

Pessoas idosas, Comorbilidades e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS)

Um estudo de caso

Reis, Gorete

afiliação autor; UNIFAI
greis@uevora.pt

Sotto Mayor, Margarida

Hospital Magalhães Lemos; UNIFAI
mgsottomayor@gmail.com

Leite, Manuela

Instituto de Ciências da Saúde (CESPU)
manuela.leite1@gmail.com

RESUMO

A transmissão cruzada de microrganismos pelas mãos dos profissionais de saúde é considerada a principal via de disseminação de infeções hospitalares (IACS). Estudos mostram que os profissionais podem reduzir a transmissão, aderindo às práticas de controlo, através da lavagem das mãos. Este é um estudo de caso, de uma pessoa idosa com demência submetida a cirurgia, com o objetivo de compreender as práticas dos profissionais de saúde, quanto ao cumprimento dos cinco momentos essenciais para a higiene das mãos. Os resultados sugerem que as crenças dos profissionais de saúde em relação à necessidade de higienização das mãos são um obstáculo ao cumprimento do preconizado pela OMS.

Palavras-chave: Infecção. Doença mental. Cuidador

ABSTRACT

The cross-transmission of microorganisms by the hands of health professionals is considered the main route of spread of hospital infections (HAIs). Studies show that professionals can reduce transmission, adhering to control practices by washing hands. This is a case study of an elderly person with dementia underwent surgery, in order to understand the practices of health professionals, the fulfillment of the five essential moments for hand hygiene. The results suggest that the beliefs of health professionals about the need for hand hygiene are an obstacle to compliance with the recommendations of WHO.

Keywords: Infection. Mental illness. Caregiver.

Correspondência/Contato

Editores Actas de Gerontologia
Unidade de Investigação e Formação sobre
Adultos e Idosos
Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar
Universidade do Porto

Rua Jorge Viterbo Ferreira, nº 228
4050-313 Porto

Telefone +351 220428161
unifai@unifai.eu
www.unifai.eu

1. INTRODUÇÃO

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são ameaça para os doentes (V. Erasmus, T.J. Daha, H. Brug, J.H. Richardus, M.D. Behrendt, 2010) utilizadores do sistema de saúde. Estudos apontam que a qualquer momento mais de 1,4 milhões de pessoas em todo o mundo desenvolvem complicações associadas aos cuidados de saúde. Provocadas por micro organismos patogénicos multirresistentes levam à hospitalização e à morte. Situação de risco para os mais velhos pela fragilidade inerente. Não se desenvolveram novos antimicrobianos nos últimos 25 anos, estão limitadas as opções terapêuticas para o tratamento. É consensual que as boas práticas em saúde incluem a prevenção das IACS através da higienização das mãos, ideia apresentada como medida de excelência, partilhada por inúmeros autores (Díaz-Agero Pérez, Robustillo Rodela, Pita López, López Fresneña, & Monge Jodrá, 2014; Farley et al., 2013; Gaspard et al., 2014; Levitt, 2014; Marra et al., 2013; McGuckin & Govednik, 2013; McLaughlin & Walsh, 2011; Shang, Ma, Poghosyan, Dowding, & Stone, 2014; V. Erasmus, T.J. Daha, H. Brug, J.H. Richardus, M.D. Behrendt, 2010; Waqar, Sundseth, Altmann, & Faiz, 2014).

2. METODOLOGIA

Com base na prática clínica, apresenta-se um *case study* e através do percurso teórico e da aplicação da técnica de análise de conteúdo ao processo clínico e ao diário pessoal do cuidador, produziram análises. O contexto retrata as práticas de uma equipa multidisciplinar hospitalar, serviço de cirurgia de um hospital acreditado. O objetivo deste estudo foi compreender os processos subjacentes ao comportamento adotado pelos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos, nos cuidados a idosa demente, submetida a cirurgia e dar a conhecer comportamentos de risco dos profissionais de saúde refletindo sobre o que poderá estar-lhes subjacente. O cuidador, alertado pela sua prática clínica, acompanhando a mãe, e desperto para os problemas das IACS criou um sistema de registo pessoal em diário, parte integrante do processo clínico que permitiu caracterizar o atendimento à doente.

Elaboraram-se indicadores para compreender o processo subjacente ao comportamento manifesto. Os elementos originaram um grupo de categorias de codificação (Pestana & Gageiro, 2009) para classificar os dados descritivos e compreender as práticas de profissionais de saúde dum hospital do norte do país.

Os instrumentos de análise foram o processo clínico e o diário do cuidador. Deste constava uma grelha de registo de observação do comportamento dos técnicos em relação à lavagem das mãos. A colheita de dados inscrevia os cinco momentos (Marra *et al.*, 2013) segundo a OMS: a higienização das mãos antes do contacto com o doente; antes de procedimentos assépticos; após o risco de exposição a fluidos orgânicos; após contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente.

Foram feitas perguntas para compreender a opção entre orientações da OMS para a prevenção das IACS e ações que as contrariam. De modo sistemático o cuidador questionou diariamente os técnicos que entraram no quarto no período diurno, altura em que aí permanecia. O guião para as perguntas foi elaborado com base no conhecimento dos Grupos de Controlo da Infecção e Resistências aos Antibióticos. Quais são as atitudes dominantes em relação à lavagem das mãos? O que pensam da necessidade de lavar as mãos? Que tarefas específicas precisam de lavagem das mãos? Há tarefas de risco? Há partes do corpo mais sujas? Mais contaminadas? Como analisam a necessidade de lavar as mãos? As respostas constantes do diário do cuidador e integradas no processo clínico foram submetidas a análise de conteúdo e deste processo evidenciaram-se os seguintes resultados.

3. RESULTADOS

O resumo clínico referia: pessoa de 87 anos, casada, com défices cognitivos pela demência e padrão familiar funcional que aceitou o internamento. Parcialmente dependente nas AVD pessoais e instrumentais, tinha apoio diário do cuidador. Fez cirurgia e permaneceu 10 dias acamada.

A motivação do cuidador para usar o diário do acompanhamento da mãe no internamento adveio da preocupação em prevenir infeções, que induzem quadros confusionais e co morbilidade. O cuidador escreve: "ninguém lava as mãos, ninguém usa a solução alcoólica", e "há risco da minha mãe contrair alguma infeção durante este internamento e isso preocupa-me". Preocupado com o estigma da doença mental questionava-se se estas pessoas eram tratados como outro qualquer doente. Queria evitar estigmatização.

Lavar as mãos é procedimento simples para prevenir colonização de organismos patogénicos da pele, mas o diário mostra que a prática não existia. "Os resultados da aplicação da grelha às 42 vezes que entrou um qualquer técnico na enfermaria, período total, para administrar medicação injetável, via oral e tópica, para vigilância, recolher

dados clínicos ou para palpação abdominal, indicam que apenas uma profissional usou a solução alcoólica, embora inadequadamente, colocou solução alcoólica apenas na ponta dos dedos”.

Um outro registo aponta “na visita médica, o técnico retirou as luvas do bolso, calçou-as, observou e manipulou o frasco do dreno que se encontrava no chão, de seguida levantou o penso, fez expressão da ferida cirúrgica, retirou as luvas e colocou-as no seu bolso sem que tivesse usado solução alcoólica, lavado das mãos ou trocado de luvas”.

Outro técnico disse “há locais mais sujos que este (hospital) e não se sabe em que condições utiliza as casas de banho quem anda nos centros comerciais, e isso preocupa-me mais que o lixo do hospital”. A familiaridade com os lixos parece torná-los menos perigosos. Quem ignorou a prevenção justifica a sua ação dizendo: “os corrimãos, as maçanetas das portas estão todas contaminadas, é necessário haver muito cuidado nessas situações”. “O centro comercial é local muito perigoso, ... todos põem as mãos naqueles corrimãos”. “Ensinei os meus filhos a não tocarem em nada quando vão à casa de banho”. Identifica-se aqui a importância do apreendido ao longo do tempo e a necessidade de passar o conhecimento para a geração seguinte. “Todos os técnicos eram licenciado ou mestres”.

“Lavo as mãos quando acho que preciso e porque tenho que pensar em não levar estas coisas para casa, não é?” Mas, não estão sujas, vê-se que não estão sujas”. A motivação para lavá-las associa-se ao juízo acerca da oportunidade e da perceção subjetiva de sujo ou contaminado. Noutro excerto lê-se “a limpeza das pessoas vê-se, e nós também temos mais ou menos cuidados consoante as pessoas que temos na frente, a apresentação, o trato diz muita coisa”, e “percebemos logo o que fazer”.

Justificava-se a lavagem assim: “O tempo define muita coisa, a carga de trabalho, à sexta e ao sábado só ficam duas pessoas, nem há tempo para pensar na higiene das mãos” “depois ainda temos que registar tudo e orientar os alunos”. “Nunca tive nada nem sei de nenhum de nós que tenha tido algum problema com as mãos”. “Às vezes esses teóricos exageram, precisavam de estar no hospital”. “Nós vamos analisando e já sabemos que algumas tarefas não são de risco e deixamos de nos preocupar com elas em termos de infeção hospitalar. Medir sinais vitais, dar medicação ou manipular a roupa não oferece qualquer preocupação. O contacto físico mais prolongado e mais invasivo requer que lavemos as mãos mas, nem sempre...”, lia-se no diário. Foi “utilizada uma seringa com soro para desobstruir a veia canalizada, empurrando para o interior um rolhão plaquetário” inserido nas infeções hospitalares por métodos invasivos. A negação

da evidência aconteceu “a necessidade de lavar as mãos é um mito no controlo da infeção hospitalar”, assim como a culpabilização dos utentes, “os doentes é que são sujos, não tomam banho e podem fazê-lo 48 horas após cirurgia, porque se o risco fosse assim tanto até o ar que a sua mãe respira chegava para contaminar a ferida”.

4. DISCUSSÃO

A higiene das mãos reduz as IACS (Marra *et al.*, 2013) mas a adesão é baixa (Waqar *et al.*, 2014). No entanto, a monitorização sistemática e avaliação, melhora significativamente o comportamento (Marra *et al.*, 2013).

O desrespeito pelas regras necessita ser refletido. Estar sensibilizado para o *sujo* e o *limpo* ao longo da vida faz-se sentir e sobrepõe-se ao conhecimento que dita a lavagem das mãos como método de prevenção (Whitby, McLaws, & Ross, 2006). McLaughlin & Walsh, (2011) sugerem que há informação e formação sobre a técnica da lavagem das mãos mas as crenças parecem pesar nos juízos. Desconstruir as crenças e a ação pode reduzir as infeções. É salientada a importância do locus de controlo interno da pessoa que com ele o técnico tenderá a pensar que depende de si controlar a propagação da infeção, lavando convenientemente as mãos. Contrariamente, com locus de controlo externo, o técnico tenderá a pensar que com sorte nenhum dos seus doentes será afetado pelas suas práticas porque o exterior é a fonte de todos os males pelo que a sua responsabilidade será diminuída sem necessidade de transformação. A motivação relaciona-se ao juízo pessoal sobre a perceção do sujo-contaminado versus o limpo. Face às diferenças, autores propõem a avaliação contínua dos conhecimentos e a formação específica sobre o potencial de transferência de organismos patogénicos para os doentes (McLaughlin & Walsh, 2011).

Desvio positivo é nova ferramenta aplicada nas organizações e comunidades onde há pessoas que resolvem os problemas, reforçando o sentimento de pertença quando há problemas entre os profissionais de saúde e nesse sentido Marra *et al* (2013) realçam que contribui indiretamente para reduzir a incidência das IACS.

O que leva os técnicos de saúde a lavarem as mãos prende-se ao significado e atribuição associado ao sujo ou anti-higiénico, a certas partes do corpo como lugares emocionalmente sujos, como axilas ou genitais (Whitby e outros 2006), “são zonas mais sujas, temos que nos proteger”. Há a ligação comportamento-emoção que fundamenta os primeiros. De facto, as áreas perineais são mais colonizadas, também a axila, tronco

e extremidades superiores (Pittet *et al.*, 2006) e seria expectável a adesão às boas práticas. A preocupação do cuidador é legítima quando “os toalhetes utilizados nos pés poderiam regressar à face se a conversa distrair os profissionais e tornasse mecânico um ato que exige saber e cuidados específicos”. Para Pittet *et al.* (2006) a roupa do doente, os seus pertences, a mesa da cabeceira e o ambiente circundante são locais com milhares de colónias que passeiam pelas mãos dos profissionais que não cumprem a norma (Pittet *et al.*, 2006). Facto não percebido como ameaça, pois não desencadeia a resposta intrínseca: desejo de lavar as mãos para sentir-se limpo. As bactérias sobrevivendo nas mãos, multiplicam-se, e são problema para sujeitos vulneráveis. Para a subestima do contágio pelo ambiente, é boa medida de gestão utilizar materiais de uso único e processos de desinfeção com recurso às novas tecnologias. Manter os profissionais informados da limpeza e desinfeção dos locais, que pelas suas práticas são forçados a tocar, é fundamental.

Há hierarquia na decisão de lavar ou não as mãos que Whitby e outros (2006) referem ser estabelecida com base no volume de trabalho, no risco da ação e no modo como é gerido o dia-a-dia. Pittet e colaboradores (2006) mostraram a associação entre infeção e falta de pessoal ou a sobrelotação com a baixa adesão à higiene das mãos. Indiretamente o desequilíbrio entre carga de trabalho e dotação de recursos leva à desatenção pelo controlo, havendo uma relação temporal entre práticas de higiene das mãos e redução de taxas de infeção hospitalar (Pittet *et al.*, 2006). Não lavar as mãos após os contactos potencia as infeções cruzadas (D'Alessandro *et al.*, 2014; Díaz-Agero Pérez *et al.*, 2014; Farley *et al.*, 2013; Gaspard *et al.*, 2014; Levitt, 2014; Loveday, Lynam, Singleton, & Wilson, 2014; McGuckin & Govednik, 2013; McLaughlin & Walsh, 2011; Pittet *et al.*, 2006; Shang *et al.*, 2014; V. Erasmus, T.J. Daha, H. Brug, J.H. Richardus, M.D. Behrendt, 2010; Waqar *et al.*, 2014) sendo apontadas infeções associadas a cateteres (Shang *et al.*, 2014) e a procedimentos cirúrgicos (Fakih, Heavens, Ratcliffe, & Hendrich, 2013). McLaughlin e Walsh (2011) explicam o incumprimento na crença de que as mãos do técnico estão sempre mais limpas, fenómeno propenso a atribuir eventos negativos ao interno de outros e ao externo de si próprio. Os erros dos outros são vistos como falhas dessa pessoa, como descuido, ao passo que um erro cometido pelo próprio é visto como tendo causa em variáveis situacionais, tais como ter tarefas para realizar em simultâneo (McLaughlin & Walsh, 2011). Diz-se que as diferenças individuais no conhecimento e nas crenças podem explicar a distinta compreensão do risco pelos profissionais e a eficácia das intervenções de higienização das mãos.

Há indícios da falta de modelos, pares com boas práticas, e de sensibilização para atualizar conhecimentos (Pittet *et al.*, 2006). Explicando os modelos 64% dos comportamentos, é de lhe juntar a formação da prevenção de IACS baseada nas ciências do comportamento. Monitorizar permite controlar, inibir comportamentos irresponsáveis e responsabilizar quem não tem boas práticas.

5. CONCLUSÃO

O diário do cuidador ilustra a experiência mal sucedida de prevenção das IACS. Todavia, os investigadores estão cientes que os resultados estão limitados e sem contraditório, e a conduta destes profissionais não é representativa do universo. As IACS, podem minimizar-se. As ciências do comportamento subsidiam a compreensão das práticas e apontam caminhos. Monitorizar revela o estado da arte, cria de equipas ganhadoras responsáveis e conscientes do seu papel. Conhecer as crenças e abordá-las em grupos de reflexão, contribui para uma cultura de segurança, para o desempenho de qualidade.

6. REFERÊNCIAS

1. A V. Erasmus, T.J. Daha, H. Brug, J.H. Richardus, M.D. Behrendt, M. C. V. et al. (2010). Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 31, 283–294.
2. Díaz-Agero Pérez, C., Robustillo Rodela, A., Pita López, M. J., López Fresneña, N., & Monge Jodrá, V. (2014). Surgical wound infection rates in Spain: Data summary, January 1997 through June 2012. *American Journal of Infection Control*, 1–4.
3. Farley, J. E., Ross, T., Krall, J., Hayat, M., Caston-Gaa, A., Perl, T., & Carroll, K. C. (2013). Prevalence, risk factors, and molecular epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* nasal and axillary colonization among psychiatric patients on admission to an academic medical center. *American Journal of Infection Control*, 41(3), 199–203.
4. Gaspard, P., Mosnier, A., Gunther, D., Lochert, C., Larocca, S., Minery, P., ... Talon, D. (2014). Influenza outbreaks management in a French psychiatric hospital from 2004 to 2012. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 46–52.
5. Levitt, G. (2014). Infection control for MRSA in a psychiatric hospital. *General Hospital Psychiatry*, 9–11.

6. Marra, A. R., Noritomi, D. T., Westheimer Cavalcante, A. J., Sampaio Camargo, T. Z., Bortoleto, R. P., Durao Junior, M. S., ... Edmond, M. B. (2013). A multicenter study using positive deviance for improving hand hygiene compliance. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 984–8.
7. McGuckin, M., & Govednik, J. (2013). Patient empowerment and hand hygiene, 1997-2012. *The Journal of Hospital Infection*, 84(3), 191–9.
8. McLaughlin, A. C., & Walsh, F. (2011). Individual differences in judgments of hand hygiene risk by health care workers. *American Journal of Infection Control*, 39(6), 456–63.
9. Shang, J., Ma, C., Poghosyan, L., Dowding, D., & Stone, P. (2014). The prevalence of infections and patient risk factors in home health care: A systematic review. *American Journal of Infection Control*, 1–6.
10. Waqar, K., Sundseth, A., Altmann, M., & Faiz, K. W. (2014). Hand hygiene among neurologists attending a congress. *American Journal of Infection Control*, 42(2), e27–8.
11. Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2009). *Análise Categórica, Árvores de Decisão e Análise de Conteúdo em Ciências Sociais e da Saúde com o SPSS*. Lisboa: Lidel.
12. Whitby, M., McLaws, M.-L., & Ross, M. W. (2006). Why Healthcare Workers Don't Wash Their Hands: A Behavioral Explanation. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 27(5), 484–492.
13. Pittet, D., Allegranzi, B., Sax, H., Dharan, S., Pessoa-Silva, C. L., Donaldson, L., & Boyce, J. M. (2006). Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *The Lancet Infectious Diseases*, 6(10), 641–52.
14. D'Alessandro, D., Agodi, A., Auxilia, F., Brusaferro, S., Calligaris, L., Ferrante, M., ...Tardivo, S. (2014). Prevention of healthcare associated infections: medical and nursing students' knowledge in Italy. *Nurse Education Today*, 34(2), 191–5.
15. Loveday, H. P., Lynam, S., Singleton, J., & Wilson, J. (2014). Clinical glove use: healthcare workers' actions and perceptions. *The Journal of Hospital Infection*, 86(2), 110–6.
16. Fakih, M. G., Heavens, M., Ratcliffe, C. J., & Hendrich, A. (2013). First step to reducing infection risk as a system: Evaluation of infection prevention processes for 71 hospitals. *American Journal of Infection Control*, 41(11), 950–4.

Reis, Gorete

Professor, Universidade de Évora;
PhD Enfermagem

Professor, Investigação na área da enfermagem de reabilitação e dos idosos (funcionalidade).

Sotto Mayor, Margarida

PHD, Enfermeira, Investigação na área dos idosos e cuidadores. Responsável Centro Formação Contínua. HML.

Leite, Manuela

PhD. Psicogerontóloga – Investigação na área da neuropsicologia.
Coordenadora pedagógica Erasmus.