

CARTA AO EDITOR

Adesão à Higiene das Mãos dos Médicos – é possível melhorar?Julia Yaeko Kawagoe¹, Luci Correa², Priscila Gonçalves¹¹Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.²Infectologista, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UFSP), São Paulo, SP, Brasil.

Recebido em: 05/03/2015

Aceito em: 03/05/2015

julyaeka@gmail.com

Apesar do reconhecimento de que a higiene das mãos (HM) é a medida preventiva mais importante para reduzir a transmissão de microrganismos pelo contato, constitui ainda um desafio nos serviços de saúde incorporar a prática adequada de HM no cotidiano assistencial, visando a segurança do profissional de saúde (PS) e a do paciente. As razões que explicam as práticas inadequadas de HM são múltiplas e podem variar de acordo com o serviço e os recursos disponíveis.^{1,2}

Os médicos são os que apresentam a menor adesão à HM entre as categorias profissionais.^{3,4} A adesão também é menor nas unidades de terapia intensiva – comparada às outras unidades e antes de contato do que depois de contato com o paciente. Realizar atividades “sujas” – envolvendo contato com fluidos corporais, introduzir preparação alcoólica, dar retorno sobre o desempenho da HM e acesso aos produtos de HM foram associados a uma melhor adesão à HM.⁴

Porém, poucos estudos avaliaram barreiras para a baixa adesão à HM dos médicos. Pittet e cols (2004) avaliaram as práticas, crenças e atitudes dos médicos em relação à HM. Na análise multivariada, a adesão à HM foi associada à percepção de ser observado (pressão social), ser modelo para outros colegas e uma atitude positiva em relação à HM após contato com paciente e fácil acesso à preparação alcoólica. Por outro lado, alta carga de trabalho, atividades associadas a um alto risco de transmissão cruzada, e determinadas especialidades médicas (cirurgia, anestesiologia, medicina de emergência e medicina intensiva) foram fatores de risco para a não adesão.⁵

Neste quesito – fluxo e alta carga de trabalho com alto risco de transmissão cruzada, podemos citar, como exemplo, o trabalho do anestesiológico em um ambiente cirúrgico – as interações entre os pacientes, superfícies e dispositivos são muito complexas. Durante o período de quatro semanas, 7.976 oportunidades de HM entre os profissionais do serviço de anestesia foram observadas, com o objetivo de determinar a adesão à HM. Os observadores anonimamente avaliaram os procedimentos desde o primeiro encontro com o paciente, realização do exame físico, instalação de acesso venoso e coleta de sangue; durante o intra-operatório e também na recuperação pós-operatória. A taxa de falha na HM variou de 64% a 93% com uma média

agregada de falha de 82%. Dependendo da fase do procedimento – indução anestésica, manutenção e emergência, os autores encontraram indicações de HM numa taxa média de 34 a 41 eventos por hora, especialmente na indução e emergência, e até taxas mais altas de 54 eventos por hora em certos casos como, por exemplo, grande perda sanguínea, pacientes com vias aéreas difíceis, e emergências anestésicas entre outros. As principais categorias de falha de HM ocorreram nas seguintes situações:⁶

1. Avaliação entre os pacientes no pré-operatório;
2. Procedimentos: antes, durante e após intervenções de analgesia (exemplo: bloqueio anestésico de nervos); inserção de cateter venoso e coleta de sangue; preparar drogas e equipamentos com as mãos sujas
3. Uso inadequado de luvas: continuar com as luvas sujas após a manipulação de vias aéreas como intubação e aspiração, entre outros; continuar com as luvas sujas após manipulação de cateter vesical ou cateter central ou cateter arterial;
4. Usar teclado de computador com as mãos sujas para registrar dados;
5. Usar materiais após cair no piso (exemplo: caneta, rolo de adesivo, cânula de guedel, cateter de aspiração).

Conhecimento e habilidades também foram citados como fatores adicionais para a adesão à HM em outro estudo, identificando as abordagens individual, em grupo e organizacional como estratégias para a melhoria da adesão à HM dos médicos.⁷

Melhorar a adesão à HM nos serviços de saúde não é tarefa fácil e as estratégias eficazes para melhorar práticas de HM de outros PS podem não ter impacto significativo sobre os médicos. Com base nos estudos, devido os múltiplos determinantes de comportamento na adesão à HM, as estratégias dirigidas aos médicos devem se multifacetadas e as possíveis ações de melhoria podem incluir a educação (Ex: divulgar as diretrizes de HM e as evidências do impacto da HM na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde), desenvolver competências (Ex: técnica de HM), motivação (Ex: aumentar a prioridade atribuída à HM), e mudança de sistema (Ex: melhorar o acesso aos recursos de HM e incorporar lembretes nas rotinas diárias). Além destas estratégias que são conhecidas por serem

eficazes em mudar o comportamento do PS em geral, reforçar a importância do papel de modelo e estratégias de desvio positivo (*Positive Deviance*) devem também ser considerados.⁷

Como exemplo de sucesso consistente e sustentado (11 meses) de melhoria da adesão à HM, foi desenvolvido, em uma unidade de internação pediátrica, um programa com metodologia de melhoria de qualidade e da ciência da confiabilidade que aumentou a conformidade à HM de médicos de 68% para 95%. As estratégias para melhorar a HM foram testadas através de múltiplos ciclos de Plan-Do-Study-Act (PDSA) por times médicos. Várias ações foram realizadas: módulo educacional e pós-teste sobre a higiene adequada das mãos; identificar em tempo real e mitigação de falhas por um campeão de HM encorajando a responsabilidade compartilhada; suporte organizacional assegurando o acesso a suprimentos adequados de HM. Os autores relataram que foi fundamental instituir um campeão de HM para identificação imediata e mitigação de falhas.⁸

Outro estudo realizado em uma unidade de internação clínica, utilizando um programa de melhoria de adesão à HM de enfermeiros e médicos com estratégia multifacetada que incluiu educação sobre HM, feedback, lembretes, atividades de influência social como papel de modelo e melhoria de estrutura de HM. A avaliação depois de 6 meses pós intervenção mostrou significativa melhora no conhecimento e na adesão à HM (27% - média basal, 83 % pós intervenção e 75 % após 6 meses), sendo que o desempenho dos médicos foi melhor que dos enfermeiros (médicos: média basal 43% e no seguimento 91%; enfermeiros: média basal 17% e no seguimento 63%).⁹

O papel de modelagem na HM foi demonstrado por um estudo em que 9 equipes médicas foram observadas quanto à HM antes (718 oportunidades) e após contato com o paciente (744 oportunidades). Se a primeira pessoa ao entrar no quarto realizou HM, a média de adesão de outros membros do time foi 64%, mas somente 45% se a primeira pessoa falhou na HM (p: 0,002). Se o médico assistente higienizou as mãos antes do contato com o paciente a média de adesão foi 66%, mas somente 42% se não houve HM (p<0,001). Resultados semelhantes foram observados aos sair do quarto. O papel do modelo (pressão social) seja ele médico assistente ou outro profissional impacta no comportamento de HM.¹⁰

A melhoria da adesão à HM da categoria médica é possível. No entanto, é necessário um planejamento – elaborar um programa de melhoria, utilizando ferramentas de qualidade, visando implementar estratégia multimodal (pacote de medidas) para melhorar a adesão à HM focando nas barreiras mais significativas da organização, estabelecendo metas, responsabilidades e cronogramas, e assegurando apoio administrativo. Alguns pontos devem ser observados para alcançar o sucesso:¹¹

1. Torne o procedimento simples – demonstrando por meio de simulação ou atividades práticas e com mensagens simples no local de trabalho; Nos treinamentos, a linguagem, o conteúdo e as atividades didáticas devem direcionadas ao público-alvo e objetivos estabelecidos. Discuta o impacto das infecções, incluindo na vida dos pacientes e familiares;
2. Instale os produtos onde são necessários – preparação alcoólica de fácil acesso (de acordo com os usuários);
3. Integre a HM ao fluxo de trabalho, discutindo com a equipe multidisciplinar quais os pontos de risco em que é necessária a HM (5 momentos), priorizando a organização e o fluxo das atividades – das mais limpas para “sujas” sempre que possível.
4. Envolver as equipes multidisciplinares nas ações de HM; certifique-se que todas as equipes trabalham em uníssono com os requisitos para promover a HM. A

mensagem consistente e unificada reforça mudanças necessárias para valorizar e praticar excelente HM. O líder médico deve ser um modelo para o residente e os líderes de enfermagem e de outras categorias profissionais devem ser modelos e promover a HM, e todos os membros das equipes devem ser capazes de falar sobre inconsistências nas práticas de HM.

5. Desenvolva grupos dedicados para serem campeões do movimento, promover e facilitar a educação, envolver a liderança e estabelecer recursos.
6. Use modelos atualmente em prática. Preceptores que orientam os novos, enfermeiros gerentes que transformam novos modos de pensar sobre HM, enfermeiros assistenciais que educam/orientam pacientes e familiares sobre a HM durante as muitas interações, especialistas em educação continuada e outros especialistas que modelam a HM na teoria e na prática.
7. Observe a HM: monitore a adesão e compartilhe os resultados para que haja participação efetiva e comprometimento de todos com a melhoria contínua da HM.

REFERÊNCIAS:

1. 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 Morb Mortal Wkly Rep* 51(RR16), Oct. 25, 2002. [acessado em 20/04/2015]. Disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm2>
2. World Health Organization. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: a Summary. Geneva: WHO; 2009. [acessado em 20/04/2015]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_IER_PSP_2009.07_eng.pdf
3. Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Infection Control Programme. Lancet* 2000, 356: 1307–1312.
4. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, Van Beeck EF. Systematic Review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital Care. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010, 31: 283-294.
5. Pittet D, Simon A, Hugonnet S, Pessoa-Silva CL, Sauvan V, Perneger TV. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. *Ann Intern Med* 2004, 141: 1-8.
6. Biddle C, Shah J. Quantification of anesthesia providers' hand hygiene in a busy metropolitan operating room: What would Semmelweis think? *AJIC* 2012, 40: 756-9.
7. Squires JE, Linklater S, Grimshaw JM, Graham ID, Sullivan K, Bruce N, Gartke K, Karovitch A, Roth V, Stockton K, Trickett J, Worthington J, Suh KN. Understanding Practice: Factors That Influence Physician Hand Hygiene Compliance. *Infection Control*, 35, pp 1511-1520. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2014, 35(12): 1511-1520.
8. White CM, Statile AM, Conway PH, Schoettker PJ, Solan LG, Unaka NI, Vidwan N, Warrick SD, Yau C, Connelly BL Utilizing Improvement Science Methods to Improve Physician Compliance With Proper Hand Hygiene. *Pediatrics* 2012, 129: e1042–e1050
9. Tromp M, Huis A, Guchteneire I, van der Meer J, van Achterberg T, Hulscher M, Bleeker-Rovers C. The short-term and long-term effectiveness of a multidisciplinary hand hygiene improvement program. *Am J Infect Control* 2012, 40(8): 732-6.
10. Haessler S, Bhagavan A, Kleppel R, Hinchey K, Visintainer P. Getting doctors to clean their hands: lead the followers. *BMJ Qual Saf* 2012, 21: 499-502
11. Johnson M, Kaehler B, Siska N, Lecy B, O'Neil M. Healing touch: Tips for successful hand hygiene. *Nursing* 2011, 41(11): 18-20.