Compartilhar conhecimentos

Aldaiza Marcos Ribeiro
Ana Lúcia de Almeida Ramalho

Editores da seção

SALVE VIDAS: HIGIENIZE SUAS MÃOS - ESTRATÉGIA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A MELHORIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Aldaiza Marcos Ribeiro

Mestre em Patologia Tropical Pediatra com área de atuação em Infectologia Pediátrica. Coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Infantil Albert Sabin.

No último dia cinco de maio foi lançada pela Organização Mundial da Saúde, em nível mundial a campanha "Salve Vidas: Higienize suas Mãos"! Porque uma entidade tão importante e com tantos problemas de saúde para resolver se envolve com uma ação tão simples como higienizar as mãos?

A decisão de lançar esta campanha está fundamentada em mais de um século de estudos, os quais enfocam as mãos como o principal veículo na transmissão dos agentes causais de infecções nos pacientes assistidos em unidades de saúde.

Em 1795, um obstetra escocês chamado Alexander Gordon publicou "A Treatise on the Epidemic Puerperal Fever of Aberdeen", demonstrando empiricamente que a febre puerperal era de natureza epidêmica, causada por contagio específico ou uma infecção transmitida de um paciente para outro, principalmente através dos profissionais de saúde.[1]

Em 1843, Oliver Holmes, sugeriu em seu livro "A Contagiosidade da Febre Puerperal", que a mesma fosse doença contagiosa transmitida pelas mãos e aventais sujos dos médicos, ao atenderem os pacientes, afirmando: "A febre puerperal é causada pela condução, à mulher grávida, de partículas pútridas, derivadas de organismos vivos, pela mediação dos dedos dos examinadores".[2]

Estas observações sugeriam fortemente a possibilidade da transmissão da febre puerperal através das mãos dos profissionais de saúde, e a partir daí foram então elaboradas recomendações para a profilaxia da febre puerperal. A prova definitiva desta hipótese foi desenvolvida nos estudos de Ignaz Philipp Semmelwais. Semmelwais, preocupado com a alta taxa de mortalidade materna na enfermaria de puérperas em que trabalhava, observou que em outra enfermaria, não atendida por professores e alunos de anatomia, a mortalidade materna era bem mais baixa. Elaborou então um estudo epidemiológico modelo na tentativa de elucidar os elos da cadeia epidemiológica e propor medidas efetivas de controle, contendo todas as etapas clássicas de uma investigação. Entre as intervenções profiláticas propostas por ele estava a lavagem das mãos com solução de ácido clórico, instituída de modo obrigatório em 1847 a todos os profissionais que adentrasse a enfermaria. Com esta medida conseguiu baixar a taxa de mortalidade materna por febre puerperal em apenas dois meses de 18,27% para 3,04%%.[3]

A Infecção Hospitalar (IH) ou mais precisamente as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), remontam à época da criação de hospitais, quando as instituições religiosas construíram salões para dar abrigo e assistência aos doentes.[4] A grande quantidade de doentes que compartilhavam leitos e a forma como eram realizados os procedimentos propiciavam o desenvolvimento de infecções cruzadas em grande escala.[5] Desde então, apesar dos muitos avanços no campo da saúde, a IH continua presente, seja qual for o tipo de hospital.

O desenvolvimento científico e tecnológico trouxe inúmeros benefícios para a área da saúde, possibilitando acesso a diagnóstico, sobrevida mais longa, melhor qualidade de vida, porém os métodos invasivos de diagnóstico e tratamentos levam riscos aos pacientes principalmente em relação à aquisição de infecções.

As infecções associadas à assistência à saúde afetam centenas de milhões de pacientes em todo mundo a cada ano. A todo o momento, mais de 1,4 milhões de pessoas no mundo estão sofrendo com infecção hospitalar. Em hospitais modernos nos países desenvolvidos, 5 a 10% dos pacientes adquirem uma ou mais infecções e em países em desenvolvimento a proporção de pacientes infectados por IRAS pode passar de 25%.[6]

As IRAS podem ter como conseqüências o desenvolvimento de doenças graves, resistência dos microorganismos aos antimicrobianos, permanência hospitalar prolongada, aumento no obituário, ônus financeiro para o sistema de saúde e para os pacientes e familiares, que também estão expostos ao sofrimento emocional.

Estas infecções podem ser adquiridas através de fontes exógenas de microorganismos, isto é, a partir das mãos de profissionais de saúde (PS), de equipamentos usados em procedimentos ou

mesmo do ambiente, dependendo das defesas do paciente ou se estes microorganismos são introduzidos diretamente em locais vulneráveis do corpo.[7] Porém a maioria das infecções é de natureza endógena, isto é, se desenvolve a partir da própria flora bacteriana, também chamada microbiota, que coloniza o paciente antes da infecção.[8]

Esta microbiota, durante o período de hospitalização, passa por mudanças decorrentes principalmente de transmissão cruzada de microorganismos advindos pelas mesmas vias da aquisição de infecção exógena, durante o período de permanência hospitalar. Portanto as mãos estão implicadas tanto na aquisição exógena quanto endógena das IRAS.

A higienização das mãos é o principal elemento para proteger o paciente contra as IRAS e contra a colonização por microorganismos multirressistente. Sua eficácia na prevenção da aquisição de infecção hospitalar combinada com outras medidas de controle de infecção fora comprovada por vários estudos.[9] Entretanto a adesão dos PS a esta medida é menor que 40% em vários países do mundo.[10]

Muitos trabalhos foram realizados para conhecimento da adesão à higiene das mãos bem como para a identificação das dificuldades que interferem nesta adesão.[10] Com base nesses estudos varias estratégias foram implementadas sem resultados satisfatórios.

Nesta última década o grupo do Professor Didier Piter, em Genebra, elaborou um estudo baseado em evidências, com foco na compreensão da cadeia de transmissão dos microorganismos pelas mãos[11] e na dinâmica da assistência aos pacientes nas unidades de saúde, resultando na formulação de uma estratégia que foi incorporada pela OMS e denominada "Estratégia Multimodal para a melhoria da Higienização das Mãos".

A "Estratégia Multimodal para a melhoria da Higienização das Mãos" é formada por cinco componentes chaves:[6]

- Mudança do Sistema: Preparação alcoólica para higienizar as mãos no local de assistência e acesso a fonte contínua de água, sabão e papel toalha.
- Treinar e instruir a equipe.
- Observar a higienização das mãos e dar retorno à equipe
- Lembretes no local de trabalho (cartazes)
- Estabelecer um clima institucional saudável com participação individual ativa e apoio institucional.

O padrão ouro desta estratégia é a fricção anti-séptica das mãos com preparação alcoólica, que deve seguir as seguintes regras:[6]

- A higienização das mãos deve ser feita exatamente no ponto de assistência e tratamento (Figura 1).
- Durante a assistência à saúde, são cinco os momentos essenciais para higienização das mãos (Figura 2).

- Para higienizar as mãos, deve se dar preferência à **Fricção das mãos com preparação alcoólica**, porque é possível fazê-la no local da assistência/tratamento, é mais rápido, mais eficaz e melhor tolerada. O uso de água e sabão só deve ser realizado quando as mãos estiverem visivelmente sujas.
- A higienização das mãos deve seguir as técnicas adequadas dentro do tempo necessário (Figuras 3 e 4).

Estas diretrizes começaram a ser implantadas em 2005, a princípio em sítios pilotos localizados em seis países e em seguida, em sítios complementares incluindo o Brasil.

O Brasil entrou como sítio complementar em 2008 e por sua grande extensão, participa com cinco hospitais, sendo um por região. O Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) é o representante da região nordeste.

O HIAS iniciou a preparação para implantação desta estratégia – Passo 1- em 2008, com envolvimento da direção e de todo os profissionais, nas unidades de terapia intensiva por serem os locais onde os riscos para contrair IH são mais freqüentes. A partir do inicio de 2009, foi dado continuidade aos outros passos, que perfazem um total de cinco, com a finalização prevista para agosto.

A CCIH assumiu a implantação deste projeto, através do seu núcleo executor, composto pelos seguintes profissionais: Aldaíza Marcos Ribeiro, Francisca Luzilene N. Della Guardia, Regina Cláudia F. Maia, Fernanda Calixto Martins, Grace Mendes de Deus e Nirla Gomes Guedes.

Estamos confiantes que obteremos resultados positivos com a implantação desta estratégia, com impacto na ocorrência de IH nos nossos pacientes, contribuindo para minimizar o sofrimento da hospitalização.

REFERÊNCIAS

1. Lewis GW. Epidemiology of puerperal fever. The contributions of Alexander Gordon. Med Hist 37: 399-410, 1993.
2. Block SS. Historical rewew. In: Block SS (ed). Desinfection, sterilization and preservation. Lea& Febiger, Philadelphia, 12, 1991.
3. Fernandes AT, editor. Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área de Saúde. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. Cap. 7, p. 96.
4. Antunes JLF. Hospital: instituição e história social. São Paulo: letras & Letras; 1991. p 52-63.
5. Oliveira AB. A evolução da medicina. São Paulo: Enio Matheus Guazzelli & Cia; 1981. p 155-156.
6. OMS: Primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente 2005 - 2006: Uma Assistência Limpa é uma Assistência mais Segura.
7. Bhalla A, Pultz NJ, Gries DM, et al. Acquisition of nosocomial pathogens on hands after contact with environ-

mental surfaces near hospitalized patients. Infect Control Hosp Epidemiol 2004; 25:164-167.
8. Depuydt P, Benoit D, Vogelaers D, et al. Outcome in bacteremia associated with nosocomial pneumonia and the impact of pathogen prediction by tracheal surveillance cultures. Intensive Care Med 2006; 32:1773-1781.
9. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved pratices. Lancet Infect Dis 2006; 6:641-652.
10. Pittet D, Boyce JM. Hand hygiene and patient care: pursuing the Sammelweis legacy. Lancet Infect Dis 2001; 9-20.
11. Sax H, Allegrazi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. "my five moments for hand hygiene": a user-centred desing approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. J Hosp Infect 2007; 67: 9-21.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Aldaiza Marcos Ribeiro
E-mail: aldaiza@hias.ce.gov.br