	0,67 – 107,53
Momento 1 e Momento 4	1	1,11	0,36 – 3,42
Momento 1 e Momento 5	< 0,00001	60,91	21,47 – 172,82
Momento 2 e Momento 3	0,474	2,50	0,18 – 34,67
Momento 2 e Momento 4	0,099	0,33	0,09 – 1,22
Momento 2 e Momento 5	< 0,00001	17,92	5,13 – 62,53
Momento 3 e Momento 4	0,193	0,13	0,01 – 1,63
Momento 3 e Momento 5	0,142	7,17	0,60 – 85,95
Momento 4 e Momento 5	< 0,00001	54,77	20,21 – 148,45

¹Momento 1 - antes de tocar o paciente; Momento 2 - antes de realizar procedimento limpo e asséptico; Momento 3 - após exposição a fluidos corporais; Momento 4 - após tocar o paciente; Momento 5 - após tocar superfícies próximas ao paciente; **Teste exato de Fisher; ***RC: Razão de Chance (Odds Ratio); †IC: Intervalo de Confiança

Ao associar-se os momentos de higienização das mãos, houve significância estatística entre o quinto momento de higienização (após tocar superfícies próximas ao paciente) com os demais momentos. As significâncias e associações de razão de chance mais relevantes foram entre o primeiro e quinto momentos ($p < 0,00001$ / RC: 60,91/ IC - 21,47-172,82), segundo e quinto momentos ($p < 0,00001$ / RC: 17,92/ IC - 5,13-62,53) e quarto e quinto momentos ($p < 0,00001$ / RC: 54,77/ IC - 20,21-148,45). A razão de chance entre a ocorrência ou não dos eventos mostrou que a chance de higienizar as mãos no primeiro momento foi 60 vezes maior que no quinto. Já a maior chance de higienização das mãos entre um momento e outro foi obtida entre o segundo e quarto momento (antes de realizar procedimento limpo e asséptico e após tocar o paciente) com chance de não realização de apenas 0,33.

Discussão

A observação direta é um método considerado padrão ouro pela OMS para a avaliação da HM por analisar diferentes categorias profissionais, turnos distintos de trabalho, a técnica utilizada, bem como avaliar as características específicas de cada local e identificar as áreas onde precisam melhorar a adesão à HM.⁽¹⁴⁾ Utilizou-se este método por ser considerado referência e permitir um *feedback* imediato ao profissional de saúde visando melhorar seu desempenho na prática de higienização de mãos, como também, uma mudança organizacional.⁽¹⁵⁾

As limitações do estudo foram a avaliação da taxa de adesão da higienização das mãos apenas nos turnos de trabalho diurno e dias úteis da semana diminuindo desse modo o número de oportunidades de lavagem das mãos, o que pode influenciar na afirmação da categoria profissional que mais aderiu ao procedimento, bem como a avaliação dos 5 momentos de higienização. Outra limitação foi o fato do aviso prévio da observação, o que pode ter aumentado o efeito *Hawthorne*, todavia, não o anulando. Além disso, o número desproporcional de oportunidades de observação nos 5 momentos de higienização das mãos (após contato com fluidos corporais - três e antes de realizar procedimento limpo/asséptico - 24) e por categoria

profissional (número menor de fisioterapeutas - 37 e médicos - 34, e número muito pequeno de psicólogos - um - e técnicos de laboratório - sete).

A razão entre o número de oportunidades e o número de HM do estudo indicou taxa de adesão global de 80,3%, que pode ser considerada segundo o Índice de Positividade, adequada para uma assistência segura. Estudo realizado em Aracaju (SE) encontrou índices entre indesejáveis e sofríveis (29% de adesão) diferindo dos dados ora encontrados.⁽¹⁶⁾ Já pesquisa realizada na região Norte do Ceará evidenciou taxa de adesão de 77,2% considerada limítrofe.⁽¹⁷⁾

Com relação à ação de higienização por categoria profissional, os fisioterapeutas (91,9%) foram os profissionais de maior adesão à prática de HM durante a observação. Contudo, ressalta-se que essa categoria teve menos oportunidades de higienização das mãos quando comparadas às da equipe de enfermagem. Resultados semelhantes são reportados em pesquisas nacionais e internacionais, apontando maior taxa de adesão à HM por parte dos fisioterapeutas.^(15,16,18)

Os enfermeiros foram os profissionais com a menor taxa de adesão à HM (70,9%). Esse valor segundo o IP adotado é considerado limítrofe. Já os técnicos de enfermagem encontram-se dentro dos valores de assistência segura (82%). A não realização dessa prática, por esses profissionais, acarreta maior risco para infecções para o cliente e o profissional.⁽⁴⁾ Entretanto, pesquisas realizadas em Portugal e Brasil acerca do uso de cateteres periféricos, evidenciam os enfermeiros e técnicos de enfermagem como os profissionais que mais higienizam as mãos.^(18,19)

Esse indicador isolado não leva em consideração a duração da exposição ou o tempo gasto com cada paciente. O fato da menor adesão pode estar relacionado a maior carga de serviços e o estresse pelos quais a equipe de enfermagem passa diariamente.⁽²⁰⁾

A HM antes e após tocar o paciente foi observada em 94,4% e 93,9% das observações, o que pode ser justificado pelo profissional perceber essa prática como uma forma de prevenção de infecção, ou seja, a proteção do paciente e a pessoal. Esses dados corroboram com outros estudos que indicam que a prática de HM ocorre, com frequência, antes e após tocar o paciente.⁽²¹⁻²³⁾

Contrapondo os resultados encontrados nessa pesquisa no que se refere aos momentos de higienização

zação das mãos, estudo observacional realizado em uma instituição no Sul do Brasil, em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto,⁽¹⁹⁾ mostrou que o primeiro momento que ocorre antes de tocar o paciente (18,4%, $p < 0,0001$), foi o que demonstrou menor adesão, diferente do evidenciando nesta pesquisa.

Uma baixa adesão à higienização de mãos no quinto momento (após tocar superfícies próximas ao paciente) foi reportada, também, em outros estudos realizados com profissionais de saúde que prestam assistência à recém-nascidos.^(17,24)

Medidas individuais não conseguem modificar e manter o comportamento de HM pelos profissionais de saúde de forma contínua, bem como enfatizam que a sustentação dessa mudança é um grande desafio. Níveis aceitáveis de adesão às práticas recomendadas de HM são de difícil alcance e manutenção. Por esse motivo a importância de ações de promoção da saúde em ambientes hospitalares que envolvam todos os indivíduos que se encontram nestes locais.^(21,23,25,26)

Na Itália após realização de estudo retrospectivo, para a busca das ações idealizadas ao início da implementação da estratégia multimodal da OMS no ano de 2007, observou-se aumento no nível das taxas de adesão a higienização das mãos de 40% para 63% em 65 hospitais.⁽²⁶⁾

O mesmo ocorreu na Etiópia, onde se conseguiu aumentar o índice de adesão a higienização das mãos de 1,4% para 13,1% ($p < 0,001$) por meio de ações simples de promoção da saúde destinadas aos profissionais e pacientes, bem como ações de educação em saúde e treinamentos periódicos. Na pesquisa, o setor da Neonatologia obteve a maior taxa de adesão (24,5%/ $p < 0,002$).⁽²⁷⁾

O interesse dos gestores e o trabalho em equipe faz-se necessário na instituição para a obtenção de 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, contribuindo para a melhoria do cuidado, e a prevenção e controle de IRAS promovendo a segurança do paciente⁽⁵⁾

Entende-se que os achados desta investigação são de extrema importância e que a partir dos mesmos evidenciou-se que todos os profissionais de saúde necessi-

tam de treinamento e educação permanente quanto à higienização das mãos nas práticas assistenciais, com a finalidade de garantir a qualidade do cuidado, a segurança do paciente e a saúde do profissional.

Embora o enfermeiro tenha alcançado taxa de HM limítrofe segundo o IP, seu papel é fundamental na educação do paciente, da família, da comunidade, devendo ser o responsável pela criação de estratégias que visem a melhor adesão à higienização das mãos, principalmente em um ambiente no qual lida-se com vidas tão frágeis como a dos neonatos prematuros e/ou de risco.

Conclusão

Os fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem se destacaram com as maiores taxas de adesão a HM. Porém, no tocante aos fisioterapeutas e médicos ressalta-se que esse valor se deve ao menor número de observações de oportunidades de higienização das mãos. Em referência à taxa de adesão durante os cinco momentos de higienização das mãos, o primeiro e o terceiro momentos foram os que obtiveram maior adesão por parte dos profissionais. O quinto momento obteve menor percentual de adesão profissional. As significâncias e associações de razão de chance mais relevantes foram entre o primeiro e quinto momento, segundo e quinto momento e quarto e quinto momento. A maior chance de higienização das mãos entre um momento e outro foi obtida entre o segundo e quarto momentos. Sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas com um número de observações maior e que as avaliações feitas sem aviso prévio, para posterior comparativo dos resultados obtidos.

Agradecimentos

À MEAC/EBSERH – Maternidade Escola Assis Chateaubriand/ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Fortaleza, CE, Brasil. À Universidade Federal do Ceará – Departamento de Enfermagem/ Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

Colaborações

Oliveira ES, Cardoso MVLML, Bezerra CM, Barbosa LP, Nobre KSS e Carneiro TA contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

- World Health Organization (WHO). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2009 [cited 2018 Nov 29]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=1C890BC490C08D62E4E7D85663631A4?sequence=1
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota técnica nº 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Orientações gerais para higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (DF): ANVISA; 2017 [citado 2021 Nov 2]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/arquivos-noticias-anvisa/3073json-file-1>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente: relatório sobre Autoavaliação para Higienização das Mãos. Brasília (DF): ANVISA; 2012 [citado 2021 Nov 2]. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%2BAutoavalia%C3%A7%C3%A3o%2Bde%2BHM%2B-%2BANvisa%2B-%2Bvers%C3%A3o%2Bfinal.pdf>
- Oliveira AS, Costa PJ, Graveto JM, Costa FJ, Osório NI, Cosme AS, et al. Práticas dos enfermeiros na cateterização intravenosa: estudo descritivo. *Rev Enfermagem Referência*. 2019;4(21):111-21.
- Vasconcelos RO, Alves DC, Fernandes LM, Oliveira JL. Adhesión a la higienización de las manos por el equipo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Global*. 2018;50:446-61.
- Zottele C, Magnago TS, Dullius AI, Kolankiewicz AC, Ongaro JD. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03242.
- Kallam B, Pettitt-Schieber C, Owen M, Agyare Asante R, Darko E, Ramaswamy R. Implementation science in low-resource settings: using the interactive systems framework to improve hand hygiene in a tertiary hospital in Ghana. *Int J Qual Health Care*. 2018;30(9):724-30.
- World Health Organization (WHO). A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. Geneva: WHO; 2009 [cited 2021 Nov 2]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70030>
- Belela-Anacleto AS, Peterlini MA, Pedreira ML. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):461-4.
- Kingston L, O'Connell NH, Dunne CP. Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: a systematic review. *J Hosp Infect*. 2016;92(4):309-20. Review.
- Pimentel CS, Nunes DC, Bittencourt IS, Silva RS, Santos CM, Pereira RC. Health assistance infection in a neonatal intensive therapy unit. *Rev Enferm UFPI*. 2018;7(3):61-6.
- Abraham MB, Nicholas JA, Crone M, Ly TT, Davis EA, Jones TW. The importance of the Hawthorne effect on psychological outcomes unveiled in a randomized controlled trial of diabetes technology. *J Diabetes Sci Technol*. 2018;12(3):735-6.
- Kurcgaat P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. 243 p.
- Oliveira AC, Paula AO. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):407-13. Review.
- Primo MG, Ribeiro LC, Figueiredo LF, Sirico SC, Souza MA. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Rev Eletrônica Enfermagem*. 2019;12(2):266-71.
- Llapa-Rodríguez EO, Oliveira JK, Menezes MO, Silva LS, Almeida DM, Neto DL. Health professionals' adherence to hand hygiene. *J Nurs UFPE On Line*. 2018;12(6):1578-85.
- Coelho HP, Santos IR, Nascimento CM, Carvalho BL, Simão CE, Oliveira OP, et al. Adesão da equipe de enfermagem à higienização das mãos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Eletrônica Acervo Saude*. 2020;39:e2169.
- Zottele C, Magnago TS, Dullius AI, Kolankiewicz AC, Ongaro JD. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03242.
- Souza LM, Ramos MF, Becker ES, Meirelles LC, Monteiro SA. Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(4):21-8.
- Costa P, Graveto J, Santos C, Fernandes E, Albano H, Osório N, et al. Methicillin-resistant staphylococcus aureus spreading through medical devices used in nursing care: what can we learn from Portugal? *Inter J Infec Dis*. 2018;73(Suppl):292-3.
- Marra AR. *Advances in infection control*. Einstein (São Paulo). 2016;14(1):108-9.
- Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA, Lynfield R, Maloney M, McAllister-Hollod L, Nadle J, Ray SM, Thompson DL, Wilson LE, Fridkin SK; Emerging Infections Program Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use Prevalence Survey Team. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med*. 2014;370(13):1198-208.
- Oliveira AC, Paula AO, Gama CS, Oliveira JR, Rodrigues CD. Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário. *Rev Enfermagem UERJ*. 2016;24(2):e9945.
- Silva DS, Dourado AA, Cerqueira CR, Romero FH, Amaral NA, Pearce PF, et al. Hand hygiene adherence according to World Health Organization Recommendations in a Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2017;17(3):551-9.
- Mota EC, Barbosa DA, Silveira BR, Rabelo TA, Silva NM, Silva PL. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2014;4(1):12-7.
- Moro ML, Morsillo F, Nascetti S, Parenti M, Allegranzi B, Pompa MG, et al. Determinants of success and sustainability of the WHO multimodal hand hygiene promotion campaign, Italy, 2007–2008 and 2014. *Euro Surveill*. 2017;22(23):30546.
- Pfäfflin F, Tufa TB, Getachew M, Nigussie T, Schönfeld A, Häussinger D, et al. Implementation of the WHO multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy in a University Hospital in Central Ethiopia. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2015;4(Suppl 1):153.