



Health
Residencies
Journal (HRJ).
2026;7(33):14-23

Artigos de
Temas Livres

DOI:
[https://doi.org/10.51723/
hrj.v7i33.1025](https://doi.org/10.51723/hrj.v7i33.1025)

ISSN: 2675-2913

Qualis: B2

Recebido: 27/02/2024

Aceito: 10/12/2025

Higienização das mãos na assistência aos pacientes de cuidados intensivos: do conhecimento à prática

Hand hygiene in the care of intensive care patients: from knowledge to practice

Raquel Lúcio Walverde¹ , Lucas Leite dos Santos¹ , Gicélia Lombardo Pereira¹ 

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

Correspondência: raquel.walverde@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde representam um dos principais desafios da segurança do paciente nos serviços de saúde. Entre 20% e 30% dessas infecções podem ser evitadas por meio de medidas simples de prevenção, como a higienização das mãos. **Objetivo:** analisar o conhecimento e a adesão dos técnicos de enfermagem, que atuam na assistência ao paciente de cuidados intensivos, quanto à higienização das mãos. **Método:** estudo descritivo e observacional realizado em três setores de cuidados intensivos em um hospital militar do Rio de Janeiro com uso de questionário e ferramenta de observação elaborados pelos autores, com base nas recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Organização Mundial de Saúde, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** 32 técnicos de enfermagem participaram deste estudo, totalizando 722 oportunidades observadas de higienização das mãos, com taxa de adesão de apenas 20%. O conhecimento foi substancial, porém ainda existem lacunas que necessitam ser preenchidas. **Conclusões:** o conhecimento e a prática de higiene das mãos dos técnicos de enfermagem ainda requerem aperfeiçoamentos, além de sensibilização acerca da importância desta conduta como medida preventiva para a redução das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde.

Palavras-chave: Lavagem das mãos; Cuidados intensivos; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: healthcare-associated infections represent one of the main patient safety challenges in healthcare settings. Between 20% and 30% of these infections can be prevented through simple preventive measures, such as hand hygiene. **Objective:** to analyze the knowledge and adherence of nursing technicians, who assist patients in intensive care, regarding hand hygiene. **Method:** descriptive and observational study conducted in three intensive care units in a military hospital in Rio de Janeiro using a questionnaire and observation tool developed by the authors, based on the recommendations of the National Health Surveillance Agency and the World Health Organization, after signing the Informed Consent Form. **Results:** 32 nursing technicians participated in this study, with 722 hand hygiene opportunities observed, with a compliance rate of only 20%. The knowledge gained was substantial, but there are still gaps that need to be filled. **Conclusion:** the knowledge and

practice of hand hygiene among nursing technicians still requires improvement, in addition to greater awareness about the importance of this conduct as a preventive measure for reducing Healthcare-Associated Infections.

Keywords: Hand disinfection; Critical care; Nursing.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) representam um dos principais desafios da segurança do paciente nos serviços de saúde, por estarem associadas ao aumento da morbidade, mortalidade, tempo de internação e custos hospitalares¹. Essas infecções ocorrem em diferentes contextos assistenciais, sendo mais prevalentes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde os pacientes se encontram em estado crítico e frequentemente expostos a procedimentos invasivos^{2,3}.

Estima-se que a incidência de IRAS em UTIs brasileiras possa chegar a 47,9 infecções por mil pacientes-dia, com destaque para pneumonias associadas à ventilação mecânica, infecções da corrente sanguínea e do trato urinário associadas a dispositivos³. Além disso, entre 20% e 30% dessas infecções podem ser evitadas por meio de medidas simples de prevenção, como a higienização das mãos⁴.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)^{5, p.1} define higiene das mãos como “a ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de microrganismos impedindo que pacientes e profissionais de saúde adquiram Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde”. A higienização das mãos é reconhecida como a principal ação isolada de prevenção das IRAS. Trata-se de um procedimento de baixo custo e alta eficácia, capaz de interromper a cadeia de transmissão de microrganismos entre profissionais, pacientes e o ambiente hospitalar⁶. No entanto, apesar de sua importância, as taxas de adesão a essa prática ainda são insatisfatórias em muitos contextos assistenciais⁷.

Para padronizar e fortalecer essa prática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos, que inclui a definição dos “Cinco Momentos para Higienização das Mãos”: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimentos as-

sépticos, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após contato com áreas próximas ao paciente⁶.

No Brasil, a ANVISA incorporou as recomendações da OMS e publicou protocolos que normatizam a prática da higienização das mãos nos serviços de saúde, orientando desde a infraestrutura necessária até a capacitação profissional⁸. A adoção dessas diretrizes tem como objetivo promover uma cultura institucional de segurança e qualidade do cuidado.

Diante desse contexto, surge a necessidade de compreender como a higienização das mãos é de fato aplicada pelos profissionais que atuam diretamente no cuidado. Técnicos de enfermagem estão entre os profissionais com maior contato com os pacientes em UTIs, sendo responsáveis por uma parcela significativa dos cuidados diretos. Apesar de afirmarem conhecer a técnica, há evidências de que sua adesão prática ainda é insuficiente⁹. Esse descompasso entre conhecimento declarado e comportamento observável fragiliza a segurança assistencial e compromete a prevenção de infecções.

Portanto, este estudo tem como objeto a análise do conhecimento e da adesão dos técnicos de enfermagem à higienização das mãos.

Com o fim de operacionalizar o estudo, foram formuladas as seguintes questões: o que os técnicos de enfermagem, que trabalham na assistência aos pacientes de cuidados intensivos, conhecem sobre higienização das mãos? E, qual é a adesão destes técnicos de enfermagem à higienização das mãos na utilização da técnica correta?

Com o intuito de responder aos questionamentos foi formulado o objetivo geral: analisar o conhecimento e a adesão dos técnicos de enfermagem, que atuam na assistência aos pacientes de cuidados intensivos, quanto à higienização das mãos; e, como objetivos específicos: identificar o conhecimento e a adesão dos técnicos de enfermagem, que atuam

na assistência aos pacientes de cuidados intensivos, sobre higienização das mãos; observar se há adesão da higienização das mãos dos técnicos de enfermagem, que atuam na assistência aos pacientes de cuidados intensivos; e, constatar a técnica correta da higienização das mãos pelos técnicos de enfermagem, que atuam na assistência aos pacientes de cuidados intensivos.

A pesquisa se justifica porque a higienização das mãos é o método mais simples e mais econômico para evitar infecções relacionadas à assistência à saúde; sendo as mãos dos profissionais as principais fontes de transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar¹⁰.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e observacional, realizado em um hospital militar de grande porte, situado na cidade do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada ao longo de três meses, apenas em dias úteis, nos setores que prestam assistência a pacientes de cuidados intensivos: uma Unidade Coronariana e três Unidades de Terapia Intensiva.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Pesquisas Biomédicas, localizado no Município do Rio de Janeiro, por meio da Plataforma Brasil, tendo sido aprovado sob o Parecer Consubstanciado n.º 6.144.237 e o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 67300523.2.3001.5256.

A população-alvo foi composta por técnicos de enfermagem que atuam diretamente na assistência aos pacientes internados nos setores de cuidados intensivos, escalados pelo Departamento de Enfermagem do hospital, abrangendo profissionais dos turnos diurno e noturno, independentemente do tempo de atuação profissional. Foram excluídos os profissionais que se encontravam de férias, licença ou afastamento durante o período da coleta de dados.

Após a aprovação do CEP, os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido informados sobre os objetivos, procedimentos e possíveis implicações do estudo, com ênfase das duas etapas da pesquisa: o questionário e a observação.

Decorrido os esclarecimentos e a assinatura do termo, iniciou-se a coleta de dados com a aplicação de um questionário estruturado, composto por perguntas fechadas, com tempo estimado de resposta de até dez minutos. O instrumento foi elaborado pelos autores, com base nos manuais e protocolos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Organização Mundial da Saúde^{5,11}, com o objetivo de avaliar o conhecimento dos técnicos de enfermagem sobre a higienização das mãos. As perguntas abordaram tópicos como: a principal via de transmissão cruzada de microrganismos em ambientes hospitalares, o tempo de duração recomendado para a higienização simples das mãos e para a fricção antisséptica com preparação alcoólica, os métodos mais adequados em diferentes situações clínicas, além dos “Cinco Momentos para Higienização das Mãos”. Também foram coletadas informações para caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, como idade, sexo, grau de instrução, tempo de formação como técnico de enfermagem e tempo de experiência na assistência aos pacientes de cuidados intensivos.

A etapa de observação foi realizada aproximadamente um mês após a aplicação do questionário, com base no consentimento já previsto no TCLE, que incluía a concordância dos participantes para as duas etapas da pesquisa. Durante essa fase, foram realizadas observações *in loco* nos setores de cuidados intensivos, previamente comunicados às equipes, com o objetivo de verificar a adesão dos profissionais à higienização das mãos.

A observação foi realizada de forma não identificada, o que significa que não houve qualquer tentativa de associar os dados de conhecimento (obtidos via questionário) às condutas observadas. Todos os técnicos de enfermagem dos setores participaram da etapa do questionário, mas, por não haver identificação individual durante a observação, nem registro do nome ou qualquer dado que permitisse vincular o comportamento à resposta anterior, não foi possível estabelecer uma correlação direta entre o conhecimento teórico e a adesão prática à higienização das mãos. O foco foi unicamente na verificação da adesão à higienização das mãos nos “Cinco Momentos para Higienização das Mãos” e não na identificação pessoal dos sujeitos.

Para a coleta dos dados observacionais, foi elaborada pelos autores uma ferramenta própria intitulada “Observação da Higienização das Mãos”, baseada nos critérios do *Manual do Observador – Indicadores de Avaliação das Práticas de Higiene das Mãos* da ANVISA¹². Essa ferramenta permitia registrar o momento em que a higienização das mãos era indicada, conforme os “Cinco Momentos” definidos pela OMS, e observar se a ação foi realizada ou não. Quando a higienização era executada, avaliava-se se a técnica utilizada correspondia aos padrões estabelecidos ou se apresentava falhas, permitindo classificar a prática como correta ou incorreta. Também era registrada a forma de higienização adotada, distinguindo entre a higiene simples com água e sabão e a fricção antisséptica com preparação alcoólica. O objetivo do instrumento foi avaliar a adesão prática dos profissionais às recomendações técnicas e identificar eventuais falhas na execução da higienização das mãos.

Segundo a ANVISA¹³, existem formas de praticar a higienização das mãos, são elas: higienização simples das mãos, higiene antisséptica das mãos, fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica. Sendo a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica (gel ou solução) e higienização simples das mãos com água e sabão as mais comuns nas unidades de assistência aos pacientes de cuidados intensivos, essas foram a de escolha da pesquisa para a observação.

A classificação da técnica como correta ou incorreta seguiu as orientações da ANVISA¹³, considerando não apenas o tipo de higienização adotado, mas também o tempo de duração recomendado para cada procedimento e a adequada execução dos passos técnicos envolvidos.

Para a análise da adesão à higienização das mãos, considerou-se a presença de “oportunidades”, isto é, situações em que a higiene era indicada conforme os cinco momentos preconizados. A ação efetivamente realizada (ou não) foi contrastada com essas oportunidades. Quando, diante de uma oportunidade indicada, a higienização não era realizada, registrou-se como “não realizada”, ou seja, uma ação de higiene que deixou de ser executada no momento apropriado. Assim, a avaliação se baseou na correspondência entre as

situações que exigiam higienização e a resposta prática observada.

Além disso, foi elaborado o instrumento “Conferência do Setor”, com o intuito de verificar previamente as condições estruturais e a disponibilidade de insumos nos ambientes observados, conforme critérios da OMS¹³. Foram considerados adequados os setores que dispunham de: pia em proporção adequada (1 para cada 10 leitos), água corrente, sabão líquido, toalha descartável e dispensador com preparação alcoólica em funcionamento constante e seguro. As observações foram realizadas apenas em ambientes que cumpriam todos os critérios; quando não conformes, a observação foi adiada até a regularização do setor.

As sessões de observação seguiram as recomendações da OMS¹⁴, com duração de até 20 minutos, podendo ser estendidas conforme a atividade do profissional observado, de modo que fosse possível acompanhar todo o cuidado prestado. Cada sessão contemplou a observação de um único técnico de enfermagem por vez, visando garantir a atenção adequada às suas ações.

Os dados obtidos por meio dos questionários e das observações foram consolidados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise sistemática quantitativa, conforme os objetivos do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado com 32 técnicos de enfermagem que assistem pacientes de cuidados intensivos nos setores de Unidade de Tratamento Intensivo e Unidade Coronariana.

Verificamos que a composição da amostra foi igualmente distribuída entre os gêneros, com 50% dos participantes identificando-se como do sexo feminino e 50% como do sexo masculino. A faixa etária de 31 a 40 anos foi a mais prevalente (Tabela 1). Em relação ao nível máximo de escolaridade dos técnicos de enfermagem, 9% têm formação de nível superior, não necessariamente na área da saúde, e 25% possuem pós-graduação. Quanto ao tempo de formação técnica, 37% estavam formados há 10 anos ou mais, e 3% formados há menos de 1 ano (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais dos profissionais.

VARIÁVEL	CATEGORIA	(n)	(%)
Faixa Etária	21 a 30 anos	12	38
	31 a 40 anos	17	53
	41 a 50 anos	3	9
Sexo	Feminino	16	50
	Masculino	16	50
Grau de Instrução	Ensino médio + técnico	21	66
	Graduação	3	9
	Pós-graduação	8	25
Tempo de Formado	Menos de 1 ano	1	3
	1 a 3 anos	6	19
	4 a 6 anos	6	19
	7 a 9 anos	7	22
	10 anos ou mais	12	37
Tempo de Experiência	Menos de 1 ano	1	3
	1 a 3 anos	11	34
	4 a 6 anos	11	34
	7 a 9 anos	4	13
	10 anos ou mais	5	16

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

Quando se tratou do conhecimento dos técnicos de enfermagem acerca da higiene das mãos, 94% afirmaram que as mãos dos profissionais são a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre doentes em um hospital (Tabela 2). Em concordância, ANVISA¹⁵ declara que a disseminação de microrganismos durante o atendimento ao paciente se dá, especialmente, através das mãos, pois a pele pode hospedar diversos microrganismos. Esses microrganismos podem ser transferidos de pessoa para pessoa através do contato pele com pele ou quando o contato ocorre primeiro com um objeto e, em seguida, com outra pessoa.

Tabela 2 – Principal via de transmissão cruzada de microrganismos.

VIAS DE TRANSMISSÃO	(n)	(%)
Exposição a superfícies colonizadas	1	3
As mãos dos profissionais	30	94
Circulação de microrganismos pela água	0	0
Compartilhamento de objetos não invasivos	1	3
Circulação pelo ar	0	0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

A higienização das mãos demanda um tempo adequado para ser realizada corretamente. Conforme as recomendações da ANVISA⁵, o tempo ideal para a higiene simples das mãos com água e sabão varia entre 40 e 60 segundos. Nesta pesquisa, 66% dos técnicos de enfermagem indicaram esse intervalo como o tempo praticado, o que demonstra conhecimento alinhado com as recomendações (Figura 1).

Por outro lado, 34% dos participantes relataram tempos inferiores ou superiores ao recomendado, o que evidencia lacunas no conhecimento técnico sobre a duração correta do procedimento (Figura 1). Esses achados apontam para a necessidade de reforço nas estratégias educativas, mesmo em equipes que atuam em unidades de cuidados intensivos, onde a adesão correta à higienização das mãos é essencial para a segurança do paciente.

Segundo a ANVISA⁵, o tempo recomendado para o procedimento de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica é de 20 a 30 segundos. No entanto, os resultados obtidos indicam que apenas 47% dos técnicos de enfermagem conhecem o tempo adequado, conquanto que 53% não possuem tal conhecimento (Figura 2).

As indicações da higiene simples das mãos mais recomendadas pela ANVISA¹³ são:

quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais; ao iniciar e terminar o turno de trabalho; antes e após ir ao banheiro; antes e depois das refeições; antes do preparo e manipulação de medicamentos; antes e após contato com pacientes colonizados ou infectados por *Clostridium difficile*; após várias aplicações consecutivas de produto alcoólico; nas situações indicadas para o uso de preparações alcoólicas.

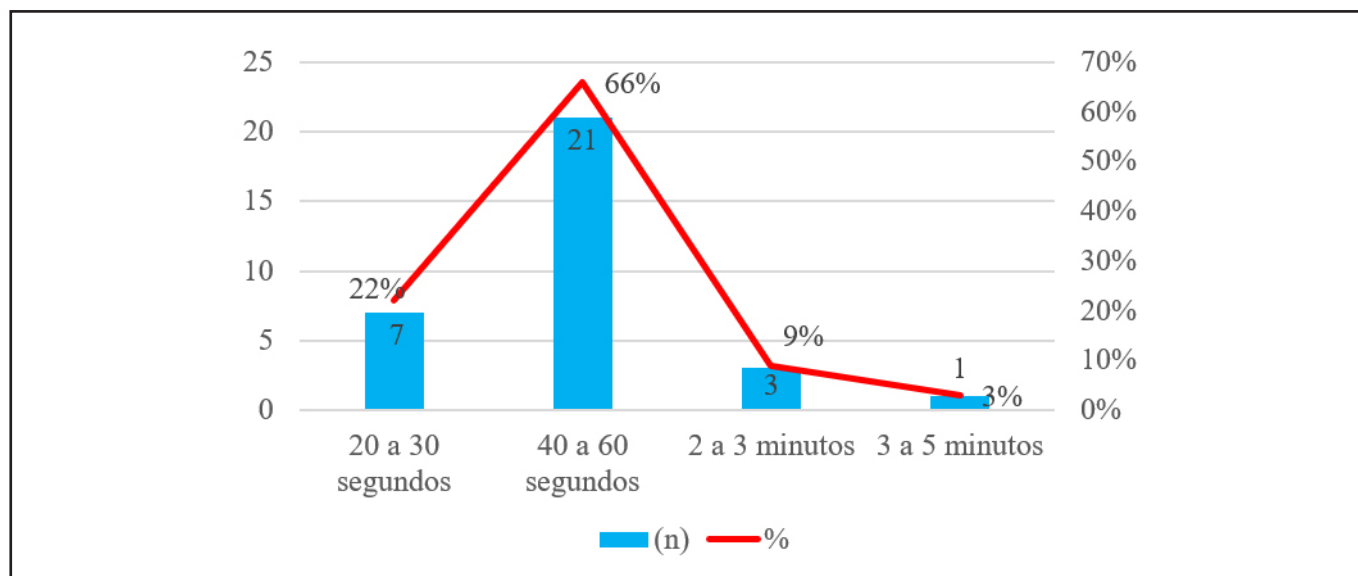


Figura 1 – Tempo de duração do procedimento de higiene simples das mãos.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

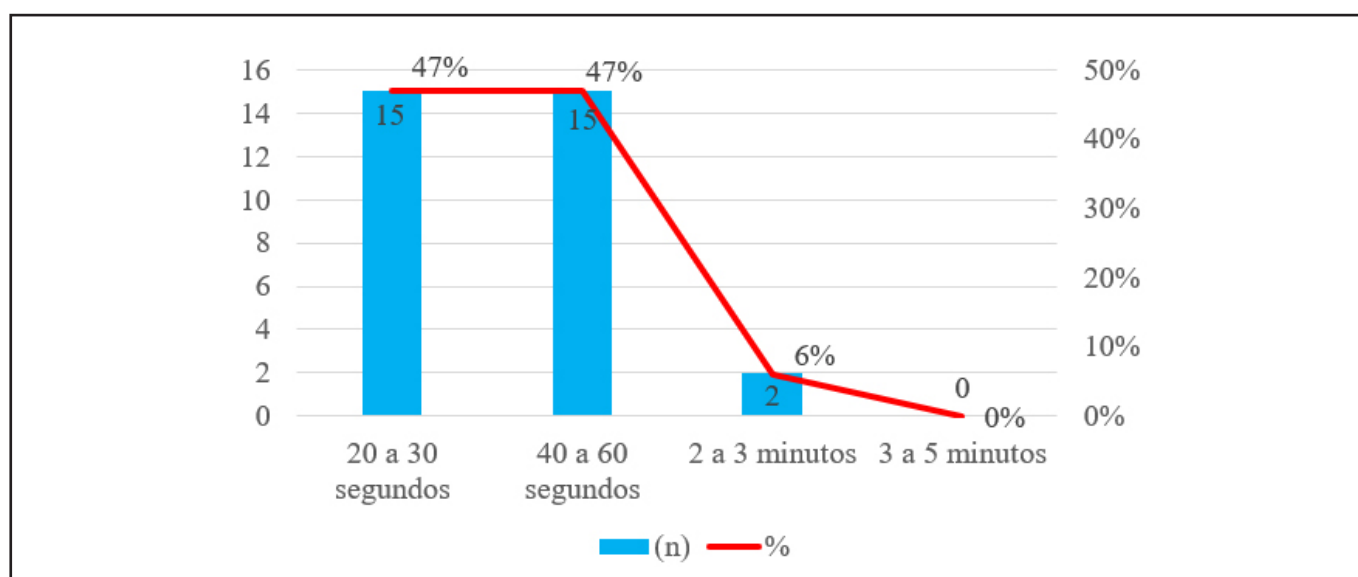


Figura 2 – Tempo de duração do procedimento de fricção antisséptica das mãos.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

Conforme observado na Tabela 3, verifica-se que a maioria declara que a higiene simples com água e sabão é o principal método preconizado, quando: as mãos estão visivelmente sujas (91%), antes e após as refeições (91%), antes e após o uso do banheiro (85%), ao iniciar e terminar o turno de trabalho (84%), após o contato com o paciente (72%), após o risco de exposição a fluidos corporais (72%), mãos contaminadas com sangue (62%), antes de manipular dispositivos invasivos (59%) e antes de manusear medicações (56%).

Enquanto a realização do procedimento de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica,

como método mais recomendado, revelou que a prevalência das respostas foi após ter contato com objetos e superfícies próximas ao paciente (63%), antes e após remover luvas (60%) e antes de ter contato com o paciente (50%).

Um dos técnicos de enfermagem contradiz as diretrizes da ANVISA afirmando que a higienização das mãos não é necessária antes e após remover as luvas. Tal afirmação contrasta com as recomendações da ANVISA¹³, para fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, quando não houver sujidade visível, como nos casos de:

antes do contato com o paciente; após contato com o paciente; antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos; antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico; após risco de exposição a fluidos corporais; ao mudar de um sítio corporal contaminado, para outro, limpo, durante o cuidado com o paciente; após contato com objetos inanimados e em superfícies imediatamente próximas ao paciente; antes e após remoção de luvas.

A pesquisa evidenciou, conforme evidenciado na Tabela 3, que ambos os métodos foram indicados como necessários em alguns procedimentos, sendo os mais prevalentes nos momentos de: mãos contaminadas com sangue (22%), após risco de exposição a fluidos corporais (16%), ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo e durante o cuidado ao paciente (16%).

Observa-se que 91% dos indivíduos possuem conhecimento adequado para o procedimento quando as mãos estão visivelmente sujas. No que tange

ao momento antes e após o uso do banheiro, 85% demonstram conhecimento. Para a situação em que as mãos estão contaminadas com sangue, registra-se um conhecimento de 62%. Antes do manuseio de medicamentos, constatou-se que tão somente 56% demonstram conhecimento sobre a técnica adequada. Após o contato com o paciente, 72% exibem conhecimento. Para o momento antes de calçar e remover luvas, obteve-se um índice de conhecimento de 60% (Tabela 3).

A análise dos dados revelou que, quanto ao conhecimento da recomendação de higiene das mãos adequada para o momento antes de iniciar e ao terminar o turno de trabalho, 84% dos participantes conhecem a recomendação. No momento antes e após as refeições, o conhecimento foi ainda mais elevado, alcançando 91%. Em contraste, antes do contato com o paciente, o conhecimento foi de 50%. Observou-se também uma grande lacuna no conhecimento referente ao momento antes da manipulação de dispositivos invasivos, com um índice de 72% de desconhecimento (Tabela 3).

Tabela 3 – Método de higiene das mãos mais recomendado.

	HIGIENE SIMPLES		FRICÇÃO ANTISSÉPTICA		NÃO É NECESSÁRIO		AMBOS	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Mãos visivelmente sujas	29	91	1	3	0	0	2	6
Antes e após o uso do banheiro	27	85	3	9	0	0	2	6
Mãos contaminadas com sangue	20	62	5	16	0	0	7	22
Antes de manusear medicações	18	56	12	41	0	0	1	3
Após o contato com o paciente	23	72	7	22	0	0	2	6
Antes de calçar e após remover luvas	10	31	19	60	1	3	2	6
Ao iniciar e terminar o turno de trabalho	27	84	4	13	0	0	1	3
Antes e após as refeições	29	91	3	9	0	0	0	0
Antes de ter contato com o paciente	13	41	16	50	0	0	3	9
Antes de manipular dispositivos invasivos	19	59	9	28	0	0	4	13
Após risco de exposição a fluidos corporais	23	72	4	12	0	0	5	16
Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente	15	47	11	34	1	3	5	6
Após ter contato com objetos inanimados e superfícies próximas ao paciente	10	31	20	63	0	0	2	6

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

A respeito dos resultados sobre o método de higiene mais recomendado para o momento após o risco de exposição a fluidos corporais, apresentados na Tabela 3, registrou-se um índice elevado de 88% de desconhecimento. Quanto ao momento de mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado com o paciente, constatou-se, também, significativo desconhecimento de 66% dos técnicos de enfermagem. Por fim, para o momento após ter contato com objetos inanimados e superfícies próximas ao paciente, obteve-se 63% de conhecimento.

O período de observação direta da higiene das mãos totalizou 2080 minutos (equivalente a 34 horas e 40 minutos). Foram observadas 722 oportunidades de higienização das mãos (HM), predominantemente no turno da manhã.

Para o cálculo da adesão dos técnicos de enfermagem à higienização das mãos, foi considerado as recomendações da ANVISA¹² que é realizado com a utilização do indicador “Adesão (%)” que se dá pelo número de episódios (ações) de higiene das mãos realiza-

dos pelos profissionais de saúde divididos pelo número de oportunidades ocorridas e multiplicadas por uma constante 100. A adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos nos cinco momentos foi de 20%.

A taxa de adesão à higiene das mãos foi maior na indicação “após tocar no paciente”, equivalendo a 69% de oportunidades observadas, corroborando com o estudo de Vasconcelos et al.¹⁶ que evidenciou este mesmo fato equivalendo a 88,1% de adesão. A adesão antes de tocar no paciente foi de 14%, de 3% antes de realizar procedimentos assépticos, e após tocar em superfícies próximas ao paciente foi de 9%. Vale ressaltar que não houve adesão dos técnicos de enfermagem após exposição a fluidos corporais (Tabela 4).

Ao analisar os cinco momentos evidenciou-se que houve maior adesão dos técnicos de enfermagem a aplicação técnica correta (100%), em todas as oportunidades em que foram realizadas a higiene das mãos, nas indicações: antes de realizar procedimentos assépticos e após tocar em superfícies próximas ao paciente (Tabela 5).

Tabela 4 – Adesão à higiene das mãos.

INDICAÇÕES	OPORTUNIDADES		REALIZADAS		NÃO REALIZADAS	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Antes de tocar no paciente	162	100	23	14	139	86
Antes de procedimento asséptico	184	100	6	3	178	97
Após risco de exposição a fluidos corporais	88	100	0	0	88	100
Após tocar o paciente	144	100	100	69	44	31
Após tocar superfícies próximas ao paciente	144	100	13	9	131	91

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

Tabela 5 – Adesão à técnica correta de higiene das mãos.

INDICAÇÕES	TÉCNICA CORRETA		TÉCNICA INCORRETA	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Antes de tocar no paciente	15	65	8	35
Antes de procedimento asséptico	6	100	0	0
Após risco de exposição a fluidos corporais	0	0	0	0
Após tocar o paciente	72	72	28	28
Após tocar superfícies próximas ao paciente	13	100	0	0

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos dados coletados.

Quanto à solução utilizada para HM, destacou-se a utilização de água e sabão em 63% das ações como a principal escolha, as 37% restantes utilizaram a fricção com solução alcoólica.

CONCLUSÕES

O conhecimento e a prática de higiene das mãos dos técnicos de enfermagem que assistem os pacientes de cuidados intensivos, ainda precisam ser aperfeiçoados, além de serem sensibilizados acerca da importância desta medida preventiva para redução das IRAS.

Sugere-se que novas pesquisas sobre os fatores que interferem na adesão à prática de higiene das mãos

no ambiente hospitalar sejam realizadas, bem como revitalizar os programas de Educação Permanente para treinamentos, sensibilização e aprimoramento da adesão e conhecimento sobre higienização das mãos.

A contribuição desse estudo foi apresentar um *feedback* dos dados coletados ao SCIH da instituição; alertar os profissionais de saúde a aderirem a higienização das mãos, de acordo com as recomendações da ANVISA e estimular os profissionais iniciantes a prática correta.

O estudo alcançou seus objetivos propostos, fornecendo dados relevantes que poderão subsidiar pesquisas futuras. Ressalta-se, ainda, a escassez de trabalhos semelhantes na literatura atual, o que reforça a importância dos resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections acquired in intensive care units. Annual Epidemiological Report for 2020. Stockholm: ECDC; 2024.
2. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 National and State Healthcare-Associated Infections Progress Report. Atlanta: CDC; 2022.
3. Silva UV, Silva AR, Oliveira CMC, Santos VR. Infecções relacionadas à assistência à saúde em unidades de terapia intensiva brasileiras: uma revisão sistemática. Rev Bras Ter Intensiva. 2021;33(1):23-31.
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Plano Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS): 2016-2020. Brasília: Anvisa; 2016.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília; 2013.
6. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: a summary. Geneva: WHO; 2020.
7. Pessoa-Silva CL et al. Compliance with hand hygiene in healthcare settings: a systematic review and meta-analysis. J Hosp Infect. 2021;109:49-61.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Protocolos para padronização da higienização das mãos nos serviços de saúde. Brasília: Anvisa; 2021.
9. Silva LCA, Souza AR, Ferreira MLV. Conhecimento e adesão dos técnicos de enfermagem à higienização das mãos em unidades de terapia intensiva. Rev Enferm UFPE. 2022;16:e246846.
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília; 2009.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Manual do Observador – Indicadores de Avaliação das Práticas de Higiene das Mãos. Brasília: ANVISA; 2018.

13. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília, 2009.
14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia para a implementação da Estratégia Multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos. Brasília: ANVISA; 2012.
15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília; 2007.
16. Vasconcelos RO, Alves DCI, Fernandes LM, Oliveira JLC. Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Enfermería Global. 2018;17(50):430-476.

