

ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA: REVISÃO INTEGRATIVA

HEALTHCARE PROFESSIONALS' ADHERENCE TO HAND HYGIENE AND PREVENTION OF HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS IN ADULT INTENSIVE CARE UNITS: AN INTEGRATIVE REVIEW

ADHESIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD A LA HIGIENE DE MANOS Y PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS: REVISIÓN INTEGRADORA

Bianca Luzia Apolinário Frederichi¹

Noemi Hadassa Lopes Pereira²

Ricardo Vidal Ribeiro³

Juliana Alves Simplicio⁴

RESUMO: Esse artigo buscou analisar os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em unidades de terapia intensiva e suas repercussões para a prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde. Para isto, utilizou-se do método de revisão integrativa da literatura realizada com artigos publicados entre 2015 e 2025, em português e inglês, localizados em SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, LILACS, BDENF, portais de periódicos e busca acadêmica complementar. Foram aplicados critérios de pertinência temática, disponibilidade do texto completo e abordagem da adesão, das barreiras ou das estratégias de melhoria. Após remoção de quatro duplicatas, 17 estudos compuseram a síntese. Como resultados, observa-se que os estudos observacionais mostraram adesão heterogênea e frequentemente insuficiente, com menor cumprimento antes do contato com o paciente e antes de procedimentos assépticos, identificou-se que conhecimento elevado não garantiu execução adequada. A Sobrecarga, pressão de tempo, falhas de infraestrutura, disponibilidade de insumos, cultura organizacional, influência das lideranças e percepção de risco são fatores que interferiram no comportamento. Ações de educação permanente, devolutiva individualizada, monitoramento, participação de líderes e intervenções multimodais são fatores favoreceram a adesão a correta higienização das mãos. Com base na revisão realizada, conclui-se que a higienização das mãos depende de condições individuais e sistêmicas; portanto, ações educativas isoladas são insuficientes sem suporte organizacional, recursos acessíveis, dimensionamento de pessoal e acompanhamento contínuo.

Palavras-chave: Higiene das mãos. Unidades de Terapia Intensiva. Infecção hospitalar. Segurança do paciente.

¹Graduanda de Enfermagem, Centro Universitário Aparício Carvalho - FIMCA, Cacoal, Rondônia, Brasil.

²Graduanda em Enfermagem, Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA), Cacoal, Rondônia, Brasil.

³Graduando de Enfermagem, Centro Universitário Aparício Carvalho - FIMCA, Cacoal, Rondônia, Brasil.

⁴Professora e orientadora no curso de enfermagem na instituição, Centro Universitário Aparício Carvalho – FIMCA -Cacoal, Rondônia, Brasil.

ABSTRACT: This article aimed to analyze the factors influencing healthcare professionals' adherence to hand hygiene practices in intensive care units and their implications for the prevention of healthcare-associated infections. An integrative literature review was conducted using articles published between 2015 and 2025, in Portuguese and English, retrieved from SciELO, the Virtual Health Library, LILACS, BDENF, journal portals, and complementary academic searches. The eligibility criteria included thematic relevance, availability of the full text, and discussion of adherence, barriers, or improvement strategies. After four duplicate records were removed, 17 studies were included in the synthesis. The results showed that observational studies reported heterogeneous and often insufficient adherence, with lower compliance before patient contact and before aseptic procedures. High levels of knowledge did not necessarily ensure proper practice. Work overload, time pressure, infrastructure shortcomings, availability of supplies, organizational culture, leadership influence, and risk perception were identified as factors affecting professional behavior. Continuing education, individualized feedback, monitoring, leadership engagement, and multimodal interventions contributed to improved adherence to proper hand hygiene practices. Based on the review, it was concluded that hand hygiene depends on both individual and systemic conditions. Therefore, isolated educational initiatives are insufficient without organizational support, accessible resources, adequate staffing, and continuous monitoring.

Keywords: Hand hygiene. Intensive Care Units. Hospital infection. Patient safety.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo analizar los factores que influyen en la adherencia de los profesionales de la salud a la higiene de las manos en unidades de cuidados intensivos y sus repercusiones en la prevención de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Para ello, se realizó una revisión integradora de la literatura a partir de artículos publicados entre 2015 y 2025, en portugués e inglés, localizados en SciELO, la Biblioteca Virtual en Salud, LILACS, BDENF, portales de revistas científicas y mediante búsquedas académicas complementarias. Se aplicaron criterios de pertinencia temática, disponibilidad del texto completo y abordaje de la adherencia, las barreras o las estrategias de mejora. Tras la eliminación de cuatro registros duplicados, 17 estudios integraron la síntesis. Los resultados mostraron que los estudios observacionales identificaron una adherencia heterogénea y frecuentemente insuficiente, con un menor cumplimiento antes del contacto con el paciente y antes de realizar procedimientos asépticos. Asimismo, se constató que un alto nivel de conocimiento no garantizaba una práctica adecuada. La sobrecarga laboral, la presión de tiempo, las deficiencias de infraestructura, la disponibilidad de insumos, la cultura organizacional, la influencia de los líderes y la percepción del riesgo fueron factores que interfirieron en el comportamiento profesional. Las acciones de educación permanente, la retroalimentación individualizada, el monitoreo, la participación de los líderes y las intervenciones multimodales favorecieron la adherencia a una correcta higiene de las manos. Con base en la revisión realizada, se concluye que la higiene de las manos depende tanto de condiciones individuales como sistémicas. Por lo tanto, las acciones educativas aisladas son insuficientes sin apoyo organizacional, recursos accesibles, una dotación adecuada de personal y un seguimiento continuo.

Palabras clave: Higiene de las manos. Unidades de Cuidados Intensivos. Infección hospitalaria. Seguridad del paciente.

INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) constituem eventos adversos associados à prestação do cuidado e podem ampliar a morbidade, a mortalidade, o tempo de internação e os custos assistenciais. Nesse contexto, as mãos dos profissionais funcionam como importante via de transmissão de microrganismos entre o ambiente, os trabalhadores e os pacientes, tornando a higienização das mãos uma medida central de prevenção e segurança. Armstrong-Novak et al. (2023) reafirma que a contaminação das mãos participa da disseminação de patógenos no ambiente assistencial e que níveis elevados e sustentáveis de adesão permanecem difíceis de alcançar.

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a vulnerabilidade clínica dos pacientes, a frequência de procedimentos invasivos e o elevado número de contatos assistenciais ampliam a necessidade de cumprimento dos momentos indicados para a higienização. Souza et al. (2015) observaram adesão geral de 43,7% em uma UTI, com menores percentuais antes do contato com o paciente e antes de procedimentos assépticos. Esses momentos têm caráter predominantemente protetivo para o paciente e, quando negligenciados, mantêm oportunidades de transmissão durante o cuidado.

O problema não se restringe ao desconhecimento, Oliveira et al. (2019) verificaram que todos os participantes reconheciam a importância da higienização das mãos, mas a adesão observada foi de apenas 8,5%. A diferença entre saber e executar demonstra que o comportamento sofre influência de fatores que ultrapassam a informação técnica e envolvem condições de trabalho, prioridades concorrentes, disponibilidade de recursos e normas compartilhadas pela equipe.

Estudos qualitativos em UTI também descrevem a adesão como fenômeno multifatorial. Ahmadipour et al. (2022) organizaram as barreiras em fatores individuais, gerenciais e organizacionais, incluindo atitudes inadequadas, modelos comportamentais frágeis, treinamento insuficiente, sobrecarga, desenho inadequado das unidades e indisponibilidade de equipamentos. Essa multiplicidade indica que a responsabilização exclusiva do trabalhador é insuficiente para explicar ou enfrentar a baixa adesão.

Diante disso, esta revisão sistemática foi orientada pela seguinte questão: quais fatores influenciam a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em unidades de terapia intensiva adulta e quais repercussões dessa prática são apontadas para a prevenção das IRAS? O objetivo foi analisar, na literatura científica selecionada, os níveis de adesão, as barreiras

individuais e sistêmicas e as estratégias associadas à melhoria da prática.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, desenvolvida para reunir estudos com diferentes delineamentos e produzir uma síntese descritiva sobre a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos. A condução contemplou definição da

questão de pesquisa, busca e seleção das publicações, extração padronizada dos dados, avaliação de pertinência ao objetivo e síntese temática dos achados.

A busca foi realizada em entre agosto e setembro de 2026 nas fontes SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), portais oficiais de periódicos e mecanismo acadêmico complementar. Foram utilizados os descritores e termos “higienização das mãos”, “higiene das mãos”, “adesão”, “profissionais de saúde”, “equipe de enfermagem”, “unidade de terapia intensiva”, “infecção hospitalar”, “infecções relacionadas à assistência à saúde”, “hand hygiene”, “compliance”, “healthcare workers” e “intensive care unit”. Os termos foram combinados com os operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos publicados entre 2015 e 2026, em português ou inglês, com texto completo disponível, que investigassem níveis de adesão, conhecimento, barreiras, facilitadores ou estratégias de melhoria relacionadas à higienização das mãos por profissionais de saúde. Foram priorizados estudos em UTI adulta. Estudos em UTI pediátrica, emergência, hospitais gerais e instituições de longa permanência foram mantidos quando apresentaram evidências diretamente aplicáveis às barreiras comportamentais, organizacionais ou educacionais do problema. Foram excluídos documentos anteriores a 2015, materiais sem texto integral, publicações não científicas, estudos sem relação com profissionais de saúde e registros duplicados.

O conjunto disponibilizado para análise continha 21 arquivos de artigos. A conferência dos títulos, autores, conteúdo e identificadores digitais revelou quatro duplicatas, resultando em 17 estudos únicos. Todos os textos únicos atenderam aos critérios de pertinência após leitura integral. Para cada estudo foram extraídos autoria, ano, país ou cenário, delineamento, participantes ou oportunidades observadas e principais resultados. Não foi realizada metanálise, pois os estudos apresentaram diversidade de contextos, medidas, populações e delineamentos.

A síntese foi organizada em quatro eixos: níveis e momentos de adesão; relação entre conhecimento e prática; barreiras individuais, ambientais e organizacionais; e estratégias de melhoria. Os resultados de revisões incluídas foram utilizados como síntese contextual, sem somar novamente suas amostras às dos estudos primários. Por utilizar exclusivamente estudos publicados e de acesso documental, esta revisão não envolveu recrutamento de participantes nem acesso a dados pessoais e, portanto, não demandou submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram incluídos 17 estudos publicados entre 2015 e 2025. O conjunto reuniu dez estudos observacionais ou de intervenção quantitativa, quatro investigações qualitativas ou comportamentais e três revisões de literatura. Dez publicações abordaram diretamente UTI ou cuidados críticos; as demais contribuíram com evidências complementares sobre conhecimento, intervenções educativas, comportamento e condições organizacionais.

Tabela 1 - Caracterização e principais achados dos estudos incluídos.

Estudo	Delineamento e cenário		Principal achado
Souza LM, et al. (2015)	Transversal; observações	UTI; 793	Adesão de 43,7%; fisioterapeutas 53,5% e técnicos de enfermagem 29,2%; menor adesão antes do contato e antes de procedimento asséptico.
Trannin KPP, et al. (2016)	Intervenção; 5.061 oportunidades	emergência	Adesão aumentou de 28,6% para 38,9% após intervenção educativa, mas permaneceu abaixo do esperado.
Derhun FM, et al. (2016)	Analítico; 267 profissionais de enfermagem		Conhecimento incompleto em 86,52% dos participantes, especialmente sobre rota de infecção e tempo de fricção alcoólica.
Raimondi DC, et al. (2017)	Transversal; UTI pediátrica; 642 oportunidades		Adesão de 56%; técnicos de enfermagem apresentaram menor adesão que enfermeiros.
Silva BR, et al. (2018)	Transversal; observações	UTI; 165	Apenas 13% alcançaram o padrão antes e após o contato com técnica correta; prática mais frequente após o contato.
Smith JD, et al. (2019)	Questionário comportamental; permanência	longa	Pressão de tempo, carga de trabalho e ambiente foram barreiras; papel profissional e percepção das consequências foram facilitadores.
Alvim ALS, et al. (2019)	Transversal; três observações	UTI; 1.100	Adesão média de 47%, variando de 27,3% a 88,2%; consumo de preparação alcoólica correlacionou-se positivamente com a adesão.
Oliveira MA, et al. (2019)	Transversal; profissionais	hospital; 56	Conhecimento declarado elevado e adesão observada de 8,5%, evidenciando distância entre percepção e prática.

Gomes et al. (2020)	Revisão integrativa; 12 artigos			Identificou baixa adesão, diferença entre conhecimento e prática e necessidade de mudanças comportamentais e adequação de recursos.
Lambe K, et al. (2020)	Entrevistas; profissionais	UTI;	26	Conhecimento e motivação estavam presentes; influência social, liderança, feedback individualizado e dimensionamento foram relevantes.
Madden C, et al. (2021)	Observacional; quatro UTI; 712 oportunidades			Adesão de 56,9%; menor entre médicos, profissionais aliados e auxiliares; maior em momentos de autoproteção e no turno noturno.
Chang NCN, et al. (2022)	Análise retrospectiva; 42.349 oportunidades			A adesão caiu quando a carga ultrapassou 30 oportunidades por hora, com redução estimada a cada oportunidade adicional.
Ahmadipour M, et al. (2022)	Qualitativo; profissionais	UTI;	25	Barreiras individuais, gerenciais e organizacionais: conhecimento, atitude, exemplos, treinamento, carga, estrutura e insumos.
Armstrong-Novak J, et al. (2023)	Revisão narrativa			Luvas não substituem higiene; monitoramento eletrônico tem limitações; liderança e psicologia comportamental são relevantes.
Mota et al. (2023)	Revisão integrativa; 10 artigos			Adesão entre 8,5% e 54,2%; maior após contato; educação permanente, feedback, liderança e intervenções multimodais foram facilitadores.
Alshagrawi et al. (2024)	Qualitativo; profissionais	UTI;	49	Determinantes individuais, ambientais, de equipe, tarefa, paciente, organização e gestão.
Fonsêca KKR, et al. (2025)	Transversal; I; observações de 2024		UT	Adesão de 76,54%; menor antes do contato e de procedimento asséptico; 5,8% utilizaram luvas como substituição inadequada.

Fonte: elaboração dos autores (2026).

Os percentuais observados confirmaram grande variação entre instituições e períodos. Souza LM, et al. (2015) encontraram 43,7% de adesão e maiores fragilidades nas oportunidades anteriores ao contato e aos procedimentos assépticos. Em outro contexto intensivo, Alvim ALS, et al. (2019) registraram adesão média de 47%, com variação expressiva entre as observações e correlação positiva com o consumo de preparação alcoólica.

Em estudo mais recente, Fonsêca KKR, et al. (2025) encontraram adesão de 76,54%, demonstrando que resultados superiores são possíveis, embora as oportunidades voltadas à proteção do paciente continuem vulneráveis. A distribuição pelos momentos não foi uniforme. Silva BR, et al. (2018) observaram que apenas 13% das oportunidades alcançaram o padrão composto por higienização antes e depois do contato, com técnica correta.

Madden C, et al. (2021) identificaram maior adesão em situações de autoproteção do que nas situações destinadas prioritariamente à proteção do paciente, além de diferenças entre

categorias e turnos. A síntese revelou distância entre conhecimento, autopercepção e comportamento observado. Derhun FM, et al. (2016) constataram lacunas específicas relacionadas à rota de transmissão e ao tempo mínimo de fricção alcoólica.

Oliveira MA, et al. (2019) demonstraram que a percepção positiva sobre a higiene coexistiu com adesão observada muito baixa, indicando que conhecimento é necessário, mas não suficiente para sustentar a prática.

A carga de trabalho emergiu como barreira mensurável. Chang NCN, et al. (2022) identificaram queda significativa quando o número de oportunidades ultrapassou 30 por hora. Em abordagem qualitativa, Alshagrawi et al. (2024) mostraram que a adesão resulta da interação entre fatores individuais, ambiente, equipe, tarefa, paciente, organização e gestão.

DISCUSSÃO

Os achados sustentam que a adesão à higienização das mãos não deve ser interpretada como decisão isolada do profissional. O comportamento ocorre dentro de um sistema no qual tempo disponível, acesso aos insumos, organização física, composição das equipes, exemplo das lideranças e normas sociais interferem na execução. Ahmadipour M, et al. (2022) evidenciaram que as barreiras se distribuem entre indivíduo, gestão e organização, o que requer respostas correspondentes nesses três níveis.

A menor adesão antes do contato e antes de procedimentos assépticos sugere assimetria entre proteção do paciente e autoproteção. Souza LM, et al. (2015) encontraram apenas 18,4% antes do contato e 20,9% antes de procedimento asséptico. Esses dados indicam a necessidade de intervenções que tornem visível o risco de transmissão mesmo quando as mãos não apresentam sujidade e o profissional não percebe ameaça direta para si.

O uso de luvas exige atenção específica. Fonsêca KKR, et al. (2025) verificaram substituição inadequada da higienização por luvas em parte das observações. Armstrong-Novak J, et al. (2023) enfatizam que o aumento do uso de luvas não elimina as oportunidades de higienização, razão pela qual treinamentos e auditorias devem avaliar conjuntamente colocação, retirada e higiene antes e depois do uso.

A educação permanente apresentou efeito favorável, mas não eliminou o problema. Trannin KPP, et al. (2016) observaram aumento de 28,6% para 38,9% após intervenção educativa. A permanência de adesão inferior à metade das oportunidades indica que capacitações pontuais precisam ser acompanhadas de feedback, metas locais, observação continuada, acesso aos produtos e revisão dos processos de trabalho. Intervenções contextualizadas parecem mais

adequadas do que programas

genéricos. Lambe K, et al. (2020) recomendam feedback direto e individualizado no ponto de cuidado, modelagem do comportamento por lideranças seniores e atenção ao dimensionamento da equipe. Essa perspectiva permite direcionar ações para os fatores predominantes em cada unidade, em vez de pressupor que todas as equipes apresentam as mesmas barreiras.

A disponibilidade e o uso dos produtos também funcionam como indicadores do sistema. Alvim ALS, et al. (2019) identificaram correlação positiva entre consumo de preparação alcoólica e adesão observada. O resultado não autoriza usar o consumo como substituto integral da observação, mas demonstra sua utilidade como medida complementar para vigilância, identificação de tendências e planejamento de auditorias.

As revisões brasileiras convergem com os estudos primários. Mota et al. (2023) encontraram adesão entre 8,5% e 54,2% e destacaram educação permanente, lembretes, feedback, liderança e intervenções multimodais como facilitadores.

Gomes et al. (2020) apontaram baixa adesão frente ao conhecimento técnico, reforçando a necessidade de combinar mudança comportamental e adequação dos recursos.

Com base na síntese, recomenda-se que as UTI mantenham monitoramento por oportunidades e por momento, devolutiva rápida às categorias profissionais, líderes clínicos como modelos, reposição e localização acessível de insumos, capacitação centrada em lacunas observadas e análise da carga de trabalho. O acompanhamento deve evitar uma meta meramente numérica e verificar técnica, momento e finalidade protetiva da ação.

Esta revisão apresenta limitações, o conjunto analisado foi composto pelos artigos previamente selecionados e disponibilizados pelos pesquisadores, não constituindo busca sistemática exaustiva de todas as bases. Houve heterogeneidade de cenários, instrumentos e definições de adesão, o que impede comparação direta ou estimativa agrupada. Estudos de emergência, UTI pediátrica e longa permanência foram usados apenas para compreender fatores transferíveis, e seus resultados não devem ser interpretados como estimativas específicas para UTI adulta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura analisada demonstra que a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em UTI permanece heterogênea e frequentemente insuficiente. As maiores

fragilidades concentram-se nos momentos anteriores ao contato com o paciente e aos procedimentos assépticos, enquanto situações associadas à autoproteção tendem a apresentar maior cumprimento. O conhecimento sobre a importância da prática não garante sua execução. Carga de trabalho, pressão de tempo, estrutura física, disponibilidade de produtos, influência dos pares, liderança, treinamento e cultura institucional atuam de forma combinada. Por isso, responsabilização individual e ações educativas isoladas não são suficientes.

A melhoria exige estratégia multimodal e contínua, com monitoramento válido, feedback individual e coletivo, participação ativa das lideranças, dimensionamento compatível com a demanda e acesso imediato aos insumos. Essas medidas fortalecem a segurança do paciente e reduzem oportunidades de transmissão, embora os estudos incluídos não permitam quantificar diretamente a redução das taxas de IRAS decorrente de cada intervenção.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

Em observância a Portaria CNPq nº 2.664/ 2026, os autores declaram o uso do ChatGPT, como ferramenta auxiliar na organização da estratégia de busca, localização de fontes, identificação de duplicidades, estruturação preliminar da matriz de extração e revisão gramatical e textual. A ferramenta não foi utilizada como fonte científica, autora ou substituta da análise crítica. As informações, resultados, citações e referências foram conferidos nos artigos selecionados, e os autores assumem integral responsabilidade pelo conteúdo final.

9

REFERÊNCIAS

1. AHMADIPOUR M, et al. Barriers to hand hygiene compliance in intensive care units during the COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Frontiers in Public Health*, 2022; 10: 968231. DOI: 10.3389/fpubh.2022.968231.
2. ALSHAGRAWI S, ALHODAITHY N. Determinants of hand hygiene compliance among healthcare workers in intensive care units: a qualitative study. *BMC Public Health*, 2024; 24: 2333. DOI: 10.1186/s12889-024-19461-2.
3. ALVIM ALS, et al. Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 2019; 9(1): 55-59. DOI: 10.17058/reci.v9i1.11605.
4. ARMSTRONG-NOVAK J, et al. Healthcare personnel hand hygiene compliance: are we there yet? *Current Infectious Disease Reports*, 2023. DOI: 10.1007/s11908-023-00806-8.
5. CHANG NCN, et al. The impact of workload on hand hygiene compliance: is 100% compliance achievable? *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2022; 43: 1259-1261. DOI: 10.1017/ice.2021.179.

6. DERHUN FM, et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre higienização das mãos. *Cogitare Enfermagem*, 2016; 21(3): 1-8. DOI: 10.5380/ce.v21i3.45588.
7. FONSÊCA KKR, et al. Adesão à higienização das mãos pelos profissionais da saúde de uma unidade de terapia intensiva. *Amazônia: Science and Health*, 2025; 13(1): 159-169. DOI: 10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v13n1p159-169.
8. GOMES CHC, PASSOS MAN. Adesão dos profissionais de saúde na prática de higienização das mãos em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 2020; 3(7): 347-360. DOI: 10.5281/zenodo.4253230.
9. LAMBE K, et al. Understanding hand hygiene behaviour in the intensive care unit to inform interventions: an interview study. *BMC Health Services Research*, 2020; 20: 353. DOI: 10.1186/s12913-020-05215-4.
10. MADDEN C, et al. What are the predictors of hand hygiene compliance in the intensive care unit? A cross-sectional observational study. *Journal of Infection Prevention*, 2021; 22(6): 252-258. DOI: 10.1177/1757177421103351.
11. MOTA APA, COSTA EAM. Adesão à higienização das mãos em serviços hospitalares brasileiros: um estudo de revisão. *Research, Society and Development*, 2023; 12(4): e13112441066. DOI: 10.33448/rsd-v12i4.41066.
12. OLIVEIRA MA, et al. Higienização das mãos: conhecimentos e atitudes de profissionais da saúde. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 2019; 13: e236418. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.236418.
13. RAIMONDI DC, et al. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. *Revista Cuidarte*, 2017; 8(3): 1839-1848. DOI: 10.15649/cuidarte.v8i3.437.
14. SILVA BR, et al. Monitoramento da adesão à higiene das mãos em uma unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 2018; 26: e33087. DOI: 10.12957/reuerj.2018.33087.
15. SMITH JD, et al. Application of the Theoretical Domains Framework to identify factors that influence hand hygiene compliance in long-term care. *Journal of Hospital Infection*, 2019; 101: 393-398. DOI: 10.1016/j.jhin.2018.12.014.
16. SOUZA LM, et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2015; 36(4): 21-28. DOI: 10.1590/1983-1447.2015.04.49090.
17. TRANNIN KPP, et al. Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. *Cogitare Enfermagem*, 2016; 21(2): 1-7. DOI: 10.5380/ce.v21i2.44246.