

FATORES RELACIONADOS À BAIXA ADEÇÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NA ÁREA DA SAÚDE: UMA REFLEXÃO

Adriana Cristina de Oliveira*
Adriana Oliveira de Paula**

RESUMO

A higienização das mãos (HM) é uma medida pioneira para o controle das infecções relacionadas ao cuidar em saúde, de reconhecida eficácia e alto custo-benefício. Ainda assim, tem sido descrita em todo o mundo a baixa adesão a esta prática por profissionais da saúde. Diante disso, realizou-se uma reflexão sobre as possíveis razões que influenciam a não adesão à HM, destacando-se os seguintes aspectos: materiais, relacionados à falta de suprimentos e ao uso de soluções que causam irritações na pele; comportamentais, voltados para fatores culturais e o papel desempenhado pelas religiões; e institucionais, referindo-se à cultura de segurança da instituição e a treinamentos, motivação pessoal, corresponsabilização pelo controle das infecções e outros incentivos. Neste contexto, é preciso considerar os hábitos e os costumes de cada população ao encorajar as práticas de HM, monitorando este processo com feedback aos profissionais envolvidos no processo assistencial, visando à segurança do paciente e à qualidade do cuidado prestado.

Palavras-chave: Lavagem de mãos. Controle de infecções. Pessoal de saúde.

INTRODUÇÃO

Um dos principais problemas de saúde pública que preocupam a sociedade, tanto a brasileira como a internacional, são as Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois milhões de IRAS ocorrem anualmente nos EUA, ocasionando entre 60 e 90 mil mortes⁽¹⁾. No Brasil, não há dados sistematizados sobre a ocorrência das IRAS nem sobre seu custo. Apesar de grande parte dos hospitais possuir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de esta realizar algum tipo de vigilância, não há padronização no método de coleta de dados, sendo que grande parte das instituições não possui indicadores confiáveis⁽²⁾.

É reconhecido em todo o mundo que as IRAS prolongam o período de internação, gerando prejuízos de ordem econômica, social, profissional e pessoal a pacientes, familiares e instituição hospitalar. Quando se trata de microrganismos resistentes, os custos relacionados ao tratamento e às taxas de mortalidade se elevam ainda mais⁽¹⁾.

A batalha contra a resistência bacteriana

começou a ser vencida com a introdução da penicilina (descoberta da antibioticoterapia), por volta de 1928, fato que causou grande euforia nos pesquisadores, pela possibilidade de combater as infecções. A partir daí, o uso indiscriminado de antibióticos, por volta dos anos de 1950, fez recrudescer a resistência bacteriana, atingindo todos os continentes, de forma alarmante⁽³⁾.

A resistência bacteriana pode ser definida como a não suscetibilidade de alguns microrganismos (na maior parte das vezes, as bactérias) a um ou mais agentes antimicrobianos. Tem relação direta tanto com o uso indevido de antimicrobianos quanto com a não adesão dos profissionais assistenciais às medidas de precaução-padrão, em especial a higienização das mãos⁽¹⁾.

Tal fato se mostra evidente com a constatação da disseminação de patógenos resistentes pelas mãos dos profissionais, o que corrobora a preocupação com a prática de higienização das mãos, tema que se torna cada vez mais o foco das discussões entre os pesquisadores do assunto, na tentativa de buscar de estratégias que visem minimizar tal problema, contando com a participação de todos os envolvidos no processo assistencial, tornando-se, assim, uma prioridade no controle

* Enfermeira. Pós-Doutora pela Universidade de Nova York. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. E-mail: adrianacoliveira@gmail.com

** Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Bolsista FAPEMIG. E-mail: bhdedis@yahoo.com.br

da transmissão de microrganismos⁽¹⁾.

A higienização das mãos é uma medida simples, porém bastante eficaz para combater as infecções, pela sua praticidade, baixo custo e, sobretudo, alto custo-benefício para a prevenção e o controle das IRAS⁽¹⁾.

Nos últimos anos, registra-se a ocorrência de epidemias frequentes, que têm envolvido diretamente a transmissão pessoa-pessoa, exigindo a retomada da discussão de hábitos de higiene, dentre eles, prioritariamente, a higiene de mãos, haja vista o impacto da SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) e da influenza H1N1.

Levando-se em consideração que tais epidemias são infecções respiratórias, ressalta-se que, de acordo com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e a OMS, além das precauções com as doenças transmitidas por ar e/ou gotículas, chama a atenção o frequente esforço para melhorar a adesão às práticas de HM no controle da transmissão⁽⁴⁻⁵⁾.

A Organização Mundial de Saúde vem promovendo campanhas no sentido de propor estratégias que visem melhorar a adesão à higienização das mãos entre os profissionais da saúde. O *Clean Care is Safer Care - The First Global Patient Safety Challenge*, que surgiu em 2005, tem se empenhado em assegurar que a higienização das mãos seja prioridade em todo o mundo quando se trata de cuidado com o paciente, garantindo, assim, a redução da transmissão de doenças⁽¹⁾.

De acordo com a OMS, a higienização das mãos deve ocorrer, essencialmente, antes do contato com o paciente, antes de se realizar procedimentos invasivos, após contato com fluidos corporais e superfícies inanimadas próximas ao paciente, após retirar luvas, quando as mãos estiverem visivelmente sujas, após exposição a microrganismos formadores de esporos e quando houver mudança de um sítio contaminado de um paciente para um sítio limpo do mesmo paciente⁽¹⁾.

A OMS recomenda ainda, juntamente com o CDC, que os profissionais de saúde devem lavar suas mãos com água e sabão sempre que elas estiverem sujas, sendo que soluções alcoólicas são indicadas para todas as demais situações de higienização das mãos durante os cuidados com o paciente^(1,5).

Embora não haja dúvidas a respeito da eficácia da higienização das mãos e de sua simplicidade, estudos revelam baixa adesão a esta prática⁽⁶⁻⁸⁾. Além disso, há registros do domínio, por grande parte dos profissionais, do conhecimento sobre o momento em que devem realizar a HM. Entretanto, a taxa de adesão continua aquém do esperado⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Com base no exposto, este estudo pretendeu realizar uma reflexão sobre os possíveis fatores, documentados em diversas regiões do mundo, relacionados à baixa adesão à higienização das mãos na área da saúde.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo de reflexão baseado em artigos publicados em periódicos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, por meio dos portais da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Biblioteca Nacional de Medicina (PubMed). As bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bibliografia Médica (MEDLINE®), Biblioteca Científica Eletrônica Virtual (SciELO), Isi Web of Knowledge e SCOPUS. Ainda, utilizaram-se manuscritos citados nas referências dos artigos encontrados, assim como guidelines de agências de saúde, como a OMS e o CDC, para a discussão dos dados encontrados.

Diversas estratégias vêm sendo implantadas para elevar a adesão à higiene das mãos registradas. No entanto, razões para a não adesão à HM entre os profissionais da saúde têm sido foco de vários estudos em diferentes países de todos os continentes^(1, 11-13).

Com bases nesses estudos, múltiplos são os motivos que podem levar os profissionais a não aderirem à HM, os quais podem ser divididos em: materiais; comportamentais; ou institucionais (Quadro 1).

Dentre os aspectos mencionados, a irritação da pele constitui a principal razão apontada pela OMS e pelos profissionais, dividindo-se em dois grupos: a) sintomas como ressecamento da pele, com irritação, rachaduras e até sangramentos; e b) reações alérgicas e dermatite^(1,14).

Quadro 1. Fatores que influenciam a adesão à HM dos profissionais de saúde, de acordo com a natureza do fator.

do fator:				
Fatores materiais		- Suprimentos adequados para higienização das mãos (álcool gel de secagem rápida, pias com torneiras sem necessidade de fechamento manual, dispensadores próximos ao paciente, etc.) - Soluções que não causam irritações de pele		
Fatores sociais e comportamentais:	Intrapessoais	- Formação acadêmica - Conhecimento - Personalidade - Cultura e religião		
		Interpessoais	- Identidade social - Preocupação com a opinião alheia (pressão a ideais da sociedade) - Papel da sociedade	
	Fatores institucionais		- Retroalimentação (feedback) - Sobrecarga de trabalho - Recompensas e aprovações - Encorajamento de participação ativa em programas de HM	

Fonte: Adaptação World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2009. P. 72-77.

Apesar de não existirem produtos ideais para serem utilizados para a HM, deve-se dar preferência àqueles que, além de serem eficazes na eliminação de patógenos, não causem nenhum dano à pele dos profissionais⁽¹⁾.

Outros motivos, como a inadequação da disposição dos suprimentos para a HM, também são apontados pela OMS como possíveis razões para a baixa taxa de adesão à HM. Estudos revelam que pias que dispensam o uso das mãos para o fechamento e a melhor localização dos dispensadores de álcool favorecem a adesão à HM^(1,14).

Além das causas assinaladas, alguns autores alertam para as diferenças de comportamento apresentadas por profissionais de uma mesma instituição, demonstrando, portanto, a influência das características individuais em suas atitudes, como a HM^(8, 13-15).

Levando-se em consideração as características individuais, observa-se que aspectos tanto intrapessoais quanto interpessoais influenciam as atitudes dos profissionais⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Dentre os fatores intrapessoais, o alerta surge quanto a diferentes categorias profissionais, nível de conhecimentos, percepção de risco de transmissão de patógenos e de benefício para profissional e/ou paciente e situações de risco quando são necessários cuidados intensivos, em

que as necessidades do paciente são admitidas como prioridade. Ainda, devem-se levar em consideração as diferentes personalidades e, por fim, as divergentes relações entre profissionais e pacientes^(1,8, 11-12).

Há profissionais que não concordam com as normas recomendadas pela OMS, preferindo utilizar luvas a realizar a HM. Este fato revela a falta de conhecimento ou a desconsideração destes profissionais em relação às recomendações, uma vez que estas descrevem que o uso de luvas não exclui a necessidade de HM⁽¹⁾.

Outro exemplo relacionado ao nível de informação dos profissionais diz respeito à falta de reconhecimento das oportunidades de HM, o que se revela crucial, decorrendo da falta de familiaridade com os guias de higienização das mãos e, também, do uso indevido de luvas^(1,14,16-17). Isso pode ser demonstrado mediante a comparação entre dados autorreportados e dados observados. Mesmo quando os profissionais acreditam que aderiram à HM, de acordo com o recomendado, observações indicam que não houve 100% de adesão⁽⁹⁾.

Ultimamente, têm-se atribuído ênfase aos aspectos relacionados às diferentes culturas e religiões dos indivíduos. Estudiosos tentam descobrir a influência destes fatores durante a

assistência ao paciente no que diz respeito à HM^(1,13,15,18).

Uma das influências da etnia nos hábitos de HM e das consequências disso para a saúde da população provém do século XIV, quando, com o advento da peste negra, os judeus apresentaram menores taxas de mortalidade que os outros povos, provavelmente, devido ao ritual de higienização das mãos, originário da fé judia⁽¹⁰⁾. Em certas crenças, a higienização das mãos pode ocorrer por razões higiênicas, durante cerimônias religiosas, como rituais e, ainda, por razões simbólicas, em situações específicas da vida, o que pode influenciar diretamente as práticas dos indivíduos⁽¹⁸⁾.

A necessidade de HM pode ser mais claramente observada por pessoas de determinadas religiões, sendo que algumas oportunidades de HM podem se tornar problemas para grupos religiosos específicos⁽¹⁵⁾.

Um exemplo de possível interferência de algumas religiões (budismo, hinduísmo e islamismo) nas práticas de HM dos profissionais é a proibição do uso de álcool^(15,18). Tal fato se torna mais alarmante com as crescentes recomendações de que soluções alcoólicas, em algumas situações, são mais eficazes que apenas água e sabão ou outras soluções antissépticas^(1, 15).

Em conferência realizada na Arábia Saudita, em 2002, islamitas permitiram o uso de álcool em produtos medicinais, desde que não haja similares⁽¹²⁾. Ainda assim, alguns profissionais se recusam a usar soluções alcoólicas⁽¹⁵⁾. Isso se deve à pouca evidência das consequências que o álcool pode trazer após absorção da pele ou inalação, embora estudos demonstrem que a quantidade de álcool absorvida é baixa e não atinge os níveis mínimos de toxicidade nos seres humanos⁽¹⁸⁾.

Ainda, sobre os empecilhos ao uso de soluções alcoólicas, alerta-se para o fato de que em países mais úmidos e nos mais quentes pode haver maior sensação de pele suja e maior adesão à lavagem das mãos com água e sabão, em contrapartida ao uso de soluções alcoólicas⁽¹⁸⁾.

As culturas também influenciam os hábitos de higienização das mãos. Algumas regiões da África, por exemplo, têm o costume de manter nas portas das casas bacias para que os visitantes

lavem os rostos e as mãos antes de entrarem nas casas⁽¹⁸⁾.

Não há na literatura nenhuma evidência de que a religião ou a cultura possam interferir ativamente nas práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde, confirmando, assim, a necessidade de realizar mais estudos sobre o assunto.

O aspecto interpessoal mais comumente relatado refere-se à influência de profissionais mais experientes que não aderem às recomendações de controle de infecção como determinantes para diminuir a adesão entre os profissionais mais novos.

Estudantes de medicina relataram que não se sentem motivados a aderir à HM quando o preceptor ou o restante do grupo também não adere a ela⁽¹²⁾. Isso revela o importante papel representado pela sociedade e a influência do formador de opinião sobre um grupo.

Com base nos fatores institucionais, há relatos na literatura de que os profissionais consideram a falta de realimentação (feedback), com o retorno de taxas do serviço e de resultados de pesquisas, como uma barreira para a adesão à HM, pois geram a falta de informação a respeito dos reais impactos da higienização das mãos nas taxas de IRAS⁽¹²⁾. Estudos apontam que a utilização do feedback em conjunto com outras medidas pode favorecer o aumento das taxas de adesão à HM⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Outra característica relacionada a aspectos institucionais frequentemente citada é a valorização da cultura de segurança adotada pela instituição, que pode ser expressa pela sobrecarga de trabalho, ocasionada, principalmente, pelo número reduzido de profissionais.

Como consequência da sobrecarga, estudos apontam uma relação entre os dias da semana e a adesão à prática de HM, sugerindo que o cansaço e a fadiga, presentes principalmente nos finais de semana, contribuem para uma menor adesão^(1,11-12).

As instituições desempenham papel essencial na motivação dos profissionais para desenvolverem as práticas de HM. Cabe aos profissionais da Comissão de Controle de Infecções encarregados de cuidar da saúde estabelecer estratégias para melhorar as taxas de adesão.

Dentre as estratégias encontradas, merece destaque a iniciativa de um hospital americano de envolver os pacientes no processo de melhoria das taxas de HM, encorajando-os a lembrar aos profissionais de saúde sobre a realização da HM antes e após atendê-los⁽¹⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As baixas taxas de adesão à HM são uma das maiores preocupações dos estabelecimentos de saúde em todo o mundo. Estudos comprovam que intervenções devem ser feitas para reverter a situação de forma imediata e contínua.

Devido à diversidade de motivos (materiais, comportamentais e institucionais) que levam os profissionais a não aderirem às práticas de HM, as instituições de saúde devem empenhar-se não só em melhorar as condições de trabalho, atuando sobre fatores materiais e institucionais, como também em repensar o perfil de seus profissionais. É

preciso verificar os hábitos e os costumes de cada população específica, para, assim, realizar intervenções mais eficazes e, então, buscar diminuir as possíveis barreiras que influenciam a adesão às práticas de higienização das mãos.

É de fundamental importância promover atualizações entre os profissionais, com a disponibilização dos guias mais recentes sobre HM, além de fornecer a eles retorno sobre levantamentos realizados em cada instituição que comprovem a importância e a influência da HM no controle de IRAS.

O encorajamento a uma maior adesão à HM deve começar desde a educação das crianças, sendo fundamental, ainda, a participação das universidades. Estas devem dar maior ênfase à HM, principalmente, durante a formação dos profissionais da área da saúde, como parte da influência dos profissionais formadores de opinião.

FACTORS RELATED TO POOR ADHERENCE TO HAND HYGIENE IN HEALTHCARE DELIVERY: A REFLECTION

ABSTRACT

Hand hygiene (HH) is a pioneering step for the control of health care associated infections, being recognized as an effective and cost-effective measure. However, poor adherence to this practice has been described worldwide by health professionals. Thus, there was a discussion on the possible reasons that influence non-adherence to HH, highlighting the following aspects: **materials**, related to lack of supplies and use of solutions that cause skin irritation; **behavioral**, related to cultural aspects and the role played by religions; and **institutional**, referring to the safety culture of the institution, training, personal motivation, co-accountability for infection control and other incentives. In this context it is necessary to consider the habits and customs of each population, encouraging the practice of HM, monitoring this process with feedback to professionals involved in the care process aiming patient safety and quality of care provided.

Keywords: Handwashing. Infection control. Health personnel.

FACTORES RELACIONADOS CON LA BAJA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN LA SALUD: UNA REFLEXIÓN

RESUMEN

La higiene de las manos (HM) es una medida pionera para el control de las infecciones relacionadas a la atención en salud, de reconocida eficacia y alto costo-beneficio. Mismo así, se ha descrito en todo el mundo la baja adhesión a esta práctica por los profesionales de la salud. Por lo tanto, se realizó una reflexión sobre las posibles razones que influyen en la no adhesión a la HM, destacándose los siguientes aspectos: materiales, relacionados con la falta de suministros y al uso de soluciones que causan irritación en la piel; de comportamientos, dirigidos a factores culturales y al papel desempeñado por las religiones; e institucionales, refiriéndose a la cultura de seguridad de la institución y a entrenamientos, motivación personal, corresponsabilidad por el control de las infecciones y otros incentivos. En este contexto, es necesario tener en cuenta los hábitos y las costumbres de cada población al estimular las prácticas de la HM, averiguando este proceso con una respuesta a los profesionales involucrados en el proceso de atención, pretendiendo la seguridad del paciente y la calidad de la atención prestada.

Palabras clave: Lavado de manos. Control de infecciones. Personal de salud.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care- First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva: WHO; 2009.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BR). Brasília (DF): Ministério da Saúde. Notícias da ANVISA: Brasil enfrenta infecções em serviços de saúde. [on-line]. Brasília (DF), 2008. [citado 2010 mar 01]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2008/130508.htm>.
3. Echols RM. A long and winding road; evolution of antimicrobial drug development - crisis management. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2012 Nov; 10(11):1311-9.
4. World Health Organization. Overview of the current Pandemic H1N1 2009 situation.[on-line]. [citado 2010 mar 2]. Disponível em: http://www.wpro.who.int/health_topics/h1n1/.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline and recommendations. Supplement I: Infection Control in Healthcare, Home, and Community Settings. 2004. [citado 2010 mar 20]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/sars/guidance/i/healthcare.htm>.
6. Prado MF, Oliveira ACJ, Nascimento TMB, Melo WA, Prado DB. Estratégia de promoção à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva. *Cienc cuid saude*. 2012 jul-set; 11(3):557-564.
7. Aiello AE, Malinis M, Knapp JK, Mody L. The influence of knowledge, perceptions, and beliefs, on hand hygiene practices in nursing homes. *Am j infect control*. 2009; 37(2):164-7.
8. Alsubaie S, Maither Ab, Alalmaei W, Al-Shammari AD, Tashkandi M, Somily AM, et al. Determinants of hand hygiene noncompliance in intensive care units. *Am j infect control*. 2013 Feb; 41(2):131-5.
9. Oliveira AC, Paula AO. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(3):407-413.
10. Yuan CT, Dembry LM, Higa B, Fu M, Wang H, Bradley EH. Perceptions of hand hygiene practices in China. *J Hosp Infect*. 2009 Feb; 71(2):157-62.
11. Duggan JM, Hensley S, Khuder S, Papadimos TJ, Jacobs L. Inverse correlation between level of professional education and rate of handwashing compliance in a teaching hospital. *Infect control hosp epidemiol*. 2008; 29(6):534-8.
12. Erasmus V, Brouwer W, van Beeck EF, Oenema A, Daha TJ, Richardus JH, 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*. 2009; 30(5):415-419.
13. Whitby M, Pessoa-Silva CL, McLaws ML, Allegranzi B, Sax H, Larson E, et al. Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *J Hosp Infect*. 2007; 65:1-8.
14. McLaughlin AC, Walsh F. Self-reported reasons for hand hygiene in 3 groups of health care workers. *Am j infect control*. 2012; 40: 653-8.
15. Ahmed QA, Memish ZA, Allegranzi B, Pittet D. Muslim health-care workers and alcohol-based handrubs. *Lancet*. 2006; 367:1025-7.
16. Fuller C, Savage J, Besser S, Hayward A, Cookson B, Cooper B, Stone S. "The dirty hand in the latex glove": a study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *infect control hosp epidemiol*. 2011 Dec; 32(12):1194-9.
17. Tschudin-Sutter S, Pargger H, Widmer AF. Hand hygiene in the intensive care unit. *Crit care med*. 2010 Aug; 38(8 Suppl):S299-305.
18. Kramer A, Below H, Bieber N, Kampf G, Toma CD, Huebner NO, Assadian O. Quantity of ethanol absorption after excessive hand disinfection using three commercially available hand rubs is minimal and below toxic levels for humans. *BMC Infect Dis*. 2007 Oct. 11; 7:117.
19. Martino OD, Ban KM, Bartoloni A, Fowler KE, Saint S, Mannelli F. Assessing the sustainability of hand hygiene adherence prior to patient contact in the emergence department: A1-year postintervention evaluation. *Am j infect control*. 2011; 39(1):14-8.
20. Linam WM, Margolis PA, Atherton H, Connelly BL. Quality-Improvement Initiative Sustains Improvement in Pediatric Health Care Worker Hand Hygiene. *Pediatrics* 2011; 128(3):e689-98.

Endereço para correspondência: Adriana Cristina de Oliveira. Av. Alfredo Balena, 190. Sala 200. CEP 30130-100 - Belo Horizonte/MG, Brasil.

Data de recebimento: 13/05/2011

Data de aprovação: 01/10/2013