

ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Maria Fernanda do Prado*
Ângela Cristina Jorge Oliveira**
Tânia Mara Barreto do Nascimento***
Willian Augusto de Melo****
Daniela Biral do Prado*****

RESUMO

Desenvolveu-se um estudo observacional prospectivo para avaliar o efeito de uma estratégia de promoção à higienização das mãos, na adesão dos profissionais da saúde, em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Utilizou-se um instrumento estruturado para os dados referentes à adesão à higienização das mãos dos sujeitos antes e após uma intervenção em uma UTI de um hospital da Região Noroeste do Paraná, em 2009. Para análise dos dados, mensurou-se a taxa de adesão pela razão entre o número de higienizações realizadas e o número de indicações que requeriam o procedimento. Utilizaram-se os testes qui-quadrado e o exato de Fisher para a comparação dos dados antes e após a intervenção. Houve aumento significativo na taxa de adesão global à higienização das mãos, de 21,7% para 28%; $p=0.039$, na categoria dos técnicos de enfermagem, na fricção antisséptica, antes do contato com o paciente e antes dos procedimentos limpos e assépticos. Em contraste, a adesão não melhorou entre os enfermeiros e médicos e nos momentos posteriores ao contato com o paciente. A intervenção com ênfase na promoção da higienização das mãos, associada ao incentivo à utilização de preparações alcoólicas, contribuiu para melhorar significativamente a adesão global à higienização das mãos pelos profissionais da saúde.

Palavras-chave: Lavagem de Mãos. Educação Continuada. Pessoal da Saúde.

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde são consideradas um problema de saúde pública mundial, pois afetam a segurança do paciente, à medida que contribuem para prolongar as internações, aumentar a resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, gerar custos adicionais aos pacientes, a seus familiares e aos serviços de saúde e elevar a mortalidade⁽¹⁾.

Em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), acrescenta-se o risco de adquirir infecção em cinco a dez vezes em relação aos demais, dada a sua vulnerabilidade intrínseca e a exposição aos fatores de risco, que incluem os procedimentos invasivos, cirurgias complexas, medicamentos imunossupressores e antimicrobianos e as interações com a equipe de saúde e os fômites⁽²⁾. Para corroborar tais evidências, um estudo de revisão sobre infecções

nosocomiais em UTIs destaca que o risco de infecção é diretamente proporcional à gravidade da doença, às condições nutricionais, à natureza dos procedimentos diagnósticos e /ou terapêuticos e ao tempo de internação⁽³⁾.

Neste sentido, para prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde, a higienização das mãos é mundialmente reconhecida como o procedimento mais simples e eficaz no cumprimento desta função, pois muitas dessas infecções são transmitidas pelas mãos contaminadas dos profissionais da saúde durante a sua prática assistencial⁽¹⁾.

Apesar das evidências científicas mostrarem a relação entre o aumento da higienização das mãos e a redução na taxa de infecções^(4,5), a adesão a este procedimento ainda permanece inaceitavelmente baixa, com taxa média de 40%^(1,6-8).

Para promover a higienização das mãos e, consequentemente, a segurança do paciente em

* Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Paraná – UNESPAR. Campus de Paranavai-PR. E-mail: mfp Prado@gmail.com

** Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá-PR. E-mail: alegnacristina@hotmail.com

*** Acadêmica do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário de Maringá-PR. E-mail: tmbarreto@hotmail.com

**** Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário de Maringá-PR. E-mail: willian.melo@cesumar.br

***** Nutricionista. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Maringá-PR. E-mail: danielabiral@yahoo.com.br

âmbito mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou a estratégia multimodal com o tema “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”, estimulando os serviços de saúde a considerarem a higienização das mãos como prioridade institucional. Esta estratégia abrange a educação dos profissionais, a fixação de lembretes visuais em pontos estratégicos, a monitoração das práticas de higienização das mãos e feedback do desempenho⁽¹⁾.

Vários estudos mostram o impacto positivo de estratégias de promoção à higienização das mãos na taxa de adesão dos profissionais a esta prática^(4,9,10). No Brasil, apesar de a temática higienização das mãos ser bastante discutida, o impacto de estratégias de promoção à higienização das mãos na taxa de adesão é pouco investigado^(7,8).

Na perspectiva do cuidado, lança-se um olhar sobre a prática assistencial vigente. Evidencia-se o predomínio do modelo biomédico em detrimento dos saberes e práticas que compõem o cuidado integral, que tem estreita relação com a qualidade e segurança da assistência hospitalar, inclusive nas práticas de controle de infecção, pois se dá ênfase às ações terapêuticas sobre as infecções notificadas e, muitas vezes, negligenciam-se as medidas de prevenção⁽¹¹⁾, o que inclui a adesão à higienização das mãos.

Assim, dada a problemática das infecções relacionadas à assistência à saúde, a vulnerabilidade dos pacientes internados em UTIs às infecções, a importância da higienização das mãos neste contexto, e a urgência da mudança do modelo assistencial vigente pela inversão das tecnologias de cuidado em prol da integralidade da atenção em saúde, propõe-se o presente estudo, com o objetivo de avaliar o efeito de uma estratégia de promoção à higienização das mãos sobre a adesão dos profissionais da saúde em uma UTI.

METODOLOGIA

O estudo é descritivo, observacional e prospectivo e foi desenvolvido em uma UTI com 15 leitos para atendimento clínico e cirúrgico, de um hospital da Região Noroeste do Paraná.

Participaram da pesquisa trinta profissionais da saúde, sendo sete médicos, três enfermeiros e vinte técnicos de enfermagem que

desenvolveram atividades assistenciais na UTI no momento das observações. Estes profissionais participaram das fases pré e pós-intervenção, bem como da fase de intervenção, com ênfase na promoção à higienização das mãos. Os auxiliares de enfermagem não foram incluídos no estudo, pois não houve a atuação desta categoria no período observado.

Realizou-se o estudo da primeira quinzena de julho ao início de dezembro de 2009. Nos dias úteis dos dois meses iniciais houve o treinamento do observador, de acordo com a metodologia da observação direta, considerado o método padrão ouro para monitorar as práticas de higienização das mãos⁽¹⁾. Neste processo treinou-se um único observador, um estagiário de enfermagem, a fim de prevenir viés de informação. Para não interferir no comportamento dos profissionais da saúde e na rotina da unidade, o observador procedia à coleta de dados concomitantemente às suas atividades de estágio realizadas em grupo neste setor. Para mensurar a taxa de adesão utilizou-se um instrumento estruturado desenvolvido pela OMS⁽¹²⁾, com destaque para as seguintes variáveis: i. data da observação; ii. categoria profissional; iii. indicações para se higienizar as mãos (antes do contato com o paciente, antes de procedimentos limpos e assépticos, após o contato com fluidos corporais, após o contato com o paciente e após o contato com o ambiente próximo ao paciente); iv. ação desenvolvida pelos profissionais da saúde (fricção antisséptica, higienização simples ou não realizada); v. desempenho da técnica (correto ou incorreto).

Nos três meses subsequentes a pesquisa compreendeu três fases: fase pré-intervenção (durante 1 (um) mês/30 horas/2 horas por dia) - para mensurar a taxa de adesão à higienização das mãos pelos profissionais da saúde antes da intervenção, nos turnos matutino, vespertino e noturno, nos dias úteis e finais de semana.

A fase de intervenção com ênfase na promoção da higienização das mãos, em todos os turnos, em todos os dias da semana (durante um mês), compreendeu quatro etapas.

A etapa 1 constituiu-se da elaboração e confecção do material educativo de acordo com os guias da OMS, como adesivos, cartazes e panfletos; a etapa 2 consistiu na fixação, perto

das pias e dispensadores, de cartazes mostrando a técnica correta de higienização simples das mãos e da fricção antisséptica, tempo mínimo recomendado e com as indicações para higienização das mãos. Outros cartazes e adesivos de promoção à higiene das mãos foram fixados em locais estratégicos (ambiente próximo ao paciente, pias e dispensadores, locais de preparo de medicamentos e outros procedimentos assépticos) e entregues aos profissionais. Na etapa 3 foram entregues aos profissionais da UTI frascos de álcool gel para uso individual e canetas com mensagens sobre a temática. A etapa 4 constituiu-se do desenvolvimento de quatro sessões educativas numa abordagem dialógica e de discussão com pequenos grupos (cinco pessoas), com duração de vinte minutos, enfatizando-se o conhecimento prévio dos participantes acerca da temática, com destaque para a técnica de higienização das mãos (passo a passo e duração do procedimento) e para os momentos em que o procedimento deve ser realizado, além de oportunizar o esclarecimento das dúvidas.

O esclarecimento das dúvidas teve como cerne a técnica da fricção antisséptica com preparações alcoólicas e a sua superioridade em relação ao uso de água e sabão, mais especificamente quanto à sua maior eficácia antimicrobiana. Além disso, houve o predomínio de questões abordadas pelos participantes sobre os cinco momentos recomendados para higienizar as mãos. A fase pós-intervenção (1 mês/30 horas/2 horas por dia) teve como finalidade mensurar a taxa de adesão após a campanha de promoção à higienização das mãos, em todos os turnos e em todos os dias da semana.

Para análise dos dados mensurou-se a taxa de adesão pela razão (divisão) do número de higienizações das mãos realizadas (higiene simples com água e sabão ou fricção antisséptica) pelo número de oportunidades que requeriam a higienização das mãos. Este resultado foi multiplicado por 100 para expressar esta taxa em porcentagem, a qual se encontra entre parênteses na tabela 1. Considerou-se como higienização das mãos do tipo higiene simples o procedimento realizado pelo profissional da saúde que consistiu no acesso a uma pia e realização da técnica com uso de água

e sabão no tempo de execução de 40 a 60 segundos. Como fricção antisséptica reconheceu-se o procedimento realizado pelo profissional da saúde que friccionou as mãos com preparação alcoólica líquida ou em gel no tempo de execução de 20 a 30 segundos. Ainda, avaliou-se o desempenho correto dos profissionais em relação ao tipo de higienização das mãos (higiene simples ou fricção antisséptica), o que incluiu o respeito ao passo a passo da técnica e o respeito ao tempo supracitado.

Utilizaram-se o teste qui-quadrado e o exato de Fisher para a comparação dos dados⁽¹³⁾, por meio do *Software Statistica* versão 7.1, e considerou-se o intervalo de confiança (IC) de 95% e o valor $p < 0.05$ estatisticamente significativo. Ressalta-se que, no momento das observações pré e pós-intervenção, os sujeitos não estavam cientes de que estavam sendo observados em relação à prática da higienização das mãos. Após a coleta dos dados eles foram informados sobre o propósito da pesquisa e a necessidade de autorização da divulgação da mesma mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pelo parecer 154/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observaram-se 893 indicações para higienizarem-se as mãos; 568 ocorreram na fase pré-intervenção e 325 na fase pós-intervenção. De acordo com a tabela 1, houve variação na adesão à higienização das mãos entre as categorias profissionais, após a intervenção, com aumento significativo na categoria dos técnicos de enfermagem (21,4% para 28,9%; $p = 0.002$). Inversamente, as demais categorias não melhoraram significativamente a adesão com a campanha. No entanto, após a campanha a adesão global aumentou significativamente (21,7% para 28%; $p = 0.039$).

Com relação aos diferentes tipos de higienização das mãos, predominou a adesão à higienização simples das mãos em relação à fricção antisséptica com álcool em ambas as fases. No entanto, houve aumento significativo

na adesão à fricção antisséptica com álcool (3,9% para 11,1%; $p < 0.001$) após a intervenção, com o incentivo ao uso das preparações alcoólicas. Não houve diferença significativa no desempenho correto da técnica de higienização simples das mãos ($p=0.747$) e fricção antisséptica ($p=0.413$).

Após a intervenção houve aumento significativo na adesão, nos momentos que

antecederam o contato com o paciente (6,9% para 17%; $p=0.016$) e antes dos procedimentos limpos e assépticos (7,2% para 30%; $p=0.016$). Em contraste, não houve melhora significativa na adesão dos profissionais após a exposição a fluidos corporais ($p=1.000$), após o contato com o paciente ($p=0.334$) e após o contato com a superfície próxima ao paciente ($p=1.000$).

Tabela 1- Distribuição da adesão à higienização das mãos, antes e após intervenção, pelos profissionais da saúde em uma UTI, em relação à categoria profissional, ao tipo de procedimento, ao desempenho e indicações para realizá-las. Maringá, PR, 2009.

Taxa de Adesão = N° de higienizações realizadas / n° oportunidades (%)*				
Variáveis	Pré-intervenção	Pós-intervenção	p**	OR (IC)***
Profissionais				
Técnicos	108/504 (21.4)	87/301 (28.9)	0.002	1.67 (1.19-2.35)
Enfermeiros	10/40 (25)	1/10 (10)	0.423	0.33 (0.01-3.24)
Médicos	5/24 (20.8)	3/14 (21.4)	1.000	1.04 (0.16-6.57)
Adesão global	123/568 (21.7)	91/325 (28)	0.039	0.71 (0.51-0.97)
Tipo				
Higiene Simples	101/568 (17.8)	55/325 (16.9)	0.815	1.06 (0.73-1.52)
Fricção Antisséptica	22/568 (3.9)	36/325 (11.1)	0.001	0.32 (0.18-0.56)
Desempenho				
Higiene Simples	8/101 (7.9)	3/55 (5.5)	0.747	1.49 (0.37-5.86)
Fricção Antisséptica	7/22 (31.8)	16/36 (44.4)	0.413	0.58 (0.19-1.77)
Indicações (5 momentos)				
Antes do contato	12/173 (6.9)	17/100 (17.0)	0.016	2.72 (1.18-6.47)
Antes de procedimentos	3/42 (7.2)	12/40 (30.0)	0.009	0.17 (0.04-0.69)
Após contato fluidos	4/32 (12.5)	2/15 (13.3)	1.000	1.08 (0.12-8.32)
Após o contato	90/251 (35.9)	50/120 (41.7)	0.334	1.28 (0.80-2.04)
Após o contato ambiente	14/70 (20.0)	10/50 (20.0)	1.000	1.00 (0.40-2.47)

*Os dados entre parênteses são referentes à taxa de adesão à higienização das mãos expressa em porcentagem.

** $p < 0.05$ – significativo

***Odds Ratio/Intervalo de Confiança 95%

Sugere-se que a implantação de uma estratégia de promoção à higienização das mãos, associada ao incentivo à utilização das preparações alcoólicas, promoveu aumento significativo na taxa de adesão global à higienização das mãos. Em contraste, um estudo similar⁽⁷⁾, conduzido no Brasil para avaliar o impacto da introdução de preparações alcoólicas associado ao programa educativo na adesão dos

profissionais da saúde em uma UTI não mostrou aumento significativo na taxa de adesão, que passou de 18.3% para 20.8 %.

Muitos estudos,^(6,14) inclusive o presente, ainda relatam a baixa taxa de adesão à higienização das mãos em UTIs. Evidências científicas apontam alguns fatores relacionados à baixa adesão, entre eles falta de tempo, sobrecarga de trabalho, trabalhar em áreas de

risco, realizar atividades com alto risco de transmissão cruzada de patógenos, falta de conhecimento dos profissionais sobre os protocolos de higienização das mãos, falta de exemplo positivo dos seus superiores, simples esquecimento, irritação e ressecamento da pele causados pelo uso sucessivo de produtos, pias mal localizadas e uso de luvas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Além dos fatores acima mencionados, destaca-se a categoria profissional como fator de risco para a baixa adesão à higienização das mãos^(1,15). Evidenciou-se que os enfermeiros aderiram mais do que os técnicos de enfermagem e médicos na fase pré-intervenção; porém somente na categoria dos técnicos de enfermagem houve aumento significativo na adesão após a campanha. Em contraste, um estudo semelhante conduzido em UTI constatou maior adesão entre os enfermeiros em ambas as fases e aumento significativo na adesão entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem⁽⁷⁾.

Em se tratando das estratégias de promoção à higienização das mãos, embora haja evidência científica de que campanhas bem-sucedidas em UTIs melhoram a adesão e reduzem as taxas de infecções hospitalares⁽¹⁰⁾, alguns estudos ainda relatam campanhas sem sucesso no aumento significativo na taxa de adesão global⁽⁶⁻⁸⁾. A explicação para a persistência de estratégias de pouco impacto está no fato de que mudanças de comportamento e adesão são extremamente complexas e multifatoriais⁽¹⁵⁾.

Para promover a higienização das mãos, propõe-se a substituição da tradicional lavagem das mãos com água e sabão pela fricção antisséptica (higienização das mãos com preparações alcoólicas) associada às medidas educativas, pois estes produtos possuem maior eficácia na redução microbiana das mãos, maior facilidade de uso, menos tempo e ação imediata, causam menos irritação e ressecamento da pele e podem estar disponíveis à beira do leito do paciente⁽¹⁾.

Neste estudo, mesmo com aumento significativo na adesão ao uso das preparações alcoólicas, notou-se pouca aceitação em relação ao uso de água e sabão. Nessa perspectiva, um estudo realizado no Brasil que avaliou a eficácia antimicrobiana de algumas preparações alcoólicas em gel na remoção de microrganismos das mãos contaminadas

destacou que os profissionais da saúde tendem a ser relutantes em aceitar o álcool gel como um efetivo produto para higienização das mãos⁽¹⁷⁾. Para transformar esta realidade não basta apenas disponibilizar o produto, é necessário instituir medidas educativas, pois negligenciar este aspecto pode comprometer um dos componentes mais importantes do controle de infecção⁽¹⁸⁾.

No presente estudo, mesmo após a colocação de cartazes sobre a técnica e treinamento, não houve melhora significativa no desempenho do procedimento, pois os profissionais não respeitaram o tempo mínimo recomendado (20 a 30 segundos para a fricção antisséptica e 40 a 60 segundos para a higienização simples das mãos) e não seguiram todos os passos da técnica recomendado pelo Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾. Em contraste, estudo semelhante demonstrou que após treinamento houve melhora significativa no desempenho da técnica em relação ao volume aplicado (3 ml), ao tempo de execução (30 segundos) e ao passo a passo da técnica⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, ressalta-se que não devem aumentar só o tempo e a frequência, mas também a qualidade na execução do procedimento, respeitando-se todos os passos, pois as falhas em relação à técnica podem ser observadas em 50% dos procedimentos realizados, o que reduz em 35% a eficácia do procedimento⁽²⁰⁾.

Para garantir o desempenho correto, a OMS recomenda que as campanhas de promoção à higienização das mãos enfatizem os elementos relacionados à técnica e as indicações para higienizá-las, ou seja, os cinco momentos⁽¹⁾. Nota-se que os profissionais da saúde aderiram à higienização das mãos mais como medida de proteção individual do que para promover a segurança do paciente, pois a adesão foi maior após o contato com o paciente. Após a realização desta intervenção, com ênfase nos cinco momentos, houve melhora significativa da adesão nos momentos que antecederam o contato com o paciente. Assim, o conhecimento acerca das indicações para higienizar as mãos pode favorecer a adesão nestes momentos e contribuir para aumentar a adesão global, com vistas a uma assistência limpa e segura⁽¹²⁾.

Neste estudo, destacam-se como limitações algumas variáveis que poderiam influenciar a taxa de adesão à higienização das mãos, como o

dimensionamento da equipe de enfermagem, a complexidade dos casos internados, a carga horária, o tempo de formação, o tempo de atuação profissional e o número de vínculos empregatícios, não foram mensuradas. Este é um aspecto a ser considerado em futuras pesquisas, uma vez que a correlação de tais variáveis pode contribuir para um melhor entendimento dos fatores envolvidos na adesão à higienização das mãos.

Nesta mesma perspectiva, o curto período destinado à campanha educativa e coleta de dados após a campanha foram limitantes, pois estudiosos do tema afirmam que estratégias que visem à melhoria na taxa de adesão necessitam de esforços permanentes. Além disso, posteriormente à realização da intervenção houve apenas uma mensuração na taxa de adesão, o que impossibilitou retratar o efeito sustentável da campanha na mudança de comportamento dos profissionais da saúde em longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se melhora significativa na taxa de adesão global à higienização das mãos após uma estratégia de promoção à higienização das mãos associada ao incentivo da utilização das preparações alcoólicas. Para superar os desafios impostos à prática da higienização das mãos, cabe ao enfermeiro assumir as suas principais competências. No aspecto gerencial, ele deverá empreender esforços junto aos gestores dos serviços de saúde para promover um clima

institucional seguro, em prol da higienização das mãos, o que inclui garantir a estrutura física adequada para esta prática e apoio às medidas sustentáveis de prevenção e controle dessas infecções.

No âmbito assistencial, reconhece-se que a essência da enfermagem é o cuidado humano. Assim, acredita-se que a prevenção e o controle das infecções devem ser inerentes ao processo de cuidar na perspectiva da integralidade, o que se concretiza por meio da adesão às medidas de prevenção e controle das infecções, especialmente à higienização das mãos, de modo a tornar-se exemplo positivo junto à equipe interdisciplinar e garantir a segurança do paciente.

Na direção da pesquisa, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos similares no Brasil, para revelar a prática da higienização das mãos no contexto dos serviços de saúde, além de estratégias que mobilizem esforços individuais e institucionais para promovê-la.

No que tange à competência educativa do enfermeiro, sugere-se que este estimule a discussão e reflexão coletiva do processo de trabalho em saúde para a promoção da higienização das mãos na equipe interdisciplinar. Esta atitude pode transformar a realidade da assistência à saúde em uma assistência mais limpa e segura e garantir a qualidade da assistência e a segurança global do paciente.

STRATEGY TO PROMOTE HAND HYGIENE IN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

A prospective observational study was conducted to evaluate the effect of a strategy to promote hand hygiene adherence to this procedure by health professionals in an intensive care unit. It was applied a structured instrument to collect data regarding adherence to hand hygiene by healthcare workers before and after an intervention in an intensive care unit of a hospital in the northwestern region of Paraná in 2009. For data analysis, the rate of adherence by the ratio between the number of procedures performed and number of alerts requiring the procedure was measured. It was also used chi-square and Fisher exact tests for comparison of data before and after intervention. After the intervention, a significant increase in overall compliance rate of 21.7% to 28%, $p = 0.039$, in the category of nursing technicians, in rubbing antiseptic, before contact with the patient before the clean and aseptic procedures. In contrast, adherence did not improve among nurses, doctors and moments after the contact with the patient. The intervention associated with the encouragement of the use of alcoholic preparations contributed to significantly improve overall adherence to hand hygiene by health professionals.

Keywords: Hand Washing. Continuous Education. Health Personnel.

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN A LA HIGIENIZACIÓN DE LAS MANOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN

Estudio observacional prospectivo para evaluar el efecto de una estrategia de promoción a la higienización de las manos, en la adhesión de los profesionales de la salud, en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Se utilizó un instrumento estructurado para los datos referentes a la adhesión a la higienización de las manos de los sujetos, antes y después de una intervención en una UCI de un hospital de la Región Noroeste de Paraná en 2009. Para el análisis de los datos, se midió el índice de adhesión por la razón entre el número de higienizaciones realizadas y el número de indicaciones que requerían el procedimiento. Se utilizaron las pruebas Chi-cuadrado y exacta de Fisher para la comparación de los datos antes y después de la intervención. Hubo aumento significativo en la tasa de adhesión global a la higienización de las manos, de un 21,7% a un 28%, $p=0,039$, en la categoría de los técnicos de enfermería, en la fricción antiséptica, antes del contacto con el paciente y antes de los procedimientos limpios y asépticos. Por otro lado, la adhesión no mejoró entre los enfermeros, médicos y en los momentos posteriores al contacto con el paciente. La intervención con énfasis en la promoción de higienización de las manos, asociada al incentivo de la utilización de preparaciones alcohólicas, contribuyó para mejorar significativamente la adhesión global a la higienización de las manos por los profesionales de salud.

Palabras clave: Lavado de Manos. Educación Continuada. Personal de Salud.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization -WHO. Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge: clean care is safe care. World Health Organization [online] 2009 [Acesso em: 2012 mar 14]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
2. Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção Hospitalar: Epidemiologia, controle e tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 2003.
3. Vincent JL. Nosocomial infections in adult intensive-care units. *Lancet*. 2003;361: 2068-77.
4. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*. 2000; 356: 1307-12.
5. Hilburn J, Hammond BS, Fendler EJ, Groziak PA. Use of alcohol hand sanitizer as an infection control strategy in an acute care facility. *Am j infect control*. 2003; 31(2):109-16.
6. Bischoff WE, Reynolds TM, Sessler CN, Edmond MB, Wenzel RP. Handwashing compliance by health care workers: The impact of introducing an accessible, alcohol-based hand antiseptic. *Arch intern med*. 2000;160:1017-21.
7. Santana SL, Furtado GH, Coutinho AP, Medeiros EA. Assessment of healthcare professionals adherence to hand hygiene after alcohol-based hand rub introduction at an Intensive Care Unit in São Paulo, Brazil. *Infect control hosp epidemiol*. 2007;28:365-7.
8. Neves ZCP, Tipple AFV, Souza ACS, Pereira MS, Melo DS, Ferreira LR. Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev latino-am. enfermagem* [online] 2006 [Acesso em: 2012 mar 29];14(4): 546-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400012&lng=en
9. Raskind CH, Worley S, Vinski J, Goldfarb J. Hand hygiene compliance rates after an educational intervention in a neonatal intensive care unit. *Infect. control hosp. epidemiol*. 2007; 28:1096-8.
10. Helder OK, Johannes B, Looman CWN, Goudoever JB, Kornelisse RF. The impact of an education program on hand hygiene compliance and nosocomial infection incidence in an urban Neonatal Intensive Care Unit: An intervention study with before and after comparison. *Int. j. of nurs.stud*. 2010; 47:1245-52.
11. Oliveira R. A integralidade nas práticas de controle de infecção na UTI de um serviço público de saúde em Mato Grosso. 2007. [dissertação]. Cuiabá (MT): Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal do Mato Grosso; 2007.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual para observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde [online] 2008 [Acesso em: 2012 mar 14]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicos/controle/higienizacao_oms/manual_para_observadores-miolo.pdf
13. Vieira S. Introdução à Bioestatística. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.
14. Graham M. Frequency and duration of handwashing in an intensive care unit. *Am j infect control*. 1990;18:77-81.
15. Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2000; 21:381-6.
16. Martins KA, Tipple AFV, Souza ACS, Barreto, RASS, Siqueira KM, Barbosa, JM. Adesão às medidas de prevenção e controle de infecção de acesso vascular periférico pelos profissionais da equipe de enfermagem. *Cienc cuid saude*. 2008; 7(4):485-92.
17. Zarpellon MN, Soares VS, Albrecht NR, Bergamasco DR, Garcia LB, Cardoso CL. Comparison of 3 alcohol gels and 70% ethyl alcohol for hand hygiene. *Infect. control hosp. epidemiol*. 2008; 29:960-2.
18. Widmer AF, Conzelmann M, Tomic M, Frei R, Stranden AM. Introduction alcohol-based hand rub for hand hygiene: the critical need for training. *Infect control hosp epidemiol*. 2007; 28(1):50-4.

19. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde [online] 2009 [Acesso em: 2012 mar 14]. Disponível em:
http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf

20. Pittet D. Hand Hygiene: It's All About When and How? Infect Control Hosp Epidemiol. 2008; 29(10):957-9

Endereço para correspondência: Maria Fernanda do Prado. Av. Gastão Vidigal, 2268, Cidade Alta. CEP: 87053-310. Maringá, Paraná.

Data de recebimento: 29/03/2012

Data de aprovação: 06/08/ 2012