



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
CAMPUS I – DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM



INDICADORES DE ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM HOSPITAL DE SALVADOR, BA

YURI DA SILVA SOUSA

SALVADOR - BAHIA
2025

YURI DA SILVA SOUSA

**INDICADORES DE ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR
PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM HOSPITAL DE SALVADOR, BA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado à Comissão de TCC, do Colegiado do Curso de Enfermagem, para avaliação e devidos encaminhamentos, Universidade Estadual da Bahia – Campus I - DCV Salvador, semestre 2025.1.

Orientando: Yuri da Silva Sousa

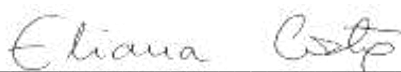
Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Eliana Auxiliadora Magalhães Costa

Salvador – Bahia
2025

YURI DA SILVA SOUSA

INDICADORES DE ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS POR PROFISSIONAIS
DE SAÚDE EM HOSPITAL DE SALVADOR, BA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Colegiado de
Enfermagem do Departamento de Ciências da Vida da
Universidade Estadual da Bahia, Campus I, para fins de colação
de grau, avaliado pela banca abaixo.



Pós-Dra. Eliana Auxiliadora Magalhães Costa
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Orientador



Pós-Dra. Edenisé Maria Santos da Silva Batalha
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
1ª Examinadora



Me. Sandra Dutra Cabral Portella
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
2ª Examinadora

SALVADOR - BA
2025

RESUMO

Introdução: A Higienização das Mãos (HM) se configura cientificamente como padrão ouro na assistência segura em saúde. Contudo, apesar das evidências, a taxa de HM em instituições de saúde ainda é inaceitavelmente baixa em todo o mundo. **Objetivo:** Analisar os indicadores epidemiológicos de adesão à HM entre profissionais de saúde em um Hospital de Grande Porte em Salvador, BA. **Metodologia:** Estudo descritivo, de corte transversal, tipo survey, realizado em um hospital público com 700 leitos, na capital baiana. A coleta de dados foi feita por questionário eletrônico respondido pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH)/Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (SCIRAS). Variáveis estudadas: estrutura institucional; existência de protocolos de HM; educação dos profissionais; monitoramento e avaliação da prática. Os dados foram organizados no Excel® e analisados estatisticamente. **Resultados:** O hospital possui política formal de incentivo à HM e estrutura parcialmente adequada, com soluções alcoólicas e auditorias internas. Contudo, há ausência de metas estratégicas específicas, pia e dispensadores à beira-leito, e limitação na divulgação de lembretes visuais. Há protocolos e treinamentos regulares, mas falta formação de observadores formais e persistência no uso de adornos. A taxa de adesão estimada foi entre 61% e 70%, superior à de estudos locais. Auditorias semestrais geram feedback imediato, porém os dados não são consolidados nem socializados. **Conclusão:** A instituição apresenta avanços na promoção da HM, mas enfrenta barreiras estruturais, educativas e de gestão. O estudo contribui para diagnóstico institucional e aprimoramento da cultura de segurança e qualidade assistencial.

Palavras-chave: Desinfecção das Mãos; Hospitais; Controle de Infecções; Qualidade da Assistência à Saúde

ABSTRACT

Introduction: Hand Hygiene (HH) is scientifically recognized as the gold standard for ensuring safe healthcare. However, despite strong evidence, HH compliance rates in healthcare institutions remain unacceptably low worldwide. **Objective:** To analyze epidemiological indicators of HH compliance among healthcare professionals in a large public hospital in Salvador, Brazil. **Methodology:** This is a descriptive, cross-sectional survey conducted in a 700-bed public hospital in the capital of Bahia. Data were collected via an electronic questionnaire answered by the Hospital Infection Control Service (HICS)/ Healthcare-Associated Infection Control Service (HAI Control). Variables studied included institutional structure, existence of HH protocols, professional education, and HH monitoring and evaluation. Data were organized in Excel® and subjected to descriptive statistical analysis. **Results:** The hospital has a formal policy promoting HH and a partially adequate structure, including the availability of alcohol-based hand rub and internal audits. However, gaps remain, such as the absence of specific strategic targets, lack of sinks and bedside dispensers, and limited visual reminders. Although protocols and regular training are in place, the lack of formally trained observers and the continued use of adornments by staff remain challenges. The estimated compliance rate ranged from 61% to 70%, higher than rates reported in similar local studies. Despite semiannual audits with immediate feedback, data are neither consolidated nor shared with staff teams. **Conclusion:** The institution shows significant progress in promoting HH but still faces structural, educational, and managerial barriers. The study contributes to institutional diagnosis and offers insights to enhance patient safety culture and care quality in similar contexts.

Keywords: Hand Hygiene; Hospitais; Infection Control; Hospitals; Quality of Health Care.

LISTA DE SIGLAS, FIGURAS E TABELAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

HM – Higienização das Mãos

IRAS – Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

NECIH – Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

NR – Norma reguladora

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCIRAS – Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

PNPCIRAS – Programa Nacional de Prevenção e Controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

SCIRAS – Serviço de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WHO – World Health Organization

Tabela 01: Primeira categoria de análise - Estrutura institucional para adesão de HM.

Tabela 02: Segunda categoria de análise - quanto a existência de protocolos de HM

Tabela 03: Terceira categoria de análise - quanto a educação dos profissionais em HM.

Tabela 04: Quarta categoria de análise - quanto ao monitoramento e avaliação da prática de HM.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	.....
2. OBJETIVOS.....	.....
2.1. Objetivo Geral.....	.....
2.2. Objetivos Específicos.....	.....
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	.....
4. METODOLOGIA.....	.....
4.1. Tipo de pesquisa.....	.....
4.2. Contexto.....	.....
4.3. Variáveis do estudo.....	.....
4.4. Instrumentos e procedimentos da coleta de dados.....	.....
4.5. Organização e análise de dados.....	.....
4.6. Questões éticas em estudo com seres humanos.....	.....
5. RESULTADOS.....	.....
6. DISCUSSÃO.....	.....
7. CONCLUSÃO.....	.....
REFERÊNCIAS.....	.....
APÊNDICE.....	.....

1. INTRODUÇÃO

No contexto da assistência à saúde, o profissional detém não apenas o potencial de promover o tratamento e a recuperação do paciente, mas também pode expô-lo a diversos eventos adversos evitáveis. Entre esses eventos, destacam-se os erros de medicação, quedas, lesões por pressão (LPP), falhas na identificação do paciente, falhas de comunicação, erros diagnósticos, cirurgias em sítio incorreto e Infecções relacionadas à Assistência à saúde (IRAS). Esses incidentes, além de comprometerem a segurança do paciente, impactam diretamente na qualidade do cuidado prestado e nos indicadores institucionais de desempenho em saúde (BRASIL, 2013a, 2013b; SOUSA; MENDES, 2019).

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), anteriormente denominadas Infecções Nosocomiais ou Infecções Hospitalares (IHs), constituem um evento adverso colossal de saúde pública, cujas implicações se estendem não apenas ao paciente afetado, mas também ao sistema de saúde como um todo. Além do sofrimento físico e psicológico imposto ao paciente e à sua família, as IRAS aumentam a morbimortalidade associada, acarretam custos adicionais com procedimentos e tratamentos, reduzem a rotatividade de leitos e impactam negativamente na qualidade da assistência e na reputação das instituições de saúde. Essas consequências negativas ocorrem devido ao prolongamento da internação, podendo, em casos mais graves, levar o paciente ao óbito (ANVISA, 2017).

A identificação, a prevenção e o monitoramento das IRAS representam a base para a implementação de estratégias para a segurança do paciente em serviços de saúde, antes que o seu dano atinja o paciente. Desse conjunto de ações, considerado prioritário para a prevenção de IRAS, o simples ato de Higienização das Mãos (HM) se configura como padrão ouro no que tange à assistência segura, quando comparado com outros métodos disponíveis no arsenal científico (BRASIL, 2009, 2013). Em contrapartida, apesar de inúmeras evidências científicas validadas mundialmente, autores nacionais e internacionais constataam que a taxa de HM em instituições de saúde frequentemente não ultrapassa 60% em países desenvolvidos, chegando ao limite máximo de 40% em países em desenvolvimento (WHO, 2009; OLIVEIRA; PAULA, 2011). Os números assustam, sobretudo quando se trata de uma técnica simples e rápida, mas bastante desvalorizada (ANVISA, 2017).

Dados disponíveis na literatura científica apontam diversas razões para a não realização adequada da HM, as quais podem variar de acordo com o método adotado. Em relação ao uso da solução alcoólica, destacam-se como barreiras a baixa adesão, o fornecimento insuficiente

do produto, reações cutâneas adversas e a sobrecarga de trabalho com a justificativa de falta de tempo. No caso da lavagem das mãos com água e sabão, os principais fatores associados à baixa adesão incluem a inadequação dos suprimentos, a escassez de instalações apropriadas e a elevada carga de trabalho (HARUN et al., 2023). De forma geral, entre os fatores mais citados na literatura estão a entrada e saída frequente dos quartos dos pacientes, o ressecamento ou irritação da pele das mãos e, sobretudo, a percepção equivocada de que o uso de luvas substitui a necessidade de higienização. Corroborando esse achado, Woodard et al. (2019), em um estudo realizado com 218 profissionais de saúde, demonstraram que 40% dos participantes consideravam a HM desnecessária quando havia o uso contínuo de luvas.

Adicionalmente, a sobrecarga de trabalho configura-se como um fator determinante, especialmente em unidades de terapia intensiva (UTIs), onde há um número elevado de contatos diretos e indiretos com os pacientes. Estimativas indicam que enfermeiros intensivistas realizam, em média, 120,4 contatos por paciente por dia, o que representa 120,4 oportunidades de HM. Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda ao menos 20 segundos para a fricção com solução alcoólica, isso equivaleria a aproximadamente 40 minutos de higiene das mãos por paciente ao dia. Em uma UTI com 15 leitos e ocupação total, seriam exigidas cerca de 10 horas diárias exclusivamente dedicadas à HM, desconsiderando o tempo necessário para os demais procedimentos assistenciais (MCARDLE et al., 2006; PIRES; PITTET, 2017; HARUN et al., 2023).

Nesse cenário alarmante, órgãos sanitários reguladores mundiais têm somado esforços nos últimos 30 anos para equacionar o dilema da baixa adesão da HM em serviços de saúde, buscando estratégias para sua avaliação e fornecendo um arsenal de instrumentos para os Hospitais implementarem com base seus recursos, estruturas e necessidades. Exemplos disso, são o Plano para implementação da Estratégia Multimodal de Higienização das mãos, Guia de Autoavaliação da prática de HM da OMS e normativas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2013; WHO, 2009, 2010).

Em serviços de saúde, especialmente em hospitais de grande porte que possuem grande fluxo de pacientes, profissionais e estudantes, a realização da HM se torna ainda mais crucial, visto que nesses serviços, os pacientes possuem maior gravidade, muitos são colonizados e infectados por microrganismos multirresistentes, submetidos a procedimentos complexos e invasivos, e que os predispõem ao surgimento de IRAS. A adesão incompleta ou inconsistente à prática de

HM pode levar à propagação dessas infecções, resultando em consequências graves para a saúde dos pacientes e aumento dos custos hospitalares.

Indicadores são medidas qualitativas ou quantitativas utilizadas para organizar e captar elementos relacionados ao objeto analisado (FERREIRA; CASSIOLATO; GONZALEZ, 2009). Quando agrupados, constituem instrumentos relevantes para controle, gestão, verificação, fiscalização, mensuração e avaliação de realidades, tanto no setor público quanto no privado, além de possibilitarem comparações entre diferentes contextos locais ou temporais. Enquanto ferramenta administrativa, não representam um fim em si mesmos, mas um meio para interpretar cenários, exigindo análise e discussão qualitativa do fenômeno investigado (KAYANO; CALDAS, 2002).

No campo da saúde, especialmente no ambiente hospitalar, os indicadores são reconhecidos como ferramentas de mensuração qualitativa e/ou quantitativa, com foco na estrutura, processos e resultados das práticas assistenciais, contribuindo para o alcance de metas, melhoria do cuidado e tomada de decisões fundamentadas em evidências (ANVISA, 2015; JANUARIO et al., 2015; SILVEIRA et al., 2015; BÁO et al., 2019). Destaca-se ainda sua aplicação na formulação de estratégias de educação continuada, educação permanente, satisfação do paciente e na valorização institucional (CAVALCANTE et al., 2016). De acordo com a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, as características dos indicadores devem incluir validade, sensibilidade, especificidade, simplicidade, objetividade e baixo custo (JCAHO, 1989).

Deste modo, o presente trabalho de conclusão de curso se justifica pela necessidade de avaliar e compreender os indicadores de adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde em um Hospital de Grande Porte. O estudo proporcionará uma identificação, análise e discussão de fatores que influenciam a adesão a essa prática fundamental, identificando possíveis lacunas e discutindo estratégias de intervenção baseadas em evidências para melhorar a conformidade dos profissionais e instituições com as diretrizes de HM.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Analisar os indicadores epidemiológicos de adesão à Higienização das mãos dos profissionais de saúde em um Hospital de Grande Porte, localizado em Salvador, BA.

2.2. Objetivos Específicos

- Conhecer os indicadores de adesão à HM pelos profissionais de saúde de Hospital de Grande Porte de Salvador, BA;
- Identificar componentes da estratégia multimodal de HM adotada pela instituição;
- Discutir as implicações da adesão à higienização das mãos para a qualidade do cuidado assistencial
- Avaliar os resultados com dados comparáveis internacionais

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A HM é reconhecida como a principal e mais eficaz medida isolada para a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). Essa prática simples, de baixo custo e alto impacto, atua na interrupção da cadeia de transmissão de microrganismos patogênicos entre pacientes, profissionais de saúde e o ambiente hospitalar. A não adesão a essa prática está diretamente associada ao aumento da morbimortalidade e dos custos hospitalares, sendo, portanto, um elemento central nas estratégias de segurança do paciente (WHO, 2009, 2016, 2020, 2023; BRASIL, 2007, 2009; CDC, 2025).

Diante da relevância da HM, diversas instituições internacionais, com destaque para a OMS, têm desenvolvido campanhas e diretrizes voltadas à promoção da prática entre os profissionais de saúde. Em 2009, a OMS lançou o programa "Salve Vidas: Higienize as Mãos", como parte da iniciativa global para a segurança do paciente. Essa campanha estabelece os "Cinco Momentos para a Higienização das Mãos", que orientam os profissionais quanto aos momentos críticos em que a HM deve ser realizada: Antes do contato com o paciente; Antes da realização de procedimentos assépticos; Após risco de exposição a fluidos corporais; Após contato com o paciente; e Após contato com áreas próximas ao paciente (WHO, 2009). Além da OMS, outros órgãos como os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) reforçam a importância da adesão à HM por meio de políticas públicas, treinamentos, campanhas institucionais e normativas técnicas (BRASIL, 2007, 2009, 2013a, 2013b; CDC, 2025).

Existem diversas técnicas de HM, cuja escolha depende de fatores como o nível de sujidade, o tipo de procedimento e o risco de transmissão de microrganismos. Em qualquer circunstância, todas as oportunidades de higienização devem ser cumpridas rigorosamente, especialmente em situações específicas, como quando as mãos estão visivelmente sujas, na assistência a pacientes com infecções por bactérias esporuladas, como *Clostridioides difficile*, ou durante a preparação para procedimentos cirúrgicos. As principais técnicas incluem: a Higienização simples das mãos, realizada com água e sabão, indicada para a remoção de sujidade visível e da flora transitória, com duração recomendada de 40 a 60 segundos; a Higienização antisséptica das mãos, que utiliza sabão contendo antisséptico para promover uma maior redução da carga microbiana, com tempo de fricção variando de 40 a 60 segundos; a Fricção antisséptica com preparações alcoólicas, considerada o método preferencial na maioria das situações clínicas por sua eficácia, rapidez e menor agressividade à pele, com duração de 20 a 30 segundos; e a

Antissepsia cirúrgica das mãos, que visa eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual prolongado. Neste último caso, utilizam-se escovas descartáveis, de cerdas macias, com ou sem antisséptico, restritas ao uso em áreas específicas como leito ungueal, subungueal e espaços interdigitais. O tempo recomendado para essa técnica é de 3 a 5 minutos na primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos nas subsequentes (BRASIL, 2007, 2009; CDC, 2025).

As oportunidades realizadas de HM potencializam a prática e impulsionam o Programa de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PCIRAS) de cada instituição e diversos fatores atuam como elementos facilitadores para essa prática, entre eles destacam-se: a disponibilidade de recursos materiais no ponto de assistência, com preferência observada pelo uso de água e sabão em relação às preparações alcoólicas; a realização periódica de atividades de capacitação em HM; a presença de lembretes visuais, tanto físicos no ambiente do paciente quanto eletrônicos, como nas telas de descanso dos computadores nas áreas assistenciais; o fornecimento de feedback às equipes sobre seu desempenho; e o engajamento ativo de lideranças e gestores na promoção da prática (SOUZA et al., 2015; ROMERO et al., 2019; O'BOYLE; HENLY; LARSON, 2001; HAAS; LARSON, 2008; OLIVEIRA; CARDOSO; MASCARENHAS, 2010; VALIM et al., 2019; SETO et al., 2013; HUIS et al., 2013). Em contrapartida, a adesão à HM enfrenta importantes barreiras, tais como a resistência ao uso de solução alcoólica, a escassez de insumos, a ocorrência de reações adversas na pele, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho entre os profissionais de saúde (PIRES et al., 2017; HARUN et al., 2023; WOODARD et al., 2019).

O PCIRAS é um elemento central na promoção da qualidade e segurança hospitalar. A higiene das mãos, por sua vez, representa o elemento central das precauções padrão, devendo ser realizada em todos os atendimentos ao paciente, independentemente de sua condição clínica (VERMEIL et al, 2019; LUANGASANATIP et al, 2015; ALLEGRANZI et al, 2011, 2013; ALLEGRANZI; STEWARDSON; PITTET, 2017).

Atualmente, a HM com solução alcoólica é considerada o padrão-ouro na prevenção de IRAS. No entanto, essa prática nem sempre foi baseada em evidências. As primeiras referências ao uso de produtos para a higiene das mãos datam de aproximadamente 2.800 a.C., com registros históricos da civilização babilônica, na Mesopotâmia e do antigo Egito. Nessas culturas, fórmulas rudimentares de sabão foram elaboradas a partir da fervura de gorduras com cinzas, bem como de misturas contendo óleo animal, óleo vegetal e sal alcalino. Embora essas

civilizações desconhecessem os fundamentos químicos da saponificação — reação entre uma base (como cinzas ou sais alcalinos) e um ácido graxo (presente nas gorduras ou óleos) —, seus registros demonstram o conhecimento empírico da eficácia desses compostos na limpeza. Entretanto, a motivação principal para a higienização naquela época estava mais associada à aspectos higiênicos e espirituais menos relacionada à prevenção de doenças infecciosas, cuja relação com microrganismos só foi estabelecida séculos depois (VERMEIL et al, 2018).

Ao longo dos séculos, o avanço da HM ocorreu a partir de duas vertentes complementares: o desenvolvimento de substâncias desinfetantes e a hipotética relação entre higiene e saúde. Na década de 1770, o químico Carl Wilhelm Scheele realizou experimentos com a reação entre dióxido de manganês e ácido clorídrico, sintetizando, pela primeira vez, uma substância com propriedades saneantes. Anos mais tarde, em 1810, o químico britânico Humphry Davy identificou essa substância como um novo elemento químico, ao qual atribuiu o nome “cloro” (VERMEIL et al, 2018).

No contexto dos estudos higienistas do final do século XVIII, o médico obstetra Alexander Gordon propôs uma abordagem considerada radical para a época: recomendava que a roupa das camas e os trajes das pacientes acometidas por febre puerperal na Maternidade de Aberdeen, na Escócia, fossem incinerados ou submetidos a desinfecção. Além disso, sugere que médicos e enfermeiras desinfetassem cuidadosamente suas vestimentas antes de reutilizá-las. Essa proposta resultou na publicação, em 1795, do tratado "A Treatise on the Epidemic Puerperal Fever of Aberdeen". Embora tenha enfrentado forte oposição e descrédito, suas ideias foram retomadas quase meio século depois, em 1843, por Oliver Wendell Holmes, em sua obra "Puerperal Fever as a Private Pestilence" (DUNN, 2007; VERMEIL et al, 2018).

Paralelamente, o médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis formulou a teoria de que "partículas cadavéricas" poderiam ser transmitidas pelas mãos de médicos e estudantes, sendo responsáveis pela alta mortalidade materna por febre puerperal no Hospital Geral de Viena. A partir dessa hipótese, Semmelweis implementou a primeira intervenção sistemática de lavagem das mãos com solução de cal clorada antes dos atendimentos obstétricos. Apesar da comprovada redução nas taxas de mortalidade, suas descobertas foram amplamente rejeitadas pela comunidade científica da época, ainda resistente às ideias de transmissão de doenças por agentes “invisíveis”, o que, paradoxalmente, consolidou sua imagem histórica como o “pai da higiene das mãos” (STEWARTSON, 2017; VERMEIL et al, 2018).

Na era moderna, buscando superar a teoria dos miasmas como explicação para as doenças infecciosas, Louis Pasteur, com a descoberta da pasteurização, e Robert Koch, ao identificar microrganismos e associá-los a doenças como o Antraz, a Tuberculose e o Cólera, fortaleceram e tornaram evidente a Teoria dos Germes. Esta teoria passou a servir de base para práticas no campo da cirurgia, especialmente para a prevenção de infecções cirúrgicas (KARAMANOU, 2012; BLEVINS, 2010; STEWARDSON, 2017).

A partir desses avanços, o cirurgião Joseph Lister, conhecido por sua notória contribuição à antissepsia, implementou a prática de utilizar ácido carbólico diluído para antissepsia cirúrgica. Em 1867, Lister publicou seu método no *The Lancet*, que logo se tornou amplamente adotado como padrão para a prevenção de infecções durante procedimentos cirúrgicos (PITT; AUBIN, 2012; STEWARDSON, 2017).

Na Enfermagem, o marco inicial da era moderna remonta à atuação de Florence Nightingale durante a Guerra da Crimeia, em 1854, período em que desenvolveu a Teoria Ambientalista, considerada um divisor de águas no campo da profissão ao enfatizar a relação entre ambiente e saúde. Em sua obra publicada em 1860, Nightingale já preconizava a importância da HM e do ambiente como medidas essenciais para a prevenção da disseminação de doenças. Destacava, ainda, que toda enfermeira deveria lavar as mãos com frequência ao longo do dia, reforçando que, se possível, também lavasse o rosto, evidenciando sua visão pioneira sobre práticas de prevenção e controle de infecções (HILLIER, 2020; JUTHAMANE, 2020; BREIGEIRON; VACCARI; RIBEIRO, 2021).

Após aproximadamente um século sem descobertas significativas no desenvolvimento da higiene das mãos, um grande avanço ocorreu entre as décadas de 1970 e 1980. Nesse período, foi publicado um estudo sobre a eficácia do controle de infecções, e os Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos Estados Unidos publicaram uma revisão de literatura na qual reconheciam a higiene das mãos como prática fundamental para a prevenção de infecções hospitalares (SIMMONS, 1983). Durante esse período, a HM com água e sabão se consolidou como o padrão-ouro e passou a ser incorporada em todas as diretrizes do CDC sobre a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).

Entre 1995 e 1996, um novo componente foi incorporado às práticas de higiene das mãos. O CDC, em conjunto com o Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), publicou as primeiras recomendações para o uso de sabões antimicrobianos ou agentes antissépticos sem necessidade de água, especificamente na prestação de cuidados a

pacientes com infecções causadas por patógenos multirresistentes (GARNER, 1996; HICPAC, 1995).

Em primeiro plano, promover a HM entre profissionais de saúde apenas com a disponibilização de recursos materiais parecia algo simples, mas os indicadores que se seguiram publicados na literatura revelaram taxas baixíssimas. Dados publicados antes da década de 1990 estimam taxas de HM entre 30% e 40% , assim, começou o questionamento de quais fatores concorriam para os números (STEWARDSON; ALLEGRANZI; PITTET, 2017; PITTET et al, 2000).

Para a época, embora higienizar as mãos com água e sabão fosse eficaz, levava tempo, e este foi constatado como fator chave para a baixa adesão dos profissionais (PITTET; MOUROUGA; PERNEGER, 1999). Um estudo publicado em 1994 nos EUA demonstrou que, quanto maior o número de oportunidades para a higiene das mãos, menor a adesão dos profissionais. Enfermeiros intensivistas, por exemplo, têm em média 22 oportunidades de higienizar as mãos por hora durante o atendimento a pacientes críticos, enquanto enfermeiros de unidades de recuperação pós-anestésica (SRPA) podem ter até 30 oportunidades (PITTET et al, 2003). Isso sugere uma relação inversa entre a carga de trabalho e a prática de higienização, indicando que, quanto maior a demanda de cuidados com o paciente e as oportunidades para realizar a higiene das mãos, menor a frequência com que a prática é efetiva.

Entre 1995 e 1998, foram implementadas as primeiras estratégias para enfrentar os baixos índices de adesão à HM, incluindo a introdução da Solução à base de álcool como alternativa à água e sabão, além de sessões educativas, cartazes e monitoramento frequente no controle de infecções (PITTET; MOUROUGA; PERNEGER, 1999). Os resultados foram positivos, com as taxas de adesão variando de 48% a 66% em média nas taxas gerais (PITTET; HUGONNET ; HARBATH, 2004).

Buscando orientar os sistemas de saúde globalmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Em 2005, a OMS definiu a Higiene das Mãos como o Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, por meio do programa Clean Care is Safer Care. Desde então, a organização tem se empenhado em fortalecer periodicamente a prática de higienização das mãos (WHO, 2004).

Comemorando a importância da higiene das mãos no cuidado à saúde, e como parte da campanha mundial "Salve Vidas: Higienize Suas Mãos", a OMS instituiu o dia 5 de Maio de

2009 como o Dia Internacional de Higiene das Mãos. Esta data faz referência aos 5 momentos da higiene das mãos e aos 5 componentes da Estratégia Multimodal (WHO, 2009).

A Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos, lançada em 2009, também faz parte da Iniciativa Salve Vidas: Higienize Suas Mãos" e a OMS define como "Multimodal" a junção de múltiplos elementos, todos essenciais e complementares, que devem ser colocados em prática como parte das intervenções para atingir melhorias de resultados e mudança comportamental da HM (WHO, 2009, 2016, 2020; ALLEGRANZI, 2013, 2025).

A Estratégia Multimodal é composta de 5 componentes que se integram: (1) Mudança de sistema (que objetiva a disponibilidade contínua da infraestrutura, materiais e equipamentos necessários para realizar a HM de forma eficaz no ponto de atendimento); (2) Educação (equipe clínica, pacientes e visitantes devem receber educação personalizada e treinamento prático sobre a importância da higiene das mãos para entender melhor quando e como ela deve ser realizada); (3) Monitoramento e feedback de indicadores de HM (avaliação regular, com uso de ferramentas padronizadas acerca da infraestrutura de HM, localização das instalações no ponto de atendimento, consumo de sabão e produtos de limpeza para as mãos à base de álcool, e feedback regular aos profissionais de saúde e à alta gerência); (4) Lembretes no local de trabalho (Cartazes, adesivos, lembretes visuais e vocais, etc. alertando sobre HM); e (5) Clima de segurança institucional (ambiente organizacional que prioriza alta conformidade com a HM de modo a atingir a segurança do paciente e do profissional de saúde). No nível institucional, isso deve incluir a alocação de recursos para programas de HM e apoio formal de líderes da instituição, definindo referências ou metas e tendo reconhecimento do desempenho em HM dos profissionais de saúde (WHO, 2009, 2016, 2020; ALLEGRANZI, 2013, 2025).

A OMS lançou em 2010 uma ferramenta sistemática de autoavaliação de HM, o "*Hand Hygiene Self-Assessment Framework*" que propõe uma análise situacional da promoção e prática de HM, através de um quadro de autopreenchimento para as instituições aplicarem internamente em suas dependências, seja por meio de profissionais da Comissão/Serviços de Controle de Infecção Hospitalar ou gerentes das unidades (WHO, 2010). Tomando como base a estratégia multimodal de HM, o instrumento contém 27 indicadores, tais quais são perguntas objetivas de múltiplas escolhas, sendo que cada uma é atribuído uma pontuação, que quando somadas resultam na avaliação quanto ao nível de promoção HM em Inadequado (0 - 125),

Básico (126 - 250), Intermediário (251 - 375) e Avançado (376 - 500). No caso de uma instituição que for classificada como Avançada, deve complementar sua avaliação com o quadro de critérios de liderança, para avaliar sua maturidade organizacional, podendo atingir o nível de “Liderança em HM” caso alcance 12 pontos (WHO, 2010).

A partir do lançamento da ferramenta, muitos pesquisadores e controladores de IRAS testaram a aplicabilidade da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos da OMS. Em um estudo quasi-experimental realizado em um Hospital Universitário de 1000 leitos no Irã, foi avaliado o impacto da implementação dessa estratégia. A pesquisa analisou a instituição antes e depois da adoção da abordagem, identificando tanto os pontos fortes quanto as fragilidades no processo. O projeto foi estruturado em cinco etapas: preparação das instalações, avaliação inicial, implementação, monitoramento e um ciclo contínuo de planejamento e revisão. Após a execução das ações, observou-se um aumento expressivo na adesão à HM, que passou de 29,9% para 72,7% ($p < 0,001$). Esse avanço destaca a importância da gestão, especialmente o papel fundamental da alta liderança ao aprovar, priorizar e apoiar a iniciativa, o que se revelou um fator decisivo para o sucesso da intervenção (FARHOUDI et al., 2016).

Para a implementação da Estratégia multimodal de melhoria da HM em instituições de saúde, recomenda-se um plano de ação estruturado em etapas sequenciais e adaptável ao contexto local. Cada etapa deve especificar as ações, os responsáveis, o cronograma, os custos (quando aplicáveis) e os indicadores de progresso. A primeira etapa visa a preparação institucional, com o engajamento da liderança, designação de coordenadores e formação de equipe responsável pela implantação, com duração média de 2 meses. A segunda etapa, com duração prevista de três meses, consiste na realização de um diagnóstico inicial que inclui levantamentos sobre infraestrutura, conhecimento prévio dos profissionais sobre a HM, e tolerabilidade e consumo de produtos como sabonete líquido e preparação alcoólica. A terceira etapa, também estimada em três meses, refere-se à implementação das ações planejadas, incluindo um evento de lançamento, sessões educativas, monitoramento do consumo de preparação alcoólica e reuniões regulares da equipe. A quarta etapa contempla a reavaliação dos dados coletados, análise do impacto das intervenções e garantia da confiabilidade dos resultados, com duração média de dois meses. A quinta e última etapa objetiva consolidar a HM como parte da cultura institucional por meio de um plano de sustentabilidade de cinco anos, identificação de pontos para melhorias contínuas e disseminação de boas práticas, também com duração média de dois meses. Com base nas estimativas de tempo para cada fase, a implementação completa da estratégia se dá ao final de 12 meses; entretanto, para garantir sua sustentabilidade e

aprimoramento contínuo, recomenda-se a repetição cíclica desse processo ao longo de, no mínimo, cinco anos (WHO, 2009, 2020; ALLEGRANZI, 2025).

No cenário brasileiro, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) se destaca como um órgão promotor de boas práticas assistenciais ao apoiar iniciativas internacionais e fixar normas regulatórias em saúde, publicando Resoluções de Direção Colegiada (RDCs), portarias e manuais, em língua portuguesa e de fácil acesso. Dentre as publicações, a RDC nº 50, de 2002, que dispõe sobre planejamento, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, normatiza a infraestrutura de serviços de saúde, incluindo a quantidade de pias; em 2007, um guia de “Higienização das mãos em serviços de saúde”, foi disponibilizado; em 2009 foi publicado o manual “Segurança do paciente em serviços de saúde: Higienização das mãos”, que aprofundou o conteúdo do guia anterior; a RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010, que estabelece a obrigatoriedade da disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde; a Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013, que aprova os Protocolos de Segurança do Paciente, incluindo o protocolo de HM; e, mais recentemente, a adesão ao Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higienização das Mãos em Serviços de Saúde 2022-2023, com período de adesão das Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal entre Julho e Agosto de 2022 (BRASIL, 2002, 2007, 2009, 2010, 2013; ANVISA, 2024).

Ressalta-se que, embora os órgãos governamentais reguladores estabeleçam normas para o controle de infecção hospitalar, a responsabilidade pela implementação dessas diretrizes recai sobre os hospitais, que devem cumprir - ou, idealmente, cumprir - integralmente as exigências (OLIVEIRA; SILVA; LACERDA, 2016; GIROTI et al., 2018).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Este estudo é um recorte do macroprojeto denominado “Indicadores de Adesão da Higienização das Mãos em Hospitais de Grande Porte em Salvador, BA e Região Metropolitana”. Como o estudo de origem, trata-se de um estudo de campo, do tipo survey, de natureza descritiva, com delineamento de corte transversal.

Quanto ao tipo da pesquisa, o Survey pode ser definido como a coleta de dados ou informações sobre características, comportamentos ou opiniões de um grupo específico de pessoas, que representa uma população-alvo, utilizando um instrumento de pesquisa, geralmente um questionário (FONSECA, 2002). De acordo com Santos (1999), esse tipo de pesquisa busca obter informações diretamente de um grupo de interesse sobre os dados desejados. Trata-se de um método bastante eficaz, especialmente em estudos exploratórios e descritivos.

Quanto ao delineamento, estudos de corte transversal propõem obter dados fidedignos em um único momento, que ao final da pesquisa permitam elaborar conclusões confiáveis, robustas, além de gerar novas hipóteses que poderão ser investigadas com novas pesquisas, sendo bastante úteis em estudos descritivos, pois descrevem a distribuição de algum fenômeno (FREITAS et al, 2000; ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

4.2. Local do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido em um Hospital Público, de Grande Porte, localizado na capital do Estado da Bahia. A instituição conta com 700 leitos operacionais e atua como unidade de Atenção Terciária, sendo mantida pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O hospital foi selecionado por se tratar de centro de referência em assistência de alta complexidade, especialmente nas áreas de neurologia e nos serviços de emergência para hemorragia digestiva, além de atuar como referência em nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia bucomaxilofacial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, cirurgia vascular, maternidade de alto risco, entre outras especialidades.

Adicionalmente, a instituição possui vínculo formal com a Universidade do Estado da Bahia (UNEB), desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e extensão, o que reforça seu papel como Hospital de ensino e centro de formação profissional na área da saúde.

4.3. Variáveis de estudo

Para a análise dos indicadores epidemiológicos de adesão da HM serão estudadas as seguintes variáveis:

- 1) Estrutura institucional (Apoio da direção, definição de responsabilidades, disponibilização de pias e dispositivos com solução alcoólica nos pontos de assistência, cartazes e lembretes de incentivo);
- 2) Existência de Protocolos de HM;
- 3) Educação dos profissionais de saúde dos hospitais estudados;
- 4) Monitoramento e avaliação da prática de HM.

4.4. Instrumentos e procedimentos da coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo consistiu de um questionário eletrônico, tendo como padrão ouro as diretrizes mundiais sobre prática de HM em serviços de saúde: Manual de Referência Técnica para Higiene das Mãos (WHO, 2009), “Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos” (BRASIL, 2009) e “Higienização das Mãos em Serviços de Saúde” (BRASIL, 2007), Plano para Implementação da Estratégia Multimodal (WHO, 2012), e o Guia de Autoavaliação das Práticas de Higienização das Mãos (WHO, 2010), publicados respectivamente pela ANVISA e OMS.

O questionário foi estruturado em 6 seções (APENDICE C). As duas primeiras correspondem, respectivamente, ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE B) e à caracterização da instituição, esta composta por três questões referentes ao nome do hospital, à entidade mantenedora e à existência de alvará sanitário. Essas seções funcionaram como critérios condicionantes para o prosseguimento no preenchimento do formulário. As quatro seções subsequentes contemplaram um total de 31 questões, predominantemente objetivas (do tipo sim/não e múltipla escolha). Adicionalmente, foi incluída em cada item a opção “outros”, com campo para resposta aberta, a fim de possibilitar o registro de informações que não estivessem contempladas nas alternativas pré-definidas.

A coleta de dados foi realizada de forma remota, por meio da plataforma Google Forms®. Após o envio do projeto de pesquisa, acompanhado de carta-convite (APENDICE A) e do TCLE, ao e-mail institucional do hospital, foi disponibilizado o link de acesso ao questionário (Apêndices B). O instrumento foi enviado no dia 5 de novembro de 2024, e as respostas foram recebidas no dia 18 de novembro de 2024.

O questionário foi direcionado ao Serviço de Controle de Infecção relacionada à Assistência à Saúde/Infecção Hospitalar (S/CIH/CIRAS) da instituição, sendo solicitado que o coordenador ou outro integrante da comissão fosse responsável pelo preenchimento. As respostas foram baseadas nos registros institucionais provenientes dos relatórios de auditoria interna e documentos internos, conduzidos pela própria SCIH/SCIRAS, referentes às práticas de HM adotadas pelo hospital.

4.5. Organização e análise de dados

Os dados foram armazenados no software Microsoft Excel® e, após o processamento e a extração das informações, procedeu-se ao tratamento analítico. Inicialmente, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, com o objetivo de caracterizar as variáveis do estudo. As variáveis categóricas serão apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas (percentuais).

4.6. Questões éticas em estudo com seres humanos

O projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UNEB, CAAE Protocolo Nº: 78328624.1.0000.0057, Parecer Nº.: 6.757.497 em 16 de Abril de 2024. O sigilo dos dados e o anonimato da instituição e participantes estão garantidos, sem exposição do nome e imagem da organização conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

5. RESULTADOS

Os dados resultantes deste estudo são apresentados a seguir, de acordo com as variáveis previamente definidas no instrumento de coleta, permitindo a descrição e a análise dos aspectos relacionados à prática de higienização das mãos na instituição investigada.

A Tabela 01 descreve a estrutura institucional que sustenta a prática e a adesão à HM.

Tabela 01: Estrutura institucional para a prática e adesão de HM. Hospital estudado. Salvador. BA. 2025.

Política formal de incentivo á adesão da HM	Sim
Plano estratégico da instituição com metas de incentivo à HM	Não
Orçamento institucional exclusivo/disponível relacionado à HM	Sim
Apoio à formação e educação permanente dos profissionais de saúde do hospital nos temas relacionados à HM? (Custeio de cursos e/ou congressos e/ou liberação para participação...)	Não
Pias, de fácil acesso, com acionamento não manual, dotadas de água potável, sabão e papel toalha descartável (Múltipla escolha)	Uma pia externa para cada 4 quartos ou 2 enfermarias, UTI: uma pia para cada 5 leitos de não isolamento, Berçário: uma pia para cada 4 berços
Dispensadores contendo preparações alcoólicas para fricção antisséptica das mãos (Múltipla escolha)	Nos pontos de assistência e tratamento de todas as unidades do hospital, Nas salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatórios, clínicas e consultórios, Nos locais em que são realizados quaisquer procedimentos invasivos.
Dispensadores contendo preparações alcoólicas para fricção antisséptica das mãos estão disponibilizados: (Múltipla escolha)	Em lugar visível e de fácil acesso
Preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos a ser disponibilizada (Múltipla escolha)	Produto adquirido comercialmente, devidamente regularizado junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, atendendo às exigências específicas
Dispensador do produto facilita a higiene das mãos no ponto de assistência (local onde ocorre o cuidado/tratamento)	Sim

Auditorias internas realizadas pela CCIH nas unidades assistenciais, para avaliação da disponibilidade de sabão, papel toalha e dispositivos de solução alcoólica para incentivo da HM	Sim
No hospital, a água que abastece as pias de HM: (Múltipla escolha)	O reservatório de água é limpo e desinfetado mínimo semestralmente, Realização de exame bacteriológico mínimo semestral
Cartazes sobre HM expostos nos pontos de assistência/tratamento para servirem como lembretes. (Múltipla escolha)	Afixado em algumas áreas de internamento/tratamento
Frequência das auditorias de todos os cartazes, a fim de se evidenciar danos com reposição se necessário.	Mínimo anualmente
Pacientes são estimulados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos	Não

A Tabela 02 reúne itens referentes ao protocolo institucional de HM.

Tabela 02: Protocolo de Higienização das Mãos Hospital estudado. Salvador. BA. 2025.

Existência de Protocolo de Higienização das Mãos	Sim
Protocolo de HM divulgado em toda a instituição	Sim
Competência de operacionalizado do Protocolo de HM	S/CCIH+ NSP

A Tabela 03 contempla questões voltadas à capacitação e educação dos profissionais sobre a higienização das mãos.

Tabela 03: Educação dos profissionais de saúde em HM. Hospital estudado. Salvador. BA. 2025.

Existência de programa de educação dos profissionais acerca da HM	Sim
Periodicidade de treinamento acerca da HM para todas as categorias profissionais (Múltipla escolha)	Sistemática mínima semestralmente
Processo de supervisão direta dos profissionais com o objetivo de verificar se os profissionais de saúde realizam a técnica correta de HM?	Sim

Processo de supervisão direta com o objetivo de verificar se os profissionais de saúde conhecem os 5 momentos recomendados para a HM?	Sim
Sistema implementado de observadores para validação e formação de adesão à higiene das mãos	Não
Durante a jornada de trabalho, os profissionais de saúde que prestam cuidados assistenciais não utilizam adornos (anéis, alianças, brincos, pulseiras, relógios...)	Não

A Tabela 04 apresenta os dados referentes ao monitoramento e à avaliação da prática de HM na instituição analisada.

Tabela 04: Monitoramento e avaliação da adesão de HM. Hospital estudado. Salvador.

BA.

Existência de auditoria interna para avaliação da prática de HM.	Sim
Frequência que a adesão à higiene das mãos é avaliada através de observação direta, utilizando o formulário de observação de higiene das mãos da OMS (ou similar)	Semestral
Dados das auditorias geram relatórios sobre prática de HM na instituição.	Não
Os relatórios sobre práticas de HM são socializados no hospital.	Não
Há devolutiva/feedback imediata aos profissionais de saúde no final de cada sessão de observação de adesão à higiene das mãos.	Sim
Periodicidade que o consumo da solução antisséptica de base alcoólica para a higiene das mãos é controlado regularmente.	Mensal
Periodicidade que o consumo de sabão para a higiene das mãos é controlado regularmente:	Mensal
Percentual de adesão à higiene das mãos utilizando o formulário de observação da higiene das mãos da OMS (ou similar).	61 a 70%

6. DISCUSSÃO

A capital do estado da Bahia, Salvador, e sua região metropolitana, concentra mais da metade dos Hospitais de Grande Porte de todo o Estado. Cujo devido caráter de alta complexidade e tecnologia, além do grande fluxo de profissionais e pacientes, conferem maior risco à incidentes e colocam em xeque a segurança do paciente. Os resultados deste trabalho evidenciam que a instituição estudada apresenta alguns avanços relevantes no que se refere à categoria de análise 1, que investiga estrutura institucional destinada ao incentivo da HM. Destaca-se a existência

de uma política formal de apoio da alta direção, com orçamento específico para aquisição contínua de insumos para essa prática, como sabão líquido, papel toalha e preparações alcoólicas. Esse apoio é evidenciado na prática, quando relatado presença de dispensadores de antissépticos distribuídos em áreas assistenciais, incluindo triagem, pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatórios, clínicas, consultórios e locais de procedimentos invasivos, em conformidade com a RDC nº 42/2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos em pontos de assistência ao paciente dos serviços de saúde. Além disso, a instituição realiza auditorias internas para monitorar a disponibilidade dos insumos para HM e assegura o abastecimento de água dentro de critérios de qualidade e segurança, com limpeza periódica dos reservatórios e análises bacteriológicas semestrais, conforme a Portaria GM/MS nº 888/2021 (BRASIL, 2010, 2021).

A despeito dos aspectos institucionais favoráveis para a adesão da HM na instituição estudada, esse estudo identificou lacunas importantes que podem comprometer a efetividade da prática da HM nesse serviço, sobretudo no que se refere à integração da HM à cultura organizacional. Observou-se que não há metas específicas à adesão à prática de higiene das mãos no plano estratégico da instituição, o que contraria as orientações do Plano para Implementação da Estratégia Multimodal (WHO, 2009, 2010, 2016), que recomenda a definição de objetivos claros e mensuráveis como parte do compromisso institucional. Da mesma forma, constatou-se a ausência de apoio formal à formação e à educação permanente dos profissionais de saúde sobre o tema, evidenciando fragilidade no investimento contínuo em capacitação, um componente considerado indispensável para manutenção da adesão às práticas recomendadas.

Outro ponto crítico identificado refere-se à limitação da comunicação visual, uma vez que os cartazes educativos estão expostos apenas em algumas áreas das unidades de internamento e tratamento, e as auditorias desses materiais ocorrem de forma mínima anual. Essa prática diverge da recomendação da OMS, que orienta que os lembretes visuais estejam disponíveis de maneira ampla e visível em todos os pontos de assistência, com monitoramento frequente e reposição sempre que necessário, com o objetivo de reforçar continuamente HM. A ausência desses lembretes compromete a eficácia da estratégia educativa visual e indica uma fragilidade institucional na promoção de uma cultura de segurança contínua e visível no ambiente hospitalar (WHO, 2009; BRASIL, 2009).

Adicionalmente, verificou-se que os pacientes não são estimulados a lembrar os profissionais de saúde sobre a necessidade da HM, evidenciando uma falha relacionada ao fortalecimento do empoderamento do paciente e na corresponsabilização pela segurança do cuidado. Nesse sentido, estudo de ENG et al. (2021) demonstrou que a estratégia de capacitar pacientes a observar e lembrar os profissionais de HM aumentou a adesão dos profissionais de saúde de 11,6% para 48,9% após essa participação. Contudo, neste mesmo estudo, 43,3% dos pacientes relataram sentir desconforto ao abordar os profissionais de saúde, especialmente médicos, por receio de parecerem desrespeitosos. Este mesmo sentimento é discutido com recorrência na literatura (BUTENKO et al., 2017; VIJAYALAKSHMI et al., 2017). Entretanto, ainda que exista esse obstáculo ao empoderamento do paciente em relação à HM, a OMS reforça a relevância de envolver o paciente na promoção de sua própria segurança, recomendando o uso de estratégias simples, como a distribuição de folhetos educativos sobre a importância da HM (WHO, 2009; 2010).

Ademais, embora haja dispensadores com preparações alcoólicas em locais visíveis e de fácil acesso, observa-se a ausência desses dispositivos à beira do leito, o que obriga os profissionais a se deslocarem para realizar a HM durante o atendimento. Essa condição também foi identificada nos estudos de Prado, Hartmann e Filho et al. (2013), no qual apontaram que 62,5% dos pontos de assistência não dispunham de dispensadores de preparação alcoólica e de Magnano et al. (2019) que relataram a ausência total desses dispositivos em todas as unidades avaliadas, evidenciando infração sanitária ao contrariar diretrizes da ANVISA e a indicar a ausência de apoio institucional para a prática da HM.

As preparações alcoólicas para HM devem estar disponíveis diretamente no ambiente do paciente, ou seja, no ponto de assistência (point-of-care) — local onde se encontram o profissional de saúde, o paciente e a assistência. Essa disponibilidade pode ser garantida por meio de frascos de bolso, dispensadores fixados na parede, suportes acoplados à cama ou mesa de cabeceira do paciente, ou ainda nos carrinhos de curativos e medicações utilizados durante o atendimento (WHO, 2009, 2020; BRASIL, 2009, 2010). O deslocamento dos profissionais para realizar a HM aumenta o risco de contato com outros pacientes, seus respectivos ambientes e diversas superfícies da unidade, como bancadas do posto de enfermagem, maçanetas de portas, suportes de soro, aparelhos celulares, entre outros. Esses locais podem estar contaminados por uma variedade de micro-organismos, inclusive patógenos multirresistentes, ampliando o risco de transmissão cruzada e de IRAS.

Nesse estudo, apesar da presença de pias localizadas externamente aos quartos ou enfermarias, ou no interior desses — fora dos banheiros — em quantidade compatível com os parâmetros exigidos, foram identificadas fragilidades em outros ambientes, como áreas de reabilitação, coleta laboratorial, lavanderias e estações/postos de trabalho, que não dispõem de lavatórios conforme preconizado pela RDC nº 50/2002. Essa situação contribui para a limitação do acesso oportuno à HM, comprometendo a adesão dos profissionais à prática em momentos indicados. A ausência de lavatórios em áreas estratégicas dificulta a incorporação do hábito, favorecendo lapsos que podem resultar em maior risco de IRAS.

Segundo a norma acima referida, nos compartimentos destinados à realização de procedimentos de reabilitação e coleta laboratorial, deve haver ao menos um lavatório a cada seis boxes, localizado em área anexa, além de, no mínimo, um lavatório no salão de cinesioterapia e mecanoterapia. Nas áreas destinadas ao processamento de roupas, é obrigatória a instalação de lavatórios tanto na área "suja" (banheiro) quanto na área "limpa", para uso da equipe. Já nos postos de trabalho, deve existir um lavatório para os profissionais assistenciais em área anterior à entrada dos quartos/enfermarias ou no interior desses, fora dos banheiros. Este achado pode representar a causa raiz de não adesão à HM. Em um estudo realizado em um Hospital de Ensino Público da região Sul do Brasil, 59,5% dos Enfermeiros assistenciais relataram a inexistência de lavatórios em suas unidades assistenciais (MOURA et al., 2017). A influência da infraestrutura hospitalar sobre a HM também é evidenciada em outras pesquisas. Um levantamento realizado no estado do Paraná identificou que a proporção de lavatórios por leito era adequada em apenas 50% das unidades avaliadas (PRADO; HARTMANN; FILHO, 2013). Além da disponibilidade, a literatura aponta falhas na integridade e funcionalidade das pias, como a presença de ferrugem e torneiras que, ao serem acionadas, provocavam respingos fora da pia, dificultando seu uso (MAGNANO et al., 2019).

A localização de pias em pontos distantes do ponto de assistência ou mesmo sua ausência, podem induzir a não HM e pode levar os profissionais a utilizarem, de forma inadequada, as pias localizadas nos quartos dos pacientes para finalidades diversas da HM. Essa hipótese é corroborada por alguns estudos, em Hospital Terciário com 637 leitos no Canadá, o aumento da distância entre o ambiente do paciente e a pia mais próxima foi inversamente associado à adesão à lavagem das mãos (OR ajustado, 0,90; IC de 95%), concluiu-se que a cada metro adicional que o profissional de saúde precisa percorrer para chegar a uma pia diminui a probabilidade de HM em aproximadamente 10% (DEYNEKO et al., 2016). Em uma UTI na Virgínia, Estados Unidos, câmeras registraram 5.614 ações de profissionais de saúde na pia do

leito de um paciente, das quais apenas 224 foram relacionadas à HM. As demais envolviam práticas inadequadas, como descarte de nutrição enteral, limpeza de dispositivos médicos e esvaziamento de bolsas intravenosas (GRABOWSKI et al., 2018). Assim, a inexistência de lavatórios em pontos estratégicos, conforme recomendado pela ANVISA, pode não apenas dificultar a HM, mas também induzir comportamentos que comprometem diretamente a segurança do paciente.

Os dados relacionados à existência de protocolos de HM evidenciaram pontos positivos, como a presença de um protocolo formalmente instituído e amplamente divulgado em todas as unidades assistenciais, operacionalizado pelo SCIH/SCIRAS e pelo Núcleo de Segurança do Paciente. Esses aspectos estão alinhados às recomendações da OMS, que enfatizam a necessidade de diretrizes claras e de ampla divulgação para a padronização das práticas. Corroborando a importância desse componente, um estudo de múltiplos casos realizado em Salvador, em 2018, avaliou a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pelos NSP da capital baiana. Os resultados indicaram que 16,7% das instituições não haviam adotado nenhum dos protocolos obrigatórios da série “Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde”, do Ministério da Saúde, configurando uma infração sanitária. Por outro lado, os protocolos de Identificação do Paciente e Higienização das Mãos foram os mais implementados, ambos com taxa de adoção de 83,3% (COSTA et al., 2020).

No que se refere à educação dos profissionais de saúde, a existência de um programa estruturado de treinamentos sistemáticos ao menos semestrais e supervisão direta sobre a técnica de HM e sobre os 5 momentos, se alinham à Estratégia Multimodal, que reconhece a capacitação contínua como pilar essencial para promover a adesão. Estudo de Arenas et al. (2017) ratifica a importância da educação em saúde e HM ao demonstrar aumento significativo das taxas de adesão à HM, de 61,8% no pré-treinamento para 78,3% após a intervenção educativa dos 5 momentos, evidenciando a eficácia da estratégia.

Ainda na categoria que reúne itens para a capacitação profissional, identificaram-se fragilidades importantes, como a ausência de um sistema de formação de observadores treinados para monitorar e validar a prática, medida recomendada pelo Guia de Autoavaliação da OMS por sua relevância na padronização de dados e no fornecimento de feedback efetivo. Constatou-se, ainda, que profissionais da assistência direta mantêm o uso de adornos durante o exercício de suas atividades, prática que contraria a Norma Regulamentadora (NR) nº 32, instituída pela Portaria MTb nº 485, de 11 de novembro de 2005, do Ministério do Trabalho e

Emprego (MTE). Essa norma estabelece diretrizes para a segurança e a saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde. Especificamente, no item 32.2.4 — Das Medidas de Proteção — o subitem 32.2.4.5 determina que o empregador deve vedar o uso de adornos no ambiente de trabalho, considerando-os um fator de risco adicional à segurança do paciente. Além disso, o uso de adornos compromete a eficácia da HM (BRASIL, 2005). Evidências apontam que o uso de adornos, especialmente anéis e alianças, está associado à presença de colônias bacterianas, como *Staphylococcus aureus*, bacilos gram-negativos e *Enterococcus spp.* (OLIVARES et al., 2020).

Nesse hospital, o monitoramento e avaliação da prática de HM evidencia-se iniciativas importantes, como a realização de auditorias internas, observação direta semestral utilizando formulário padronizado, controle mensal do consumo de sabão e solução alcoólica, além do fornecimento de feedback imediato aos profissionais ao final das observações. Essas ações estão em harmonia com o componente 3 relacionado ao monitoramento e retroalimentação de informações proposto pela Estratégia Multimodal da OMS. Contudo, identificou-se que os dados provenientes das auditorias de HM não são consolidados em relatórios formais nem compartilhados com as equipes assistenciais, o que contraria a recomendação de utilizá-los como ferramenta de gestão, retroalimentação sistemática e incentivo. A socialização dos achados contribuiria para a sensibilização da equipe sobre a importância da prática adequada da HM, considerando que a observação sistemática, o feedback contínuo e a discussão dos resultados geram impacto imediato na adesão dos profissionais (WHO, 2009, 2010, 2016, 2020).

A OMS recomenda que a taxa de adesão à HM seja calculada pela razão entre o número de ações realizadas e o número de oportunidades, multiplicada por cem, expressando-se em porcentagem. Essa fórmula permite obter resultados gerais de adesão, podendo ser estratificados por categoria profissional e pelos momentos indicados para a prática. Ademais, o cálculo pode ser utilizado para comparar os dados por unidade de assistência (WHO, 2009). Em relação ao percentual geral, observa-se que tanto a OMS quanto a ANVISA não estabelecem um valor fixo como referência universal. No entanto, conforme o instrumento *Hand Hygiene Self-Assessment Framework*, a pontuação máxima é atribuída às instituições que alcançam uma taxa de adesão $\geq 81\%$, enquanto a segunda maior pontuação corresponde a taxas entre 61% e 70%. Além disso, recomenda-se o uso de metas escalonadas, baseadas nas taxas basais de cada instituição, reconhecendo que o ponto de partida pode variar de acordo com a

realidade e a capacidade instalada de cada serviço de saúde (WHO, 2010; SANTOS et al., 2023).

No hospital analisado, a taxa de adesão geral situou-se entre 61% e 70%, o que, embora represente um avanço, indica que, mesmo com a existência de mecanismos de monitoramento, ainda são necessárias estratégias sustentáveis para promover melhorias de adesão da prática. Contudo, o índice reportado supera os observados em outros estudos realizados em Salvador, que relataram taxas de adesão global de 53,3%, 52,4% e 63,6% (ATAIDE et al., 2023; SILVA et al., 2023; COSTA; MOREIRA, 2024). Outros levantamentos realizados também na capital baiana apontaram resultados distintos. Em uma UTIN de uma Maternidade de Alto risco de Grande Porte, identificaram-se taxas de adesão de 69,7% entre médicos, 61,9% entre fisioterapeutas, 49,2% entre enfermeiros e 48,1% entre técnicos de enfermagem (SILVA et al., 2017). Esses achados divergem do estudo de Ataíde et al. (2023) em uma UTI cirúrgica de um Hospital Universitário, no qual os enfermeiros apresentaram a maior adesão (62,8%), seguidos pelos residentes (57,1%), fisioterapeutas (54,7%) e técnicos de enfermagem (46,3%), sendo a menor taxa observada entre os médicos (38,2%).

Outro ponto importante é a adoção de metodologias de ensino atrativas para os profissionais da instituição, fornecendo evidências científicas sobre a eficácia da HM na redução de IRAS, inserindo-os no centro intervenção, além da explicação clara dos objetivos do treinamento (ZHAO et al, 2028). Em Salvador, BA, um estudo quase experimental do tipo antes e depois, realizado em uma UTI de um hospital terciário privado de grande porte, com 300 leitos, demonstrou os benefícios das metodologias ativas na capacitação para a prática de higiene das mãos. O estudo utilizou a técnica OSATS (Observação Estruturada de Habilidade Técnica), na qual foi criado um cenário simulado no leito, com manequins, materiais e equipamentos, para simular o atendimento ao paciente e identificar momentos oportunos para a HM. Os resultados mostraram um aumento significativo na prática de HM, com uma melhora de 30,6% no pré-teste para 69,4% no pós-teste, evidenciando o impacto positivo dessas abordagens ativas no treinamento dos profissionais de saúde (RIBEIRO, 2021).

Os resultados desse estudo evidenciam que a instituição apresenta avanços estruturais importantes no incentivo à HM, com apoio da alta direção, política formal de incentivo à HM, orçamento específico e disponibilidade de insumos, bem como auditorias regulares sobre consumo de solução antisséptica de base alcoólica e sabão. Quanto à normatização, destaca-se a existência de protocolo institucional de HM com ampla divulgação e operacionalização pelo SCIH e NSP. A educação permanente está estruturada, com treinamentos regulares e supervisão da técnica de HM de quanto aos 5 momentos preconizados. Ainda, são realizadas auditorias

semestrais através da observação direta e feedback imediato. Apesar dos avanços, ainda existem fragilidades que comprometem a efetividade da HM na instituição. Um dos pontos críticos é a ausência de metas específicas voltadas ao incentivo da HM no Plano Estratégico do hospital. Além disso, observa-se a inexistência de formação de observadores devidamente capacitados para realizar o monitoramento sistemático da prática, bem como a falta de consolidação dos dados em relatórios formais e socialização com equipes assistenciais e líderes. Essa lacuna compromete o uso dessas informações como ferramenta de gestão e tomada de decisão, dificultando a implementação de ações corretivas e de melhorias sustentáveis.

Destacam-se ainda o uso de adornos, em desacordo com a NR-32, e a limitação da comunicação visual, uma vez que os cartazes estão alocados em apenas algumas áreas de internação e tratamento e são auditados quanto à sua integridade minimamente com periodicidade anual. Observou-se, ainda, ausência de estratégias de empoderamento do paciente em HM, o que representa uma lacuna na responsabilização da segurança do paciente. Além disso, observou-se ausência de oferta da solução alcoólica à beira-leito, induzindo os profissionais se deslocarem do ponto de assistência no momento do cuidado para HM, e há carência de lavatórios em áreas como reabilitação, coleta e lavanderias. Tais lacunas favorecem práticas inadequadas e ampliam o risco de IRAS.

Por fim, embora a estrutura institucional favoreça a prática, persistem desafios importantes para sua adesão, principalmente no que se refere à ausência de metas específicas para HM, capacitação insuficiente de observadores treinados, uso de adornos pela equipe assistencial, cartazes restritos a algumas áreas e sem monitoramento frequente, participação limitada do paciente, ausência de álcool à beira-leito, falta de pias em áreas estratégicas e não consolidação e socialização dos dados de auditoria, sendo necessárias estratégias multimodais integradas para avanços sustentáveis.

O recorte metodológico deste estudo, realizado em um Hospital de Grande Porte da capital baiana, naturalmente restringe a generalização dos achados para outras instituições de porte similares da região metropolitana e capital, pelas especificidades de cada uma - principalmente no que tange à especialidade, capacidade instalada (nº de leitos) e entidade mantenedora. Ainda assim, os resultados obtidos fornecem evidências relevantes para a implantação da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em contextos institucionais com características semelhantes.

Embora o método survey possua limitações intrínsecas, como destacado na literatura (PINSONNEAULT; KRAEMER, 1993; FREITAS et al., 2000; PIRES et al., 2023), ele se

mostrou eficaz como ferramenta diagnóstica e estratégica para a realidade estudada. A utilização de uma amostra não probabilística e por conveniência, adequada ao propósito local, pode limitar a validade externa dos resultados, mas contribuiu significativamente para o levantamento inicial de dados relevantes à gestão hospitalar. A aplicação autoadministrada do questionário, embora sujeita a possíveis vieses de resposta, foi facilitada pelo formato digital, o que favoreceu a autonomia dos participantes e reduziu a interferência do pesquisador.

O delineamento transversal do estudo, por sua vez, não permite estabelecer relações causais, limitando-se a descrições situacionais (PINSONNEAULT & KRAEMER, 1993). No entanto, os dados levantados permitiram identificar com clareza os componentes da estratégia da OMS, da Anvisa e de outros órgãos reguladores que estão presentes ou ausentes no cenário institucional analisado, fornecendo evidências para elaboração de um Plano de ação em HM ao analisar a infraestrutura, recursos materiais, formação e educação em HM e engajamento da alta gestão.

Uma limitação relevante deste estudo refere-se à impossibilidade de mensuração individualizada da taxa de adesão à HM por unidade assistencial. Embora a taxa geral observada no hospital analisado tenha variado entre 61% e 70%, esse valor agregado pode mascarar disparidades significativas entre as unidades. A utilização do cálculo preconizado pela OMS — razão entre o número de ações realizadas e o número de oportunidades, multiplicada por cem — é sensível à presença de valores extremos. Unidades com maior densidade de oportunidades de HM, como Centro-cirúrgico, Unidades de Terapia Intensiva e Semi-intensiva, tendem a concentrar um número elevado de oportunidades, deslocando a média geral e reduzindo a representatividade das unidades de internamento com menor volume de observações. Tal desequilíbrio pode comprometer a acurácia da análise global e dificultar a identificação de padrões específicos de adesão em diferentes contextos assistenciais.

Além disso, o survey adaptado do estudo, baseado na Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos, *Hand Hygiene Self-Assessment Framework* e normativas da ANVISA, foi elaborado com o objetivo de alcançar os propósitos propostos, com ênfase na avaliação dos indicadores de adesão à prática. Embora não tenha contemplado de forma aprofundada os componentes da Etapa 5 — relativos ao Clima institucional e aos Critérios de liderança estabelecidos pela OMS —, essa delimitação metodológica está alinhada ao escopo do estudo. Assim, não foi possível identificar, por exemplo, quais membros da liderança hospitalar assumiram compromisso formal com a estratégia (como o diretor geral, diretor de enfermagem ou diretoria médica), nem se as taxas de IRAS são apresentadas à liderança e às equipes assistenciais em conjunto com os dados de adesão à HM. Essa limitação, no entanto, é

considerada aceitável, visto que o estudo teve como foco específico a análise da adesão à prática, sem prejuízo à consistência dos resultados obtidos.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo alcançou seu objetivo ao analisar os indicadores epidemiológicos de adesão à HM e como esses refletem na prática dos profissionais de saúde em um Hospital de Grande Porte localizado em Salvador, Bahia, possibilitando, ainda, a realização de um diagnóstico inicial do panorama institucional, ao identificar os pontos positivos e negativos relacionados à adesão à HM no ambiente hospitalar.

Nesse sentido, este estudo contribui para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente, ao reconhecer a HM como prática essencial para a qualidade e segurança da assistência. Recomenda-se, contudo, que futuras pesquisas adotem abordagens metodológicas complementares, como estudos quantitativos ou de caráter longitudinal, a fim de aprofundar a compreensão dos determinantes que influenciam a adesão dos profissionais e promover intervenções mais eficazes e sustentáveis em Hospitais de Grande porte.

Os resultados obtidos contribuem para o fortalecimento do arsenal científico na área de Controle de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde, qualidade assistencial e avaliação hospitalar, ao oferecer subsídios relevantes para a implementação das estratégias validadas mundialmente em instituições hospitalares com perfis organizacionais e estruturais semelhantes.

REFERÊNCIAS

ALLEGIANZI, Benedetta et al. Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, [S.l.], v. 377, n. 9761, p. 228-241, 2011. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61458-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61458-4)> . Acesso em: 1 Abril 2025.

ALLEGIANZI, Benedetta et al. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 13, n. 10, p. 843–851, 2013. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(13\)70163-4](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(13)70163-4)> . Acesso em: 1 Abril 2025.

ALLEGIANZI, B.; STEWARDSON, A. J.; PITTET, D. Compliance with hand hygiene best practices. In: *Hand Hygiene*. Wiley-Blackwell, 2017. p. 76–84. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/9781118846810.ch11>> . Acesso em: 9 Abril 2025.

ALLEGIANZI, Benedetta et al. WHO global research agenda for hand hygiene improvement in health care: a Delphi consensus study. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, v. 46, n. 5, p. 1–16, 2025. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/ice.2025.32>> . Acesso em: 5 Maio 2025.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Avaliação em serviços de saúde: monitoramento de indicadores de serviços de saúde. 2015. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/avalia/index.htm>. Acesso em: 28 jul. 2025.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Critérios diagnósticos de infecção relacionada à assistência à saúde. 2. ed. Brasília: ANVISA, 2017. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+2+-> . Acesso em: 13 jul. 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (PNPCIRAS) 2021 a 2025. Brasília: ANVISA, 5 mar. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/pnpciras_2021_2025.pdf . Acesso em: 6 jul. 2025.

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Relatório nacional do Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos em Serviços de Saúde para a Segurança do Paciente – 2022-2023. ANVISA. Brasília, 10 set. 2024. Disponível em: [Relatório nacional do Projeto de Implantação Nacional da Estratégia Multimodal de Melhoria da HM 2024](#). Acesso em: 10 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Lista de serviços de saúde/hospitais participantes da Estratégia Multimodal Higiene das Mãos 2022-2023. Brasília, 15 mar. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/higienizacao-das-maos-1/servicos-participantes-estrategia-multimodal-higiene-maos-2022-2023_15-03-2023.pdf. Acesso em: 11 maio 2025.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Hospitais com UTI participantes da Estratégia Multimodal de Melhoria da Higiene das Mãos 2024 – lista. Brasília, 6 ago. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/prevencao-e-controle-de-infeccao-e-resistencia-microbiana/higienizacao-das-maos-1/estrategia-multimodal-melhoria-da-higienizacao-das-maos-teste/lista-de-hospitais-participantes-do-projeto-hm-2024-06-08-24.pdf>. Acesso em: 11 maio 2025.

ATAIDE, C. G. C. de et al. Higienização das mãos em uma unidade de terapia intensiva geral de um hospital universitário da Bahia: adesão de diferentes categorias profissionais. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 27, supl. 1, 103371, 2023. ISSN 1413-8670. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103371> . Acesso em: 16 jun. 2025.

ARENAS, Oscar Alberto Villegas et al. Medición de la adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, v. 14, n. 2, p. 169–178, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5121/512158734016/html/> . Acesso em: 1 Abril 2025.

BÁO, A. C. P. et al. Quality indicators: tools for the management of best practices in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 2, p. 360–366, mar. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>. Acesso em: 28 jul. 2025.

BLEVINS, Steve M.; BRONZE, Michael S. Robert Koch and the ‘golden age’ of bacteriology. *International Journal of Infectious Diseases*, v. 14, n. 9, p. e744–e751, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.12.003> . Acesso em: 9 Abril 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n° 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 26 jul. 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html . Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n° 42, de 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 [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 26 out. 2010. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/rdc0042_25_10_2010.html . Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Higienização das Mãos. Brasília: Anvisa, 2009a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/sumario-higienizacao-das-maos.pdf> . Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 2 abr. 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html . Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 10 jul. 2013c. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013> .html. Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 mar. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 888, de 7 de maio de 2021. Altera o Anexo XX da Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade. *Diário Oficial da União*, Brasília, 7 mai. 2021. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt0888_07_05_2021.html. Acesso em: 16 jun. 2025.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Investigação de eventos adversos em serviços de saúde. Brasília: Anvisa, 2013a. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/5-investigacao_de_eventos-em-servicos-de-saude.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2024.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília: ANVISA, 2007. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/manual_integra_lavagem_da_s_maos_anvisa.pdf . Acesso em: 13 jul. 2025.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 – Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 11 nov. 2005. Disponível em: http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_32.pdf . Acesso em: 5 jul. 2025.

BREIGEIRON, M. K.; VACCARI, A.; RIBEIRO, S. P. Florence Nightingale: legacy, present and perspectives in COVID-19 pandemic times. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, p. e20201306, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1306>> . Acesso em: 11 maio 2025.

BUTENKO, Samantha; LOCKWOOD, Craig; MCARTHUR, Alexa. Patient experiences of partnering with healthcare professionals for hand hygiene compliance: a systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, v. 15, n. 6, p. 1645-1670, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003336> . Acesso em: 14 jun. 2025.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS EM SAÚDE. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2927400003859> . Acesso em: 23 de Nov 2022.

CAVALCANTE, Paloma de Souza et al. Indicadores de qualidade utilizados no gerenciamento da assistência de enfermagem hospitalar [Healthcare quality indicators used in

hospital nursing care management]. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 787–793, 2016. DOI: 10.12957/reuerj.2015.7052. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerej/article/view/7052>. Acesso em: 28 jul. 2025.

COSTA, E. A. M.; MOREIRA, L. L. L. Indicadores e estratégias da higiene das mãos em Hospital Dia: Indicadores de Higiene de Manos en el Hospital Día . *Revista SOBECC*, [S. l.], v. 29, 2024. DOI: 10.5327/Z1414-4425202429950. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/950> . Acesso em: 13 jul. 2025.

COSTA, E. A. M et al. Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. *Revista SOBECC*, v. 25, n. 1, p. 17–24, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000010004>. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/536>. Acesso em: 14 jul. 2025.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. NHSN Patient Safety Component Manual. Atlanta, GA: CDC, jan. 2025. Disponível em: https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/pscmanual_current.pdf . Acesso em: 10 Maio 2025.

DEYNEKO, A. et al. Impact of sink location on hand hygiene compliance after care of patients with *Clostridium difficile* infection: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, v. 16, 203, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-016-1535-x>. Acesso em: 13 jul. 2025.

DUNN, P. M. Oliver Wendell Holmes (1809–1894) and his essay on puerperal fever. *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, v. 92, p. F325–F327, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/adc.2005.077578> . Acesso em: 7 Abril 2025.

ENG, Tony Y. et al. “Did you wash your hands?”: a prospective study of patient empowerment to prompt hand washing by healthcare providers. *Journal of Infection Prevention*, v. 22, n. 5, p. 195–202, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17571774211012767> . Acesso em: 1 maio 2025.

FARHOUDI, Farinaz et al. Impact of WHO hand hygiene improvement program implementation: A quasi-experimental trial. *BioMed Research International*, v. 2016, n. 1, p. 7026169, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2016/7026169> . Acesso em: 1 maio 2025.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do Programa Segundo Tempo. Texto para discussão 1369. Brasília: IPEA, 2009. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1545>. Acesso em: 28 jul. 2025.

FREITAS, Henrique et al. O método de pesquisa survey. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, v. 35, n. 3, 2000. Disponível em: <http://rausp.usp.br/wp-content/uploads/files/3503105.pdf> . Acesso em: 11 Maio 2025.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC. Apostila. 2002.

GARNER, J. S. Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, v. 17, n. 1, p. 53–80, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/647190> . Acesso em: 9 Abril 2025.

GIROTI, A. L. B. et al. Programas de Controle de Infecção Hospitalar: avaliação de indicadores de estrutura e processo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, p. e03364, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017039903364>> . Acesso em: 10 maio 2025.

GRABOWSKI, M. et al. Characterizations of handwashing sink activities in a single hospital medical intensive care unit. *The Journal of Hospital Infection*, v. 100, n. 3, p. e115–e122, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.04.025>> . Acesso em: 1 maio 2025.

HAAS, J. P.; LARSON, E. Impact of wearable alcohol gel dispensers on hand hygiene in an emergency department. *Academic Emergency Medicine*, v. 15, n. 4, p. 393–396, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00045.x>> . Acesso em: 9 maio 2025.

HARUN, M. G. D. et al. Hand hygiene compliance and associated factors among healthcare workers in selected tertiary-care hospitals in Bangladesh. *The Journal of Hospital Infection*, v. 139, p. 220–227, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2023.07.012> . Acesso em: 13 jul. 2025.

HILLIER, M. D. Using effective hand hygiene practice to prevent and control infection. *Nursing Standard (Royal College of Nursing – Great Britain)*, v. 35, n. 5, p. 45–50, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11552>> . Acesso em: 11 maio 2025.

HUIS, A. et al. Impact of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: a cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, v. 50, n. 4, p. 464–474, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.004>> . Acesso em: 9 maio 2025.

HICPAC. HOSPITAL INFECTION CONTROL PRACTICES ADVISORY COMMITTEE. Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, v. 16, p. 105–113, 1995. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0196-6553\(95\)90104-3](https://doi.org/10.1016/0196-6553(95)90104-3)> . Acesso em: 1 maio 2025.

JCAHO. JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATION (US). Characteristics of clinical indicators. *QRB – Quality Review Bulletin*, v. 15, n. 11, p. 330–339, 1989. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0097-5990\(16\)30313-X](https://doi.org/10.1016/S0097-5990(16)30313-X). Acesso em: 28 jul. 2025.

JANUÁRIO, G. C. et al. Quality indicators in a newborn hearing screening service. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, v. 81, n. 3, p. 255–263, maio 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.08.008>. Acesso em: 28 jul. 2025.

JUTHAMANE, S. ‘Wash your hand!’: the old message from Florence Nightingale to battle COVID-19. *Belitung Nursing Journal*, v. 6, n. 2, p. 62, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.33546/bnj.1097>> . Acesso em: 11 maio 2025.

KARAMANOU, M. et al. From miasmas to germs: a historical approach to theories of infectious disease transmission. *Infez Med*, v. 20, n. 1, p. 58–62, 2012. Disponível em: <https://www.infezmed.it/media/journal/Vol_20_1_2012_9.pdf> . Acesso em: 9 Abril 2025.

KAYANO, Jorge; CALDAS, Eduardo de Lima. Indicadores para o diálogo: texto de apoio – oficina 2. *Série Indicadores*, n. 8, out. 2002. Disponível em: <https://polis.org.br/wp-content/uploads/2020/03/Indicadores-para-o-Dialogo.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2025.

LUANGASANATIP, N. et al. Comparative efficacy of interventions to promote hand hygiene in hospital: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*, v. 351, h3728, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.h3728>> . Acesso em: 7 Abril 2025.

MAGALHÃES COSTA, E. A.; LOBÃO, W. M.; RIBAS, C. L. M.; PASSOS, N. M. Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. *Revista SOBECC*, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 17–24, 2020. DOI: 10.5327/Z1414-4425202000010004. Disponível em: <<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/536>> . Acesso em: 11 dez. 2024.

MAGNAGO, T. S. B. de S. et al. Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/89131> . Acesso em: 13 jul. 2025.

MCARDLE, F. I. et al. How much time is needed for hand hygiene in intensive care? A prospective trained observer study of rates of contact between healthcare workers and intensive care patients. *The Journal of Hospital Infection*, v. 62, n. 3, p. 304–310, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2005.09.019> . Acesso em: 13 jul. 2025.

MOURA, P. M. M. et al. Avaliação da infraestrutura hospitalar para a higienização das mãos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, Recife, v. 11, n. 12, p. 5289–5296, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22884p5289-5296-2017>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/22884>. Acesso em: 13 jul. 2025.

O'BOYLE, C. A.; HENLY, S. J.; LARSON, E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: the theory of planned behavior. *American Journal of Infection Control*, v. 29, n. 6, p. 352–360, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1067/mic.2001.18405>> . Acesso em: 9 maio 2025.

OLIVARES A., F et al . Impacto del uso de anillos y uñas esmaltadas en la calidad de la higiene de manos en el personal de salud. *Rev. chil. infectol.*, Santiago , v. 37, n. 1, p. 23-31, feb. 2020 . Disponível em http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182020000100023&lng=es&nrm=iso . Acessado em 10 maio 2025.

OLIVEIRA, A. C. de; PAULA, A. O. de. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 407–413, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300016>> . Acesso em: 14 abr. 2024.

OLIVEIRA, A. C.; CARDOSO, C. S.; MASCARENHAS, D. Contact precautions in Intensive Care Units: facilitating and inhibiting factors for professionals' adherence. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 1, p. 161–165, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000100023>> . Acesso em: 9 maio 2025.

OLIVEIRA, H. M. de; SILVA, C. P. R.; LACERDA, R. A. Policies for control and prevention of infections related to healthcare assistance in Brazil: a conceptual analysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 3, p. 0505–0511, maio 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000400018>> . Acesso em: 10 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Manual de referência técnica para a higiene das mãos. 2009. Disponível em:

<[http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual de Refer%C3%Aancia T%C3%A9cnica.pdf](http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Manual%20de%20Refer%C3%Aancia%20T%C3%A9cnica.pdf)> . Acesso em: 5 maio 2025.

PINSONNEAULT, A.; KRAEMER, K. Survey research methodology in management information systems: an assessment. *Journal of Management Information Systems*, v. 10, n. 2, p. 75–105, 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/07421222.1993.11518001>> . Acesso em: 11 maio 2025.

PIRES, V. R. S. et al. Método de pesquisa Survey – estudo do método e aplicações na engenharia de produção. *Observatório de la Economía Latinoamericana*, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 12545–12557, 2023. DOI: 10.55905/oelv21n9-110. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/1519>. Acesso em: 11 Maio 2025.

PIRES, D.; PITTET, D. Hand hygiene mantra: teach, monitor, improve, and celebrate. *The Journal of Hospital Infection*, v. 95, n. 4, p. 335–337, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.03.009> . Acesso em: 13 jul. 2025.

PITTET, D. et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*, v. 356, p. 1307–1312, 2000. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02814-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02814-2)> . Acesso em: 9 Abril 2025.

PITTET, D.; MOUROUGA, P.; PERNEGER, T. V. Compliance with handwashing in a teaching hospital. *Infection Control Program. Annals of Internal Medicine*, v. 130, p. 126–130, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-130-2-199901190-00006>. Acesso em: 9 Abril 2025.

PITTET, D. et al. Hand-cleansing during postanesthesia care. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, v. 99, p. 530–535, 2003. Disponível: <<https://doi.org/10.1097/00000542-200309000-00006>> . Acesso em: 9 Abril 2025.

PITTET, D.; SAX, H.; HUGONNET, S.; HARBATH, S. Cost implications of successful hand hygiene promotion. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, v. 25, p. 264–266, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/502389> . Acesso em: 9 Abril 2025.

PITT, Dennis; AUBIN, Jean-Michel. Joseph Lister: father of modern surgery. *Canadian Journal of Surgery*, v. 55, n. 5, p. E8, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1503/cjs.007112>> . Acesso em: 9 Abril 2025.

PRADO, M. F. do; HARTMANN, T. P. S.; FILHO, T. L. A. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. *Escola Anna Nery*, v. 17, n. 2, p. 220–226, abr./jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200003> . Acesso em: 13 jul. 2025.

RIBEIRO, P. C.S. Novo método de capacitação dos profissionais de saúde sobre higiene de mãos baseado em metodologia ativa. 2021. Dissertação (Mestrado em Medicina e Saúde Humana) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Repositório Institucional. Salvador, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/7640>> . Acesso em: 11 maio 2025.

ROMERO, D. M. P. et al. Efeitos da implementação de um programa de educação de higienização das mãos entre profissionais de uma UTI: análise de séries temporais

interrompidas. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 45, n. 5, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-3713/e20180152>> . Acesso em: 9 maio 2025..

SANTOS, A. R. *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. Rio de Janeiro: **DP&A**. 1999.

SANTOS, H. P. et al. Implementação de meta escalonada para melhoria da adesão à higiene de mãos em um hospital privado de Curitiba-PR. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 27, supl. 1, 103386, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103386> . Acesso em: 13 jul. 2025.

SILVA, Carla Tatiane Oliveira et al. ADESAO À HIGIENE DAS MÃOS ENTRE DIFERENTES CATEGORIAS PROFISSIONAIS NUMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA BAHIA. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 27, p. 103326, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103326>> . Acesso em: 30 Abril 2025.

SILVA, D. S. et al. Hand hygiene adherence according to World Health Organization recommendations in a Neonatal Intensive Care Unit. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, n. 3, p. 551–559, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000300008> . Acesso em: 16 jun. 2025.

SILVEIRA, T. V. L. et al. The importance of using quality indicators in nursing care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. 2, p. 82–88, abr. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.47702>. Acesso em: 28 jul. 2025.

SIMMONS, B. P. CDC guidelines for the prevention and control of nosocomial infections. Guideline for hospital environmental control. *American Journal of Infection Control*, v. 11, n. 3, p. 97–120, 1983. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0196-6553\(83\)90122-0](https://doi.org/10.1016/0196-6553(83)90122-0)> . Acesso em: 9 Abril 2025.

SETO, W. H. et al. Hand hygiene promotion and the participation of infection control link nurses: an effective innovation to overcome campaign fatigue. *American Journal of Infection Control*, v. 41, n. 12, p. 1281–1283, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.04.011>. Acesso em: 9 maio 2025.

SOUSA, P; MENDES, W. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Rio de Janeiro: SciELO; Editora FIOCRUZ, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416419>. Acesso em: 5 maio 2025.

SOUZA, L. M. et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, p. 21–28, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.49090>> . Acesso em: 9 maio 2025.

STEWARDSON, A. J.; PITTET, D. Historical perspectives. In: *Hand Hygiene*. Wiley Blackwell, 2017. p. 8–11. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/9781118846810.ch2>> . Acesso em: 7 Abril 2025.

STEWARDSON, A. J.; ALLEGRANZI, B.; PITTET, D. Dynamics of hand transmission. In: *Hand Hygiene*. Wiley-Blackwell, 2017. p. 18–27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/9781118846810.ch4>> . Acesso em: 1 maio 2025.

VALIM, M. D. et al. Efficacy of the multimodal strategy for Hand Hygiene compliance: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 2, p. 552–565, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0584>> . Acesso em: 9 maio 2025.

VERMEIL, Thibaud et al. Hand hygiene in hospitals: anatomy of a revolution. *Journal of Hospital Infection*, v. 101, n. 4, p. 383–392, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.09.003>> . Acesso em: 7 Abril 2025.

VIJAYALAKSHMI, S. et al. A goal unrealized: patient empowerment on hand hygiene – a web-based survey from India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, v. 11, n. 4, p. LC12–LC16, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/17626.9656>. Acesso em: 14 jun. 2025.

WHO. Hand hygiene self-assessment framework. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599323>> . Acesso em: 8 Abril 2025.

WHO. World Alliance for Patient Safety. Departmental update. 2004. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>> . Acesso em: 12 Abril 2025.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hand hygiene for all initiative: improving access and behaviour in health care facilities. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240011618>> . Acesso em: 8 Abril 2025.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION; WHO UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). Water, sanitation, hygiene, environmental cleaning and waste management in health care facilities: 2023 data update and special focus on primary health care. Geneva: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP), 2024. Disponível em: <<https://washdata.org/reports/jmp-2024-wash-hcf>> . Acesso em: 26 Abril 2025.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>> . Acesso em: 26 de Abril 2025.

WHO. World Health Organization. SAVE LIVES: Clean Your Hands. 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/en/>> . Acesso em: 12 Abril 2025.

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. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>> . Acesso em: 14 abr. 2024.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO research agenda for hand hygiene in health care 2023–2030: summary. Geneva: WHO, 2023. Infection Prevention and Control (IPC), Integrated Health Services (IHS). Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240073715>> . Acesso em: 14 abr. 2024.

WOODARD, J. A. et al. Beyond entry and exit: hand hygiene at the bedside. *American Journal of Infection Control*, v. 47, n. 5, p. 487–491, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.10.026> . Acesso em: 13 jul. 2025.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, J. de O.; LEONE, Claudio. Research methodology topics: cross-sectional studies. *Journal of Human Growth and Development*, v. 28, n. 3, p. 356–360, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.152198> . Acesso em: 11 maio 2025.

ZHAO, Q. et al. How to make hand hygiene interventions more attractive to nurses: a discrete choice experiment. *PLoS ONE*, v. 13, n. 8, e0202014, 9 ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202014> . Acesso em: 14 jul. 2025.

APÊNDICE A



Universidade do Estado da Bahia
Departamento de Ciências da Saúde
Colegiado de Enfermagem

Salvador, 5 de Novembro de 2024.

**Carta à Coordenação da Comissão/Serviço de Controle de Infecção
Relacionada à Assistência à Saúde do Hospital Geral Roberto Santos.**

A **Universidade do Estado da Bahia** está implementando um estudo intitulado **"Indicadores de adesão da Higienização das Mãos (HM) por profissionais de saúde em Hospitais de Grande porte em Salvador, Ba e Região Metropolitana"** que objetiva conhecer os indicadores de adesão à HM pelos profissionais de saúde de hospitais de grande porte de Salvador, BA.

Esta pesquisa faz parte do Programa de Iniciação Científica da instituição e visa também principiar os alunos na área da pesquisa e extensão. Esta Pesquisa foi submetida e aprovada pelo CEP da Instituição, CAAE Protocolo No: 78328624.1.0000.0057, Parecer No.: 6.757.497.

O sigilo dos dados e o anonimato da instituição e participantes estão garantidos, sem exposição do nome e imagem da organização conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

A coleta de dados será feita via on-line, por meio do preenchimento de Formulário Google, enviado para a Comissão/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da sua instituição e respondido por profissionais dessa Comissão.

Certa de poder contar com a colaboração da sua instituição para a realização deste estudo, agradecemos antecipadamente.

Colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, reading "Eliana Costa", is centered within a rectangular box. The box has vertical lines on the left and right sides and a horizontal line at the bottom.

Profa. Eliana Auxiliadora M Costa

Matrícula UNEB 74380599.1

Email: ecosta@uneb.br

Tel (71 99935-8094)

APÊNDICE B

INDICADORES DE ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM HOSPITAIS DE GRANDE PORTE EM SALVADOR E REGIÃO METROPOLITANA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa intitulada “Indicadores de adesão da Higienização das Mãos por profissionais de saúde em hospitais de Salvador e região metropolitana” aprovado pelo CEP/UNEB Parecer Nº 6.757.497. A pesquisa será desenvolvida em hospitais de grande porte de Salvador/BA e Região Metropolitana sob coordenação de pesquisadores da Universidade Estadual da Bahia – UNEB e pesquisadores de serviços de saúde de Salvador - Bahia.

Trata-se de uma pesquisa cujo objetivo consiste em identificar e analisar os indicadores epidemiológicos de adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde em hospitais de grande porte localizados em Salvador - BA, bem como discutir implicações para a qualidade do cuidado assistencial.

Acredita-se que o resultado desta pesquisa irá contribuir para a segurança e prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em serviços de saúde.

Você receberá todos os esclarecimentos sobre a pesquisa, objetivo, riscos e benefícios antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos sigilo profissional e institucional. Os formulários serão arquivados onde só os pesquisadores terão acesso, por um período de 5 anos. Após esse prazo, todos os arquivos, bem como demais dados, serão destruídos e/ou descartados.

Existe risco mínimo devido a possibilidade de constrangimento do participante em não ter ciência de alguma questão acerca do objeto de estudo dessa pesquisa. Entretanto, ciente dessa situação, os bolsistas/pesquisadores que farão a coleta de dados vão procurar minimizar esses riscos adotando postura imparcial e sem julgamentos quanto aos dados coletados. Os benefícios desta pesquisa estão relacionados ao impacto positivo do participante e instituição, em fazer parte de um estudo cuja temática é de grande relevância e que pode contribuir para melhoria da qualidade da assistência. A possibilidade da participação favorecer novos vínculos e parcerias com distintos atores da temática da higienização das mãos.

Pesquisador Responsável

Eliana Auxiliadora Magalhães Costa

Email: ecosta@uneb.br

Celular: (71) 99935-8094

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UNEB

Email: cepuneb@uneb.br

Telefone: (71) 3612-1300

Contato da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

Email: conep@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-5878

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO
Entidade mantenedora: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Filantrópico. Outro: _____ Especialidade/Referência: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Especializado Número de leitos: _____ Alvará Sanitário: _____
CATEGORIA DE ANÁLISE 1: Estrutura Institucional (apoio da direção, definição de responsabilidades, disponibilização de pias e dispositivos com solução alcoólica nos pontos de assistência, cartazes e lembretes de incentivo)
<p>1. O hospital possui uma política formal e escrita de apoio da alta direção do hospital para incentivo e adesão da HM pelos profissionais de saúde da instituição? (Responder SIM, se tiver a política escrita) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>2. Existem metas relacionadas com o incentivo à HM no Plano Estratégico do Hospital? (Responder SIM, se esse incentivo constar no Plano Estratégico) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>3. Existe orçamento exclusivo/disponível para obtenção contínua de produtos para HM? (ex: sabão, papel toalha descartável, solução de base alcoólica) (Responder SIM, se existir orçamento que contemple esses itens) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>4. Existe apoio à formação e educação permanente dos profissionais de saúde do hospital nos temas relacionados à HM? (Responder SIM, se o hospital custear cursos, congressos, liberação para participação...) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p> <p>Se sim, quais seriam as formas de apoio? Citar:</p> <p>4. Existem pias, de fácil acesso, com acionamento não manual, dotadas de água potável, sabão e papel toalha descartável: (pode marcar mais de 1 opção)</p> <p><input type="checkbox"/> Em cada estação/posto de trabalho de unidade assistencial</p> <p><input type="checkbox"/> Uma pia externa para cada 4 quartos ou 2 enfermarias</p> <p><input type="checkbox"/> UTI: uma pia para cada 5 leitos de não isolamento</p> <p><input type="checkbox"/> Berçário: uma pia para cada 4 berços</p> <p><input type="checkbox"/> Ambientes de reabilitação ou coleta laboratorial: uma pia a cada 6 boxes</p> <p><input type="checkbox"/> Lavanderia: uma pia na área suja e uma pia na área limpa</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:.....</p> <p>6. Existem dispensadores contendo preparações alcoólicas para fricção antisséptica das mãos: (pode marcar mais de 1 opção)</p> <p><input type="checkbox"/> nos pontos de assistência e tratamento de todas as unidades do hospital</p> <p><input type="checkbox"/> nas salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatórios, clínicas e consultórios</p> <p><input type="checkbox"/> nos locais em que são realizados quaisquer procedimentos invasivos</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:.....</p> <p>7. Os dispensadores contendo preparações alcoólicas para fricção antisséptica das mãos estão disponibilizados: (pode marcar mais de 1 opção)</p> <p><input type="checkbox"/> à beira do leito do paciente, de forma que os profissionais de saúde não necessitem deixar o local de assistência e tratamento para higienizar as mãos</p> <p><input type="checkbox"/> em lugar visível e de fácil acesso</p> <p><input type="checkbox"/> Outro:.....</p>

8. A preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos a ser disponibilizada: (pode marcar mais de 1 opção)
- é produto adquirido comercialmente, devidamente regularizado junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, atendendo às exigências específicas
- é produto manipulado em farmácias hospitalares e magistrais, em conformidade com a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº. 67, de 8 de outubro de 2007, que dispõe sobre as Boas Práticas de Manipulação de Preparações Magistrais e Oficiais para Uso Humano em Farmácias, no que couber.
- Outro:.....
9. O dispensador do produto facilita a higiene das mãos no ponto de assistência (local onde ocorre o cuidado/tratamento)?
- SIM NÃO
10. Existe auditorias internas realizada pela CCIH nas unidades assistenciais, para avaliação da disponibilidade de sabão, papel toalha e dispositivos de solução alcoólica para incentivo da HM?
- SIM NÃO
11. No hospital, a água que abastece as pias de HM: (pode marcar mais de 1 opção)
- possui padrão de potabilidade conforme Portaria 2914/2011
- o reservatório de água é limpo e desinfetado mínimo semestralmente
- realização de exame bacteriológico mínimo semestral
- Outro:.....
12. Existem cartazes sobre HM expostos nos pontos de assistência/tratamento para servirem como lembretes. (pode marcar mais de 1 opção)
- Afixado em algumas áreas de internamento/tratamento
- Afixado na maioria das áreas de internamento/tratamento
- Afixado em todas as áreas de internamento/tratamento
- Outro:.....
13. Com que frequência são feitas auditorias de todos os cartazes, a fim de se evidenciar danos com reposição se necessário?
- Nunca
- Mínimo anualmente
- Todos os 2-3 meses
- Outro:.....
14. Os pacientes são estimulados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as mãos.
- SIM NÃO

CATEGORIA DE ANÁLISE 2: Existência de Protocolos de Higienização das Mãos

15. O Hospital possui Protocolo de Higienização das Mãos? (Responder SIM, se tiver protocolo escrito)
- SIM NÃO
16. O Protocolo de Higienização das Mãos é amplamente divulgado em todas as unidades assistenciais?
- SIM NÃO
17. O Protocolo de Higienização das Mãos é operacionalizado no hospital pelo:
- S/CCIH
- NSP
- Qualidade
- SCIH+NSP

() Outro _____
CATEGORIA DE ANÁLISE 3: Educação dos profissionais de saúde
18. O hospital possui programa de educação continuada de seus profissionais visando aumentar a adesão à HM? (Responder SIM, se existir programa escrito) ()SIM ()NÃO
19. Existe treinamento acerca da HM para todas as categorias profissionais: () Na admissão () Sistemática mínima anualmente () Sistemática mínima semestralmente () Não existe () Outro:.....
20. Existe processo implantado com o objetivo de confirmar se os profissionais de saúde conhecem a técnica correta de HM? (Responder SIM, se tiver como comprovar) ()SIM ()NÃO
21. Existe processo implantado com o objetivo de confirmar se os profissionais de saúde conhecem os 5 momentos recomendados para a HM? (Responder SIM, se tiver como comprovar) ()SIM ()NÃO
22. Existe um sistema implementado de observadores para validação e formação de adesão à higiene das mãos? (Responder SIM, se tiver como comprovar) ()SIM ()NÃO
23. Durante jornada de trabalho, os profissionais de saúde que prestam cuidados assistenciais não utilizam adornos (anéis, alianças, brincos, pulseiras, relógios....) ()SIM ()NÃO
CATEGORIA DE ANÁLISE 4: Monitoramento e avaliação da prática de HM
24. Existe auditoria interna para avaliação da prática de HM no hospital? (Responder SIM, se tiver como comprovar) ()SIM ()NÃO
25. Com que frequência é que a adesão à higiene das mãos é avaliada através de observação direta, utilizando o formulário de observação de higiene das mãos da OMS (ou similar)? () Não realiza () Semestral () Anual () Outro:.....
26. Os dados das auditorias geram relatórios sobre prática de HM na instituição? ()SIM ()NÃO
27. Os relatórios sobre práticas de HM são socializados no hospital? ()SIM ()NÃO
28. Há retroinformação imediata aos profissionais de saúde no final de cada sessão de observação de adesão à higiene das mãos? ()SIM ()NÃO
29. O consumo da solução antisséptica de base alcoólica para a higiene das mãos é controlado regularmente: () A cada 3 meses () A cada 6 meses () Não realizado () Outro.....

30. O consumo de sabão para a higiene das mãos é controlado regularmente

A cada 3 meses

A cada 6 meses

Não realizado

Outro.....

31. Qual o percentual de adesão à higiene das mãos utilizando o formulário de observação da higiene das mãos da OMS (ou similar)?

<30% 51 a 60%

31 a 40% 61 a 70%

41 a 50% 71 a 80%

> 80%

Outro:.....