

PREVENÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: ANÁLISE DA HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS

Ludmila Neves de Oliveira¹, Ana Cabanas²

¹Universidade Paulista, Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Rod. Pres. Dutra, Km 157.5, Pista Sul, Jd. Limoeiro, 12240-420, São José dos Campos, SP, girassoldasaude@hotmail.com,

²Universidade de Taubaté, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Desenvolvimento Regional, Rua Visconde do Rio Branco, 210, Centro, 12200-000, Taubaté, SP, anacabanas@uol.com.br

Resumo- A higienização simples das mãos é uma técnica imprescindível na prevenção de infecções hospitalares. Assim, este estudo descritivo objetivou promover a conscientização da equipe de Enfermagem sobre essa técnica mediante a idealização de um programa de educação continuada em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto de uma instituição de Jacareí, SP. Baseando-se conceitos, pesquisas científicas e leis, utilizou-se uma observação direta intensiva focada no ato da higienização simples das mãos da amostra não-probabilística aleatória simples de 15 profissionais de Enfermagem (técnicos=73% e enfermeiros=27%). O instrumento utilizado foi um *check list* com 25 questões fechadas. Várias foram as falhas detectadas, especialmente, quanto ao tempo médio de realização do procedimento de 10 a 20" (66%) frente à preconização do Ministério da Saúde de 40 a 60". Percebe-se a necessidade de aprimoramento da amostra, revendo os conceitos básicos desta técnica. Por meio da educação continuada preventivista, se houver comprometimento dos profissionais de Enfermagem e estes aderirem à prática adequadamente, poderá se proporcionar o controle de infecções hospitalares nesta Unidade de Terapia Intensiva adulto.

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem. Higienização simples das mãos. Educação continuada.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é considerada como um ambiente hospitalar mais crítico. Nela se concentram pacientes clínicos e cirúrgicos, geralmente, em estado grave ou de observação, que precisam de assistência especial, como monitoramento e suporte contínuo de suas funções vitais (PEREIRA *et al.*, 2000). O aparato tecnológico e a sobrevida prolongada durante um período de internação, expõe o paciente crítico a um risco elevado de desenvolvimento de infecção hospitalar (IH). Mesmo sendo responsável por menos de 2% dos leitos hospitalares disponíveis no Brasil, a UTI contribui com mais de 25% das IH, representando forte impacto na taxa morbimortalidade (BARBOSA; SAMPAIO, 2003).

A importância da Higienização Simples das Mãos (HSM) na prevenção da transmissão de IH é baseada na capacidade e na rotina diária de um profissional de saúde há inúmeros procedimentos passíveis de contaminação das mãos, exigindo prática antes e após a execução. A NPSA (2008) estima que em UTI, há necessidade de HSM quarenta vezes em uma hora.

Para que o controle de IH seja eficaz, Brasileiro *et al.* (2007) acreditam ser indispensável o processo de Educação Continuada (EC) nas instituições hospitalares. É preciso conhecer quais são e onde estão as falhas e os motivos que

conduzem a equipe de saúde à não adesão nas medidas de controle de IH, sensibilizando cada profissional ao mostrar sua importância no processo.

Metodologia

Esta pesquisa é descritiva com abordagem quantitativa, pois segundo Santos (2005), trata-se de um tema de âmbito social muito abordado cientificamente, fundamentado em livros, artigos e anais de eventos científicos, bem como leis e normas, para se mensurar o método da HSM em UTI adulto.

O *check list* foi aplicado por meio de observação direta intensiva, como dito por Lakatos e Marconi (2001), em uma amostragem não probabilística aleatória simples da equipe de Enfermagem 15 (58% de N=26) que atua uma instituição hospitalar mista, em Jacareí, Estado de São Paulo, em turnos manhã e tarde.

O instrumento de pesquisa foi idealizado a partir do modelo de Mendonça *et al.* (2003), subdividido em seis itens (identificação pessoal; técnica de hsm; produto utilizado; tempo gasto na execução da hsm; momentos/situações em que se lava as mãos; infraestrutura e produtos; e orientação), totalizando 25 questões fechadas. A coleta de dados foi realizada durante o mês de abril de 2008, todas às terças-feiras, em plantões alternados, a fim de se obter uma amostra real.

Como o estudo envolveu seres humanos seguiram-se as diretrizes da Resolução nº196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

A pesquisa relevou que na UTI adulto analisada, há dez leitos, sendo um para isolamento. Em termos de infraestrutura e produtos, existem duas pias, ou seja, uma para cinco leitos. As torneiras são automáticas com sensores infravermelhos, evitando o contato direto das mãos. A instituição disponibilizada sabão líquido degermante, álcool gel e papel toalha branco não reciclável.

Dentre os pesquisados, há predominância de técnicos de Enfermagem (73% de N=15), haja vista o maior número de profissionais nesta unidade é de técnicos (77% de N=26).

Referente à técnica preliminar da HSM, a maioria retirou os adornos e possuía unhas curtas (73% de N=15). Quanto à técnica, propriamente dita, todos os sujeitos (100%) realizaram a primeira etapa de maneira correta; o índice foi caindo à medida que as etapas eram realizadas; chegando à última com apenas 27% (Tabelas 1.1 e 1.2).

Tabela 1.1 – Amostra da equipe de Enfermagem em UTI adulto, por etapas da HSM (Jacareí, 2008)

	1ª		2ª		3ª	
	Palma a Palma		Palma com dorso		Espaços interdigitais	
	N	%	N	%	N	%
Sim	15	100	10	67	7	47
Não	0	0	5	33	8	53
Total	15	100	15	100	15	100

Tabela 1.2 – Amostra da equipe de Enfermagem em UTI adulto, por etapas da HSM (Jacareí, 2008)

	4ª		5ª		6ª	
	Polegar		Unhas e extremidades		Punhos	
	N	%	N	%	N	%
Sim	7	47	3	20	4	27
Não	8	53	12	80	11	73
Total	15	100	15	100	15	100

Toda a amostra enxaguou as mãos de forma abundante (100% de N=15). O uso de papel toalha para secagem das mãos foi unânime (100%). Entretanto, o tempo máximo, da prática toda, atingido foi entre 10 e 20" por 40% (Gráfico 1).

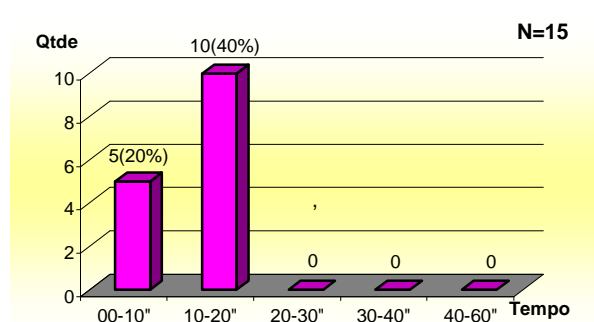


Gráfico 1 – Amostra da equipe de Enfermagem em UTI adulto, por tempo gasto (Jacareí, 2008)

Dos oito (53% de N=15) profissionais de Enfermagem que se ausentaram da UTI, apenas um (7% de N=8) realizou a HSM; por outro lado, nenhum o fez ao retornar. Veja, na Tabela 2, que a maioria da amostra (87% de N=15) realizou a prática entre um paciente e outro. O índice de adesão entre um procedimento e outro também foi elevado (73%).

Tabela 2 – Amostra da equipe de Enfermagem em UTI adulto, por assistência (Jacareí, 2008)

	ENTRE PACIENTES		ENTRE PROCEDIMENTOS	
	Sim	Não	Sim	Não
	13	2	11	4
	87%	13%	73%	27%

Quando o critério avaliado foi antes e depois do preparo de medicamentos, dos três (20% de N=15) sujeitos que executaram tal técnica, dois (67% de N=3) aderiram à HSM antes (Gráfico 2).

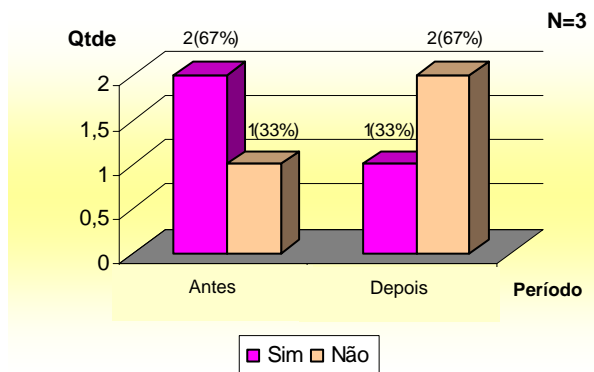


Gráfico 2 – Amostra da equipe de Enfermagem em UTI adulto, por preparo de medicamentos (Jacareí, 2008)

Entretanto, depois do preparo de medicamentos, a situação inverteu, apenas um (33% de N=15) o fizeram. Dos 13 (87% de N=15) sujeitos que ofereceram cuidados invasivos, teve-

se elevada adesão à HSM (92% de N=13) antes e total (100%) depois. Ao analisar procedimentos não invasivos, dos nove (60% de N=15) que realizaram tal técnica, 89% (N=9) aderiram à HSM antes, enquanto cinco (56%) depois (Gráfico 3).

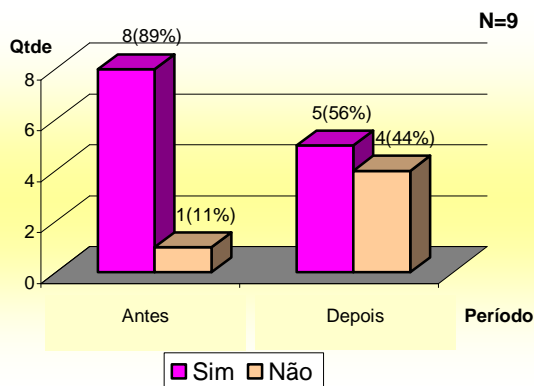


Gráfico 3 – Amostra da equipe de Enfermagem da UTI adulto, por cuidados não invasivos (Jacareí, 2008)

A instituição fornece esclarecimentos aos familiares/visitantes por meio de *folder*, no momento da internação do paciente. Uma maneira de esclarecer dúvidas e estabelecer algumas normas (horário de visitas, critérios para acompanhantes, HSM antes de entrar na UTI, desligamento do celular, uso de avental e importância do apoio emocional ao paciente). Também há cartazes estimulando prática da HSM.

Frente aos resultados obtidos, elaborou-se um programa de EC direcionado à equipe de Enfermagem, a fim de que, conseqüentemente, possa-se promover a redução do índice de IH em UTI adulto. Escolheu-se uma atividade lúdica precedida por uma palestra esclarecedora sobre a técnica correta da HSM, fundamentada na preconização do MS. Para ilustrar a exposição oral, idealizou-se um cartaz com a técnica minuciosa da HSM com 15 passos.

Discussão

De modo geral, a UTI analisada atende à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa nº50/2002. No entanto, em termos de infraestrutura, como as pias estão localizadas ao extremo, uma à entrada e outra ao final do corredor, os profissionais de Enfermagem realizam a HSM somente na pia da entrada da unidade. Fator este que, para Pereira *et al.* (2000), pode prejudicar a qualidade da assistência de oferecida ao paciente e, conseqüentemente, promover o aumento da IH adquirida na unidade.

De acordo com a Portaria nº3432/1998 da Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva, acredita-se que o elevado índice de profissionais

do período da manhã pode ocorrer devido ao horário que requer maior número de procedimento.

Os resultados apontam um declínio do número de adesão da amostra à HSM, na medida em que as etapas eram realizadas, com uma elevação inexpressiva na finalização da técnica. Além disso, o esquecimento de algumas etapas da HSM, para Correa *et al.* (2001), pode ser decorrente da sobrecarga de serviço, havendo preocupação com a quantidade e não com a qualidade.

Sobre variável tempo, o Ministério da Saúde (MS) recomenda que a HSM deva ser realizada entre 40 e 60", entretanto nenhum profissional da amostra realizou esse procedimento de maneira eficiente para que se possa promover a redução do índice de IH. Como os pesquisados não atingiram a média de tempo preconizado, acredita-se que a HSM não foi realizada com rigor para se retirar MO da flora transitória das mãos. Quando alojados na epiderme, os MO são fáceis de ser removidos por meio da HSM com água e sabão. Caso essa técnica não seja realizada com critério não poderá interromper a transmissão de infecção veiculadas ao contato.

Em contrapartida, mesmo a aplicação do álcool gel glicerinado a 2% não ser preconizado pelo MS, ressaltam Almeida e Borges *et al.* (2006), por ser indicado apenas quando há dificuldade para a se realizar a HSM, 33% (N=15) dos sujeitos realizaram essa aplicação. Conforme a Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, o álcool gel ou glicerinado a 70% é de fácil uso e manuseio, requer menor tempo para aplicação, além de ter ação antimicrobiana rápida.

A amostra não seguiu os preceitos do MS, em relação à HSM ao entrar e sair da UTI. Por outro lado, houve alto índice de adesão no que se refere aos procedimentos invasivos antes e total depois, evidencia a preocupação dos profissionais em não se exporem ao risco de aquisição de doença, bem como proteger o paciente contra a IH. Resultado diferente ao encontrado por Neves *et al.* (2006)], em pesquisa realizada no Centro-oeste do país, em que os profissionais de UTI realizaram a HSM somente após os cuidados.

O resultado foi positivo quando verificada a HSM antes de procedimentos invasivos (89% de N=9). O mesmo não ocorreu depois, em que cinco aderiram à técnica padrão(56%). Quando observado o critério antes e depois do preparo de medicamentos 67% (N=3) aderiram à HSM antes. Ou seja, em consonância com Pereira *et al.* (2000), entende-se que esta amostra está preocupada com o risco biológico.

Entretanto, quando analisada a HSM depois do preparo de medicamentos, a situação foi outra, indicando que a amostra está preocupada em

minimizar o risco de exposição química, como advogado por Brasileiro *et al* (2007).

Lato sensu, a amostra da equipe de Enfermagem retrata que há adesão à HSM. Porém, está distante do ideal preconizado como forma de reduzir o índice de IH, em todas as oportunidades que se fizerem necessárias. Destaca-se que os insumos não foram empecilho à HSM, pois durante o período da coleta de dados, observou-se que em cada pia havia sabão líquido, álcool gel a 70% e papel toalha não reciclado (branco) como recomendado pelo MS.

Conclusão

Diante dos resultados, conclui-se que há falha no procedimento de HSM que pode estar relacionada com a falta de tempo e motivação. Além disso, tem a falta de consciência dos profissionais de Enfermagem. Acredita-se que a prevenção e o controle de IH devem fazer parte da filosofia da instituição e da formação dos profissionais da área de saúde, bem como do processo de EC da instituição que deve ser viabilizada mediante as necessidades para treinamento, aperfeiçoamento e capacitação profissional de maneira eficaz e contínua.

Desta maneira, entende-se que há necessidade de EC no sentido de se rever os conceitos básicos da técnica de HSM para aprimoramento da equipe de Enfermagem. Por meio desse treinamento preventivista, se houver comprometimento da equipe de Enfermagem e esta aderir à prática adequadamente, poderá proporcionar o controle da IH em UTI adulto.

Além disso, é necessário que os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) estudem e determinem, de maneira coletiva e institucional, ações de vigilância, treinamento e medidas burocráticas, que contemplem os profissionais de saúde de informações e esclarecimentos sobre o resultado de avaliações de procedimentos como a HSM e os oriente sobre como oferecer assistência de Enfermagem ao paciente crítico com qualidade.

Recomenda-se também que os programas desenvolvidos para adesão da HSM devem ser implantados mais precocemente nos cursos de graduação da área de saúde, como de Enfermagem, além dos cursos técnicos profissionalizantes.

Referências

- ALMEIDA e BORGES L.F. et al. Contaminação nas mãos de profissionais de saúde em diferentes unidades de um hospital brasileiro. **Rev Nursing**.v.100,n.8,p.100-3, 2006.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Guia**

para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde. São Paulo, 2003.

- BARBOSA, R.C; SAMPAIO, C.E. Educação continuada no controle de infecção hospitalar em terapia intensiva. **Enferm Atual**. p.14-8, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em serviços de saúde.** Brasília, 2005.
- _____. **Portaria n.2616/1998.** Disponível em: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=482>. Acesso em: 09 abr. 2008.
- _____. **RDC n.50/2002.** Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf. Acesso em: 09 abr. 2008.
- BRASILEIRO, M. et al. **A visão da equipe de Enfermagem a respeito da importância das ações de educação continuada para prevenção e o controle de infecção hospitalar.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2007. Disponível em: www.ceen.com.br/conteudo/downloads/101_17.pdf. Acesso em: 09 abr. 2008.
- CORREA, I. et al. Observação do comportamento dos profissionais em relação ao procedimento da lavagem das mãos no plano assistencial à criança internada. **Rev Nursing**. v.4,n.2,p.18-21,2001.
- MENDONÇA, A.P. et al. Lavagem das mãos. **Rev Lat Am Enferm**. v.25,n.2,p.147-53,2003.
- NEVES, Z.C.P et al. Higienização das mãos. **Rev Lat Am Enferm**. v.14,n.4,p.1-8,2006.
- NPSA. **Clean your hands campaign.** Disponível em: http://www.npsa.nhs.uk/site/medial/documental/19_26_patient/eafllet-sengland.pdf. Acesso em: 09 abr. 2008.
- PEREIRA, M.S. et al.. Controle de infecção hospitalar em unidade de terapia intensiva. **Rev Eletr Enferm**. v.2,n.1,p.1-9,2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA. **Portaria n.3432/1998.** Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/portaria-3432.htm>. Acesso em: 09 abr. 2008.
- SANTOS, I.E. **Manual de métodos e técnicas de pesquisa científica.** 5 ed. Niterói: Impetus, 2005.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2001.