

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

VANIA APARECIDA DE CARVALHO

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE E AS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA A
PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS: UMA REVISÃO DE
LITERATURA.**

**BELO HORIZONTE
2012**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Vânia Aparecida de Carvalho

**A EDUCAÇÃO PERMANENTE E AS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA A
PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Vigilância e Controle das Infecções do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Vigilância Epidemiológica e Controle de Infecções.

Orientadora: Prof. Marilza Rodrigues Ribeiro

**Belo Horizonte
2012**

C331p Carvalho, Vania Aparecida de.
A educação permanente e as condições estruturais para a
prática de higienização de mãos : Uma Revisão de Literatura. / Vania
Aparecida de Carvalho - 2012.
25 f.

Orientadora : Prof. Marilza Ribeiro
Monografia (especialização) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Belo Horizonte, 2012.

1. Lavagem. 2. Infecção hospitalar. 3. Higiene

I. Título . II. Marilza Ribeiro.

CDD 616

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Prof. Clélio Campolina Diniz

Reitor

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Diretor do Hospital das Clínicas

Profa. Andréa Maria Silveira

Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão do Hospital das Clínicas da UFMG

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIGILÂNCIA E CONTROLE DAS INFECÇÕES
COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DIDÁTICA

Coordenadora: Profa. Maria Aparecida Martins

Subcoordenadora: Profa. Edna Maria Rezende

Membros: Profa. Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaz

Profa. Wanessa Trindade Clemente

Representantes discentes: Elisa Neide Barbosa de Souza

Fabiana Lelis de Avelar Silva

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos a Marilza Ribeiro - minha orientadora - que me ensinou humanidade, suavidade e profissionalismo, não desistindo de mim mesmo quando eu já não me dava créditos, a Maria Aparecida e Edna - coordenadoras do curso que entenderam o momento difícil pelo qual passei e generosas não pouparam esforços em me incentivar. Agradeço ainda a Roberta sempre solícita e carinhosa, com toda competência foi elo de muitas negociações felizes. A todas essas mulheres que num mundo capitalista e medíocre, que num Brasil que elege uma presidenta sofrem ainda com o machismo impregnado em nossas entranhas mas, que mesmo assim fazem a diferença. Agradeço a Neder estímulo para início e fim desta jornada, mesmo não comungando mais a vida a dois não posso deixar de agradecê-lo sempre.

RESUMO

A adesão a práticas seguras de higienização de mãos constitui papel fundamental para prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência em saúde. (BRASIL, 2007).
Objetivo: Identificar as experiências descritas na literatura sobre os aspectos da educação permanente e das condições estruturais para a prática de Higienização das Mãos.
Metodologia: Revisão crítica da literatura realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, cujas bases de dados foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Analysis Retrieval System Online* (MEDLINE®) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram também consultados os endereços eletrônicos www.anvisa.gov.br, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e www.who.org da Organização Mundial de Saúde (OMS), sem limites de tempo. O critério de inclusão utilizado foi selecionar todo artigo de periódico obtido através dos descritores - Lavagem de mãos, Infecção hospitalar, Pessoal de saúde e Higiene - e que abordasse um dos cinco momentos para higienização de mãos preconizada pela Organização Mundial de Saúde (2010), assim como os Manuais técnicos e institucionais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Organização Mundial de Saúde sobre higienização de mãos. Conclusão: Este estudo demonstrou a existência de evidências sobre a importância da Higienização das mãos na prevenção e controle dos agravos infecciosos no processo assistencial dos serviços de saúde. Destaca-se a importante contribuição da OMS neste contexto de segurança do paciente. A sua proposta de Estratégia Multimodal demonstra ser um modelo sistematizado e possível de ser aplicado, entretanto é necessária uma maior divulgação entre os profissionais de saúde e consequente validação pela comunidade mundial.

Descritores: Lavagem de mãos. Infecção hospitalar. Pessoal de saúde. Higiene.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVO.....	10
3	MÉTODOS.....	11
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	12
	4.1 Educação permanente.....	12
	4.2 Condições estruturais para a HM	19
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
	REFERÊNCIAS.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA –	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS –	Biblioteca Virtual em Saúde
EAS –	Estabelecimentos de Atenção à Saúde
IRAS –	Infecções relacionadas à Assistência em Saúde
HM –	Higienização de mãos
LILACS –	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE® -	<i>Medical Analysis Retrieval System Online</i>
OMS –	Organização Mundial de Saúde
SCIELO -	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>

1. INTRODUÇÃO

A adesão a práticas seguras de higienização de mãos constitui papel fundamental para prevenção de controle das infecções relacionadas a assistência em saúde. (BRASIL, 2007).

A preocupação com essa prática preventiva tem origem no sec. XIX (LARSON, 2001). Ainda em 1846, Ignaz Philip Semmelweis instituiu onexo causal entre a febre puerperal e cuidados médicos, estabelecendo a relação entre as mãos não limpas dos médicos legistas e a infecção puerperal (BRASIL, 2007). Hoje é considerada a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2009).

A importância da higienização das mãos, no contexto da segurança da assistência à saúde do usuário, é justificada por serem as mãos a principal via de transmissão de microrganismos durante a assistência à saúde e é uma medida simples e eficaz na prevenção da transmissão de infecções por contato direto ou indireto com os pacientes (BRASIL, 2007).

Atualmente, o termo ‘lavagem das mãos’ foi substituído por ‘higienização das mãos’ devido à maior abrangência deste procedimento. Esse último enfoca a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (BRASIL, 2009). Essa é também uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS), da qual o Brasil é signatário e instituiu a segurança do paciente como diretriz máxima para atuação através da *World Alliance for Patient Safety*. Assim, desde 2004, a segurança do paciente tem sido tema das Assembleias Mundiais de Saúde, realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como um dos enfoques a prevenção e controle das infecções hospitalares.

Em sua primeira campanha mundial, em 2005 foi lançado o Desafio Global para Segurança do Paciente, com o tema “*Clean Care is Safer Care*”, com ênfase na prática de higienização das mãos pelos profissionais de saúde (ANVISA, 2007; PITTET, DONALDSON, 2006). Subsequentemente, em todos os programas que tratam sobre a segurança do paciente, existe a priorização do tema HM.

Entretanto, para atuar na segurança do paciente é necessário compreender a importância epidemiológica para a saúde da população mundial das Infecções relacionadas à assistência à Saúde (IRAS). Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou revisões sistemáticas sobre a segurança do paciente, cujos resultados concluíram que a maioria destes agravos infecciosos é evitável, desde que haja a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controle dos mesmos, principalmente a prática de HM, desde que realizada no momento certo e de forma correta (CDC, 2002; ANVISA, 2007; OMS, 2010).

Estudo realizado pela OMS (WHO, 2010) encontrou uma taxa de adesão dos profissionais de saúde em relação à prática de HM, entre 20 a 80% (média de 40%). Esses dados demonstraram a urgência de uma intervenção de âmbito mundial. A legislação brasileira reforça a importância da segurança inerente ao processo de assistência à saúde, pois institui como um dever das instituições de saúde... *”eliminar, diminuir ou prevenir o risco à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da prestação de serviços”* (BRASIL, 1990).

Assim, a garantia da segurança na prestação de serviços de saúde é uma exigência ética e legal para a proteção à saúde da população (COFEN, 2007; SÁ, 2002). Esse pressuposto tem um maior destaque na assistência de média e alta complexidade, devido ao seu maior grau de invisibilidade e a uma maior fragilidade do usuário, justificada pela sua condição clínica e/ou pelo uso de procedimentos propedêuticos e terapêuticos que o deixa mais vulnerável (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, em 2010, a OMS lançou a Estratégia Multimodal para a Higienização das mãos, com o objetivo de atender ao preceito de segurança. Nessa, a OMS recomenda a melhoria das instalações e a implantação de estratégias multimodais através do uso de ferramentas testadas e fontes de dados que subsidiam essa prática. Essas ferramentas contemplam a implantação, pelas instituições de saúde, de ações de avaliação e monitoramento do processo assistencial que gerem evidências da realidade interna da instituição prestadora de serviços de saúde e assim subsidiem a adequação e melhoria para a prática de Higienização das mãos nas instituições de saúde, com enfoque nas suas condições estruturais e operacionais, na educação permanente e na cultura institucional (WHO, 2010).

A Estratégia Multimodal para Higienização das Mãos da Organização Mundial de Saúde é um método inovador que busca maior adesão da população profissional e usuários da saúde

(WHO, 2010) e têm como “carro chefe” de suas recomendações a realização da higienização de mãos em cinco momentos essenciais do processo assistencial. Porém, é um método multifacetado que exige das instituições de saúde estrutura adequada e educação permanente de funcionários e usuários em geral destes serviços.

Deste modo questiona-se: As instituições de saúde têm dado suporte adequado para a implantação da Estratégia Multimodal? Ou seja, como a literatura vem descrevendo nos últimos quatro anos as experiências de educação permanente e condições estruturais para HM?

Portanto, há necessidade iminente de gerenciar o risco inerente ao processo assistencial, como é o caso dos agravos infecciosos, através da formulação e implantação de medidas e procedimentos para a sua prevenção, redução e controle do mesmos. Entre essas ações, a higienização das mãos é reconhecida como uma prática eficaz e barata a ser utilizada neste contexto e a sistematização desta prática facilita a sua implantação, conforme orientado pela OMS (WHO, 2010).

Na Estratégia Multimodal estão inseridos, com destaque, a educação permanente e as condições estruturais, como essenciais para sistematização desta prática através dos cinco momentos para a Higienização das mãos. Conhecer como estes dois aspectos são abordados na literatura contribuirá, sem dúvida, para um maior entendimento sobre as potencialidades e dificuldades dos serviços de saúde na prática da higiene das mãos.

2. OBJETIVO

Identificar as experiências descritas na literatura sobre os aspectos da educação permanente e das condições estruturais para a prática de Higienização das Mãos.

3. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão crítica da literatura realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde, cujas bases de dados foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Analysis Retrieval System Online* (MEDLINE®) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Foram utilizados como descritores os termos “Lavagem de mãos”, “Infecção hospitalar”, “Pessoal de saúde” e “Higiene”. Foram ainda consultados os endereços eletrônicos *www.anvisa.gov.br*, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e *www.who.org* da Organização Mundial de Saúde (OMS), sem limites de tempo.

O critério de inclusão utilizado foi selecionar todo artigo de periódico obtido através dos descritores e que abordasse um dos cinco momentos para higienização de mãos preconizada pela OMS (2010), assim como os Manuais técnicos e institucionais da ANVISA e OMS sobre higienização de mãos. Como limite de tempo, foi utilizado o período entre 2009 a 2012, trabalhos publicados na língua portuguesa, inglesa e espanhola (Diagrama 1).

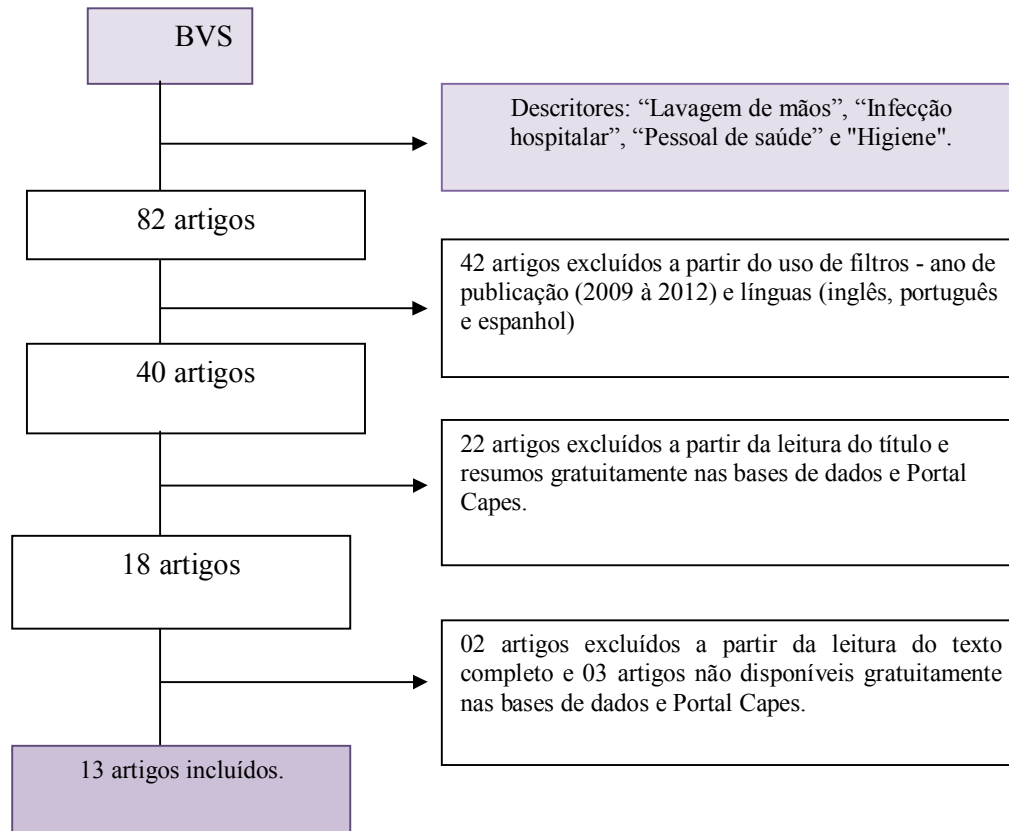


Diagrama 1. Metodologia da busca realizada na BVS. 2012.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram inclusos 13 artigos neste estudo que abordam direta ou indiretamente os aspectos da educação permanente e das condições estruturais para a prática de Higienização das Mãos e cinco publicações, entre legislações e manuais técnicos da ANVISA e OMS sobre o tema.

4.1. Educação permanente

Mathai *et al* (2010) argumentam que o fazer em saúde é um ato complexo, pois permeia o comportamento humano envolvendo a história, a religião, as crenças e a cultura de cada indivíduo.

Este raciocínio é justificado, pois mais de 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo são acometidas por infecções adquiridas em hospitais. Nos países em desenvolvimento, mais da metade de todas as crianças em unidades neonatais adquirem pelo menos uma infecção associada à assistência à saúde, com uma taxa de letalidade de 0,3% (TANWIR, 2012).

A segurança é certamente um dos componentes essenciais a compor qualquer programa para melhorar a qualidade das técnicas utilizadas e a adesão às mesmas, inseridas em um processo assistencial, o que inclui a Higienização das Mãos, medida preventiva essencial para a segurança do paciente. (KHALED *et al*; 2009).

Assim, torna-se urgente a reestruturação da formação dos profissionais de saúde a fim de assegurar os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessárias para uma assistência segura. Melhorar estas competências requer a introdução precoce de conteúdos e oportunidades, na formação dos profissionais de saúde, para o desenvolvimento do raciocínio clínico e crítico sobre o tema. Também, deve ser dada ênfase aos programas de educação permanente para estes profissionais, com enfoque nos aspectos sócio-culturais da segurança assistencial (ALLEGIANZI, PITTET, 2009).

Entretanto, mesmo sendo considerada uma estratégia fundamental para alcançar a segurança do processo assistencial prestado ao usuário, as ações de educação permanente por si só são

insuficientes para uma mudança efetiva das práticas pelos profissionais, com vistas à segurança do processo de assistência à saúde (MATHAI *et al*, 2010).

Entre os desafios associados a essa prática estão à prevenção de doenças, a recuperação dos agravos e a conseqüente melhoria da qualidade e segurança do atendimento para milhões de pacientes (MATHAI *et al*, 2010).

Sobre o tema “*Higienização das Mãos*”, os programas educacionais devem ser adaptados às necessidades institucionais e aos recursos disponíveis com enfoque no “*Por que?*”, “*Quando?*” e “*Como?*”. Assim, para atingir o objetivo de melhora das técnicas e adesão para higienização de mãos (HM), deve ser implantada uma estratégia multimodal (BRASIL, 2007).

Vários autores (MATHAI, 2010; ALLEGRANZI e PITTET, 2009; SANCHES e RODRIGUES, 2011) fizeram estudos observacionais acerca do contexto e adesão para HM comprovando que tanto as taxas de adesão quanto a qualidade das técnicas continuam baixas no contexto de assistência à saúde. No entanto, os estudos são unânimes em qualificar uma metodologia multifacetada com educação permanente e respectivo *feedback* modelos capazes de otimizar e melhorar as adequações as técnicas e adesão à HM .

Os resultados de um estudo de revisão demonstraram uma escassez de dados sobre os diversos aspectos da intervenção educativa para a prática de higienização das mãos na assistência à saúde. Mas, apesar destas lacunas, deve ser valorizado o papel fundamental de um programa de educação formal com o objetivo de melhorar a adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos. Reforçam ainda, ser fundamental para a melhoria da higienização das mãos nos cuidados de saúde a abordagem dos aspectos comportamentais além dos cognitivos nas intervenções de educação permanente como citado anteriormente (MATHAI *et al*, 2010).

Entre os fatores mais freqüentemente citados como determinantes para à adesão a higienização das mãos estão à categoria profissional, a área assistencial, o desfalque da equipe, a superlotação e o uso Equipamentos de Proteção Individual (aventais e/ou luvas). Infelizmente, nas indicações de HM em situação de maior risco, como antes do contato com o

paciente, ou antes da realização de procedimentos invasivos, a prática preventiva é normalmente negligenciada (SANCHEZ, RODRIGUES, 2011).

Constata-se, segundo Allegranzi e Pittet (2009) que fatores individuais cognitivos e culturais podem fornecer esclarecimentos adicionais sobre o comportamento dos profissionais de saúde a não adesão à higiene das mãos. Entre eles, estão a percepção, o conhecimento do risco da transmissão e o impacto das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Convém destacar a pressão social e a convicção de profissionais de saúde sobre a sua auto-eficácia na execução a ação de higienização das mãos.

Portanto, o comportamento sobre a prática de higienização das mãos não é homogêneo, mas normalmente o ato de higienizar as mãos ocorre quando as mãos estão visivelmente sujas ou pegajosas e ocorre como reflexo de um comportamento social comum. Isto explicaria a não adesão à prática de higienização das mãos quando as mesmas estão “aparentemente” limpas. (ALLEGIANZI, PITTET, 2009).

O comportamento humano tem grande impacto na prática de HM com destaque para as crenças pessoais sobre a sua eficácia, a falta de modelos positivos no ambiente de trabalho e as normas pré-estabelecidas pela equipe em um hospital. Alguns estudos demonstraram que as crenças sobre a importância da auto-proteção são as principais razões para a realização da HM (GONZALEZ *et al*, 2010).

Erasmus (2009) descreveu que entre os profissionais de saúde, os enfermeiros justificaram a importância da higienização das mãos para a prevenção de infecção cruzada entre os pacientes e também como medida de auto-proteção. Entretanto, os médicos relataram ser uma medida de auto-proteção e ainda argumentaram sobre a falta de evidências que indiquem a HM como uma medida preventiva eficaz na prevenção de infecção cruzada.

Os profissionais de saúde realizam a HM, mais frequentemente, após as atividades que se associam à sujeira e quando a proteção pessoal parecia ser mais importante que a segurança do paciente. Assim, é importante a realização de pesquisas sobre o comportamento humano no contexto da HM e ser este conhecimento essencial para o desenvolvimento de intervenções multifacetadas de sucesso. A adesão à higiene das mãos é influenciada, principalmente, pelo desejo de auto-limpeza e pelo modelo de comportamento de outros profissionais de saúde, as

ações de educação permanente devem se concentrar no envolvimento dos profissionais de referência técnica e liderança da equipe (ERASMUS et al, 2009).

Um programa de educação permanente para o HM, segundo Sanjai et al (2009), deve conter entre outros aspectos, a formação de médicos e enfermeiros sobre a importância de cuidados de saúde e da higiene das mãos na prevenção dos agravos infecciosos. Deve ainda enfatizar o uso de produtos a base de álcool como um substituto apropriado do sabão e água, na maioria dos casos e incentivar os profissionais, médicos e enfermeiros, com ótimas taxas de adesão a HM, a usarem botões verdes dizendo “*Pergunte-me se eu lavei as minhas mãos*”. Segundo esses autores, o gerente de enfermagem deve ser o responsável pelas condições estruturais, como a distribuição de soluções alcoólicas de uso individual e elaboração de um plano semanal de melhoria da HM em parceria com os outros gestores da instituição.

Em estudo que corrobora com os anteriores Gonzalez *et al* (2010), define três aspectos que devem ser considerados para avaliar o comportamento do profissional de saúde para a adesão à HM quais seja, a intenção comportamental antes e após o contato do paciente, seus conhecimentos e suas atitudes e crenças. Realizado na Espanha, este estudo, identificou que há uma associação entre a necessidade de autoproteção dos trabalhadores, às crenças e ao conhecimento acerca da HM.

A complexidade relacionada ao comportamento dos profissionais de saúde sobre a HM descrita no início deste trabalho e discutida até aqui se estende a sua promoção e à aplicação de ações educativas multifacetadas e depende ainda do delicado equilíbrio entre a avaliação dos benefícios e as barreiras existentes. Isto exige a participação tanto dos profissionais responsáveis pela gerência da instituição como dos trabalhadores envolvidos diretamente na assistência ao paciente, além de investimentos metodológicos e vigilância contínua rigorosa. (ALLEGIANZI *et al*, 2010).

Ainda nesta linha de pensamento Allegranzi e Pittet (2009) levantam outra grande questão a ser avaliada “*Qual a taxa esperada de adesão à HM?*”. Idealmente, a meta deveria ser de tolerância zero ou uma taxa de adesão de 100% mas de difícil alcance devido à complexa gama de fatores que influenciam o comportamento dos profissionais de saúde. Assim, deve-se ter como meta uma taxa de adesão satisfatória, mas uma perspectiva de melhoria contínua.

Segundo dados publicados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a adesão a esta prática preventiva permanece baixa, com taxas que variam de 5% a 81%, sendo em média, 40% (BRASIL, 2007).

Estudo observacional sobre a realização da HM realizado por um período de oito anos mostrou uma taxa de adesão de no máximo 66% e houve uma redução das taxas de Infecção Relacionada ao Cuidar em Saúde (IRAS) inferior a 10%. Assim, existe a necessidade de uma análise mais cuidadosa, antes fixação de uma meta de tolerância zero para as não conformidades associadas à higiene das mãos (KHALED *et al*, 2009).

Em um hospital geral na Virgínia, Estados Unidos (SETVENS, 2010) foram encontrados resultados que confirmam a dificuldade na fixação da meta acima. A taxa de adesão à HM para os fisioterapeutas respiratórios foi de 84% (maior taxa global de adesão da equipe) e para os médicos de 66% (menor taxa global de adesão). Na avaliação da adesão nas diversas unidades da instituição, a menor taxa de adesão foi no departamento de emergência (53%), com uma maior taxa de adesão por enfermeiros (60%) e a menor por técnicos de radiologia (26%). A Unidade de Transplante de Medula Óssea demonstrou as melhores taxas de adesão da instituição, inclusive com 100% de adesão pelos médicos a essa prática .

A importância em conhecer a taxa de adesão à HM justifica o uso da monitorização contínua e do *feedback* do desempenho a ser apresentado à equipe. Isto propicia uma oportunidade de reflexão, a partir de dados inerentes ao próprio processo de cuidado, tanto pela equipe assistencial como pela de gestão e a consequente definição de ações de adequação e melhorias necessárias. (KHALED *et al*, 2009).

Embora a metodologia da observação direta tenha a vantagem de permitir a avaliação da técnica da HM, também está associada a um maior custo. Além disso, esta forma de observação é potencialmente limitada pela mudança do comportamento dos profissionais quando sabem estar sendo observados (Efeito *Hawthorne*), pela dificuldade de visualização de toda a extensão física da unidade e ser influenciada pelo perfil do observador se ele não for treinado rigorosamente (STEVENS MP, 2010).

Apesar das pesquisas realizadas que reforçam a importância da HM, pode-se afirmar que a adesão a essa prática, antes e após a execução dos procedimentos pelos profissionais de saúde

ainda é baixa e de má qualidade. Corrêa *et al* (2011) avaliaram uma unidade de internação pediátrica e seus estudos demonstraram que apenas 6,9% dos funcionários realizaram a HM antes do contato com paciente e 19,5% realizaram a HM após o contato com paciente comprovando todas evidências discriminadas até aqui.

Nos últimos anos, diferentes metodologias e desenhos de estudos têm sido utilizados com a finalidade de melhorar as taxas de HM através da implementação e intervenções de medidas para monitorar a adesão dos profissionais de saúde no tocante à HM. Esses estudos focam na melhoria da qualidade da técnica, adesão e reconhecimento dos profissionais e usuários das oportunidades para HM (SANCHEZ, RODRIGUEZ, 2011).

Reconhecer uma oportunidade de HM pode não ser tão fácil para profissional de saúde devido a todos os aspectos apresentados anteriormente. Para criar um clima de segurança para o paciente e para o usuário a Organização Mundial de Saúde (OMS) implementou os "meus 5 momentos"(antes do contato com paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com paciente e após contato com as áreas próximas ao paciente) para HM (WHO, 2010). Esta estratégia é utilizada com intuito de "lembrar" os profissionais sobre a necessidade da prática nos momentos adequados, assim como padronizar a metodologia dos estudos de observação. Para que esta medida alcance sucesso é necessário coordenar e integrar os esforços e recursos para melhorar as estratégias para a HM de forma efetiva (SANCHEZ, RODRIGUEZ, 2011).

Portanto, investimento nas ações de promoção da Higienização das Mãos é subsidiado por estudos convincentes sobre o seu impacto na redução das taxas de infecção, publicados a partir da década de 70 e justificada sua importância como uma prática preventiva pela sua associação temporal com a redução das taxas de infecção e a disseminação de patógenos.

Em relação à normatização desta prática pelos organismos oficiais, a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) tem grande destaque. A partir de uma revisão sistemática, ela conseguiu elaborar a Estratégia Multimodal (WHO, 2010) que se constitui de uma atuação multifacetada com inclusão também de componentes inerentes à educação e treinamento dos profissionais, à avaliação da adesão à HM e *feedback* à equipe; além de lembretes no local de trabalho e estabelecimento de clima institucional para a segurança.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) defende que a higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa, fundamental para a prevenção da disseminação das infecções relacionadas à assistência à saúde. E recentemente, incorporou ao termo “higienização das mãos” que engloba a higienização simples (anteriormente denominado de lavagem das mãos), a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (BRASIL, 2007).

Em um diagnóstico situacional sobre a higienização das mãos realizado em 901 estabelecimentos de saúde no corrente ano pela ANVISA (BRASIL, 2012), utilizou-se o Instrumento de Autoavaliação para higiene das mãos proposto pela OMS. Pelos resultados deste estudo sobre o componente “*Capacitação/Educação*”, incluído neste instrumento, mostraram que a maioria das instituições de saúde, realiza a capacitação regular para as equipes médica e de enfermagem ou, para todas as categorias profissionais.

Entretanto, esse mesmo estudo, identificou que 53% delas não possuem um sistema de controle das ações educativas realizadas para a HM e que 68% também não possuem um orçamento específico destinado para tal fim. Apenas 55% das instituições avaliadas dispõem de um sistema de avaliação (pelo menos uma vez ao ano) dos profissionais de saúde em relação aos seus conhecimentos sobre as indicações para HM e na maioria dos estabelecimentos de atenção à saúde (60%) existe um sistema de avaliação (pelo menos uma vez ao ano) dos profissionais de saúde em relação ao conhecimento da técnica correta de HM (BRASIL, 2012).

Ainda, o indicador utilizado por 51% das instituições que participaram desse estudo foi o resultado do monitoramento indireto da adesão dos profissionais à HM, através do consumo de produto alcoólico para HM. Com base nestes resultados, a Anvisa avalia que ainda é necessário um grande esforço por parte dos estabelecimentos de assistência à saúde para a adequação e melhoria da prática de Higienização das Mãos (BRASIL, 2012)

Vale ressaltar novamente que a adesão à HM é influenciada em parte pelo comportamento humano e é fundamental para a prevenção de infecção em todos os locais de atendimento à saúde. Dessa forma, necessita de métodos multifacetados para que alcance resultados mais satisfatórios. A Estratégia Multimodal com todos seus elementos inculindo "os meus 5

momentos para HM" parece ser até agora o método que muito contribui para alcançar este objetivo (STORR, KILPATRIK, 2012).

4.2 Condições estruturais para a higienização das mãos

A Estratégia Multimodal proposta pela OMS em 2010 propõe a melhoria da higiene das mãos em qualquer ambiente, independentemente dos recursos disponíveis e do ambiente cultural. Uma das principais estratégias indicadas pela OMS é a utilização de soluções alcoólicas, mesmo em países não desenvolvidos, inclusive com orientação para a produção da solução local (WHO, 2010).

As experiências realizadas pela OMS mostraram adequados padrões de controle de qualidade das soluções alcoólicas utilizadas e uma boa tolerância da pele dos profissionais de saúde. A solução alcoólica para a fricção das mãos e os programas de educação continuada é fundamental para a superação das barreiras de infraestrutura, o que motivou os governos de vários países a investirem nas condições estruturais para a higiene das mãos, assim como em campanhas nacionais, principalmente nos países desenvolvidos (ALLEGIANZI, PITTET, 2009).

No Brasil, apesar da prática de Higienização das Mãos, ser uma exigência legal desde 1998, como medida de prevenção e controle de infecção em serviços de saúde (BRASIL, 1998), foi necessário uma regulamentação específica (BRASIL, 2010) tornando obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para higiene das mãos pelos serviços de saúde.

Há ainda que ressaltar que o aumento dos suprimentos necessários para HM e o apoio institucional são aspectos importantes para melhoria do cumprimento das normas de HM. Elaziz e colaboradores (2008) em estudo realizado em um hospital do Cairo, demonstrou que a maioria das alas tinha pias disponíveis (80%), entretanto em nenhuma delas havia toalhas de papel para enxugar as mãos.

Outros fatores, além dos aspectos estruturais específicos para a HM também necessitam de avaliação. Alguns estudos, por exemplo, registram a associação entre uma menor adesão à HM quando o profissional faz uso de luvas. É importante destacar que o uso de luvas reduz a

transmissão de organismos por mãos profissionais de saúde, mas não substitui a HM (ALLEGIANZI, PITTET, 2009).

Em um estudo realizado em uma enfermaria de idosos e em uma terapia intensiva na Inglaterra, observou-se que a taxa de adesão à higienização das mãos com o uso de luvas foi de 41,4% (415 em 1002) e a taxa de adesão à higienização das mãos sem o uso da luva foi de 50,0% (1.344 em 2.686 momentos). Nestes casos, os autores concluíram que a taxa de conformidade com a higienização das mãos foi significativamente menor quando as luvas foram usadas e que a OMS deveria especificar melhor sobre o adequado uso de luvas no processo assistencial em seus manuais (FULLER, 2011).

Também KHALED (2009) reforçou sobre as dificuldades dos profissionais de saúde em cumprir as recomendações sobre a técnica de higienização das mãos, explicada por inúmeras razões, que compreendem a inadequação de falta de infraestrutura e equipamentos necessários à realização desta prática preventiva, à cultura e crenças religiosas.

Os resultados do diagnóstico situacional sobre a Higienização das Mãos nas instituições de saúde realizado pela ANVISA no país, apontaram que mais da metade (53%) dos Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) reportaram que as preparações alcoólicas para as mãos se encontravam amplamente disponível nas instituições Também na maioria destes (67%), encontrou-se uma relação pia/lavatório: leito de pelo menos 1:10 na instituição de forma geral e de 1:1 nos quartos de isolamento e na Unidades de Terapia Intensiva, com uma taxa de disponibilidade de sabonete líquido em todas as pias/lavatórios de 93%. Em relação à disponibilidade de papel toalha nas instituições avaliadas, a taxa encontrada foi de 92%. Entretanto, apenas 70% dos EAS dispõem de orçamento exclusivo para a contínua obtenção de produtos para HM, o que indica a dificuldade de uma parcela das instituições avaliadas inserirem a segurança como uma meta de gestão (BRASIL, 2012).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apontou algumas evidências sobre a importância da higienização das mãos na prevenção e controle dos agravos infecciosos no processo assistencial dos serviços de saúde. Convém destacar a importante contribuição da Organização Mundial de Saúde no contexto da segurança do paciente. A sua proposta de Estratégia Multimodal demonstra ser um modelo sistematizado e possível de ser aplicado, entretanto é necessária uma maior divulgação entre os profissionais de saúde e consequente validação pela comunidade mundial.

Foi identificada a importância de mais estudos sobre o comportamento dos profissionais de saúde em relação à segurança assistencial e a incorporação das práticas preventivas, como a higienização das mãos, no processo de cuidados ao paciente.

Em relação à situação no Brasil, percebe-se a importância do investimento realizado pelas autoridades sanitárias, entretanto os resultados do diagnóstico situacional sobre a prática de higienização das mãos no cenário nacional deverão ser alvo de uma grande campanha para a sensibilização sobre o tema.

REFERÊNCIAS

ABD ELAZIZ, K.M., BAKR, I.M.. Assessment of knowledge, attitude and practice of hand washing among health care workers in Ain Shams University hospitals in Cairo. *J Prev Med Hyg*; 50(1): 19-25, Mar. 2009.

ALLEGIANZI, B.; PITTET, D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect*; 73(4): 305-15, 2009 Dec.

ALLEGIANZI, B.; . *et al.* Successful implementation of the World Health Organization hand hygiene improvement strategy in a referral hospital in Mali, Africa. *Infect Control Hosp Epidemiol*; 31(2): 133-41, 2010 Feb.

BRASIL. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Resolução-RDC No- 63, de 25 de novembro de 2011. Regulamento Técnico que estabelece os Requisitos de Boas Práticas para Funcionamento de Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília/DF. 2011.

BRASIL. Portaria nº. 2616, de 12 de maio de 1998

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.– Brasília: Anvisa, 2007.52 p.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 42, de 25 de outubro de 2010

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente: Relatório sobre Auto-avaliação para Higiene das Mãos. Brasília: Anvisa, Março de 2012. 68p. Disponível em <www.anvisa.gov.br> Acessado em 21/11/2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Ministério da Saúde. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Ministério da Saúde. Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº. 42, e 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 26 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº. 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 13 de maio de 1998.

COFEN. RESOLUÇÃO COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em www.portalcofen.gov.br. Acessado em setembro de 2012.

CORRÊA, Ione; NUNES, Ivandra Mônica Manuel . Higiene das mãos: o cotidiano do profissional da saúde numa unidade de internação pediátrica. *Invest. educ. enferm;* 29(1): 54-60, mar. 2011.

ERASMUS, V., *et al.* A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevents cross-infection. *Infect Control Hosp Epidemiol;* 30(5): 415-9, 2009, May.

FULLER, C., *et al.* The dirty hand in the latex glove : a study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infect Control Hosp Epidemiol;* 32(12): 1194-9, 2011, Dec.

FELEMBAM, O, JOHN, W.S., SHABAN, R.Z.. Hand hygiene practices of home visiting community nurses: perceptions, compliance, techniques, and contextual factors of practice using the World Health Organization's "five moments for hand hygiene". *Home Healthc Nurse;* 30(3): 152-60, 2012 Mar.

GONZÁLEZ-CABRERA, Joaquín. *Et al.* Construcción y validación de un cuestionario para medir conductas, conocimientos y actitudes sobre la higiene de las manos en personal sanitario en formación. *Rev Esp Salud Publica;* 84(6): 827-841, nov.-dic. 2010.

LARSON, E. Hygiene of the skin: when is clean too clean? *Emerg Infect Dis.* 7(2): 225–230, Mar-Apr. 2001

MARTÍN-MADRAZO, C. *et al.* Evaluación del cumplimiento de higiene de las manos en un área de atención primaria de Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin;* 29(1): 32-35, ene. 2011.

MATHAI, E., *et al.* Educating healthcare workers to optimal hand hygiene practices: addressing the need. *Infection;* 38(5): 349-56, 2010 Oct.

MATHAI, E., *et al.* Prevention and control of health care-associated infections through improved hand hygiene. *Indian J Med Microbiol;* 28(2): 100-6, 2010 Apr-Jun.

PINCOCK, T., *et al.* Bundling hand hygiene interventions and measurement to decrease health care-associated infections. *Am J Infect Control;* 40(4 Suppl 1): 18-27, 2012, May.

PITTET, D.; DONALDSON, L. *Clean Care is Safer Care: a worldwide priority.* The Lancet. n. 366; p. 1246-1247, 2006.

SÁ, J., MIRANDA, L. S. Ética do professor de medicina. *Bioética.* 10(1): 49-84, 2002.

SAINTMARKED, S., *et al.* Variability in adherence to hand hygiene: a 5-unit observational study in Tuscany. *Am J Infect Control;* 37(4): 306-10, 2009 May.

SÁNCHEZ, J., RODRÍGUEZ, P.. Podemos y debemos mejorar la higiene de manos. Tú decides. *Enferm Infecc Microbiol Clin;* 29(1): 1-3, ene. 2011.

SCHEITHAUER, S., *et al.* Suspicion of viral gastroenteritis does improve compliance with hand hygiene. *Infection;* 39(4): 359-62, 2011 Aug.

STEVENS. *et al.* Watching them wash: description of a hand hygiene observation program. *Infect Control Hosp Epidemiol*; 31(2): 198-9, 2010, Feb.

STORR; J., KILPATRICK, C.. Hand hygiene improvement in the community: a systems approach. *Br J Community Nurs*; Suppl: S24-6, S28-9, 2012 Mar.

TANWIR, F.. Importance of hand hygiene in reducing healthcare associated infections. *Coll Physicians Surg Pak*; 22(7): 417-8, 2012 Jul.

WHO. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge clean care is safer care. Geneva: WHO; 2009. 270p.

World Health Organization (2009a) *Guide to Implementation. A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy*. Disponível em < <http://tinyurl.com/7ql87uh> >. Acesso em 18 nov. 2012.

World Health Organization (2009b) *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. Disponível em < <http://tinyurl.com/ybwu8b5> >. Acesso em : 18 nov. 2012.

World Health Organization (2011) *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Clean Care is Safer Care*. Disponível em <<http://tinyurl.com/7vhx6g7>>. Acesso em 18 nov. 2012.