

Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário

Infrastructure for hand hygiene in a teaching hospital

Infraestructura para higienización de manos en un hospital universitario



Tânia Solange Bosi de Souza Magnago^a
 Juliana Dal Ongaro^a
 Patrícia Bittencourt Toscani Greco^b
 Taís Carpes Lanes^a
 Caroline Zottele^c
 Naiane Glaciele Gonçalves^a
 Rafaela Andolhe^a

Como citar este artigo:

Magnago TSBS, Dal Ongaro J, Greco PBT, Lanes TC, Zottele C, Gonçalves NG, et al. Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40(esp):e20180193. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180193>.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a infraestrutura hospitalar e o conhecimento dos coordenadores sobre a estrutura da unidade para à higienização das mãos.

Método: Estudo transversal descritivo realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil, entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017. Foram avaliadas 18 unidades de internação e entrevistados 16 coordenadores. Utilizou-se o questionário sobre estrutura da unidade para a higienização das mãos da estratégia multimodal da Organização Mundial de Saúde. Utilizou-se a estatística descritiva.

Resultados: Todas as unidades possuíam preparações alcóolicas, e 93,8% dos dispensadores eram substituídos quando vazios. Observaram-se falta de cartazes ilustrativos, dispensadores de álcool gel, pias em algumas enfermarias, e pouca disponibilidade de dispensadores ao alcance das mãos próximos ao leito/maca do paciente.

Conclusões: Constatou-se que os profissionais recebiam instruções para a higienização das mãos e a existência de protocolos. Lacunas foram observadas na infraestrutura das unidades, como a presença de pias e torneiras não adequadas.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Higiene das mãos. Serviços de saúde. Estrutura dos serviços. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the hospital infrastructure and the knowledge of the coordinators about the unit structure for hand hygiene.

Methods: Descriptive cross-sectional design study carried out in a teaching hospital in the South of Brazil, in the period between December 2016 and January 2017. Eighteen inpatient care units were evaluated, and 16 coordinators were interviewed. We used the questionnaire of the World Health Organization multimodal strategy on the structure of the units for hand hygiene. It was used descriptive statistics.

Results: All the units had alcohol-based sanitizers, and 93.8% of the dispensers were substituted when they got empty. The difficulties observed were the lack of illustrating posters, the location of sinks and dispensers of alcohol-based hand sanitizers in some nursing infirmaries, and the fact that there were few dispensers at hand reach near the patient's bed.

Conclusions: We concluded that there were protocols for hand hygiene, and professionals were instructed about it. There were gaps in the inpatient units, such as the presence of inadequate sinks and taps.

Keywords: Patient safety. Hand hygiene. Health services. Structure of services. Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la infraestructura hospitalaria y el conocimiento de los coordinadores sobre la estructura de la unidad para la higienización de las manos.

Método: Estudio transversal descriptivo realizado en un hospital universitario en el Sur de Brasil, entre diciembre de 2016 y enero de 2017. Se evaluaron 18 unidades de internación y 16 coordinadores han sido entrevistados. Se utilizó la encuesta sobre la estructuración de las unidades hospitalarias para la higienización de las manos de la estrategia multimodal de la Organización Mundial de la Salud y se utilizó la estadística descriptiva.

Resultados: Todas las unidades poseían preparados alcohólicos y el 93,8% de los dispensadores eran reemplazados cuando quedaban vacíos. Se observaron falta de carteles ilustrativos, de dispensadores de alcohol gel, de lavabos en algunas enfermerías, y de poca disponibilidad de dispensadores al alcance de las manos cerca del lecho/ maca del paciente.

Conclusiones: Se constató que los profesionales recibían instrucciones para la higienización de las manos y que había protocolos para esta práctica. Se observaron algunas fallas en la infraestructura de las unidades, además de la inadecuación de algunos lavabos y grifos.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Higiene de las manos. Servicios de salud. Estructura de los servicios. Enfermería.

^a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Maria, RS, Brasil.

^b Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Departamento de Enfermagem. Santiago, RS, Brasil.

^c Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A higienização das mãos (HM) no ambiente hospitalar é imprescindível para evitar danos relacionados à assistência à saúde. É uma ação básica, que ainda carece de maior comprometimento por parte de todos os envolvidos. Para que ela se efetive, é deves importante uma infraestrutura adequada, a avaliação dos gestores sobre as condições da estrutura (pias, torneiras, dispensadores e insumos), o conhecimento e as atitudes dos profissionais na prática de HM. A inclusão de pacientes e acompanhantes nessa prática também é importante.

Diante da problemática que envolve essa ação, a Organização Mundial da Saúde (OMS), lançou o primeiro desafio global intitulado “*Cuidado limpo é um cuidado mais Seguro*”, visando garantir o controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS)⁽¹⁾. A ação-chave deste desafio foi a promoção da HM para conscientizar profissionais de saúde, gestores e autoridades da área, aperfeiçoar práticas de HM e reduzir as IRAS⁽¹⁾.

A OMS também desenvolveu a estratégia multimodal como uma ferramenta auxiliar na melhoria da adesão à HM⁽²⁾. Ela pode ser aplicada em diferentes cenários, e sua implementação segue necessariamente cinco etapas, sendo elas: preparação da unidade (inclui planejamento, recursos materiais e apoio institucional); avaliação básica (experiência profissional, o conhecimento e a estrutura física do local); implementação (desenvolvimento das atividades programadas de acordo com o planejamento inicial); avaliação de acompanhamento e retorno (avaliações periódicas para verificar a eficácia da estratégia)⁽²⁾.

Uma forma de avaliação é a mensuração da adesão à HM. Quanto a isso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) propõe às Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) alguns indicadores. Dentre eles, o consumo de preparações alcoólicas, o consumo de sabonete para HM (volume consumido por 1000 pacientes-dia) e a adesão à HM (número de ações de HM realizadas pelos profissionais de saúde / número de oportunidades ocorridas para a HM multiplicada por 100)⁽³⁾.

No âmbito hospitalar, sabe-se que instrumentos normativos (protocolos, procedimentos operacionais padrão e fluxogramas) reforçam a importância da prática de HM como ação de prevenção e controle das IRAS. As IRAS são definidas como patologias adquiridas após 72 horas de admissão no ambiente hospitalar, ou mesmo após alta, quando estas tiverem relação com a internação ou com procedimentos realizados no hospital⁽¹⁾. Atualmente, as IRAS são consideradas uma problemática de saúde pública, pois podem estar associadas à escassez de recursos humanos, interligada a es-

trutura física inadequada dos serviços de saúde e ao desconhecimento de medidas de prevenção e controle, o que repercute na segurança do paciente durante a assistência⁽⁴⁻⁵⁾.

Entre os fatores relacionados a não adesão à HM, tem-se falta de motivação, ausência ou inadequação da infraestrutura para a adesão dessa prática. A falta de pia, de dispensadores de sabonete líquido e álcool gel, além de toalhas de papel e lixeiras próximas ao local de assistência são exemplos de condições inadequadas para à HM⁽⁶⁾.

Estudos nacionais⁽⁷⁻⁹⁾ (54,2%; 56%; 47,8%) e internacionais⁽¹⁰⁾ (14,2%) evidenciam baixas taxas de adesão à prática de HM no âmbito hospitalar. No entanto, há uma carência quanto à avaliação e disposição da infraestrutura para a prática de HM nesses locais.

Frente ao exposto, têm-se como questões de pesquisa: “As unidades de internação possuem infraestrutura para a higienização das mãos efetiva, conforme rege a normativa da ANVISA?” e, “Quais são os conhecimentos dos coordenadores sobre a estrutura das unidades de internação para a prática de higienização das mãos?” Neste intuito, tem-se como **objetivo** avaliar a infraestrutura hospitalar e o conhecimento dos coordenadores sobre a estrutura da unidade para a prática de higienização das mãos.

■ METODOLOGIA

O presente estudo se refere a um trabalho de conclusão do curso graduação em enfermagem⁽¹¹⁾. Trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal descritivo, desenvolvido em Hospital Universitário do Sul do Brasil, especificamente nas unidades de internação. Este hospital possui 403 leitos, distribuídos em 18 unidades de internação, que representam diferentes especialidades (emergência, clínica médica, cirúrgica, pediátrica, atenção psicossocial, UTI Adulto, UTI Pediátrica e Neonatal). Duas unidades, são chefiadas pelo mesmo enfermeiro, sendo assim, o hospital possui 16 enfermeiros coordenadores.

Os dados foram coletados por meio do questionário “*Estrutura da unidade para a higienização das mãos*” validado pela OMS e inserido na estratégia multimodal. Ele um indicador válido para avaliação da infraestrutura das unidades tanto para a prática, como adesão à HM nos serviços de saúde⁽²⁾. O questionário possui duas partes. A primeira, contém 22 questões que avaliam o conhecimento dos coordenadores das unidades de internação quanto a estrutura para a HM. A segunda parte contém itens que avaliam quantitativamente a infraestrutura, materiais, insumos e equipamentos existentes nas unidades para a HM⁽²⁾.

Desta forma, a primeira parte foi respondida pelos coordenadores das unidades de internação (N=16) e a segunda

por um coletador, previamente capacitado, evitando-se o viés de informação. Foram incluídos todos os coordenadores das unidades de internação e todas as unidades que apresentavam o Ponto de assistência e tratamento. Por ponto de assistência, entende-se: o local que apresenta os três elementos simultaneamente (paciente, profissional de saúde e assistência), envolvendo o contato com o paciente⁽²⁾.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017. O estudo atendeu os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹²⁾, obtendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE: 62643716.0.0000.5346 em 22 de dezembro de 2016. Os coordenadores foram orientados quanto ao objetivo da pesquisa e concordaram, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

Os dados foram organizados no programa *Epi-info*®, versão 6.4, com dupla digitação independente. Após verificação de erros e inconsistências da digitação, procedeu-se a análise dos dados no programa *PASW Statistics*® (*Predictive Analytics Software*, da SPSS Inc., Chicago - USA) 18.0. Variá-

veis categóricas foram descritas por meio de frequências absoluta (N) e relativa (%). Para análise dos dados, que refere-se a infraestrutura para a prática de HM, considerou-se:

- **Taxa de adequação da estrutura geral:** presença de pias com água limpa, sabonete e papel toalha por leito *dividido* pelo total de leitos de todas unidades de internações.

- **Taxa de utilização de frascos de bolso de álcool gel:** total de profissionais de saúde *dividido* pelo total de profissionais de saúde encontrados com frasco de preparações alcólicas no bolso.

- **Taxa de tipos de torneiras presentes nas pias:** tipos de torneiras *dividido* pelo número total de torneiras presentes.

■ RESULTADOS

Do total de coordenadores (N=16), todos participaram da primeira etapa da pesquisa. Destaca-se que na Tabela 1 e 2 estão organizados os dados de acordo com as respostas dos coordenadores.

Tabela 1 - Distribuição dos insumos e equipamentos disponíveis, nas unidades de internação (N=16). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

| Questões | Sempre | | Esporádico | | Raramente | | Nunca | |
|--|--------|-------|------------|------|-----------|------|-------|------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| A água está sempre disponível? | 15 | 93,8 | 1 | 6,3 | - | - | - | - |
| Existe uma preparação alcóolica para higienização das mãos disponível na unidade? | 16 | 100,0 | - | - | - | - | - | - |
| Se houver, os dispensadores são substituídos quando vazios? | 15 | 93,8 | 1 | 6,3 | - | - | - | - |
| Se houver, cada profissional de saúde tem fácil acesso a frascos de bolso de preparação alcóolica? | 3 | 18,8 | 2 | 12,5 | 3 | 18,8 | 7 | 43,8 |
| As luvas de procedimento estão disponíveis nesta unidade? | 16 | 100,0 | - | - | - | - | - | - |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Mais da metade dos coordenadores (62,5%; N=10) afirmam que, as auditorias existem e são realizadas mensalmente. Quanto aos tipos de dispensadores de preparações alcólicas disponíveis nas unidades foram descritos: frascos de bolso (6,3%; N=1), frascos fixados em carrinhos/bandejas (12,5%; N=2), frascos fixados no leito (6,3%; N=1) e na parede (100%; N=16).

No que tange os cartazes ilustrativos sobre a técnica simples de HM, sete coordenadores (43,8%) referem a não existência destes nas pias, e um coordenador (6,3%) refere que há escassez quanto à existência da exposição de cartazes próximos ao leito/maca do paciente, no que diz respeito à técnica para fricção antisséptica das mãos, bem

como as indicações para HM. A maioria dos coordenadores (93,8%; N=15) afirmou que cartazes de promoção para HM, encontram-se dispostos nas unidades de internação.

Quanto à segunda etapa, das 18 unidades estimadas, todas foram devidamente observadas pelo coletador. Nesta, um total de 347 leitos de internações, 118 profissionais de saúde foram abordados, 213 pias e torneiras, 154 dispensadores de álcool gel e 112 frascos de sabonete foram avaliados, para que seja mais fácil a compreensão das taxas na Tabela 3.

Destaca-se que a unidade de atenção psicossocial possui especificidades quanto a presença e distribuição das pias e dispensadores para a HM, devido as necessidades de cuidado e segurança da população atendida.

Tabela 2 - Disponibilidade e reabastecimento de dispenser próximos a leito/maca, acessibilidade e instruções específicas sobre os protocolos de HM. (N=16). Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

| Questões | Sim | | Não | |
|---|-----|-------|-----|------|
| | N | % | N | % |
| Se todos os dispensadores estiverem disponíveis, eles estão colocados ao alcance das mãos próximo ao leito/maca do paciente? (N=15) | 10 | 62,5 | 5 | 31,3 |
| Há uma pessoa indicada como responsável por reabastecer ou trocar os dispensadores? | 16 | 100 | - | - |
| Há uma pessoa indicada como responsável por reabastecer ou trocar os frascos vazios? | 15 | 93,8 | 1 | 6,3 |
| Os protocolos com as recomendações sobre higienização das mãos estão acessíveis nesta unidade? | 16 | 100,0 | - | - |
| Existe estoque de luvas armazenado nesta unidade? | 16 | 100,0 | - | - |
| Os enfermeiros nesta unidade receberam instrução específica sobre higienização das mãos nos últimos dois anos? | 16 | 100,0 | - | - |
| Os profissionais de saúde nesta unidade receberam instrução específica sobre higienização das mãos nos últimos dois anos? | 15 | 93,8 | 1 | 6,3 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Tabela 3 - Distribuição de pias (P), dispensadores (D) e dispensadores/ frascos (DF) disponíveis por unidade pesquisada, de acordo com o número de leitos (L) da unidade. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017

| Unidade | Pias (P) | Dispensadores (D) | Dispensadores /frascos (DF) |
|---------------------------------|----------------|-------------------|-------------------------------------|
| | Taxa* (P:L) | Taxa† (D:L) | Taxa‡ (DF:DF em perfeito estado) |
| Toco-ginecológica | 12:38 | 17:38 | 28:28 |
| Clínica médica I | 4:25 | 10:25 | 14:14 |
| Nefrologia | 4:11 | 8:11 | 14:14 |
| Cirurgia geral | 16:52 | 17:52 | 33:32 |
| Clínica médica II | 4:27 | 7:27 | 15:15 |
| UTI Adulto | 4:10 | 17:10 | 21:21 |
| UCI Adulto | 3:6 | 9:6 | 12:12 |
| Pediatria | 8:29 | 6:29 | 15:15 |
| CTMO | 6:7 | 6:7 | 12:10 |
| CTCriaC | 7:18 | 4:18 | 14:14 |
| SRPA/SRI | 3:20 | 10:20 | 18:17 |
| UTI Pediátrica | 4:8 | 5:8 | 10:9 |
| Unidade de Atenção Psicossocial | 0:30 | 0:30 | 0:0 |
| Centro Obstétrico | 5:13 | 5:13 | 10:9 |
| UTI RN | 4:24 | 25:24 | 29:29 |
| Pronto Socorro Pediátrico | 2:6 | 1:6 | 4:4 |
| Pronto Socorro Adulto | 6:23 | 7:23 | 17:17 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Nota: *(P:L) Corresponde ao Número de pias: Leito; †(D:L) Corresponde ao Número de dispensador com álcool gel ao alcance das mãos: Leito; ‡(DF:DF) Corresponde ao Número total de dispensadores/ frascos neste quarto: Número total de dispensadores/ frascos em perfeito funcionamento e reabastecidos.

A taxa de adequação da estrutura geral para a prática de HM foi de 26,2% (91:347), e a de utilização de frascos de bolso de álcool gel foi de 2,9% (118:4). Quanto a taxa de tipos de torneiras presentes nas pias, prevaleceu torneiras com fechamento automático (39,4%; 84:213); seguido das com fechamento manual (35,7%; 76:213); torneiras com alavanca a qual permite o acionamento/fechamento pelo cotovelo (11,7%; 25:213); torneiras acionadas por pedal (7,5%; 16:213) e acionadas por sensores (5,6%; 12:213).

A falta de cartazes ilustrativos das indicações para a prática correta de HM próximo de algumas pias e dispensadores de álcool gel nas enfermarias, foram algumas das inadequações encontradas.

■ DISCUSSÃO

De acordo com os coordenadores, as unidades de internação possuem água disponível e limpa. Este dado corrobora com o estudo desenvolvido em um hospital na África, o qual elenca o suprimento constante de água corrente e limpa⁽¹³⁾. No entanto, em Bangladesh evidenciou-se que apenas duas das 12 estações para a prática de HM possuíam água corrente⁽¹⁴⁾. A disponibilidade da água nos serviços de saúde e dispensadores para preparações alcoólicas nos locais de ponto de assistência/tratamento à saúde, incluindo substituição destes quando vazios, são fundamentais para garantir uma prática de HM com qualidade.

Neste estudo, todos os coordenadores referiram disponibilidade da preparação alcóolica e afirmaram que as mesmas são substituídas quando vazias. Isso evidencia corresponsabilidade da gestão, à medida que os insumos são fornecidos sem interrupções e trocados de acordo com a necessidade. Resultados diferentes foram evidenciados em um hospital do noroeste do Paraná. Das 15 unidades assistenciais avaliadas, 13,3% (n=2) delas os frascos sempre eram reabastecidos quando vazios e em 86,7% (n=13) eram reabastecidos esporadicamente⁽¹⁵⁾.

Quanto aos dispensadores de álcool gel ao alcance das mãos e próximos ao leito/maca do paciente, os coordenadores responderam positivamente sobre a disponibilidade dos mesmos. Durante a coleta de dados, observou-se que somente a UTI Adulto, possuía frascos fixados na parede, à beira do leito. Na literatura há evidências de que a infraestrutura por si só não é considerada a maior barreira para a prática de HM entre os profissionais de saúde. Capacitações também são necessárias, uma vez que apesar do percentual elevado de água corrente (96%), sabonete líquido (72-96%) e álcool gel (18% a 51%), das 4676 oportunidades de HM observadas, a taxa de adesão de HM com água e sabão foi de 48%, e com álcool foi de 2%⁽¹⁶⁾.

No que tange os frascos de bolso de álcool gel, cerca de metade dos coordenadores destacaram dificuldades de acesso. Este dado corroborou com as coletas realizadas *in loco*, onde a taxa correspondente ao número de profissionais de saúde encontrados com frasco de bolso foi de 2,9%. Essa evidência foi encontrada na Unidade de Atenção Psicossocial, em que a mesma, não possui disponíveis pontos de assistência (pias, dispensadores de sabonete líquido e papel toalha), devido ao histórico clínico dos pacientes internados nesta unidade (transtornos mentais graves ou decorrentes do uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas).

É preconizado que os profissionais de saúde tenham frascos de bolso para fricção antisséptica das mãos. Essa medida visa reduzir a carga de micro-organismos na ausência de sujidade visível; contribui para a prevenção das IRAS, aumentando a qualidade da assistência e a segurança do paciente⁽³⁾. A utilização de frascos de bolso para elevar a adesão da HM é considerada uma intervenção válida e bem-sucedida em instituições que não possuem uma infraestrutura adequada⁽¹³⁾. Neste sentido, os frascos de bolso podem ser uma estratégia utilizada pela instituição, para incentivar os profissionais de saúde à HM.

Neste estudo, os coordenadores relataram que os protocolos com recomendações para à HM estão acessíveis nas unidades, e que receberam capacitação sobre eles nos últimos dois anos. Em pesquisa paranaense⁽¹⁵⁾, verificou-se que somente sete das 15 unidades de internação pesquisadas havia manuais de HM disponíveis para consulta. Outra evidência do estudo foi a disparidade de treinamento, nos últimos dois anos, entre os profissionais enfermeiros e médicos (92% e 20%, respectivamente)⁽¹⁵⁾. A baixa adesão às capacitações também foi observada, em outro estudo, com enfermeiros (33,3%) e técnicos (51,8%) de UTI⁽¹⁷⁾.

Sabe-se que ações de educação permanente devem ser utilizadas pelas instituições e que as mesmas podem contribuir na motivação dos profissionais. Estudo⁽¹³⁾ evidenciou um aumento do escore mediano de 16 (intervalo interquartil, 12-20) para 20 (intervalo interquartil, 15-24) após intervenção com treinamentos sobre o conhecimento de HM realizado com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e estudantes de medicina.

No entanto, há outros fatores que interferem para a não adesão à prática de HM. Dentre eles: materiais; comportamentais e institucionais. Com relação aos fatores materiais, estudo evidenciou por meio de relatos dos profissionais, inadequações de fornecimento de insumos (papel-toalha, álcool 70% e sabonete líquido) em unidades de internação adulto, pediátrica e emergência. Estes achados foram cor-

roborados durante a observação⁽¹⁸⁾. Logo, pode-se refletir que a baixa adesão por parte dos profissionais de saúde pode estar relacionada à deficiência nas condições estruturais dos serviços, dos materiais informativos (cartazes, folders) e também, a não realização de educação permanente sobre a HM. As instituições podem desempenhar papel fundamental na motivação dos profissionais para desenvolverem práticas adequadas de HM⁽¹⁹⁾.

Em um hospital paranaense, de 258 dispensadores, 81,8% (N=211) estavam presentes nos pontos de assistência e tratamento ao paciente; porém, distantes do alcance das mãos dos profissionais; 18,2% (N=47) estavam localizados nos corredores da unidade e somente um dispensador encontrava-se fixado próximo ao leito do paciente⁽¹⁵⁾. Inadequações também foram encontradas em outro hospital na região Sul do Brasil, em que não havia dispensadores de antissépticos à beira do leito dos pacientes⁽⁵⁾. Essa falta de acesso, pode dificultar a prática de HM dos profissionais durante a assistência prestada ao paciente, o que pode favorecer ao desenvolvimento das IRAS.

A presença de cartazes ilustrativos tanto para promoção de HM, quanto da técnica de higienização simples com água e sabão, foram avaliados como positivos pelos coordenadores. Eles estavam expostos ao lado das pias, tanto nos corredores como nas enfermarias. A presença destes pode auxiliar os acompanhantes e pacientes na prática correta de HM. Da mesma forma, pode favorecer para que constantemente os profissionais possam estar relembrando a técnica de HM. Entretanto, estudos realizados na região Sul do Brasil^(5,15) constataram carência de cartazes referentes à técnica e a promoção da HM fixados nas unidades.

Segundo os coordenadores pesquisados, as auditorias sobre adesão à HM nas unidades de internação são realizadas mensalmente. Sobre isso, não há consenso na literatura, ao mesmo tempo que algumas instituições executam essa medida⁽¹⁰⁾, outras não⁽¹⁵⁾. Ressalta-se que as auditorias podem ser um fator positivo para ampliar a taxa de adesão à HM entre os profissionais da saúde, pois a partir delas podem ser fornecidos feedback do acompanhamento realizado.

In loco ao avaliar a estrutura física, verificou-se inadequações como: pias que apresentavam ferrugens e torneiras que respingavam fora da pia ao serem ativadas. Além disso, identificou-se a presença de dispensadores de sabonete líquido junto ao de álcool gel, o que pode ocasionar uso inadequado dos insumos durante a prática de HM. No entanto, os dispensadores de sabonete líquido, álcool gel e papel toalha encontravam-se em perfeito funcionamento, reabastecidos e devidamente distribuídos pelas unidades.

Referente aos tipos de torneiras por pia, em parte a instituição pesquisada, encontra-se de acordo com a RDC nº

50⁽²⁰⁾. Observou-se que em 39,4% (84:213) as torneiras tinham fechamento automático; porém, em 35,7% (76:213) elas eram de fechamento manual. De acordo com essa Resolução, as pias devem possuir torneiras que dispensem o contato das mãos limpas para fechamento. Quando isso não for possível, deve-se utilizar papel toalha, evitando o contato direto com as mãos com a torneira^(1, 20).

A HM é uma medida individual, simples e menos onerosa para prevenir IRAS. Sendo assim, para que a prática de HM seja realizada, faz-se necessário primeiro que as instituições de saúde disponibilizem infraestrutura adequada nas enfermarias, corredores e pontos de assistência/tratamento. Segundo que os profissionais também precisam fazer a sua parte, sendo proativos, corresponsáveis e influenciadores positivos (modelo) na prática da HM.

■ CONCLUSÃO

A infraestrutura para a prática de HM na instituição pesquisada está em parte de acordo com o que rege a RDC 50. Foram evidenciadas algumas pias e torneiras não adequadas, falta de cartazes ilustrativos e dispensadores de álcool gel próximos aos leitos/macacões do paciente, nas enfermarias. Mas, de forma positiva, observou-se que na instituição há o reabastecimento e troca dos dispensadores/frascos vazios de forma adequada, cartazes ilustrativos ao lado dos dispensadores localizados nos corredores, bem como protocolos institucionalizados e oferta de capacitações sobre HM. Os coordenadores demonstraram conhecimento adequado sobre a infraestrutura existente.

Foi elaborado um relatório com os resultados à instituição pesquisada, que poderá servir de subsídios para a implementação de medidas que venham atender as normas preconizadas pela ANVISA. Para incentivar os profissionais de saúde na adesão à HM, sugere-se planejar ações com metodologias ativas, como simulações realísticas que contemplem o protocolo institucional de HM.

Quanto às limitações do estudo, destacam-se: população reduzida, a pesar de ser a totalidade de coordenadores, dificultando a generalização dos achados; a impossibilidade de fazer análises de associação por serem observadas variáveis distintas (observação da infraestrutura e o conhecimento dos coordenadores).

■ REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos. 1ª ed. Brasília: Anvisa; 2009 [citado 2018 mai 12]. p.109. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf.

2. Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Guia para implementação: um guia para implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: OPAS/ANVISA; 2008 [citado 2018 mai 15]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=456-guia-para-a-implantacao-da-estrategia-multimodal-da-oms-para-a-melhoria-da-higienizacao-das-maos-6&category_slug=seguranca-do-paciente-970&Itemid=965.
3. Ministério da Saúde (BR).. Anexo 1: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Anvisa/Fiocruz; 2013 [citado 2018 mai 15]. p.15. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/000002347f0HsQg.pdf>.
4. Moura PMM, Tristão FSA, Guanilo MEE, Porto AR. Evaluation of hospital infrastructure for hygienization of hands. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017 Dec [cited 2018 May 18];11(Supl. 12):5289-96. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22884/25479>.
5. Oliveira AC, Paula AO. Infecções relacionadas ao cuidar em saúde no contexto da segurança do paciente: passado, presente e futuro. *Rev Mineira Enferm*. 2013;17(1):216-20. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130018>.
6. Coelho MS, Arruda CS, Simões SMF. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo. *Enferm Glob*. 2011 [citado 2018 maio 05];10(1):1-12. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115161/109081>.
7. Zottele C, Magnago TSBS, Dullius AIS, Klankiewicz ACB, Ongaro JD. Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03242. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2016027303242>.
8. Raimondi DC, Bernal SCZ, Souza VS, Oliveira JLC, Matsuda LM. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. *Rev Cuid*. 2017;8(3):1839-48. doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.437>.
9. Vasconcelos RO, Alves DCI, Fernandes LM, Oliveira JLC. Adhesión a la higiene de las manos por el equipo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *Enferm Glob*. 2018 [citado 2018 maio 18];17(2):430-45. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/284131/227831>.
10. Deyneko A, Cordeiro F, Berlin L, Ben-David D, Perna S, Longtin Y. Impact of sink location on hand hygiene compliance after care of patients with *Clostridium difficile* infection: a cross-sectional study. *BMC Infect Dis*. 2016;16:203. doi: <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1535-x>.
11. Ongaro JD. Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário do sul do Brasil [monografia]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2017.
12. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
13. Allegranzi B, Sax H, Bengaly L, Richet H, Minta DK, Chraiti ML, 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. doi: <https://doi.org/10.1086/649796>.
14. Rimi NA, Sultana R, Luby SP, Islam MS, Uddin M, Hossain MJ, et al. Infrastructure and contamination of the physical environment in three Bangladeshi hospitals: putting infection control into context. *PLoS One*. 2014;9(2):e89085. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089085>.
15. Prado MF, Hartmann TPS, Teixeira Filho LA. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):220-6. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200003>.
16. Rousham EK. Hand hygiene infrastructure and behaviours in resource-limited healthcare facilities. *J Hosp Infect*. 2016;94(3):284-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.08.015>.
17. Vasconcelos RO, Alves DCI, Fernandes LM, Oliveira JLC. Adhesion to hand hygiene by nursing team in intensive care unit. *Enferm Glob*. 2018 [cited 2018 May 05];17(50):462-76. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/284131/227851>.
18. Santos TCR, Roseira CE, Piai-Morais TH, Figueiredo RM. Hand hygiene in hospital environments: use of conformity indicators. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(1):70-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.40930>.
19. Oliveira AC, Paula AO. Factors related to poor adherence to hand hygiene in healthcare delivery: a reflection. *Cienc Cuid Saude*. 2014 [cited 2018 May 05];13(1):185-90. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13410/pdf_160.
20. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde. Brasília, DF; 2002 [citado 2018 maio 05]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancaadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-50-de-21-de-fevereiro-de-2002>.

■ AGRADECIMENTOS

Trabalho apoiado pelo PIBIC-CNPQ – Edital 2016-2017 e PROIC-HUSM – Edital 2017-2018.

■ Autor correspondente:

Tânia Solange Bosí de Souza Magnago
E-mail: tmagnago@terra.com.br

Recebido: 25.07.2018

Aprovado: 26.10.2018