doi.org/10.51891/rease.v12i11.32672

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PELO PACIENTE NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA: REVISÃO NARRATIVA DAS EVIDÊNCIAS E LACUNAS

PATIENT HAND HYGIENE IN THE DENTAL CLINIC: A NARRATIVE REVIEW OF EVIDENCE AND GAPS

HIGIENE DE MANOS DEL PACIENTE EN LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA: REVISIÓN NARRATIVA DE LA EVIDENCIA Y LAS BRECHAS

Pedro Ferreira Reis[1]
Renato Schakofski[2]
Shigueru Kaminagakura[3]
Ana Valéria Pagliari[4]
Jackson Luiz Domareski[5]
Juliana Panazzolo Ramos[6]

RESUMO: Este artigo buscou reunir o que a literatura informa sobre a higienização das mãos feita pelo próprio paciente e discutir como esse conhecimento pode ser aplicado à clínica odontológica. Realizou-se uma revisão narrativa, com buscas feitas entre setembro e novembro de 2026 nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS e Cochrane Library, além de documentos técnicos da Organização Mundial da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Foram selecionados intencionalmente 18 estudos, agrupados em três categorias temáticas. Nenhum estudo avaliou a higiene das mãos de pacientes em serviços odontológicos. As pesquisas realizadas em consultórios mostram que aerossóis e respingos contaminam principalmente a região próxima à cabeça e ao tórax do paciente. Já os estudos hospitalares, em sua maioria do tipo antes e depois e de baixa qualidade metodológica, indicam que as mãos dos pacientes podem carregar patógenos e que a educação, somada à oferta de preparação alcoólica, se associa a maior adesão e a menos casos de algumas infecções. Incluir o paciente nos protocolos de higienização das mãos é uma medida plausível e coerente com as diretrizes de segurança do paciente, mas sua efetividade na Odontologia ainda precisa ser testada em estudos clínicos e microbiológicos.

Palavras-chave: Higiene das mãos. Odontologia. Segurança do paciente.

[1]Doutor em Ergonomia e Saúde do Trabalhador Centro Universitário Dinâmica das Cataratas – UDC
[2]Graduando em Odontologia, Centro Universitário Dinâmica das Cataratas – UDC.
[3]Mestre em Odontologia, Centro Universitário Dinâmica das Cataratas - UDC.
[4]Doutora em Odontologia Preventiva e Social Centro Universitário Dinâmica das Cataratas- UDC.
[5] Doutor em Ciências,Centro Universitário Dinâmica das Cataratas – UDC.
[6] Mestre e Doutora em Reabilitação Oral, Centro Universitário Dinâmico das Cataratas – UDC,

ABSTRACT: This article aimed to gather what the literature reports on hand hygiene performed by patients themselves and to discuss how this knowledge can be applied to the dental clinic. A narrative review was carried out between September and November 2026 using PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS and the Cochrane Library, as well as technical documents from the World Health Organization and the Brazilian Health Regulatory Agency. Eighteen studies were purposively selected and grouped into three thematic categories. None of them assessed patient hand hygiene in dental services. Research conducted in dental offices shows that aerosols and splatter mainly contaminate the area around the patient's head and chest. Hospital studies, mostly before-and-after designs of low methodological quality, indicate that patients' hands may carry pathogens and that education combined with the provision of alcohol-based hand rub is associated with higher adherence and fewer cases of some infections. Including patients in hand hygiene protocols is plausible and consistent with patient safety guidelines, but its effectiveness in dentistry still needs to be tested in clinical and microbiological studies.

Keywords: Hand hygiene. Dentistry. Patient safety.

RESUMEN: Este artículo buscó reunir lo que la literatura informa sobre la higiene de manos realizada por el propio paciente y discutir cómo ese conocimiento puede aplicarse a la clínica odontológica. Se realizó una revisión narrativa, con búsquedas entre septiembre y noviembre de 2026 en las bases PubMed/MEDLINE, SciELO, BVS/LILACS y Cochrane Library, además de documentos técnicos de la Organización Mundial de la Salud y de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Se seleccionaron intencionalmente 18 estudios, agrupados en tres categorías temáticas. Ningún estudio evaluó la higiene de manos de pacientes en servicios odontológicos. Las investigaciones en consultorios muestran que los aerosoles y salpicaduras contaminan principalmente la región próxima a la cabeza y al tórax del paciente. Los estudios hospitalarios, mayoritariamente antes y después y de baja calidad metodológica, indican que las manos de los pacientes pueden portar patógenos y que la educación, sumada a la oferta de preparado alcohólico, se asocia a mayor adherencia y a menos casos de algunas infecciones. Incluir al paciente en los protocolos de higiene de manos es una medida plausible y coherente con las directrices de seguridad del paciente, pero su efectividad en Odontología aún debe probarse en estudios clínicos y microbiológicos.

Palabras clave: Higiene de las manos. Odontología. Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) estão entre os eventos adversos mais comuns nos serviços de saúde. Elas aumentam a morbidade, a mortalidade e os custos do cuidado, o que as torna um problema relevante de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a higienização das mãos a medida isolada mais importante para interromper a transmissão de microrganismos e a base de qualquer programa de controle de infecção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; ALLEGRANZI B e PITTET D, 2009).

Pittet D, et al. (2006) descreveram a transmissão de patógenos pelas mãos como uma sequência de cinco etapas. Primeiro, há microrganismos na pele do paciente ou no ambiente próximo. Eles passam para as mãos, sobrevivem ali por algum tempo e, quando a higienização falha ou não acontece, chegam a outra pessoa ou superfície. O modelo foi pensado para profissionais de saúde, mas a mesma lógica vale, por analogia, para os pacientes, que também tocam superfícies, objetos e o próprio rosto enquanto estão no serviço.

Na Odontologia, esse risco é maior por causa da própria natureza do atendimento. O profissional trabalha face a face com o paciente, em contato constante com saliva, sangue e outros fluidos, e os instrumentos rotatórios, a seringa tríplice e o ultrassom produzem aerossóis e respingos (HARREL SK e MOLINARI J, 2004; LAHEIJ AMGA, et al., 2012). A pandemia de COVID-19 tornou essa preocupação ainda mais visível. Peng X, et al. (2020) apontaram o contato de mãos contaminadas com as mucosas da boca, do nariz e dos olhos como uma via provável de transmissão no consultório.

No Brasil, o manual da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para serviços odontológicos inclui a higienização das mãos entre as precauções-padrão, com orientações voltadas à equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006). A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 42/2010 tornou obrigatória a oferta de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos nos pontos de assistência e tratamento (BRASIL, 2010). Nos documentos consultados, porém, não foram encontradas orientações sobre quando e como o paciente odontológico deve higienizar as mãos. Ele continua sendo visto como alguém que recebe as medidas de biossegurança, e não como alguém que participa delas. Na literatura internacional, sobretudo em hospitais, já há propostas e estudos que tratam o paciente como parte ativa desse cuidado (LANDERS T, et al., 2012; SRIGLEY JA, et al., 2016).

A partir dessa lacuna, este estudo teve como objetivo reunir o que a literatura informa sobre a higienização das mãos feita pelo paciente e discutir como esse conhecimento pode ser aplicado à clínica odontológica. Para isso, foram considerados os mecanismos de contaminação envolvidos, as evidências sobre intervenções e as estratégias que podem ser adotadas na rotina dos serviços odontológicos.

MÉTODOS

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura. Esse tipo de revisão descreve e discute o estado do conhecimento sobre um tema a partir de uma perspectiva teórica e contextual, sem

um protocolo sistemático de busca e seleção (ROTHER ET, 2007). Optou-se por ele porque a pergunta tem caráter exploratório e porque há poucos estudos feitos especificamente em serviços odontológicos.

A pergunta que orientou a revisão foi: "O que a literatura informa sobre a higienização das mãos realizada pelo paciente e como esse conhecimento se aplica à clínica odontológica?". As buscas foram realizadas entre 1º de setembro e 7 de novembro de 2026, nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/LILACS) e Cochrane Library. Utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e os *Medical Subject Headings* (MeSH) "higiene das mãos/*hand hygiene*", "pacientes/*patients*", "odontologia/*dentistry*", "infecção cruzada/*cross infection*" e "controle de infecções/*infection control*", combinados pelos operadores booleanos AND e OR. As listas de referências dos estudos selecionados também foram examinadas.

Foram considerados artigos originais, revisões e diretrizes em português, inglês ou espanhol, com texto completo disponível. Cada estudo precisava tratar de pelo menos um destes temas: contaminação do ambiente odontológico por aerossóis, respingos ou contato (eixo 1); contaminação das mãos de pacientes ou suas práticas de higiene (eixo 2); e intervenções para estimular a higiene das mãos dos pacientes (eixo 3). Editoriais, cartas e resumos de eventos foram excluídos. A seleção foi intencional, guiada pela relação de cada estudo com a pergunta da revisão, e feita por um único revisor. Por ser uma revisão narrativa, não houve a intenção de esgotar a literatura nem de combinar estatisticamente os resultados.

De cada estudo, registraram-se o cenário, o delineamento e o principal resultado, e os estudos foram agrupados nos três eixos descritos acima (Quadro 1). As diretrizes da OMS, os documentos da Anvisa e o modelo de transmissão de Pittet D, et al. (2006) serviram como referencial teórico e normativo e não fazem parte do conjunto de estudos analisados. Ao longo da síntese, procurou-se separar o que cada estudo de fato mediu das inferências feitas ao aplicar esses resultados à Odontologia.

Como foram usados apenas dados secundários de domínio público, o estudo não precisou ser submetido a Comitê de Ética em Pesquisa. O autor declara não haver conflito de interesses nem financiamento. Ferramentas de inteligência artificial generativa foram usadas de forma pontual na correção gramatical e como apoio à organização e à revisão do texto, sem gerar dados, resultados ou citações. Todo o conteúdo foi revisado e validado pelo autor, que assume integral responsabilidade pelo que está apresentado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A síntese reuniu 18 estudos. Sete tratam da contaminação do ambiente odontológico e da transmissão no consultório, três abordam as mãos dos pacientes como reservatório de patógenos e oito discutem intervenções e a participação do paciente. Nenhum deles avaliou a higiene das mãos de pacientes em serviços odontológicos, e todos os que estudaram pacientes foram feitos em hospitais ou em instituições de cuidados pós-agudos (Quadro 1).

Quadro 1 - Estudos incluídos na síntese, segundo eixo temático, cenário, delineamento e principal resultado.

95	Eixo	Cenário	Delineamento	Principal resultado
Harrel SK e Molinari J (2004)	1	Odontológico	Revisão de literatura	Procedimentos com instrumentos rotatórios, ultrassom e seringa tríplice geram aerossóis e respingos com bactérias e sangue.
Laheij AMGA, et al. (2012)	1	Odontológico	Revisão de literatura	Saliva e sangue do paciente são os principais veículos de transmissão cruzada; transmissão provavelmente subnotificada.
Zemouri C, et al. (2017)	1	Hospitalar e odontológico	Revisão de escopo	No ambiente odontológico, 16 espécies bacterianas e 23 fúngicas identificadas em bioaerossóis.
Zemouri C, et al. (2020)	1	Odontológico (4 clínicas)	Observacional (amostragem do ar)	Maior contaminação no tórax do paciente; microrganismos humanos e das linhas d'água do equipo até cerca de 80 cm da cabeça.
Kampf G, et al. (2020)	1	Laboratorial	Revisão	Coronavírus persistem em superfícies inanimadas por até 9 dias; inativados por etanol a 62–71% em 1 minuto.
Cleveland JL, et al. (2016)	1	Odontológico (EUA)	Revisão de relatos de casos	Transmissão entre pacientes em cirurgia oral, associada a falhas da equipe nas precauções-padrão.
Peng X, et al. (2020)	1	Odontológico	Revisão	Contato de mãos contaminadas com mucosas proposto como via provável de transmissão do SARS-CoV-2.
Istenes N, et al. (2013)	2	Hospitalar (EUA)	Transversal	Patógenos associados à assistência nas mãos de 39% de 100 pacientes internados havia pelo menos 48 horas; atitudes sobre higiene das mãos também avaliadas.
Cao J, et al. (2016)	2	Cuidados pós-agudos (EUA)	Observacional, com seguimento	24,1% (86 de 357) com microrganismos multirresistentes nas mãos na admissão; novas aquisições durante a permanência.
Ardizzone LL, et al. (2013)	2	Hospitalar (cirúrgico)	Quase-experimental (pré e pós)	Antes da intervenção, a enfermagem auxiliou os pacientes em 14 de 81 oportunidades de higiene das mãos.
Landers T, et al. (2012)	3	Hospitalar	Revisão	Propõe a higiene das mãos centrada no paciente como estratégia de prevenção de infecções.
Srigley JA, et al. (2016)	3	Serviços de saúde	Revisão sistemática	Intervenções podem reduzir IRAS e elevar a higiene das mãos dos pacientes; evidência de baixa qualidade.
Gagné D, et al. (2010)	3	Hospital comunitário	Antes e depois	Desinfecção sistemática das mãos dos pacientes associada a menores taxas de infecção por MRSA.
Haverstick S, et al. (2017)	3	Unidade pós-cirúrgica cardiotorácica	Melhoria da qualidade (antes e depois)	Educação e frascos individuais de álcool; correlação com queda de infecções por VRE (p = 0,003) e MRSA (p = 0,01).

95	Eixo	Cenário	Delineamento	Principal resultado
Sunkesula VCK, et al. (2015)	3	Hospitalar	Estudo de intervenção	Higiene das mãos facilitada pela equipe em quatro momentos aumentou significativamente a higienização pelos pacientes.
McGuckin M, et al. (2011)	3	Serviços de saúde	Revisão	Empoderamento do paciente integra a estratégia multimodal da OMS.
McGuckin M e Govednik J (2013)	3	Serviços de saúde	Revisão (1997–2012)	Pacientes dispostos a participar; barreiras culturais e hierarquia limitam a participação.
Gould DJ, et al. (2017)*	3	Serviços de saúde (profissionais)	Revisão sistemática Cochrane	Estratégias multimodais, educação e sinalização podem melhorar discretamente a adesão dos profissionais; baixa certeza.

Nota: Eixo 1 = contaminação do ambiente odontológico e transmissão no consultório; Eixo 2 = mãos do paciente como reservatório; Eixo 3 = intervenções e participação do paciente. IRAS = infecções relacionadas à assistência à saúde; MRSA = *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina; VRE = enterococos resistentes à vancomicina. *Estudo com profissionais de saúde, considerado por analogia.

Fonte: Autor (identificação omitida para avaliação cega), 2026; dados extraídos dos estudos citados.

Contaminação do ambiente odontológico e papel das mãos

Os estudos feitos em Odontologia concordam que o consultório tem alto potencial de contaminação. Harrel SK e Molinari J (2004) mostraram que procedimentos com instrumentos rotatórios, ultrassom e seringa tríplice liberam aerossóis e respingos com bactérias e sangue. Na revisão de escopo de Zemouri C, et al. (2017), foram identificadas 16 espécies bacterianas e 23 fúngicas nos bioaerossóis do ambiente odontológico. Mais tarde, em um estudo observacional em quatro clínicas, Zemouri C, et al. (2020) encontraram a maior contaminação na região do tórax do paciente. Os microrganismos vinham tanto da boca quanto das linhas d'água do equipo e se concentravam até cerca de 80 cm da cabeça.

Para Laheij AMGA, et al. (2012), a saliva e o sangue do próprio paciente são os principais veículos de transmissão cruzada na prática odontológica, e essa transmissão provavelmente é subnotificada. Cleveland JL, et al. (2016) revisaram relatos de transmissão de patógenos veiculados pelo sangue em serviços odontológicos dos Estados Unidos e encontraram casos de transmissão entre pacientes em consultórios de cirurgia oral. É importante notar que esses casos se deveram a falhas da equipe nas precauções-padrão, e não às mãos dos pacientes. Mesmo assim, eles mostram que a transmissão entre pacientes, embora rara, já foi documentada no contexto odontológico. Peng X, et al. (2020), por sua vez, propuseram que o contato de mãos contaminadas com as mucosas seja uma via provável de transmissão do SARS-CoV-2 no consultório.

Kampf G, et al. (2020) reuniram ensaios de laboratório que mostram que coronavírus humanos podem persistir por até nove dias em superfícies de metal, vidro ou plástico e que a

desinfecção com etanol entre 62% e 71% os inativa em um minuto. Os dados se referem a superfícies, e não à pele. Ainda assim, sugerem que os agentes depositados nessas superfícies continuam viáveis durante o atendimento e que produtos à base de álcool são eficazes contra eles.

Nenhum desses estudos mediu a contaminação das mãos dos pacientes, de modo que a participação delas na transmissão dentro do consultório é, por enquanto, uma inferência. Durante e depois do procedimento, o paciente apoia as mãos nos braços da cadeira, toca o babador, o copo de bochecho, o rosto e os lábios, e mexe no celular, em documentos e, às vezes, na prótese. Se as superfícies mais contaminadas ficam perto da cabeça e do tórax, é razoável supor que esses contatos levem microrganismos para as mãos. A partir daí, elas poderiam favorecer a autoinoculação ou espalhar esses microrganismos pela recepção, pelos sanitários e para outros pacientes. Essa cadeia ainda precisa ser demonstrada por estudos microbiológicos em consultórios.

As mãos do paciente como reservatório de patógenos

Os três estudos desta categoria foram feitos fora da Odontologia. Istenes N, et al. (2013) examinaram as mãos de 100 pacientes internados havia pelo menos 48 horas e encontraram patógenos associados à assistência em 39% deles; o estudo também investigou o que esses pacientes pensavam sobre a própria higiene das mãos. Cao J, et al. (2016) avaliaram 357 pacientes transferidos de hospitais para instituições de cuidados pós-agudos e encontraram microrganismos multirresistentes nas mãos de 24,1% deles já na admissão, além de novas aquisições durante a permanência. Já Ardizzone LL, et al. (2013), em um estudo quase-experimental com pacientes cirúrgicos, observaram que, antes de uma intervenção educativa, a enfermagem ajudou os pacientes em apenas 14 de 81 oportunidades de higiene das mãos. Os autores concluíram que os esforços para melhorar essa prática também devem incluir os pacientes.

Esses resultados não podem ser transferidos diretamente para a Odontologia. O paciente internado difere do paciente atendido no consultório na gravidade do quadro, no tempo que passa no serviço e na frequência de colonização por microrganismos multirresistentes. Ainda assim, no consultório o paciente circula entre a recepção, o sanitário e a sala clínica, muitas vezes sem nenhuma orientação sobre higiene das mãos, o que sugere que oportunidades de higienização também se perdem nesse contexto. Quantas se perdem, porém, ninguém mediu.

Algumas situações clínicas merecem atenção especial. É o caso de quem usa prótese removível ou aparelho ortodôntico, já que manipulá-los coloca as mãos em contato direto com saliva e biofilme, e de pacientes mais suscetíveis a infecções. Os estudos incluídos não avaliaram esses grupos, e sua relevância específica continua sendo uma hipótese a investigar.

Intervenções para promover a higienização das mãos do paciente

Srigley JA, et al. (2016) fizeram uma revisão sistemática sobre intervenções voltadas à higiene das mãos de pacientes e concluíram que elas podem reduzir as IRAS e aumentar a higienização, embora a qualidade da evidência seja baixa. A maioria das intervenções combinava vários componentes, como educação, lembretes, auditoria com retorno e oferta de produtos.

Entre os estudos primários, Haverstick S, et al. (2017) desenvolveram um projeto de melhoria da qualidade, do tipo antes e depois, em uma unidade pós-cirúrgica cardiotorácica. Os pacientes receberam frascos individuais de preparação alcoólica e orientações. Depois da intervenção, houve correlação significativa entre a higiene das mãos e as taxas de infecção por enterococos resistentes à vancomicina (VRE; p = 0,003) e por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA; p = 0,01), que diminuíram. Gagné D, et al. (2010) relataram queda nas infecções por MRSA em um hospital comunitário após a adoção da desinfecção sistemática das mãos dos pacientes. Sunkesula VCK, et al. (2015) propuseram quatro momentos para a higiene das mãos do paciente, com apoio da equipe, e observaram aumento significativo da higienização. Como esses estudos antes e depois não tinham grupo controle, não é possível atribuir as reduções apenas às intervenções.

No caso dos profissionais de saúde, a revisão Cochrane de Gould DJ, et al. (2017) indica que estratégias com vários componentes, educação e sinalização podem melhorar um pouco a adesão à higiene das mãos, com evidência de baixa certeza. Não se sabe se esse efeito se repete entre pacientes. Por isso, essa revisão é usada aqui apenas como referência, por analogia, dos componentes que costumam fazer parte das intervenções.

O empoderamento do paciente é outro ponto discutido na literatura. McGuckin M, et al. (2011) defendem que incentivar o paciente a participar da própria segurança, inclusive lembrando os profissionais de higienizar as mãos, faz parte da estratégia multimodal da OMS. Ao revisarem estudos publicados entre 1997 e 2012, McGuckin M e Govednik J (2013) notaram que os pacientes estão dispostos a participar, mas que barreiras culturais e a hierarquia percebida na relação com o profissional ainda limitam essa participação. Landers T, et al. (2012) chegam a

propor a higiene das mãos centrada no paciente como o próximo passo na prevenção de infecções. Na Odontologia, em que o paciente costuma ser acompanhado pelo mesmo profissional por longos períodos, esse vínculo talvez facilite a divisão de responsabilidades, mas isso também precisa ser verificado.

Implicações para a prática: proposta a ser validada

Tomando como base o referencial normativo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; BRASIL, 2006; BRASIL, 2010), o modelo de transmissão pelas mãos (PITTET D, et al., 2006), a abordagem centrada no paciente (LANDERS T, et al., 2012) e a experiência hospitalar com momentos para a higiene das mãos do paciente (SUNKESULA VCK, et al., 2015), propõem-se cinco momentos para a higienização das mãos do paciente na clínica odontológica. A proposta é do autor, foi construída por analogia e adaptada à rotina do atendimento odontológico. Ela ainda não foi testada e precisa passar por validação de conteúdo e avaliação de efetividade (Quadro 2).

Quadro 2 - Proposta de momentos para a higienização das mãos do paciente na clínica odontológica, a ser validada.

Momento	Justificativa	Método sugerido	Base da recomendação
Ao chegar ao serviço	Reduzir a introdução de microrganismos da comunidade no serviço.	Fricção com preparação alcoólica na recepção.	Inferência a partir de World Health Organization (2009) e Landers T, et al. (2012).
Antes de entrar na sala clínica	Evitar contaminar a cadeira, o equipo e as superfícies de contato.	Fricção com preparação alcoólica.	Inferência a partir do modelo de Pittet D, et al. (2006).
Após remover ou manipular prótese ou aparelho	As mãos entram em contato direto com saliva e biofilme.	Lavagem com água e sabonete líquido.	Inferência a partir de Laheij AMGA, et al. (2012).
Após o procedimento	As mãos podem ter tocado superfícies atingidas por aerossóis e respingos.	Fricção com preparação alcoólica ou lavagem, se houver sujidade visível.	Inferência a partir de Zemouri C, et al. (2020) e Brasil (2010).
Após uso do sanitário	Risco de transmissão fecal-oral e de contaminação ambiental.	Lavagem com água e sabonete líquido.	Recomendação geral de higiene das mãos (World Health Organization, 2009).

Nota: preparação alcoólica regularizada, nas concentrações estabelecidas pela RDC nº 42/2010; a fricção não substitui a lavagem das mãos na presença de sujidade visível (BRASIL, 2010).

Fonte: Autor (identificação omitida para avaliação cega), 2026; com base em World Health Organization (2009), Brasil (2006), Brasil (2010), Pittet D, et al. (2006), Landers T, et al. (2012) e Sunkesula VCK, et al. (2015).

Para que esses momentos façam parte da rotina, o serviço precisa de alguma estrutura. Isso inclui dispensadores de preparação alcoólica na recepção, na entrada das salas clínicas e perto dos sanitários, pias com sabonete líquido e papel-toalha descartável ao alcance dos

pacientes e material educativo visual, com linguagem simples e adaptado a crianças e idosos. Uma orientação rápida da equipe no início do atendimento, acompanhada do exemplo do próprio profissional, ajuda a reforçar a mensagem.

A higienização das mãos do paciente também pode ser associada ao bochecho antisséptico antes do procedimento, recomendado para reduzir a carga microbiana dos aerossóis (HARREL SK e MOLINARI J, 2004). Juntas, essas medidas formam um conjunto de ações de responsabilidade compartilhada. Nas clínicas-escola, levar esse tema para a formação dos estudantes de Odontologia pode ajudar a construir, desde a graduação, a ideia de que o paciente é um parceiro no controle de infecções.

Este estudo tem limitações. Por ser uma revisão narrativa, a busca e a seleção não seguiram um protocolo sistemático e foram feitas por um único revisor. Assim, estudos relevantes podem ter ficado de fora, e não é possível afirmar com segurança que não existam pesquisas odontológicas sobre o tema. As evidências sobre pacientes vêm de hospitais e de instituições de cuidados pós-agudos, com predomínio de estudos antes e depois e de projetos de melhoria da qualidade. Além disso, uma das revisões discutidas trata de profissionais, e não de pacientes. Por tudo isso, a aplicação desses resultados à Odontologia se apoia na plausibilidade biológica e na semelhança dos mecanismos de transmissão, e não em evidência direta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão não encontrou estudos que tenham avaliado a higienização das mãos de pacientes em clínicas odontológicas, e essa é a principal lacuna identificada. As evidências indiretas, que vêm de estudos sobre contaminação por aerossóis em consultórios e de estudos hospitalares com pacientes, tornam plausível que as mãos do paciente participem da cadeia de transmissão no consultório.

Nos hospitais, intervenções que combinaram educação e acesso fácil à preparação alcoólica se associaram a maior adesão dos pacientes e a menos casos de algumas infecções, ainda que a evidência seja de baixa qualidade. Levar essas medidas para a Odontologia está de acordo com as normas de biossegurança e com as diretrizes de segurança do paciente, e sua implantação é relativamente simples.

Recomenda-se que os serviços odontológicos avaliem a inclusão do paciente em seus protocolos de higienização das mãos e que a proposta de cinco momentos apresentada aqui seja submetida a validação de conteúdo. Também são necessários estudos microbiológicos que

meçam a contaminação das mãos dos pacientes antes e depois do atendimento, bem como estudos de intervenção, de preferência controlados, que avaliem o efeito dessa prática sobre a contaminação do ambiente e a ocorrência de infecções cruzadas.

REFERÊNCIAS

1. ALLEGRANZI B, PITTET D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. Journal of Hospital Infection, 2009; 73(4): 305-315.

2. ARDIZZONE LL, et al. Patient hand hygiene practices in surgical patients. American Journal of Infection Control, 2013; 41(6): 487-491.

3. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços odontológicos: prevenção e controle de riscos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006; 156 p.

4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 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, 26 out. 2010.

5. CAO J, et al. Multidrug-resistant organisms on patients' hands: a missed opportunity. JAMA Internal Medicine, 2016; 176(5): 705-706.

6. CLEVELAND JL, et al. Transmission of blood-borne pathogens in US dental health care settings: 2016 update. The Journal of the American Dental Association, 2016; 147(9): 729-738.

7. GAGNÉ D, et al. Systematic patients' hand disinfection: impact on meticillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection rates in a community hospital. Journal of Hospital Infection, 2010; 75(4): 269-272.

8. GOULD DJ, et al. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017; (9): CD005186.

9. HARREL SK, MOLINARI J. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. The Journal of the American Dental Association, 2004; 135(4): 429-437.

10. HAVERSTICK S, et al. Patients' hand washing and reducing hospital-acquired infection. Critical Care Nurse, 2017; 37(3): e1-e8.

11. ISTENES N, et al. Patients' potential role in the transmission of health care-associated infections: prevalence of contamination with bacterial pathogens and patient attitudes toward hand hygiene. American Journal of Infection Control, 2013; 41(9): 793-798.

12. KAMPF G, et al. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. Journal of Hospital Infection, 2020; 104(3): 246-251. Correção publicada em: Journal of Hospital Infection, 2020; 105(3): 587.

13. LAHEIJ AMGA, et al. Healthcare-associated viral and bacterial infections in dentistry. Journal of Oral Microbiology, 2012; 4: 17659.

14. LANDERS T, et al. Patient-centered hand hygiene: the next step in infection prevention. American Journal of Infection Control, 2012; 40(4 Suppl 1): S11-S17.

15. McGUCKIN M, et al. Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy. American Journal of Medical Quality, 2011; 26(1): 10-17.

16. McGUCKIN M, GOVEDNIK J. Patient empowerment and hand hygiene, 1997-2012. Journal of Hospital Infection, 2013; 84(3): 191-199.

17. PENG X, et al. Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. International Journal of Oral Science, 2020; 12: 9.

18. PITTET D, et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. The Lancet Infectious Diseases, 2006; 6(10): 641-652.

19. ROTHER ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, 2007; 20(2): v-vi.

20. SRIGLEY JA, et al. Interventions to improve patient hand hygiene: a systematic review. Journal of Hospital Infection, 2016; 94(1): 23-29.

21. SUNKESULA VCK, et al. Four moments for patient hand hygiene: a patient-centered, provider-facilitated model to improve patient hand hygiene. Infection Control & Hospital Epidemiology, 2015; 36(8): 986-989.

22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge – clean care is safer care. Geneva: World Health Organization, 2009.

23. ZEMOURI C, et al. A scoping review on bio-aerosols in healthcare and the dental environment. PLoS ONE, 2017; 12(5): e0178007.

24. ZEMOURI C, et al. Dental aerosols: microbial composition and spatial distribution. Journal of Oral Microbiology, 2020; 12(1): 1762040.