

ADESÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA TERAPIA INTENSIVA À HIGIENE DE MÃOS: COMPARAÇÃO DE DOIS INSTRUMENTOS.

Daiane Trentin¹
Fátima Izabel Farias²

RESUMO

A infecção hospitalar representa um desafio na assistência segura ao paciente hospitalizado. A higiene das mãos tem sido considerada a mais importante medida de controle de infecção para prevenção das infecções associadas ao cuidado de saúde. Conhecer a realidade pode colaborar para que as Instituições de saúde promovam ações de educação e prevenção. Com esta orientação, a presente pesquisa teve como objetivo verificar o percentual de adesão dos profissionais de saúde diante das oportunidades de higiene das mãos, utilizando dois instrumentos validados para comparação: os critérios proposto pelo IHI (*Institute for Healthcare Improvement*) e, comparativamente, os critérios propostos pela WHO/ OMS (*World Health Organization*). Trata-se de uma pesquisa prospectiva, quantitativa e descritiva, desenvolvida em uma UTI de um hospital privado. A análise estatística foi realizada no programa SPSS for Windows versão 9.0. Ao todo, foram observadas 476 oportunidades de higiene de mãos. As amostras observadas resultaram em uma adesão global a prática da higiene das mãos em 37,5% das oportunidades quando aplicado o instrumento da OMS. Quando aplicado o instrumento do IHI a adesão global foi de 58,3%.

Descritores: Higiene das Mãos; Infecção Hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva.

¹ Enfermeira. Aluna da Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) e Universidade Corporativa Mãe de Deus. Atua no Hospital Mãe de Deus.

² Enfermeira. Mestrado Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC). Professora do curso Especialização Enfermagem em Terapia Intensiva pela UNISINOS e Universidade Corporativa Mãe de Deus. Atua no Hospital Mãe de Deus.

INTRODUÇÃO

Houve um interesse crescente em âmbito mundial nos últimos vinte anos sobre a problemática da correta lavagem das mãos. Estudos envolvendo tipagem molecular demonstraram a evidência de transmissão de patógenos por meio das mãos. Por sua vez, outros estudos de intervenção buscaram identificar estratégias efetivas para promover a higiene das mãos, uma vez que o consenso científico comprova que esta é a medida mais eficaz na redução transmissão de microorganismos.

O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente, previsto na Aliança Mundial para a Segurança do Paciente por iniciativa da OMS, está focado na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde e tem como lema “Uma assistência limpa é uma assistência mais segura”. Envolve ações relacionadas à melhoria da higienização das mãos em serviços de saúde. Reconhecendo a necessidade mundial para melhorar a higiene das mãos em instituições de cuidado de saúde, a OMS lançou o Guia: Higiene das Mãos no cuidado de Saúde (rascunho avançado) em outubro de 2005 ¹.

O *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Healthcare Provide Health-Care Workers (HCWs)* apresenta uma revisão completa com as evidências sobre a higiene das mãos nos cuidados em saúde¹. Os estudos concluem que as infecções associadas ao cuidado de saúde são uma importante causa de morbidade e mortalidade entre pacientes hospitalizados por todo o mundo. Estas infecções afetam aproximadamente 2 milhões de indivíduos anualmente nos EUA e são responsáveis por aproximadamente 80.000 mortes cada ano². Por conseguinte, é um problema para segurança do paciente e sua vigilância e prevenção devem ser prioridade nas instituições. Alguns impactos foram observados, tais como a permanência hospitalar prolongada, resistência aumentada de microorganismos para antimicrobianos, custo financeiro adicional, custos altos para pacientes e familiares, e mortes^{1,2}.

No entanto, embora a higienização das mãos seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, colocá-la em prática consiste em uma tarefa complexa e difícil. Estudos sobre o tema avaliam que a adesão dos

profissionais à prática da higienização das mãos de forma constante, na rotina diária, ainda é insuficiente. Muito embora, todos devam estar conscientes da importância da higienização das mãos na assistência à saúde para a segurança e qualidade da atenção prestada, na prática a adesão é falha³.

Os riscos potenciais de transmissão de microorganismos aos pacientes, a colonização ou as infecções dos profissionais da saúde, a morbidade e mortalidade relacionados às infecções associadas à saúde, entre outros, justificam a correta prática da higiene das mãos⁴. Portanto, reforçam a importância das mãos dos profissionais de saúde como fonte de infecção relacionada à assistência à saúde⁵.

Os pacientes hospitalizados, em especial, na Unidade de Terapia Intensiva, são particularmente mais susceptíveis à infecção hospitalar, dada suas condições clínicas, que exigem procedimentos invasivos e terapia antimicrobiana. O risco de infecção é diretamente proporcional à gravidade da doença, as condições nutricionais, a natureza dos procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, bem como ao tempo de internação, dentre outros aspectos^{6, 7}.

Entretanto, apesar dos resultados evidenciados, a maioria dos estudos sobre higiene das mãos exibe taxas de adesão entre 16% e 81%, com a intrigante perspectiva de que quanto maior a necessidade de higiene das mãos, menos elas são efetivamente lavadas. Nesta estatística incluem-se profissionais de unidades de terapia intensiva⁸. Considerando-se as evidências de correlação entre a boa prática da higiene das mãos e a baixa taxa de infecções relacionadas ao cuidado, a adesão à higiene das mãos passa a ser um indicador estratégico importante de segurança e qualidade do cuidado. E, a partir dos resultados destes indicadores são necessárias estratégias que considerem elementos tanto do comportamento humano, como do contexto organizacional para atingir mudanças significativas e duradouras na prática ideal e na adesão à higiene das mãos^{1, 2, 5}.

Preocupados com o tema, órgãos internacionais como o IHI (*Institute for Healthcare Improvement*;) e a WHO/OMS (*World Health Organization*) indicam o uso de instrumentos para avaliação das oportunidades de higienização das mãos como forma de conhecer a realidade e propor soluções, quando não atendidos os critérios estabelecidos.

Com esta orientação a presente pesquisa propõe a seguinte questão: No ambiente de terapia intensiva, os profissionais estão aderindo à higiene das mãos conforme as oportunidades preconizadas pela OMS e IHI?

Para responder a esta questão, são objetivos:

- Verificar o percentual de adesão dos profissionais diante das oportunidades de higiene das mãos segundo os critérios do instrumento 1 (IHI).
- Pesquisar o percentual de adesão dos profissionais diante das oportunidades de higiene das mãos comparando com a técnica adequada, segundo os critérios estabelecidos pelo instrumento 2 (OMS).

LEVANTAMENTO DE LITERATURA

Histórico

O conceito de limpeza das mãos como prática de controle de Infecção Hospitalar (IH) surgiu provavelmente no início do século XIX. Em 1843, Oliver Wendell Holmes conclui que a febre puerperal era disseminada por meio das mãos da equipe de saúde. Em 1846, o obstetra húngaro Ignaz Philipp Semmelweis foi o primeiro a registrar dados observacionais da disseminação da febre puerperal, a qual causou taxas de mortalidade materna acima de 18%, por vários meses, no Hospital Geral de Viena⁹.

Semmelweis não só é considerado o pai da higiene das mãos, como também sua intervenção é um modelo de epidemiologia e estratégias dirigidas para prevenir a infecção. Desde então, esse procedimento tem sido recomendado como medida primária no controle da disseminação de agentes infecciosos¹.

Higiene das mãos

A higiene das mãos é um ato simples e ensinado desde a infância como uma ação de autocuidado, e em serviços de saúde agrega um valor amplo e relevante no que tange a prevenção e controle de infecção. As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante a

assistência prestada aos pacientes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microorganismos, que podem se transferir de uma superfície para outra, por meio de contato direto (pele com pele), ou indireto, através do contato com objetos e superfícies contaminados³.

Por todo o mundo, foram criadas campanhas com o objetivo de promover a adesão à higiene das mãos. No período entre 1988 e 1995, guias para lavagem e antissepsia das mãos foram publicados pela Associação de Profissionais em Controle de Infecções e Epidemiologia (*Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology* - APIC). Em 2002, o CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) publicou o “Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde”. Nesta publicação, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência desse procedimento¹⁰.

No Brasil, a importância dessa prática foi reforçada por meio da Unidade de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos (UIPEA) e da Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES), que incentivam medidas voltadas à prevenção de riscos e à promoção da segurança do paciente. Em consonância com as diretrizes da OMS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desenvolveu ações relacionadas à higienização das mãos. Em 2009, contribuindo com a prevenção e o controle das infecções, para incentivar o aumento da adesão dos profissionais às boas práticas de higienização das mãos, a ANVISA apresentou o manual “Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos”. Este buscou aprofundar os conteúdos do guia “Higienização das mãos em serviços de saúde”, publicado em 2007 pela ANVISA^{3,5,7}.

Essas ações buscam sinalizar a importância da higiene das mãos, sendo necessária uma especial atenção de gestores públicos, administradores dos serviços de saúde e educadores para o incentivo e a sensibilização do profissional de saúde à questão. Estudos demonstram que a adesão à prática da higiene das mãos entre profissionais da saúde é registrada em percentual abaixo de 50%, apesar de ser considerada uma medida básica, fundamental no controle da infecção hospitalar e dispersão de microorganismos resistentes¹¹.

Infecção hospitalar

A infecção hospitalar (IH) é toda a infecção adquirida durante a internação hospitalar, sendo geralmente provocada pela própria flora bacteriana humana, que se desequilibra com os mecanismos de defesa anti-infecciosa em decorrência da doença, dos procedimentos invasivos (soros, cateteres e cirurgias) e do contato com a flora hospitalar⁴.

As infecções associadas ao cuidado são um problema para segurança do paciente. Calcula-se que em países desenvolvidos as infecções associadas ao cuidado afetam 5–15% dos pacientes hospitalizados e podem comprometer 9–37% dos admitidos em unidades de terapia intensiva. Isto representa aproximadamente 5 milhões de infecções associadas ao cuidado dentro dos hospitais da Europa anualmente, com 25 milhões de dias extras de permanência hospitalar e uma mortalidade de 1% (50 000 mortes por ano). Nos E.U.A. foi observada uma taxa de incidência de 4.5% que corresponde a 9,3 infecções por 1000 paciente-dias e 1,7 milhões de pacientes afetados, com aproximadamente 99 000 mortes. A magnitude do problema é particularmente pertinente em locais onde medidas de controle de infecção básicas são virtualmente inexistentes¹.

Infecção hospitalar em UTI

Todas as ações de controle da IH recebem especial atenção no ambiente da Terapia Intensiva. Nesta unidade os pacientes têm de 5 a 10 vezes mais probabilidades de contrair uma infecção hospitalar e estas podem representar cerca de 20% do total de infecções de um hospital⁶.

Alguns fatores contribuem para este risco, tais como: a quebra de barreiras naturais que separam o microorganismo do ambiente interno, invasão da pele por cateteres, drenos, tubo orotraqueal e perda da barreira protetora da glote, sonda vesical etc; o estado de imunodepressão representado pela gravidade da doença⁷.

Barreiras culturais para a efetividade da higiene das mãos

Os fatores relacionados à adesão que buscam explicar a baixa adesão às práticas de higienização das mãos são atualmente conhecidos através de estudos observacionais, de intervenção ou de inquéritos epidemiológicos, nos quais os profissionais de saúde apontam as razões de não seguirem as recomendações, tais como: a higienização simples das mãos com água e sabonete causa irritação e ressecamento, as pias não estão acessíveis (número insuficiente ou mal localizadas), falta de sabonete ou de papel toalha, excesso de atividades ou tempo insuficiente, o paciente é a prioridade, a higienização das mãos interfere na relação com o paciente, baixo risco de adquirir infecções a partir dos pacientes, uso de luvas ou crença de que ao usar luvas não é necessário higienizar as mãos, falta de informações científicas sobre o impacto da higienização das mãos nas taxas de infecção hospitalar, entre outros⁵.

É relevante pensar que a adesão a recomendações ou protocolos envolve mudanças no comportamento dos profissionais de saúde. O porquê e como as pessoas mudam seus comportamentos têm sido algumas das questões fundamentais na prática dos profissionais envolvidos no controle de infecção. Assim, os programas para aumentar a adesão à prática de higienização das mãos possuem o distintivo de múltiplas estratégias⁵.

A partir das estatísticas e da evidência científica da correlação entre infecção hospitalar e higienização das mãos, bem como a problemática da adesão a correta higienização das mãos, a OMS cria no ano de 2005 o *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care - First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. Este guia de condutas apresenta um instrumento com dois critérios de avaliação: a adesão dos trabalhadores do cuidado de saúde às oportunidades de higiene das mãos e a adesão à técnica correta. Em 2006, o IHI lança o *How-to Guide: Improving Hand Hygiene*. Este guia de condutas apresenta um instrumento que observa as oportunidades de higiene das mãos e monitora a adesão dos profissionais^{1, 2}.

METODOLOGIA

Para responder a questão e objetivos desta pesquisa, a estratégia utilizada é de natureza prospectiva, quantitativa e descritiva. Foi desenvolvida

em uma UTI geral (32 leitos), anexa a um hospital privado, de grande porte (400 leitos), em Porto Alegre (RS), no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011. Os profissionais observados foram: enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas e técnicos de Raios-X. Todos locados na UTI. A amostra foi de, no mínimo, 200 observações para cada instrumento.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, foi aplicado o instrumento 1 (IHI), conforme tabela 1.

Tabela 1: Instrumento para coleta de dados IHI

| Instrumento para Monitoramento de Higiene das Mãos - IHI | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|-----------------|----------|------------------------|-----------------------|--------|-----|-------|--|--|--|
| Data da observação: ____/____/____ Hora início: ____:____ Hora Fim: ____:____ | | | | | | | | | | | |
| | Profissional | Tipo de contato | | Higiene das mãos antes | Higiene das mãos após | Adesão | | Leito | | | |
| | | Paciente | Ambiente | | | Sim | Não | | | | |
| 1 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 2 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 3 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 4 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 5 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 6 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 7 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 8 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 9 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |
| 10 | M E F T TRX | S N | S N | AG LM N | AG LM N | S | N | | | | |

M= Médico; E= Enfermeiro; F= Fisioterapeuta; T= Técnico de enfermagem; TRX= Técnico de Raios-X AG=Álcool Gel; LM= Lavagem das mãos; N=Nenhuma

Fonte: IHI

Esta coleta ocorreu na primeira quinzena dos meses de dezembro, janeiro e fevereiro. Foram consideradas as oportunidades de higienização das mãos segundo os seguintes critérios: higienização antes de contato com o paciente e após contato com o paciente; higienização antes e após contato com áreas próximas ao paciente. Nesta etapa foram registradas 276 oportunidades de higiene das mãos.

Na segunda etapa, foi aplicado o instrumento da OMS, conforme tabela 2.

Tabela 2: Instrumento para coleta de dados OMS

| Instrumento para monitoramento de higiene das mãos - OMS | | | | | | | |
|--|--------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|----------------------------------|
| Data da observação: / / Hora inicio: / / Hora fim: / / | | | | | | | |
| | Profissional | Paciente higiene das mãos antes | Paciente higiene das mãos após | Higiene das mãos antes de procedimentos invasivos | Higiene das mãos após risco a exposição a fluidos corporais | Higiene das mãos após contato com ambiente | Adesão higiene das mãos |
| 1 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 2 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 3 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 4 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 5 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 6 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 7 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 8 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 9 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |
| 10 | M E F T TRX | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | AG LM N | S N |

M= Médico /E= Enfermeiro /F= Fisioterapeuta /T= Técnico em enfermagem /TRX= Técnico de Raios-X /AG=Álcool Gel /LM= Lavagem das mãos / N=Nenhuma

Fonte: WHO/ OMS

A coleta dos dados ocorreu na segunda quinzena dos meses de dezembro, janeiro e fevereiro. Foram consideradas as oportunidades de higienização das mãos segundo os seguintes critérios: higienização antes do contato com o paciente; higienização antes da realização de procedimento asséptico; higienização após risco de exposição a fluidos corporais; higienização após contato com o paciente; e higienização após contato com áreas próximas ao paciente. Sendo observadas 200 oportunidades.

A observação de ambos os anexos foi realizada nos três turnos de trabalho, em uma média de duas horas de observação, três vezes por semana. A pesquisa teve como foco a observação das oportunidades e adesão à higiene das mãos dos profissionais que atuam na terapia intensiva.

Para descrição dos resultados, os dados das variáveis foram lançados e organizados no programa Excel e foi aplicado o método comparativo de variáveis. A análise estatística foi realizada no programa SPSS for Windows versão 9.0.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados apresentam taxas que corroboram com as evidências mundiais da baixa adesão à higiene das mãos pelos profissionais da saúde. O instrumento 1 (IHI) obteve o percentual de adesão dos profissionais diante das oportunidades de higiene das mãos de 58,3% (161 das 276 oportunidades de higiene das mãos observadas).

Quando aplicado o instrumento da OMS (instrumento 2) foi possível avaliar a adesão dos profissionais à técnica adequada. Conforme o instrumento, apenas 37,5% (75 das 200 oportunidades observadas indicava a adesão e a correta técnica da higiene das mãos).

Em ambos os instrumentos a adesão à higienização das mãos não atingiu a meta mínima internacionalmente preconizada. Estes resultados são preocupantes considerando-se que os cuidados executados foram de alto risco de transmissibilidade de patógenos, podendo desencadear infecção hospitalar. Destaca-se que os recursos materiais não foram empecilho à higienização das mãos, pois, durante todo o período da coleta de dados, observou-se que as pias estavam abastecidas com sabonete líquido e papel toalha, e em todas havia um dispensador com álcool a 70%.

A tabela 3 demonstra os resultados obtidos quando aplicados os dois instrumentos – 1 (IHI) e 2 (OMS).

Analisando a tabela observa-se que a adesão global à higiene de mãos está distante do ideal preconizado para a prevenção da infecção hospitalar. Estes resultados assemelham-se aos de outros estudos, onde se avalia que o comprometimento pelos trabalhadores do cuidado de saúde com os procedimentos de higiene das mãos recomendada tem permanecido inaceitável, com as taxas de comprometimento geralmente abaixo de 50% das oportunidades de higiene das mãos².

Tabela 3: Adesão global à higiene das mãos OMS (n=75/200) e IHI (n=161/276), segundo critérios de cada instrumento, nas oportunidades observadas. Porto Alegre, RS, 2010/2011.

Taxa de Adesão Global a Higiene das Mãos

| OMS / IHI | | | | |
|-------------|--------------|---------------|------|------|
| Instrumento | n° de adesão | Oportunidades | Taxa | Meta |
| | | Observadas | % | % |
| OMS | 75 | 200 | 37,5 | 60 |
| IHI | 161 | 276 | 58,3 | 60 |

Fonte: Trentin, 2010/ 2011.

A Tabela 4 demonstra as observações de oportunidades de higiene das mãos, segundo a categoria profissional, conforme preconiza o instrumento do IHI.

Em consonância com o instrumento do IHI, as categorias de fisioterapeutas e técnicos de enfermagem atingiram a meta de 60%, com adesão a higiene das mãos de 15 (88%) das 17 oportunidades e 128 (67%) das 192 oportunidades observadas, respectivamente. Entretanto, na categoria de técnicos de RX, não houve nenhuma adesão (0%) a higiene das mãos.

Uma vez que a equipe de enfermagem representa o percentual mais elevado de profissionais que prestam assistência direta e ininterrupta ao paciente (os técnicos de enfermagem são em maior volume), bem como estabelece relação direta com as medidas de prevenção e controle da infecção hospitalar, os resultados alcançados tem papel expressivo na concretização e alcance das metas propostas pelo IHI e OMS. Há que se considerar que a adesão à higiene de mãos da categoria de enfermeiro está longe do ideal. Portanto, esta categoria e as demais precisam receber um aporte maior de educação e treinamento-segundo os resultados deste estudo.

Tabela 4: Adesão à higiene das mãos – IHI (**N=161/276**) - Distribuição por Categoria Profissional. Segundo a adesão ao procedimento dos profissionais nas quais foram realizadas as observações. Porto Alegre, RS, 2010/2011.

Adesão à Higiene das Mãos - IHI - Distribuição por

| Categoria Profissional | | | | |
|------------------------|-----|-----|-------|----------|
| Categoria Profissional | Sim | Não | Total | % Sim |
| Enfermeiro | 13 | 28 | 41 | 32 |
| Médico | 5 | 19 | 24 | 21 |
| Fisioterapeuta | 15 | 2 | 17 | 88 |
| Técnico | 128 | 64 | 192 | 67 |
| TRX | 0 | 2 | 2 | 0 |

Fonte: Trentin, 2010/ 2011.

Quando avaliados os resultados conforme a aplicação do instrumento 1 (IHI) é preciso ter presente que as indicações para higienização das mãos incluem as oportunidades de higienização das mãos, mas não monitora a técnica correta².

Por sua vez o instrumento da OMS preconiza a higiene de mãos em cinco momentos e, além disso, monitora a técnica correta da higiene das mãos¹.

Ao estratificar os dados por categoria profissional de acordo com o instrumento 2 (OMS), foi possível avaliar a adesão à técnica correta de Higiene de mãos por categoria profissional. Os resultados encontram-se na tabela 5.

Nos três meses da pesquisa foram aferidos como percentuais de adesão: fisioterapeutas (77,7%), Equipe dos técnicos de enfermagem (40%), Enfermeiros (24%), médicos (17%), Técnicos de RX (0%).

Os índices encontrados apontam a baixa adesão dos profissionais da saúde à higiene das mãos e técnica incorreta.

Tabela 5: Adesão à higiene das mãos – OMS (N=75/200) - Distribuição por Categoria Profissional. Segundo a adesão às oportunidades e uso de técnica correta dos profissionais nas quais foram realizadas as observações. Porto Alegre, RS, 2010/2011.

| Adesão à Higiene das Mãos - OMS - Distribuição por Categoria Profissional. | | | | |
|--|-----|-----|-------|----------|
| Categoria Profissional | Sim | Não | Total | % Sim |
| Enfermeiro | 9 | 29 | 38 | 24 |
| Médico | 4 | 20 | 24 | 17 |
| Fisioterapeuta | 10 | 3 | 13 | 77 |
| Técnico | 49 | 74 | 123 | 40 |
| TRX | 0 | 4 | 4 | 0 |

Fonte: Trentin, 2010/ 2011.

A categoria dos fisioterapeutas mostrou maior adesão (aderindo às oportunidades e a técnica correta de higiene de mãos em 77% das oportunidades observadas) em concordância com os critérios do instrumento da OMS (meta de 60% de adesão). A categoria de técnico de RX não apresentou novamente adesão em nenhuma observação. Há que se considerar medidas mais efetivas de educação para esta categoria de profissionais, uma vez que a mesma tem acesso a diferentes pacientes da UTI e demais pacientes de outras unidades do hospital e suas mãos podem se constituir em veículo de contaminação cruzada.

Todos os resultados analisados remontam a necessidade de medidas mais efetivas para aumentar as taxas de adesão à higienização das mãos entre os profissionais.

Pesquisas recentes identificaram que além da baixa adesão, a não adesão foi mais alta em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e, que durante procedimentos com alto risco de contaminação bacteriana e alta intensidade de cuidado ao paciente (maior exigência da demanda por higiene das mãos), mais baixa foi a adesão^{1,5,12}.

CONCLUSÃO

Considerando que a adesão é um ato voluntário e individual, que depende da decisão de cada profissional, bem como as consequências da não adesão, conclui-se que a continuidade dos programas educacionais para que haja um aumento nas taxas de adesão assume uma posição estratégica para a gestão operacional¹³.

Por um lado, existe o consenso de que a transmissão das infecções associadas ao cuidado de saúde, na maioria das vezes ocorre por meio das mãos contaminadas dos trabalhadores do cuidado de saúde e que, a higiene de mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções associadas ao cuidado em saúde. Por outro lado, percebe-se que as medidas e campanhas internacionais não têm sido efetivas para aumentar a adesão dos profissionais a este cuidado simples, o que torna este, um problema de saúde coletiva.

Sendo assim, é imperativo que novas estratégias de vigilância e prevenção de infecções associadas ao cuidado de saúde sejam deliberadas, com o objetivo de aumentar a adesão à higiene das mãos. A não adesão eleva as taxas de infecção, compromete a segurança dos pacientes, com consequências tanto para a gestão dos recursos (custos ineficiente, média de permanência prolongada e uso em grande escala de antimicrobianos), como para a assistência (resistência antimicrobiana e aumento da mortalidade).

Fica aberto o questionamento acerca do porquê algumas categorias aderem mais do que outras. As hipóteses para esta resposta podem remeter as instituições de saúde a ações mais efetivas para este cuidado. Neste estudo a categoria de técnicos de enfermagem, quando avaliados pela oportunidade de higiene das mãos, está dentro da meta preconizada (60%), mas quando avaliada a técnica correta apresentam índices de 40% de adesão.

A categoria de profissionais da fisioterapia mostrou-se a mais comprometida e com resultados mais promissores para a qualidade da assistência prestada, mesmo aplicando instrumentos diferentes para o acompanhamento das oportunidades de higiene das mãos – superou a meta mínima proposta pelos dois Institutos (IHI; OMS) de 60% de adesão. No entanto, os enfermeiros, que em tese são por formação os educadores, surpreendem pela baixa adesão – 24% (OMS) e 32% (IHI). A categoria

profissional de médicos foi a que menos aderiu, com índices de adesão de 18% (OMS) e 21% (IHI). Os técnicos de Raios-X precisam ser incorporados ao processo de forma diferenciada, pois parecem desconhecer as implicações do cuidado inadequado no contato com o paciente.

Os resultados demonstram que a formação não é uma variável de impacto na adesão, uma vez que os profissionais com maior formação (médicos e enfermeiros) não apresentaram percentual de adesão satisfatório.

Estudos têm sugerido que a adesão a higiene de mãos pode ser melhorada, através de uma variedade de intervenções, iniciativas educacionais e comportamentais^{1,2,14,15}. As Instituições que promovem programas e organizam grupos de melhoria voltados para a educação e conscientização desta prática podem ser bastante eficientes para incorporar esta medida em todos os momentos do processo do cuidado.

Novos estudos devem ser encaminhados analisando mais de perto quais as variáveis influenciam a não adesão, para que ações no sentido da correção sejam mais efetivas.

REFERÊNCIAS

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care-First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**. World Health Organization. 2009, 270 p. Disponível em: < <http://www.who.int> >. Acesso em: 19 jul. 2010.

IHI (INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT). **How-to Guide: Improving Hand Hygiene A Guide for Improving Practices among Health Care Workers**. Disponível em: < <http://www.ihl.org> >. Acesso em: 19 jul. 2010.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. – Brasília : Anvisa, 2007.

COUTO, Renato Camargo...et al. **Infecção hospitalar e outras complicações não-infecciosas da doença: epidemiologia, controle e tratamento**. 4.ed.- Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan, 2009.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília: Anvisa, 2009.105p.

ANDRADE, Denise de; LEOPOLDO, Vanessa Cristina; HAAS, Vanderlei José. **Ocorrência de Bactérias Multiresistentes em um Centro de Terapia Intensiva de Hospital Brasileiro de Emergências.** Revista Brasileira Terapia Intensiva. Volume 18 - Número 1 - Janeiro/Março 2006.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Prevenção de infecções em unidade de terapia intensiva/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** – Brasília : Anvisa, 2004.

PITTET, D. **Improving compliance with hand hygiene in hospitals.** Infect Control Hosp Epidemiol, Chicago, v. 21, n. 6, p. 381-386, June 2000.

KAWAGOE, Julia Yaeko. **Higiene das mãos: comparação da eficácia antimicrobiana do álcool - formulação gel e líquida - nas mãos com matéria orgânica.** 2004. 126 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade de São Paulo, SP, 2004. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-17112006-095710/>>. Acesso em: 02 jul. 2010.

CDC (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION). **Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force.** *MMWR Recomm Rep*, Atlanta, v. 51, n. RR-16, p. 1-45, Oct. 2002.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; CARDOSO, Clarici Silva; MASCARENHAS, Daniela. **Precauções de contato em Unidade de Terapia Intensiva: fatores facilitadores e dificultadores para adesão aos profissionais.** Revista Escola Enfermagem USP 44 (1):161-5

CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida et al. **Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado.** *Cienc. Enferm.*, v.15, n.1, 2009, p. 33-38. ISSN 0717-9553. Disponível em: < http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0717-95532009000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 jul. 2010.

NEVES, Zilah Cândida Pereira das; et al. **Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo à adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal.** *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 julho-agosto; 14(4) disponível em: < <http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

GOULD, DJ, et al. **Measuring handwashing performance in health service audits and research studies.** Available online 11 April 2007.

KARABEY, S, et al. **Handwashing frequencies in an intensive care unit.** *Journal of Hospital Infection* (2002) 50: 36±41 doi:10.1053/jhin.2001.1132, available online at <http://www.idealibrary.com> on.

UNIVERSIDADE CORPORATIVA MÃE DE DEUS
UNIVERSIDADE DO VALE DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM EM
TERAPIA INTENSIVA

DAIANE TRENTIN

ADESÃO DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA TERAPIA INTENSIVA À
HIGIENE DE MÃOS: COMPARAÇÃO DE DOIS INSTRUMENTOS.

PORTO ALEGRE
2011