



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

SABERES E ADESÃO ÀS BOAS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Catarina Isabel Ferreira da Fonseca



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Catarina Isabel Ferreira da Fonseca
SABERES E ADESÃO ÀS BOAS PRÁTICAS DE
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Dissertação efetuada sob orientação do
Professor Doutor Luís Carlos Carvalho da Graça

Setembro de 2020

RESUMO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são um problema que atinge dimensões significativas, com implicações na morbidade, na mortalidade, nos custos para doentes, famílias e sociedade e na qualidade dos cuidados de saúde. Enquanto medida simples e económica. A higienização das mãos é apontada como estratégia primordial para a prevenção destas infeções, cuja prática constitui um dever cívico, ético e profissional de todos os profissionais de saúde.

Com base nestes pressupostos, o presente estudo pretendeu avaliar a variação dos conhecimentos sobre a higienização das mãos, e a adesão à prática da higienização das mãos, em função do grupo profissional.

Para tal, desenvolveu-se um estudo descritivo-correlacional e transversal com uma população de 56 profissionais de saúde, de uma unidade de cuidados continuados do norte de Portugal.

O instrumento de colheita de dados foi construído com base numa grelha de observação normalmente utilizada nas auditorias de avaliação (DGS, 2016). Assim, para a avaliação dos conhecimentos dos profissionais utilizou-se um questionário, e para a avaliação da adesão à higienização das mãos a observação.

A aplicação dos instrumentos de recolha permitiu concluir que o conhecimento dos profissionais é satisfatório, sendo mais evidente no que se refere à forma correta de procedimento da fricção antisséptica (98,21%), à principal via de transmissão (89,3%), à necessidade de evitar joias, acessórios (80,4%) e unhas postiças (83,9%), ao método a aplicar em diferentes circunstâncias (75%) e ao tempo mínimo necessário para realização da higienização com SABA (73,2%). Não é tão significativo no que respeita à fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pela IACS, assim como a pormenores que implicam uma técnica correta de higienização, nomeadamente lesões de pele (39,3%).

Entre os diferentes grupos de profissionais o dos enfermeiros é aquele que apresenta um maior número de respostas corretas, seguido pelo dos assistentes operacionais, apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas.

A taxa de adesão à prática da higienização das mãos foi de 64,02%, com variação entre 28,57% e 94,12%, tendo sido superior nos enfermeiros, em comparação com o grupo dos médicos ($p=0,00$), dos técnicos de diagnóstico e terapêutica ($p=0,00$) e dos assistentes operacionais ($p=0,00$).

Em síntese os conhecimentos são satisfatórios e a adesão à higienização é baixa, com diferenças entre os grupos profissionais o que comprova a necessidade de um contínuo investimento na formação, para se atingirem taxas de adesão mais elevadas e mais segurança nos cuidados.

Palavras-chave: Higienização das Mãos; Conhecimentos; Adesão; Transmissão de IACS; Enfermagem Médico-Cirúrgica.

ABSTRACT

Health care-associated infections are a problem that affects significant dimensions, with implications on morbidity, mortality, costs for patients, family and society, and in the quality of health care. Hand hygiene is seen as a primary strategy to prevent these infections, and its practice consists of a civic, ethical and professional duty of all healthcare professionals.

Based on these premises, the present study aimed to assess the variation in knowledge about hand hygiene, as well as in the adherence to hand hygiene practice, according to professional group.

To accomplish that, we carried out a descriptive-correlational and cross-sectional study, with a population of 56 healthcare professionals, from a continuous care unit from the north of Portugal.

The data collection instrument was built on the basis of an observation grid normally used in assessment audits (DGS, 2016). Thus, to assess the professionals' knowledge a questionnaire was used, and to assess adherence to hygiene hands we used the observation technique.

The application of the collection instruments allowed us to conclude that the professionals' knowledge is satisfactory, especially about the correct antiseptic friction procedure (98,21%), the main way of transmission (89,3%), the need to avoid jewelry, accessories (80,4%) and nail extensions (83,9%), the method to be applied in different circumstances (75%), and the minimum time required to clean with SABA (73,2%). However, the professionals' knowledge is not so significant with regard to the most frequent source of microorganisms responsible for health care-associated infections, as well as in details that demand a correct hygiene technique, namely skin lesions (39,3%).

Between the different groups of professionals, the nurses' is the one that presents the highest number of correct answers, followed by the group of operational assistants, although there are no statistically significant differences.

The rate of adherence to the practice of hand hygiene was 64,02%, but it varies widely between 28,57% and 94,12%. The rate was higher in nurses, compared to the group of doctors ($p = 0,00$), diagnostic and therapeutic technicians ($p = 0,00$) and operational assistants ($p = 0,00$).

In summary, the professionals' knowledge is satisfactory and adherence to hygiene is low, with differences between professional groups, which substantiates the need for continuous

investment in the training of professionals, in order to achieve higher adherence rates and more safety in care.

Keywords: Hand Hygiene; Knowledge; Adherence; Health care-associated infections transmission; Medical-Surgical Nursing.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Luís Graça, pela sua orientação, total apoio, disponibilidade, pelo saber que transmitiu, pela sua total colaboração na concretização deste trabalho.

À Administração da Instituição onde foi realizada a colheita de dados, por aceitar e facilitar o acesso aos dados pretendidos.

Aos profissionais de saúde que aceitaram colaborar nesta investigação, porque sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Aos docentes do curso de mestrado que contribuíram para a minha formação, pelo fomento e incentivo à investigação.

Ao meu irmão, cunhada e sobrinhas, por todo o apoio que sempre me deram.

Aos meus amigos, que sempre me apoiarem e incentivaram a terminar este percurso.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste projeto, embora não tenham sido mencionados.

Obrigada!

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que foram quem mais me incentivou a não desistir deste percurso.

Ao meu marido David e ao meu filho Francisco, pela compreensão e carinho que sempre demonstraram durante a realização deste projeto.

PENSAMENTO

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

ÍNDICE

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

DEDICATÓRIA

PENSAMENTO

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS

SIGLAS E ACRÓNIMOS

INTRODUÇÃO 19

**CAPÍTULO I - DA CONTAMINAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE À HIGIENIZAÇÃO DAS
MÃOS 23**

1.1 A PELE: BARREIRA PROTETORA NA TRANSMISSÃO DA INFEÇÃO 23

1.2 RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA 25

1.3 A CONTAMINAÇÃO E A TRANSMISSÃO DA INFEÇÃO 27

1.4 INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE 27

1.5 A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A PREVENÇÃO DA IACS 31

1.6 A ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À PRÁTICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS 36

1.7 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA E AS COMPETÊNCIAS NO CONTROLO DA INFEÇÃO 48

CAPÍTULO II - OPÇÕES METODOLÓGICAS 53

2.1 OBJETIVOS E FINALIDADES 53

2.2 TIPO DE ESTUDO 54

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA 54

2.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 55

2.5 TRATAMENTO DE DADOS 57

2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS 58

CAPÍTULO III - RESULTADOS	61
3.1. CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS 62	
3.2 . ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	69
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DE RESULTADOS	73
CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	95
ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO	97
ANEXO 2 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE.....	103
APÊNDICES	107
APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	109
APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO	115

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais conforme as características sociodemográficas (n=56).....	61
Tabela 2 - Distribuição conforme principal via de transmissão cruzada de microrganismos (n=56)	62
Tabela 3 - Distribuição conforme fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS (n=56).....	62
Tabela 4 - Distribuição conforme tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das mãos (n=56).....	63
Tabela 5 - Distribuição conforme a técnica de higienização das mãos com solução alcoólica (n=56).....	63
Tabela 6 – Distribuição conforme situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados (n=56)	64
Tabela 7 - Distribuição conforme método de higiene das mãos mais aplicável (n=56)	65
Tabela 8 - Distribuição conforme os conhecimentos sobre a higienização das mãos (correto ou incorreto).....	66
Tabela 9 - Medidas de Estatística descritiva dos conhecimentos sobre a higienização das mãos.....	67
Tabela 10 – Distribuição conforme o número de respostas corretas (n=56)	67
Tabela 11 - Comparação o n.º de respostas corretas entre grupos profissionais.....	68
Tabela 12 – Comparação do n.º de respostas corretas entre os Enfermeiros e os restantes grupos profissionais (Teste U-Mann-Whitney)	69
Tabela 13 - Medidas de estatística descritiva da adesão à higienização das mãos (%)	69
Tabela 14 - Comparação das médias de adesão à higienização das mãos - Teste de Tukey	70
Tabela 15 - Comparação da Adesão (%) à higienização das mãos entre os Grupos Profissionais	71

SIGLAS E ACRÓNIMOS

CCI - Comissão de Controlo de Infeção

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CNHM - Campanha Nacional de Higienização das Mãos

CQSD - Comissão da Qualidade e Segurança do Doente

DGS - Direção Geral da Saúde

ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control

EPI - Equipamento de Proteção Individual

EUA - Estados Unidos da América

IACS - Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Campanha das Precauções Básicas em Controlo da Infeção

PNCI - Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

RA - Resistência Antimicrobiana

SABA - Solução Antissética de Base Alcoólica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UCCI - Unidades de Cuidados Continuados Integrados

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2009), a infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) representa um problema major no que respeita à segurança do doente, e a sua vigilância e prevenção devem ser uma prioridade primordial para instituições que têm a responsabilidade de prestar cuidados de saúde seguros.

A IACS é definida como “uma infecção que ocorre num paciente durante a prestação de cuidados num hospital, ou noutra instituição prestadora de cuidados de saúde, que não existia nem estava em incubação na altura da sua admissão. Inclui também infeções adquiridas no hospital, mas que se manifestam após a alta, assim como infeções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais da instituição” (DGS, 2009, p. 3).

A OMS reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos, quer hospitalares, quer da comunidade, o que se traduz, inevitavelmente, no aumento dos custos para as instituições hospitalares e unidades de saúde (Silva, 2013). Na verdade, vários estudos apresentam dados económicos que dão que conta de que a IACS, além de aumentar a morbilidade e a mortalidade, aumenta também, consideravelmente, os custos para as instituições hospitalares. Nos Estados Unidos da América (EUA), estima-se que a IACS representa um excesso anual nos hospitais de entre \$28 e \$45 biliões (Scott, 2009). No contexto europeu as estimativas indicam que a IACS custa cerca de €7 biliões por ano (ECDC, 2008), representando um custo adicional por episódio de entre 4.200€ a 13.030€ (Tacconelli [et al.], 2009). Além disso, Vrijens e colaboradores (2010) referem que os custos adicionais se devem, em 58%, ao tempo de internamento, 20% a produtos farmacêuticos, 15% a atos médicos e 2,4% a testes laboratoriais.

Para além destes custos não se podem descurar as implicações no regresso ao trabalho e na produtividade, bem com os impactos na saúde mental dos doentes e famílias. A complexidade desta situação tem sido objeto de estudo, de orientações de organizações internacionais e nacionais e de mudanças de práticas de profissionais de saúde. São medidas diversificadas que têm impactos consideráveis na diminuição da incidência e prevalência de IACS.

Por conseguinte, a higiene das mãos é um importante indicador de segurança e qualidade da assistência prestada em qualquer ambiente de cuidados de saúde, porque há evidência substancial para demonstrar a correlação entre as boas práticas de higiene das mãos e as baixas taxas de IACS (WHO, 2009).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2009), a higienização das mãos desempenha um papel essencial no que diz respeito à prevenção e controlo da IACS, sendo reconhecida como uma das medidas mais simples e efetiva na redução da mesma. Na IACS, as mãos dos profissionais de saúde constituem, na maioria das vezes, o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (como no trato respiratório) ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.), e de outros doentes ou do ambiente contaminado.

Todavia, embora as evidências revelem a importância da higienização das mãos na prevenção de IACS, os profissionais de saúde continuam a adotar uma atitude passiva perante este problema mundial. Sendo um problema universal, há necessidade de implementação de medidas padronizadas, assim como de investigação e monitorização regular desta prática, uma vez que o aumento da adesão à higienização das mãos está diretamente ligado à redução das taxas de infeção, mortalidade e transmissão de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde (WHO, 2009).

Neste sentido, este tema surge a partir da preocupação com a ainda baixa taxa de adesão à prática da higienização das mãos por uma boa parte dos profissionais de saúde. Em Portugal, os estudos evidenciam variabilidade na adesão à higienização das mãos, cujas taxas têm vindo a crescer ao longo dos anos. Se em 2009 a taxa global de adesão à prática da higiene das mãos, mediante a observação na Campanha Nacional de Higiene das Mãos, foi de 46,2% (Andrade, 2013), em 2016 atingiu os 73% (DGS, 2017), estando mesmo assim ainda longe dos 100% almejados pelas entidades de saúde. Neste sentido, a temática assume uma pertinência social e profissional, na medida em que se prende com regras ou padrões comportamentais afetos à prestação de cuidados de saúde, pelo que concernem não só à população em geral, mas também, e sobretudo, aos profissionais de saúde, cujos conhecimentos, formação e prática podem ditar a qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Assim, face à problemática, a questão que orienta o estudo é “Será que os conhecimentos sobre a higienização das mãos e a adesão à lavagem das mãos variam de acordo com o grupo profissional?”.

Partindo desta questão, constituíram-se os seguintes objetivos gerais do estudo: avaliar a variação dos conhecimentos sobre a higienização das mãos em função do grupo profissional; e avaliar a variação da adesão à prática da higienização das mãos em função do grupo profissional.

Em função das diferentes designações que a IACS recebe em diferentes estudos, aqui, embora se privilegie o termo IACS, poderão aparecer como sinónimos os termos infeção nosocomial e infeção cruzada.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos, sendo o primeiro dedicado ao enquadramento teórico do estudo, onde se aborda a IACS e sua prevenção, bem como a importância da higienização das mãos enquanto comportamento preventivo de infeção. Serve este capítulo para, além de abordar conceitos-chave para o estudo, apresentar uma contextualização epidemiológica da IACS e, por outro lado, descrever a adesão dos profissionais de saúde à prática da higienização das mãos na sua rotina laboral. No segundo capítulo procede-se à descrição dos objetivos e das opções metodológicas, na qual se aponta o tipo de estudo, um estudo descritivo-correlacional e transversal, os instrumentos de recolha de dados, tendo-se recorrido à observação direta e à aplicação de um questionário, e a população e amostra em que estes foram aplicados, que constituem o grupo de profissionais que prestam diretamente assistência aos doentes numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). No terceiro capítulo apresentam-se os resultados de acordo com os objetivos, para de seguida se proceder à sua discussão no quarto capítulo, finalizando-se o corpo do relatório com as principais conclusões do estudo.

CAPÍTULO I - DA CONTAMINAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

O primeiro capítulo deste relatório assenta numa revisão teórica sobre conceitos de alguma forma relacionados com a contaminação e a higienização das mãos. Deste modo, além de definir e contextualizar a IACS, o capítulo faz uma pequena abordagem da pele enquanto barreira protetora e da prática da higienização enquanto comportamento preventivo da infeção. Assim, partindo da importância que assume na prestação dos cuidados de saúde, o capítulo apresentará dados de outros estudos concernentes à adesão dos profissionais de saúde à prática da higienização das mãos.

1.1 A PELE: BARREIRA PROTETORA NA TRANSMISSÃO DA INFEÇÃO

A pele constitui o maior órgão do corpo humano e consiste no revestimento do organismo indispensável à vida, apresentando múltiplas funções: além de isolar componentes orgânicos do meio exterior, tem também a função de impedir a ação de agentes externos de qualquer natureza, de evitar a perda da água, de eletrólitos e de outras substâncias do meio interno, bem como de oferecer proteção imunológica, regular a temperatura corporal, sendo igualmente responsável por uma parte secretora (Cardoso e Mimica, 2009; Boyce e Pittet, 2002).

Considerando as diferentes camadas da pele, da externa para a interna, a estrutura básica inclui o estrato córneo, a epiderme, a derme e a hipoderme. A epiderme funciona como barreira na prevenção da penetração e absorção das toxinas e dos microorganismos, além de reter a água e outras substâncias. A barreira à absorção percutânea encontra-se no interior do estrato córneo, que é o mais fino e menor compartimento da pele.

Devido à localização e extensa superfície da pele, esta está permanentemente exposta a vários tipos de microorganismos do ambiente. Deste modo é colonizada por bactérias e fungos em diferentes concentrações mediante diferentes áreas do corpo. Por exemplo, o couro cabeludo e as mãos encontram-se mais expostos do que o abdómen ou o antebraço (Cardoso e Mimica, 2009).

Sendo as mãos o principal instrumento de trabalho dos profissionais de saúde nos cuidados ao doente, tornam-se o “*habitat*” natural de certos microorganismos, pelo que estes constituem a microbiota cutânea normal, parte da qual, habitualmente inócua, é passível de apresentar potencial patogénico em situações de maior suscetibilidade do hospedeiro.

Neste sentido a pele das mãos apresenta dois tipos de microbiota: a transitória e a residente (Santos, 2017).

No caso da microbiota residente, esta apresenta-se normalmente na epiderme, onde se multiplica, pelo que apresenta importantes funções de proteção. É sobretudo constituída por bacilos e cocos Gram positivo e anaeróbios, como os *Micrococcus*, *Staphilococcus coagulase negativo* e *difteroides*. Estes não se transferem facilmente para outras pessoas ou superfícies (DGS, 2010), contudo a lavagem com água e sabão não se torna suficiente para a sua remoção, podendo ser necessário recorrer à ação química de um antisséptico associado (Santos, 2017). Como tal a sua remoção é difícil, sendo esta microbiota menos associada às infeções hospitalares. Podem, no entanto, estar na origem de infeções decorrentes de procedimentos invasivos, se o doente for imunodeprimido ou se tiver um dispositivo implantado.

A composição da microbiota varia quantitativa e qualitativamente mediante o local anatómico, o sexo, a idade, a condição clínica e as condições de hospitalização do doente, bem como as condições climáticas. A flora microbiana é composta por 60% de bactérias como o *Corynebacterium spp* e *Propionibacterium spp*, e podem encontrar-se sobretudo nas regiões com grande número de glândulas sebáceas. Por outro lado, os *Stafylococcus aureus* manifestam-se em áreas mais secas da pele, passíveis de desenvolver *estafilococos coagulase-negativas* (*S.Epidermidis*, *S.homidis*, *S. Capitis*, entre outros) e *micrococcus spp* (Cardoso e Mimica, 2009).

Por sua vez, a microbiota transitória coloniza as camadas mais superficiais da pele e não tende a multiplicar-se na pele. Provém de fontes externas e sobrevivem por um curto período de tempo, sendo possível a sua remoção através de uma higienização simples das mãos, com água e sabão, por meio de fricção mecânica.

O seu alojamento é uma consequência do contacto, pelo que podem ser facilmente transferidos para outras pessoas, objetos ou superfícies (Wilson, 2003). Neste sentido, a sua remoção é essencial para a prevenção das transmissões cruzadas. Ainda assim, a transmissibilidade da microbiota transitória depende de um conjunto de fatores, nomeadamente das espécies presentes, do número de microrganismos presentes nas superfícies e da humidade da pele. Por exemplo, estudos internacionais apontam contagens bacterianas totais significativas nas mãos de prestadores de saúde, que variam entre $3,9 \times 10^4$ e $4,6 \times 10^6$ UFC/cm² (WHO, 2009).

A DGS (2010) aponta para cerca de 10^6 o número de células superficiais de pele que contêm microrganismos viáveis que são libertadas diariamente, o que implica uma grande

oportunidade para a roupa do doente, a roupa da cama, o mobiliário e os objetos de uso clínico serem contaminados com a microbiota. Tal acontece maioritariamente por *Staphylococcus spp.* e *Enterococcus spp.*, na medida em que estes são os microrganismos com maior resistência à dissecação (Santos, 2017). Por norma, esses microrganismos são adquiridos por profissionais de saúde na sequência do contacto direto com o doente, colonizado ou infetado, ambiente e superfícies próximas do doente, produtos e equipamentos contaminados e, naturalmente, quando existe uma higienização inadequada das mãos (Cardoso e Mimica, 2009).

Para além destas duas componentes da flora microbiana, Rotter (1999) descreve um terceiro tipo de microrganismos existentes nas mãos, a que denomina flora microbiana infecciosa. Inclui os microrganismos de alta patogenicidade, passíveis de originar infeções específicas como os abcessos e eczema infetado das mãos. É o caso das espécies *Staphylococcus aureus* e *estreptococos* beta-hemolíticos.

Em suma, a pele é reconhecida como um órgão de extrema importância no nosso organismo, não só pelas suas múltiplas funções, como também pela sua exposição que culmina na vulnerabilidade à presença de microrganismos, tendencialmente causadores de infeções, cujo tratamento, como se verá de seguida, resulta num aumento da resistência antimicrobiana.

1.2 RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA

O aumento da Resistência Antimicrobiana (RA) decorrente do tratamento das IACS representa uma problemática crescente à escala mundial à qual nenhum sistema de saúde pode ficar indiferente.

O controlo das infeções e prevenção de RA são duas faces da mesma moeda, cujas estratégias de intervenção são comuns e complementares (Santos, 2017). Foi neste contexto que se fundiram o Programa Nacional de Controlo de Infeção com o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos, de que resultou o Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos.

A RA é a capacidade de um microrganismo resistir à ação de antibióticos, o que está na origem de consequências graves para os doentes, pelo que este fenómeno constitui uma ameaça à saúde pública e à segurança dos mesmos. Isto tem origem no uso abusivo e inapropriado de antibióticos (DGS, 2014). A partir da década de 40, o uso em massa de antibióticos revolucionou o tratamento das infeções, tendo contribuído para a redução das

taxas de morbidade e mortalidade, no entanto criou a emergência de, na atualidade, selecionar as bactérias que se lhes tornaram resistentes e multirresistentes (DGS, 2014). Naturalmente, além de constituir um problema de saúde, acresce o facto de contemplar cuidados de saúde mais complexos e em maior número, o que se reflete no aumento dos custos com os mesmos podendo, em alguns casos, culminar no insucesso terapêutico e por vezes na morte (ECDC, 2015).

A comunidade científica ocupou-se de um grupo de bactérias que parece aportar uma particular preocupação em termos de aquisição de resistência a antimicrobianos, criando o acrónimo ESKAPE, que resulta das iniciais dos microrganismos: *Enterococcus* resistente à *Vancomicina*, *Staphylococcus aureus* resistente à *Meticilina*, *Klebsiella* produtora de beta-lactamases de espectro alargado, *Acinetobacter* resistente ao *Imipeneme*, *Pseudomonas* resistente ao *Imipeneme* e *Enterobacter* resistente às *Cefalosporinas* de terceira geração. Posteriormente também o *Clostridium difficile* foi adicionado ao grupo (Santos, 2017).

Em termos epidemiológicos, Portugal tem apresentado taxas de resistência tendencialmente inferiores ao longo dos anos na maior parte dos microrganismos estudados. Além disso, denota-se uma redução do consumo de antimicrobianos global, quer em ambulatório, quer em meio hospitalar (DGS, 2018).

Contudo, o problema não deixa de preocupar a comunidade científica, pois a progressão da RA potencia o aparecimento de infeções multirresistentes, cujo tratamento se torna mais difícil e oneroso, além de poder ser irreversível ou de reversão muito lenta. Ora, tendo em conta que a tendência da IACS é o seu aumento, fez com que a OMS emitisse uma lista de prioridade global de bactérias resistentes a antibióticos, com o objetivo primordial de orientar a priorização de incentivos e financiamento da investigação e desenvolvimento de novos antibióticos (Santos, 2017). Esta está dividida em três categorias, conforme a sua prioridade: crítica, alta e média.

Esta preocupação da OMS ilustra os problemas que decorrem para a saúde pública da RA, bem como das infeções que esta pode gerar, cuja contaminação e transmissão é importante conhecer e, acima de tudo, prevenir. Estes aspetos serão abordados de seguida.

1.3 A CONTAMINAÇÃO E A TRANSMISSÃO DA INFEÇÃO

A contaminação das mãos dos profissionais de saúde pode ocorrer aquando do contacto direto com o doente ou de contacto indireto através de produtos e equipamentos existentes no meio hospitalar. Neste contexto, as mãos são a nossa estrutura anatómica mais suscetível de albergar microrganismos e de os transferir de uma superfície para outra, seja por contacto pele com pele, ou através de objetos (Santos, 2000).

Os profissionais de saúde atuam muitas vezes como veículo transmissor, através do contacto pessoal com os doentes e do manuseamento de produtos biológicos, assim como com os materiais contaminados por estes (Franco, 2010). Tal significa que as mãos dos profissionais de saúde, ao longo da prestação de cuidados, são progressivamente colonizadas com microrganismos, incluindo agentes potencialmente patogénicos. Na ausência de cuidados de higiene das mãos, quanto maior a duração da prestação de cuidados, maior o grau de contaminação das mesmas (DGS, 2009).

À priori, todos os líquidos e tecidos corporais de todos os doentes devem ser considerados potencialmente contaminados, de forma a promover precauções e prevenção transversal, independentemente dos fatores de risco ou da doença de base. Esta preocupação reduz desde logo o risco de transmissão e de fontes de infeção, sendo apontada como a estratégia primária para o controlo das infeções nosocomiais (Bolick, 2000).

Sendo as mãos a principal via de transmissão de microrganismos, a sua higienização é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a IACS e deve ser adotada, de forma criteriosa, em todos os momentos da prestação de cuidados (Silva e Sousa, 2015).

Em jeito de síntese, a contaminação e transmissão de infeção requerem especial atenção, pois ocorrem a partir do instrumento de trabalho dos profissionais de saúde, as mãos, que são também um grande veículo transmissor de infeção pelos doentes. Elas são, com efeito, a via mais apontada por transmissão de IACS, infeção que é importante conhecer, dada a sua epidemiologia.

1.4 INFEÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A importância que se tem atribuído ao estudo e prevenção das IACS decorre não apenas da magnitude do problema, que se prende com as suas taxas de morbilidade e mortalidade

e com os custos de tratamento, mas também do crescente reconhecimento de que a maioria dos danos que delas decorrem é evitável (Mathur, 2011).

Ao longo dos anos o interesse pelas IACS tem-se manifestado no tratamento que se presta a estas infeções. Foram vários os termos usados para designar uma infeção adquirida em contexto de cuidados de saúde: desde infeção nosocomial, passando por simplesmente infeção, chegando ao conceito atual, infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) (DGS, 2007).

Martins (2001) entende que todas as infeções que surjam na sequência de internamento e que não estavam presentes, nem em incubação, à data de admissão para hospitalização ou internamento, podem ser enquadradas no conceito de infeção hospitalar.

Foi no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) que se introduziu o conceito de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde, então definida como uma infeção adquirida pelos doentes como consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, que pode, portanto, afetar também profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional (DGS, 2007). No fundo, distingue-se de conceitos anteriores pelo facto desses excluírem a fase de ambulatório na contração da infeção, o que torna o conceito atual mais abrangente.

As IACS são um problema que assume relevo a nível global, pois à medida que a esperança média de vida aumenta, assim como se desenvolvem inovações tecnológicas aplicadas à saúde, aumentam também as técnicas invasivas e o número de doentes em terapêutica imunossupressora, ou seja, aumenta conseqüentemente o risco de infeção (Andrade, 2013).

Este advento da medicina e da tecnologia implica o recurso a novos métodos e terapêuticas, com antibióticos e imunizações complexas. No entanto, a infeção não deixa de se afirmar como uma das causas mais frequentes das doenças que afetam o ser humano. Causadas por bactérias, vírus ou fungos, que naturalmente proliferam em ambientes hospitalares, as infeções podem variar desde as situações mais simples às mais complexas (Bolick, 2000), sendo responsável não só pelo aumento da morbilidade e da mortalidade dos doentes, como também pelo prolongamento da sua estadia no hospital e pelo aparecimento potencial de incapacidades (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Dados recolhidos entre 2013 e 2017 apresentam uma redução da prevalência das IACS em meio hospitalar e em unidades de cuidados continuados integrados, no entanto não

deixa de ser necessário aprofundar a análise a nível local e regional em função do risco (DGS, 2018). Dados do *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) (2013) apontam para que, em média, na União Europeia, afetam cerca de 3,2 milhões de doentes todos os anos, o que equivale a 1 em cada 18 doentes internados nos hospitais. O mesmo relatório acrescenta que, de um total de 15000 IACS reportadas, as infeções do trato respiratório, as infeções do local cirúrgico, as infeções do trato urinário e as infeções da corrente sanguínea são as mais frequentes, 23% das quais são diagnosticadas já no momento de admissão hospitalar (ECDC, 2013). As infeções da corrente sanguínea e as pneumonias são as que estão associadas a maior mortalidade e custos acrescidos (Pina [et al.], 2010).

Um estudo realizado entre 2011 e 2012, coordenado pelo ECDC, demonstrou que a prevalência das IACS em ambiente hospitalar na Europa, foi de 5,7%, em que a *Pseudomonas aeruginosa* (15,9%), *Enterobacter* (10,3%) e *Escherichia coli* (10,1%) foram as bactérias mais prevalentes. No caso dos hospitais portugueses, no mesmo estudo, a prevalência mostrou-se superior à média europeia (6,1%) (ECDPC, 2013).

De acordo com dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), as taxas de infeção hospitalar diferem de país para país e de instituição para instituição, em função dos planos de prevenção implementados. Os números são naturalmente inferiores em instituições mais pequenas e com internamentos curtos, e mais visíveis em instituições maiores, nomeadamente naquelas que prestam cuidados a doentes crónicos que, por isso mesmo, tendem a passar por períodos de internamento mais longos (Rebello e Valente, 2007).

De acordo com a DGS (2007), no Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), um em cada quatro doentes internados numa Unidade Cuidados Intensivos (UCI) tem um risco acrescido de adquirir IACS, realidade que pode chegar ao dobro em países menos desenvolvidos. Esta estimativa torna-se um bom indicador revelador da preocupação relativamente às IACS, já que, para além do aumento substancial da morbilidade dos doentes internados em contexto hospitalar, a IACS representa uma das maiores causas de morte em todo o mundo.

Nos Estados Unidos, a incidência de IACS encontra-se entre os 5% e os 6%, com taxa de mortalidade de 3,6%, ao passo que na Europa, a incidência é de 4,4% a 14,8%. Nos países em vias de desenvolvimento a realidade atinge outras proporções, sendo que o risco de IACS é 2 a 20 vezes superior ao dos países industrializados. A verdade é que, de uma maneira geral, 5% a 10% dos doentes admitidos nos hospitais modernos dos países

desenvolvidos adquirem uma ou mais infeções, sendo esse número bastante superior nos países em vias de desenvolvimento, atingindo os 25% (Monteiro, 2012).

No contexto português, de acordo com Silva (2013), as IACS são responsáveis por incrementar a demora média global de internamento entre 3,1 a 4,5 dias, o prolongamento da demora hospitalar entre 9,5 e 13,4 dias, e a multiplicação dos custos por quatro.

Analisando a prevalência das causas de transmissão, de acordo com o ECDC (2013), as taxas de prevalência de infeção aumentam quando associadas a procedimentos como: entubações (33%), no caso das pneumonias, cateterismo urinário (59,5%), referente ao trato urinário, e cateterismo (39%) ao nível da corrente sanguínea.

Outros autores, conforme é referido por Martins (2001), enumeram os fatores de risco para o desenvolvimento de infeções hospitalares, entre os quais constam fatores de risco intrínsecos, e os fatores de risco extrínsecos, que se prendem com o ambiente, a qualidade dos cuidados e os procedimentos invasivos (Martins, 2001).

Os efeitos adversos decorrentes dos microrganismos patogénicos dependem de diversos fatores, nomeadamente da sua capacidade para invadir o hospedeiro, da capacidade de se multiplicarem e desencadearem sinais e sintomas de infeção. Daqui se subentende que as IACS devem ser alvo da preocupação constante dos profissionais de saúde e principalmente dos gestores das unidades de saúde.

Embora nem sempre sejam fáceis de evitar, a verdade é que as infeções se tornariam facilmente elimináveis, pelo menos em cerca de 30%, se existissem infraestruturas e práticas adequadas. Todavia, durante muito tempo apontou-se a falta de recursos nos hospitais portugueses, quer humanos, quer materiais, como causas responsáveis pela proliferação das infeções. No entanto, estudos mais recentes fazem recair a responsabilidade principalmente sobre a falta de recursos humanos, mas também sobre a falta de conhecimentos de uma cultura de segurança e até de responsabilização e de sanção para com os não cumpridores das práticas (Moreira, 2015).

Daqui se depreende que o sucesso da prevenção também depende em larga escala da colaboração e cumprimento de medidas por parte dos profissionais de saúde, de quem, aliás, é a responsabilidade de trabalhar em cooperação para reduzir o risco de infeção nos doentes e nos profissionais. Contudo, a responsabilidade não se cinge aos técnicos, cabendo igualmente à gestão das unidades de saúde e hospitalares. Embora a segurança dos doentes seja uma prioridade, o que é facto é que, por norma, os gestores se preocupam com a otimização dos recursos e das boas práticas numa perspetiva de, sobretudo, diminuir os custos. Deve a segurança dos doentes resultar da interação de

diversos fatores relacionados, no sentido de formar uma cadeia onde todos os elos estão interligados (Harada e Pedreira, 2013). Naturalmente a qualidade dos cuidados prestados não é totalmente descurada, devido ao compromisso ético intrínseco que a área da saúde assume, no entanto crê-se que há ainda muito que se pode fazer.

Como tal, a prevenção passa pela ação dos profissionais, pela gestão, pelas instalações, não descurando o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos.

Albuquerque (2008) reitera que um dos grandes fatores preponderantes na necessidade de se incidir na prevenção é o crescente aumento das IACS, nomeadamente com o aparecimento de estirpes mais imunorresistentes, que não se confinam somente às instituições hospitalares, mas também, devido à elevada rotatividade de doentes, ao exterior dessas mesmas instituições, pelas diversas vias de propagação. Para a mesma autora, a prevenção é uma aposta ganha, quando todos os intervenientes estão alertados e sensibilizados para ações que contribuam para a melhoria dos cuidados de saúde e, por sua vez, para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Procurando a diminuição da exposição ao risco de contração de IACS, são pensadas estratégias como a cirurgia de ambulatório e os hospitais domiciliários, que embora possam não dar resposta a todos os doentes e às suas necessidades, na verdade podem dar resposta a determinadas situações e, dessa forma, inverter a tendência e a exposição.

A higienização das mãos é o único procedimento que, por si só, é capaz de prevenir e reduzir a transmissão de microrganismos responsáveis pela ocorrência da infeção (DGS, 2009). No entanto, o cumprimento das normas técnicas para a prevenção das IACS é insatisfatório, havendo inclusivamente estudos que apontam a baixa adesão a esta prática, como se verá adiante.

1.5 A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E A PREVENÇÃO DA IACS

“A partir de hoje, 15 de maio de 1847, todo estudante ou médico, é obrigado, antes de entrar nas salas da clínica obstétrica, a lavar as mãos, com uma solução de ácido clórico, na bacia colocada na entrada. Esta disposição vigorará para todos, sem exceção.”

Ignaz Philipp Semmelweis

(Semmelweis, *in* Callegari, 2010)

Desde o século XIX, com o estudo de Semmelweis, que as mãos dos profissionais de saúde têm sido identificadas como fonte de transmissão de microrganismos em ambiente hospitalar. Foi a partir dessa altura que ficou evidenciado cientificamente que a lavagem das mãos evitaria a transmissão de microrganismos, limitando assim o número de infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Como tal, estes estudos pioneiros foram percussores da epidemiologia e da etiologia das IACS, bem como da sua importância em contexto hospitalar (Cardoso, 2012).

Também Florence Nightingale, pioneira no lançamento das bases da enfermagem profissional, defendia a higienização das mãos a fim de se promover a segurança do doente e a propagação de um ambiente terapêutico seguro (Coelho [et al.], 2011).

Com efeito, esta é uma prática reconhecida desde há mais de 150 anos como a medida mais importante para reduzir as IACS, especialmente por ser uma medida simples, eficaz e de baixo custo na redução das infeções, como apontam agências internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) (WHO, 2009).

A partir da década de 60, a descoberta dos antimicrobianos e a resistência bacteriana, principalmente no que concerne ao *Staphylococcus aureus*, nos Estados Unidos da América (EUA) e noutros países europeus, leva à necessidade de criação de comissões que estabelecessem diretrizes, métodos de vigilância e atividades educativas capazes de minimizar os riscos e custos de processos judiciais. A estas atribuiu-se a designação de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) (Fernandes, 2000), responsáveis por delinear medidas e tomar decisões que se prendem justamente com a prevenção das infeções hospitalares, o que, no que respeita à IACS, reside sobretudo, como veremos, na prática da higienização das mãos.

Foi, então, a partir de 1975 que o CDC formalizou guias e diretrizes que regulam a prática de higiene das mãos, onde se recomendam situações que obrigam a essa prática. Mais recentemente, em 2002, foi definido pela mesma entidade o protocolo de higienização de mãos, o *Guideline for Hand Hygiene in Health Care Settings*, que assentou na revisão de estudos realizados sobre higienização e antissepsia das mãos. Este documento fornece aos profissionais de saúde recomendações gerais sobre as práticas de higienização das mãos, bem como recomendações específicas para promoção da melhoria das mesmas para a redução da IACS. Posteriormente, o tema continuou a ser tratado como uma prioridade na segurança do doente a nível mundial, com a criação, em 2004, da "*World Alliance for Patient Safety*" (Aliança Mundial para a Segurança do Doente), pela OMS. Esta

propôs-se a coordenar, disseminar e acelerar as melhorias relativas à segurança do doente. Portugal aderiu a esta aliança em outubro de 2008 (Andrade, 2013).

A OMS tem vindo a desenvolver programas para uma melhoria contínua da segurança do doente, como foi o caso do “*Clean Care is Safer Care*” (Cuidado Limpo é Cuidado Seguro), cujo principal objetivo é deixar a mensagem de que “medidas simples salvam vidas”, preconizando, entre outras, a higiene das mãos como uma das medidas com maior impacto na redução das IACS, da resistência aos antimicrobianos e dos custos associados a estas problemáticas (WHO, 2009).

Em 2009, a OMS apresentou uma extensão do programa anterior sob o tema “*Save Lives: Clean Your Hands*” (Salva Vidas: Lava as Tuas Mãos), no qual reforça os cinco momentos cruciais da higienização das mãos, como estratégia de proteção do doente, do profissional de saúde e do ambiente onde decorrem os cuidados, para evitar a disseminação de microrganismos patogénicos e, obviamente, reduzir a prevalência das IACS (Coelho [et al.], 2011).

Também no mesmo ano, foi lançada em Portugal, pela DGS, uma outra iniciativa, a Campanha da Higiene das Mãos, após a qual a adesão por parte dos profissionais cresceu significativamente (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Mais tarde, em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA), que é fruto da junção do Programa Nacional de Controlo de Infeção e do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos. O que daí resultou assenta numa intervenção pautada por um conjunto de programas de vigilância epidemiológica e de avaliação de prevalência e de uso de antimicrobianos (Fundação Calouste Gulbenkian, 2015).

Ainda em Portugal, em 2014, foi também lançada a Campanha de Precauções Básicas de Controlo da Infeção, com vista à prevenção da transmissão cruzada de IACS, o que mostra que não é, de facto, por falta de iniciativas que a prática da higienização não tem o sucesso idealizado (DGS, 2016).

Atualmente o Plano Nacional de Saúde (PNS) procura pautar a sua ação pela contínua melhoria da qualidade no setor da saúde, o que significa tudo fazer, diariamente, para prestar cuidados de saúde efetivos e seguros. Alude-se a uma política de eficiência e equidade na disponibilização destes cuidados e na utilização de recursos, no sentido de satisfazer as necessidades e expectativas dos cidadãos (DGS, 2015).

Para o período compreendido entre 2015 e 2020, a DGS propôs a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), que, com base em ações transversais, procura melhorar a cultura de segurança de forma integrada em todos os níveis de prestação de cuidados. Concretamente, este plano busca apoiar os gestores e profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) na aplicação de métodos e esboço de metas que otimizem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. Isto vem contemplado no Despacho n.º 1400-A/2015, onde se apregoa a melhoria da segurança dos doentes como uma responsabilidade da equipa multidisciplinar de saúde, que mobiliza as competências individuais dos profissionais e implica a gestão sistemática de todas as atividades (Ministério da Saúde, 2015).

Essa cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde pode ser trabalhada com a adoção de determinados procedimentos, entre os quais se destaca a higienização das mãos. Em termos conceituais, a DGS (2010) define a higienização das mãos como o termo que se aplica à lavagem das mãos com água e sabão, quer seja não antimicrobiano ou antimicrobiano, à fricção das mãos com solução SABA e à preparação pré-cirúrgica das mãos, executada pelos profissionais de saúde.

Para Wilson (2003), consiste no ato de esfregar toda a superfície das mãos, sem descurar dedos e punhos, com sabão ou solução antisséptica, seguida do enxaguamento com água corrente, a fim de remover os microrganismos. O mesmo autor salienta a propensão para que estes colonizem determinadas áreas das mãos em maior índice, o que requer uma higienização mais exigente. É o caso das regiões ungueais, zonas interdigitais, palma das mãos e punhos.

Por isso, na mesma linha de pensamento, a Comissão de Controlo de Infecção (CCI) (2006) refere que a superfície das mãos e os dedos devem ser esfregados com vigor e enxaguados de seguida com água corrente, mas os cuidados devem ser acrescidos com unhas, espaços interdigitais, punhos e palmas das mãos. Além disso, aconselha a retirar qualquer objeto de adorno das mãos e antebraços, pois são superfícies que podem acumular microrganismos de difícil remoção e a usar unhas curtas e limpas, sem verniz. A mesma entidade, no que respeita aos produtos de lavagem, recomenda o uso de sabão neutro e sabão líquido com agente desinfetante. Secar ou deixar secar bem as mãos e evitar recontaminá-las depois da lavagem, usando por exemplo um toalhete para fechar a torneira quando esta não dispõe de comando (DGS, 2010). Na sua totalidade, o procedimento deve ter a duração de cerca de 60 segundos.

A higienização das mãos compreende o objetivo de remoção de sujidade de material orgânico e/ou de microrganismos, evitando a infeção cruzada (Guedes [et al.], 2012).

Nesse sentido, a higienização com água e sabão com ou sem antisséptico fica restrito não só às situações em que os profissionais tenham as mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, mas também ao chegar e sair do local de trabalho, nas situações ditas “sociais” antes e depois das refeições ou da utilização das instalações sanitárias e na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile* (DGS, 2010).

Entre os diferentes tipos de prática de higienização das mãos que qualquer profissional de saúde, prestador de cuidados ou pessoa envolvida nos cuidados deve conhecer, referem-se a higienização com água e sabão ao longo toda a superfície das mãos por, pelo menos, 15 segundos (DGS, 2019).

Por sua vez, a fricção antisséptica ocorre com a mesma finalidade e é realizada da mesma forma que a higienização simples, embora com uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA), sendo esta forma mais rápida e mais eficaz, além de ser melhor tolerada do que a referida anteriormente. Por estes motivos, a lavagem com água e sabão é mais frequente quando as mãos estão visivelmente sujas, ou mesmo quando a SABA não está disponível (Henriques, 2012).

De acordo com a Norma nº 007/2019, de outubro de 2019, a preparação alcoólica para higiene das mãos pode ser sob as formas de gel, espuma e outras, desde que tenha uma concentração final mínima de 70% de álcool, ou sob a forma líquida, na concentração final entre 60% a 80% (DGS, 2019).

Em todo o caso, a SABA é apontada como a primeira escolha para a Higienização das mãos, pelo que a sua aplicação consiste na fricção das mãos, devendo ser utilizada na maioria dos procedimentos comuns na prestação de cuidados, com uma duração de 20 a 30 segundos, ao longo da palma das mãos e dos dedos, até as mãos ficarem secas. Esta deve ser, segundo a OMS (WHO, 2009), a escolha devida de todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, que mantêm contacto direto ou indireto com os doentes, que manuseiam medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado, uma vez que a SABA é eficaz, requer pouco tempo para a aplicação e a pele tem demonstrado uma boa tolerância.

Assim sendo, conforme recomendações da DGS, o tempo de higienização depende da técnica utilizada, uma vez que a lavagem simples deve ser realizada ao longo de 60 segundos, ao passo que a fricção antisséptica deverá decorrer entre 15 a 30 segundos (DGS, 2010).

A higienização das mãos deve realizar-se em cinco momentos: antes e após o contacto com o doente, antes de procedimentos assépticos, após contacto com o ambiente envolvente e após risco de exposição a fluidos orgânicos. O método e os produtos a utilizar na higienização dependem da intensidade do contacto com o doente ou dispositivos médicos, do grau de contaminação das mãos, da suscetibilidade do doente e do tipo de procedimento (Henriques, 2012; DGS, 2010).

De entre as várias técnicas de higienização das mãos, cada uma apresenta indicações específicas de realização, que não sendo respeitadas, podem originar reações, alergias e outras situações, em muitos casos apontadas como causas da diminuição da adesão à prática da higienização, como se verá de seguida.

1.6 A ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À PRÁTICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Os conhecimentos dos profissionais de saúde quanto à higienização das mãos constituem um dos fatores apontados como condicionantes da prática. Esta questão é debatida em vários estudos, havendo quem realce a necessidade de reforço em alguns pontos, que não se encontram devidamente consolidados e condicionam a prática, como por exemplo o tempo mínimo de fricção com SABA (Jezewski [et al.], 2017).

Um estudo longitudinal de Zottele (2016) sobre a avaliação do conhecimento e da adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos numa unidade de urgência, no Brasil, deu conta de que, no que respeita ao conhecimento sobre a higienização, a questão relacionada com as fontes de transmissão foi aquela em que se obteve uma percentagem de acerto mais baixa, a par dos momentos em que se deve proceder à higienização e a transmissão aos doentes por meio dos seus próprios organismos. As questões em que se demonstrou maior percentagem de acerto foram as referentes às vias de transmissão, à técnica e aos produtos a utilizar, e à transmissão ao profissional de saúde. No geral, os resultados deste estudo evidenciam uma baixa adesão e conhecimento sobre a higienização, assim como sobre os benefícios da utilização do álcool.

Jessee e Mion (2013) avaliaram o conhecimento, as atitudes e as perceções dos profissionais de saúde, tendo apurado que mais de 53% dos profissionais se revelam incapazes de identificar importantes princípios de controlo de infeção, o que torna preocupante a posição dos profissionais de saúde quanto ao tema.

Gonçalves (2012) salienta a importância da obtenção de conhecimento de uma forma gradual e não estática, ao longo do percurso profissional, nomeadamente através da pesquisa e auto-formação, pois isso pode contribuir para a sensibilização e para o cumprimento das recomendações preconizadas pelas entidades de direito. No seu estudo, a autora verificou que os profissionais demonstram ainda um défice de conhecimentos, nomeadamente em questões relacionadas com a associação dos microrganismos multirresistentes à sua via de transmissão e com o intervalo de tempo adequado para iniciar as medidas de higienização, bem como com a seleção do Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado à via de transmissão por contacto. A autora conclui que os profissionais que têm mais conhecimentos demonstram realmente melhores atitudes, o que se traduz na adoção adequada de medidas de prevenção e controlo de infeção.

Silva e Sousa (2015) entendem que, apesar de muitos profissionais deterem conhecimento teórico e científico sobre a realização da prática de higienização das mãos, não o aplicam de forma plena na sua prática diária, o que torna controversa a relação dos conhecimentos com a efetiva adesão, pois nem sempre a posse do conhecimento irá implicar o desenvolvimento de um comportamento adequado, podendo a baixa adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos não estar diretamente ligada ao conhecimento teórico dos mesmos, mas sim à interiorização desse conhecimento na prática diária e no hábito dos profissionais.

Oliveira e colaboradores (2013), também debruçados sobre o mesmo assunto, verificaram que apesar da perceção e do conhecimento relativo à resistência bacteriana pela equipa multiprofissional, isso não se repercute numa maior adesão às medidas de controlo, nomeadamente à higienização das mãos. Os autores atestam que, na verdade, mais da metade dos profissionais evidenciam um desconhecimento das possíveis fontes e vias de transmissão de microrganismos, o que pode, naturalmente, afetar a sua prática e, conseqüentemente, a sua segurança bem como a dos doentes.

Ainda assim, não escasseiam estudos que estabeleçam essa relação de causa-efeito entre os conhecimentos e a prática. Oliveira e colaboradores (2010), por exemplo, numa avaliação do conhecimento e do comportamento dos profissionais de uma UCI em relação à adoção de precauções de contacto, registaram um baixo nível de conhecimento e de comportamentos adequados. Verificaram, além disso, que o nível de conhecimento foi diferente entre os vários profissionais, mas também constataram que o conhecimento não é condição suficiente para implicar um comportamento adequado. Os autores entendem que o comportamento inadequado dos participantes observados estará na origem da desvinculação entre a teoria e a prática e do facto de os profissionais por vezes serem

preparados para repetir maquinalmente os procedimentos e para os executar de forma acrítica.

Isto leva a crer que o conhecimento das práticas pode não ser, por si só, suficiente. Prado e colaboradores (2012), assim como Santos e colaboradores (2014), descrevem que o conhecimento e a técnica não chegam para a redução da disseminação de microrganismos. Com efeito, é necessário que também a estrutura física e os recursos materiais estejam disponíveis para os profissionais de saúde. Na realidade, o uso de EPI tem também adquirido algum destaque no que concerne à garantia de segurança do profissional de saúde e do doente relativamente à prevenção de infeções. Este tipo de equipamentos contempla luvas, máscaras, batas, aventais, óculos, viseiras, e outros, cuja utilização se deve pautar pela avaliação de risco de infeção cruzada de microrganismo, no risco de contaminação do vestuário, da pele ou de mucosas dos profissionais de saúde com produtos biológicos do doente (Pratt [et al.], 2001). Embora devam ser usados com consciência e de forma responsável, é fundamental reconhecer-se que os EPI reduzem, mas obviamente não eliminam na íntegra, o risco de infeção cruzada de microrganismos, tornando-se apenas eficazes se usados corretamente e em cada contacto. Na prevenção e controlo das IACS, os EPI devem ser usados como um complemento das restantes recomendações, pelo que não substituem, de todo, a higienização das mãos (Pina [et al.], 2014).

O relatório de auditoria às Precauções Básicas em Controlo da Infeção (PBCI) (DGS, 2015) dá conta de que a disponibilidade dos EPI avaliada foi satisfatória, no entanto, estes nem sempre se revelaram adequados aos procedimentos, o que constitui uma lacuna dos serviços. Há uma percentagem baixa no que respeita ao cumprimento para os aventais de uso único (61%) e para os sapatos do fardamento (64,5%), aos quais se seguem os óculos/ proteções oculares (73,6%), as batas de manga comprida (74,3%) e as máscaras/ respiradores (83,4%). A taxa de cumprimento mais elevada verificada foi relativa ao uso de luvas.

As precauções básicas deixam, no entanto, de ser válidas se não se padronizarem normas adaptáveis aos agentes infecciosos e aos doentes. Deve repensar-se a limitação do contacto do profissional de saúde com as secreções e líquidos biológicos, lesões cutâneas, membranas mucosas e sangue ou líquidos orgânicos, sem se descurar, de modo algum, o uso de luvas, para cada contacto contaminante e, aventais ou batas, máscara e proteção ocular, nos casos que assim o exigem (WHO, 2002).

O uso de luvas deve, efetivamente, integrar o conjunto de medidas de prevenção das IACS, pois funcionam como barreira de proteção para doentes e profissionais no contacto com

pele lesada e mucosas, líquidos orgânicos, secreções ou excreções. Além de reduzirem as possibilidades de contaminação, as luvas atuam na proteção da pele contra riscos químicos, térmicos e/ou de radiações (Pina, 2006). No entanto o seu uso indevido pode, mesmo assim, permitir a transmissão de agentes patogénicos (CCI, 2006). Por conseguinte, o uso não invalida uma correta e responsável higienização das mãos, funcionando mais como um complemento, sendo importante lavar as mãos antes de calçar as luvas e após retirá-las.

Na realidade, um aspeto preponderante nos números que traduzem a adesão é a perceção do risco por parte dos profissionais. Esta é efetivamente apontada como potenciadora de uma prestação de cuidados com qualidade, pautada pela adesão a medidas de segurança (Silva [et al.], 2015). Nesse processo, o papel das instituições de saúde na disponibilização das melhores condições para a implementação de práticas adequadas é, obviamente, fundamental. Crê-se que a perceção do risco, aliada a conhecimentos adequados, representa um incentivo a atitudes preventivas que resultarão, com toda a certeza, em benefícios para a prevenção e controlo da IACS, dos quais todos os profissionais são responsáveis, o que pressupõe, por essa razão, um trabalho multidisciplinar (Silva [et al.], 2015).

Segundo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, declara-se a sua segurança quando se reduz, a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. Neste contexto, uma higienização adequada das mãos é, sem dúvida, parte integrante dessa classificação, pelo que deve ser seguida rigorosamente em todas as situações, para garantir a segurança do doente.

Oliveira e Pinto (2018) reconhecem no seu estudo que a perceção dos profissionais denota consciência e preocupação face ao risco dos doentes adquirirem infeções. Como tal, uma grande maioria dos profissionais (90%) considerou as medidas de higienização altamente eficazes na redução das infeções relacionadas com o cuidado, sendo que cerca de 94,7% julgaram até que essa prática era de extrema importância quando realizada antes e após o contacto com os doentes, no sentido de prevenir. No que respeita à preferência do tipo de medida de higienização apontada pelos profissionais, destacou-se a higiene das mãos com água e sabão (78%), em detrimento da fricção com preparação alcoólica (22%), algo que os profissionais inquiridos relacionam com a eficácia, a praticabilidade e o hábito, o que não condiz com as recomendações da OMS.

É, por isso, da responsabilidade de todos os profissionais de saúde ter conhecimentos que permitam identificar as situações que representam maior risco para os doentes e para eles próprios, levando-os a adequar o planeamento e a prestação de cuidados de acordo com

a situação clínica individual, o que impõe a aplicação dos conhecimentos sobre a higiene das mãos, além do uso adequado de barreiras protetoras, da aplicação da técnica asséptica, bem como de aspetos ligados ao ambiente que possam contribuir para cuidados mais seguros (Silva, 2013).

Todavia, a verdade é que se observa ainda alguma resistência na adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos, sendo indispensável a existência de um plano de formação contínua dos profissionais, de forma a inculcar conhecimento das normas e legislação reguladora da prevenção de infeções, que exige produção e reprodução constante de conhecimento (Silva e Sousa, 2015).

Segundo a OMS (WHO, 2009), existe uma fraca adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde, ao ponto de enfermeiros e médicos geralmente higienizarem as mãos menos de metade das vezes do que deveriam, e em situações de prestação de cuidados ao doente crítico, onde se encontram graves limitações de tempo, o cumprimento das boas práticas só atinge, possivelmente, os 10%. Outros estudos realçam que o cumprimento dessa prática pelos profissionais de saúde é efetivamente reportado como insatisfatório em todo mundo, com estimativa de taxas inferiores a 50% (Mertz [et al.], 2011).

Num plano internacional, um estudo desenvolvido na Áustria, com o propósito de avaliar o conhecimento sobre a higienização das mãos e a adesão a essa prática entre alunos de Medicina do terceiro ano, revelou que 70% consideraram o seu conhecimento em relação à temática excelente ou bom, todavia apenas 49% dos inquiridos relatavam adesão à prática conforme preconizado pela OMS (Herbert [et al.], 2013).

Um estudo de Pittet [et al.]. (2000) sobre a prática da higienização por enfermeiros dos hospitais de Genebra relatou um aumento na adesão à mesma, após a implementação de uma campanha de higienização, que se manteve por um período de 48 meses, o qual foi associado à redução nas taxas de IACS de um microrganismo multirresistente.

Por sua vez, Larson e colaboradores (2000) descreveram um importante aumento na adesão à higienização das mãos num hospital americano ao longo de 6 meses, o que resultou numa mudança na cultura organizacional a favor da prática, envolvendo administradores, gestores e clínicos.

A partir de 2008, mais de 120 países reuniram-se para dar resposta ao desafio de conter a propagação de infeção através de uma correta higiene das mãos. Os primeiros resultados revelaram uma melhoria significativa, particularmente na Austrália, na Bélgica, em Hong Kong, na Itália, no Mali e na Suíça (The Joint Commission, 2009).

Também a ferramenta de observação "Manual para Observadores" da OMS merece uma menção, já que foi usada como instrumento de promoção da higienização das mãos em campanhas em mais de 25 países desenvolvidos, incluindo a Austrália, o Canadá ou o Reino Unido. No primeiro caso, verificou-se uma melhoria média de 15,1% na taxa de adesão à prática entre todos os grupos profissionais. Além disso, também na Austrália, a campanha permitiu uma subida na disponibilização de álcool nas áreas destinadas aos doentes, bem como um aumento no conhecimento dos profissionais, o que se refletiu na adesão. Consequentemente, neste período, o número de infeções diminuiu (The Joint Commission, 2009). No caso da Austrália, a tendência tem-se mantido, o que foi demonstrado por um estudo de impacto, que envolveu 50 hospitais nacionais, que revelou que uma campanha de lavagem das mãos acionada pelo governo do país, embora dispendiosa, se revelou bastante eficaz (Graves [et al.], 2016). O cenário foi semelhante no Canadá, onde as campanhas também surtiram efeito ao nível do conhecimento científico e da adesão à prática, conforme o relatório anual do Kingston General Hospital, que apresentou, entre 2014 e 2015, uma taxa de adesão à HM de 79,5% antes do contacto com os doentes e de 87,5% após" o contacto (Souza [et al.], 2015).

É com base nestes resultados que a OMS recomenda a observação direta e vigilância das oportunidades de higienização das mãos, pois esse constitui um padrão de ouro para a monitorização da prática. Comprovando esta tendência, Hansen e colaboradores (2012) realizaram um estudo em 7 países europeus (Áustria, Bélgica, Hungria, Itália e Espanha), onde constataram que a vigilância epidemiológica variava, mas que, de uma forma geral, os países adotam as definições do CDC. Ainda assim, o método pode condicionar a mudança de atitude dos profissionais por estarem conscientes da observação e pressionados pela mesma (Oliveira e Paula, 2011).

Um estudo realizado em uma Unidade de Cuidados Intensivos, no Brasil, avaliou a adesão aos cinco momentos de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde, tendo apurado que em cerca de 793 observações analisadas, não ocorreu a higienização em 56,2% dos casos. A taxa de adesão reportada foi superior nos fisioterapeutas (53,5%), tendo-se a menor taxa verificada nos técnicos de enfermagem (29,2%). De entre os cinco momentos considerados para a higienização, aqueles em que houve menor adesão foram antes do contacto com o doente (18,4%) e antes de procedimento asséptico (20,9%) (Souza [et al.], 2015).

Em Portugal, a taxa global de adesão à prática da higiene das mãos, mediante a observação na Campanha Nacional de Higiene das Mãos em 2009, foi de 46,2% (Andrade, 2013). Ainda assim, a taxa global de adesão à higienização das mãos parece ter vindo a

aumentar consideravelmente desde 2011, apresentando em 2015 uma taxa de 73,1% a nível nacional e de 66,8% ao nível dos hospitais privados (DGS, 2016).

Observa-se, com efeito, uma certa heterogeneidade relativamente à adesão ao longo dos cinco momentos preconizados para a higiene das mãos. Entre 2014 e 2015, mediante estudo da DGS (2016), subsistem evidências de que o primeiro (“antes do contacto com o doente”) e o quinto momento (“após contacto com o ambiente envolvente do doente”) da higienização das mãos são os mais descuidados, com taxas de adesão de 64,9% em 2015 (61,9% em 2014) e de 69,3% (65,1% em 2014), respetivamente. A prática tende a ser consistentemente mais elevada no terceiro momento, “após risco de exposição a sangue ou fluidos orgânicos” (DGS, 2015). Segundo a DGS (2017), a taxa de adesão dos profissionais à higiene das mãos em 2016, em Portugal foi de 73%, tendo sido registado um aumento ao nível dos Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI).

Também Andrade (2013) constata que a prática é maioritariamente executada antes de procedimentos específicos, nomeadamente: limpos/assépticos/cirúrgicos (83,1%), após exposição de fluidos orgânicos (98,5%), entre doentes diferentes (81,4%) e antes de procedimentos invasivos (87,5%). Na realidade, antes do contacto com o doente, estas percentagens são mais baixas (47,1%), bem como após contacto com o meio envolvente do doente (47,8%).

É consonante a ideia de que, em Portugal, a adesão ao procedimento da higienização das mãos por profissionais de saúde sofria uma subvalorização, pois dificilmente excedia os 50% (DGS, 2010). Isto dá crédito à ideia de que há ainda muito trabalho a desenvolver em termos de formação e estratégias, para melhorar quer os conhecimentos dos profissionais de saúde acerca da higienização das mãos, quer a sua adesão a esta prática tão importante na redução das IACS e suas consequências.

Avaliando a taxa de adesão por categoria profissional, constatou-se entre 2014 e 2015, os enfermeiros melhoraram a sua adesão em 2,1%, constituindo este o grupo profissional que mais tem aumentado a sua adesão de forma consistente ao longo da campanha (DGS, 2016). Estes dados são congruentes com muitos outros estudos, que dão conta de que os enfermeiros integram efetivamente a categoria profissional que demonstra maior adesão à prática, quando comparada com a categoria dos médicos, assistentes, técnicos e outros profissionais (DGS, 2015; Monteiro, 2012; Oliveira [et al.], 2010).

No entanto, verifica-se que a adesão dos enfermeiros é mais baixa nos serviços de Cirurgia/Especialidades cirúrgicas (69,1%), seguida dos serviços de Medicina/Especialidades médicas (73,3%) (DGS, 2016).

Zottele (2016) aponta que a adesão total às técnicas de higienização numa unidade de saúde brasileira foi de 54,2%, tendo a maior taxa sido encontrada entre os enfermeiros e os fisioterapeutas (66,6%), sendo que os primeiros pareceram aderir mais do que técnicos de enfermagem e médicos residentes.

Em suma, apesar de se testemunhar uma tendência positiva e um crescimento gradual da prática, os números estão longe de atingir o objetivo traçado pela Organização Mundial de Saúde de 100% de adesão a este procedimento (DGS, 2012). Além da baixa adesão, por vezes a prática, quando executada, não obedece à técnica e ao tempo recomendados nos documentos normativos, ou seja, a técnica correta da higienização das mãos não está incutida na prática diária dos profissionais de saúde, o que torna emergente o cumprimento dos planos de formação, com o objetivo de instigar a mudança de comportamentos dos profissionais, e assim aumentar a adesão dos mesmos à higienização das mãos (Primo [et al.], 2010).

Vários motivos são apontados como justificação da não-adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos, sendo que por vezes estão relacionados com as suas crenças e mitos, ausência de lavatórios próximos do doente e recursos adequados, reações cutâneas nas mãos, falta de motivação, falta de tempo, falta de recursos humanos e a falta de preparação e consciência sobre a importância das mãos na transmissão de microrganismos (Santos [et al.], 2014; Primo [et al.], 2010). A falta de tempo é sobretudo referida na sequência da sobrecarga de trabalho e a existência de poucos profissionais em determinado turno (Andrade, 2013). Outros autores anuem a lesões cutâneas, a excesso de atividades que culminam na falta de tempo, a inacessibilidade de estruturas como os lavatórios na zona em que se encontram em determinado momento, e reportam ainda esquecimento, conhecimento inadequado, falta ou baixa qualidade dos insumos como sabão, papel toalha e preparação alcoólica (Santos, 2017; Bathke [et al.], 2013). Kawagoe (2009) acrescenta a queixa por parte dos profissionais de saúde de secura das mãos e de problemas advindos do procedimento de higienização e dos produtos utilizados, como a dermatite crónica de contacto, o que também pode constituir uma barreira a esta prática. Neste sentido, são vários os estudos que têm apontado que preparações alcoólicas em líquido ou gel com emolientes causam menor ressecamento do que sabonetes associados a antissépticos (Wickett e Visscher, 2006). Além disso, são ainda apontados como fatores justificativos da não adesão o uso de luvas (Souza [et al.], 2015), o fluxo inadequado de

assistência ao doente decorrente da superlotação dos serviços (Santos [et al.], 2014) e ainda a falta de exemplo positivo por parte dos superiores hierárquicos (Pittet [et al.], 2000). Valim e colaboradores (2013) acrescentam às lacunas o nível de recursos materiais e humanos no próprio ambiente de trabalho, as barreiras relacionadas com a gestão e falta de compromisso institucional, mas referem também os conhecimentos e a experiência profissional como aspetos condicionantes, o que deixa os níveis de adesão, segundo os autores, aquém dos níveis recomendados.

Zottele (2016) aponta, com base nas conclusões do seu estudo e no parco conhecimento e adesão dos profissionais à higienização das mãos, a necessidade de institucionalização e divulgação de diretrizes, recomendações e indicações para este procedimento, com vista à segurança do doente e à autoproteção do profissional de saúde. A autora ressalva ainda a importância da implementação de um sistema de monitorização da adesão dos profissionais, com recurso a diferentes métodos como questionários, observação direta e cálculo de uso de suprimentos.

Mediante a perceção dos profissionais de saúde a respeito do cumprimento das medidas de higienização das mãos, os inquiridos por Oliveira e Pinto (2018) relataram ter recebido formação sobre a higienização das mãos na instituição, no entanto há um manifesto desconhecimento dos "Cinco momentos da Higienização das Mãos", pelo que, na prática clínica, a aplicação destes "mandamentos" constitui, de facto, um desafio para muitos profissionais, que embora reconheçam a importância das medidas na prevenção e redução das IACS, bem como na disseminação da resistência bacteriana, não se encontram aptos a reconhecer as situações que exigem a sua adoção e, conseqüentemente, não as adotam de forma efetiva (Souza [et al.], 2015), pelo menos no Brasil, local onde estes estudos foram conduzidos.

Botene e Pedro (2014) levantam as mesmas questões, mas em contexto pediátrico. As autoras veem nos cuidados de higienização, ou melhor, na falta deles, uma questão preocupante, sobretudo quando falamos da prestação de cuidados às crianças aquando da sua hospitalização. Esta exige uma maior proximidade com os profissionais de saúde, que muitas vezes têm que prestar cuidados de higiene e conforto, como por exemplo a troca de fraldas, nos cuidados com a alimentação, na administração de medicação, no tratamento de feridas e outros procedimentos em que, muitas vezes, a demanda é maior. O próprio acalento e colo que se tem que prestar na ausência de uma figura parental ou familiar torna estes doentes mais suscetíveis a infeções, sobretudo quando a higienização não é feita de forma adequada.

O que efetivamente se verificou no estudo de Botene e Pedro (2014) foi pouca exigência da execução da técnica por parte dos professores durante as atividades práticas letivas. Os participantes do estudo relataram que a formação concernente a esta temática no ensino decorre quase sempre em semestres iniciais dos cursos e de uma forma pouco enfática ao longo do mesmo, o que talvez explique a parca repercussão na prática dos estudantes, pelo que se depreende que esta temática terá sido pouco marcante no período formativo dos entrevistados. Outros investigadores haviam já associado os achados na deficiente prática da higienização à distância temporal dos semestres iniciais em que a técnica foi ensinada (Corrêa e Nunes, 2011). Desta forma, sendo a prática profissional um reflexo do processo de ensino-aprendizagem e a oportunidade para o desenvolvimento das competências do futuro profissional, talvez haja mudanças a fazer na realização dos planos de estudos dos cursos superiores, ou na abordagem que se faz desta temática.

A adesão à higienização das mãos, para além do conhecimento, é influenciada por outras variáveis. Há estudos que referem a idade, o tempo de experiência profissional, o tempo de serviço na unidade, os horários de trabalho e o tipo de contrato. Monteiro (2012) encontrou evidências de que a menor adesão à higienização das mãos acontece, no que concerne ao tempo de experiência profissional, nos profissionais com pouca ou com muita experiência, ou seja, abaixo dos 6 anos e acima dos 22. Por outro lado, com horários de trabalho superiores a 35 horas semanais, há também uma maior tendência para uma baixa adesão. O mesmo acontece com pouco tempo de serviço na mesma unidade, em que a adesão tende a ser menor. Os profissionais que detêm um contrato de trabalho mais estável tende a higienizar mais frequentemente as mãos, assim como aqueles que trabalham em serviços cirúrgicos, por oposição aos que trabalham em serviços médicos. É consonante a ideia de que quanto mais elevada for a taxa de ocupação dos serviços, mais baixa é a adesão à higienização das mãos, da mesma forma que a formação recebida há pouco tempo é um preditor de uma baixa adesão, em comparação com a formação já recebida há mais tempo. Os conhecimentos, a par de ações por parte da instituição, como a disponibilização de SABA e a colocação de cartazes promotores da adesão à prática, a formação e o treino e ainda o feedback são tidos como aspetos positivamente influentes numa boa prática de higienização das mãos (Monteiro, 2012).

Nesse sentido, nota-se a relevância de implementar ações educativas que reforcem a importância da alteração de comportamentos dos profissionais de saúde (Andrade [et al.], 2011).

A higienização das mãos deve ser o foco de atenção dos serviços de saúde, com os objetivos de assegurar aos doentes cuidados de saúde de qualidade, garantir segurança

aos doentes e profissionais de saúde, diminuir o número de IACS e, conseqüentemente, minorar os custos hospitalares (Guedes [et al.], 2012).

Segundo Aires [et al.] (2010, p. 197), “a eficácia da formação nesta área está demonstrada em vários estudos (...) é necessário apostar na formação académica e profissional nesta área insistindo e reforçando as boas práticas (...) de facto, só previne quem sabe!”, pelo que os hospitais devem investir arduamente no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde, diminuindo também, desta forma, o tempo de internamento dos doentes, e assim os gastos em termos monetários.

No cumprimento de todas as medidas de higiene e segurança, os órgãos de gestão de cada hospital ou instituição têm um papel de grande destaque. Cabe-lhes, como sugere a DGS (2010), atribuir prioridade institucional ao aumento da adesão à higiene das mãos por parte dos profissionais, promover a monitorização da adesão destes à referida prática, divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho, ou seja, proporcionar-lhes *feedback* que os estimule e motive, disponibilizar recursos adequados, como lavatórios colocados em locais estratégicos, fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados, bem como sabão adequado e creme hidratante, por forma a minimizar a ocorrência de problemas cutâneos, como dermatites de contacto associadas à higienização das mãos. Devem igualmente fornecer produtos para higiene das mãos alternativos aos profissionais com reações adversas aos produtos tipicamente utilizados na unidade de saúde e designar profissionais com formação e treino em controlo de infeção para implementar programas promocionais da prática de higienização.

Com efeito, a formação pode influenciar significativamente o comportamento dos profissionais, pelo que é indispensável que tenham conhecimento, por exemplo, da eficácia da SABA na redução dos microrganismos presentes nas mãos, bem como dos momentos indicados em que a ela devem recorrer. Assim, as estratégias de motivação dos profissionais para a higiene das mãos devem ser multimodais e multifacetadas (Andrade, 2013). Estas poderão constituir um método fidedigno para proporcionar melhorias sustentadas no domínio da higienização das mãos em todas as unidades de saúde.

Neste sentido, foram definidos cinco componentes desta estratégia multimodal para uma boa gestão da higienização: mudança de sistema – através da disponibilização de recursos como SABA no local de prestação de cuidados e acesso a lavatórios, água, sabão e toalhetes de papel; formação e educação; observação e informação de retorno; lembretes nos locais de trabalho; e cultura institucional de segurança (DGS, 2010).

As instituições de saúde devem designar profissionais com formação e treino em controlo de infeção para implementar programas promocionais de formação contínua da prática de higiene das mãos, com o objetivo de aumentar a adesão dos profissionais de saúde a esta prática. A formação deve destacar, especificamente, os fatores que podem influenciar significativamente o comportamento e não apenas o tipo de produtos para a higiene das mãos. Deve ter em consideração o tipo de atividades praticadas que podem contaminar as mãos, os doentes e/ou o ambiente e demonstrar de forma clara as vantagens e desvantagens dos vários métodos utilizados na higiene das mãos (*idem, ibidem*).

Deve então a vigilância epidemiológica da resistência aos antibióticos nos microrganismos ser uma componente essencial da estratégia hospitalar, de forma a controlar o consumo de antibióticos, considerando a padronização de condutas, a formação na área da infeção hospitalar, a racionalização, a seleção de materiais de isolamento e a monitorização da utilização de soluções de limpeza e desinfeção como uma prioridade (Silva, 2013).

Em suma, é crucial, cada vez mais, reconhecer o processo de higienização das mãos como preponderante numa prestação de serviços com qualidade e na garantia de segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, que devem deter o máximo conhecimento, pois este, quando aplicado na prática, ou seja, quando utilizado como saber operante e orientador das suas ações, irá certamente intervir na qualidade da assistência prestada e na redução das taxas de infeção hospitalar, bem como das consequências daí advindas. Reconhecidamente, a efetiva gestão de competências é cada vez mais um requisito para a afirmação dos padrões de qualidade profissional pelos quais os profissionais de saúde pautam a sua conduta.

A realização do controlo da infeção é uma responsabilidade moral e legal por parte das instituições, pelo que a adoção de medidas não depende apenas da formação profissional, mas também da formação do trabalhador enquanto cidadão e indivíduo de uma comunidade. Por isso, a efetiva adesão à prática depende da sua atitude, dos seus princípios e valores. Isto leva a crer que, embora a adesão à higiene das mãos seja uma prática diretamente influenciada pelos pares, não deixa de ser é um ato voluntário e individual, que depende da decisão e da consciência de cada profissional.

Ora, tendo em conta que as IACS constituem hoje uma epidemia silenciosa, como referem Pittet e colaboradores (2008), urge reforçar o conhecimento acerca das mesmas e, de forma incansável, tentar consciencializar e sensibilizar os profissionais para esta questão. É certo que há unidades que já o fazem, mas este é um trabalho contínuo, que não deve cair no esquecimento ou no conformismo, uma vez que não há nenhum país no mundo que possa afirmar que ter ultrapassado, definitivamente, este problema.

Esta sensibilização deve ocorrer em todas as categorias profissionais, mas com maior ênfase na categoria de enfermeiros especialistas, atores responsáveis pelo controlo e prevenção de infeção, cujas competências serão elencadas de seguida.

1.7 O ENFERMEIRO ESPECIALISTA E AS COMPETÊNCIAS NO CONTROLO DA INFEÇÃO

A evolução do conhecimento e das necessidades em saúde faz com que haja necessidade de formação contínua e de diferenciação na intervenção clínica.

É neste sentido que, para a OE (2007, p.17), o enfermeiro especialista é aquele que apresenta “um conhecimento aprofundado num domínio específico (...) que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”

Enquanto prestador de cuidados diferenciado, o enfermeiro especialista é responsável por educar, orientar, aconselhar, liderar e procurar estratégias que o ajudem a melhorar a prática da enfermagem (OE, 2011). Neste sentido, é a este profissional que cabe também promover o desenvolvimento pessoal e profissional, agindo por isso como modelo para os outros profissionais (Cardoso, 2011).

Possuindo um conhecimento profundo e uma visão holística dos doentes enquanto pessoas, o enfermeiro especialista possui um elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo e suscita novas dimensões do cuidar (Leite, 2006), apropriando assim todo o seu conhecimento e mobilizando-o de forma a articular a teoria com a prática.

No âmbito das competências preconizadas, o enfermeiro deve demonstrar uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, através de um exercício profissional especializado, o que diz respeito ao conjunto de competências comuns do enfermeiro (OE, 2019). Estas assentam em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal traduzem-se essencialmente na tomada de decisões éticas e deontológicas e na avaliação sistemática das melhores práticas, considerando naturalmente as preferências do doente, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Por outro lado, as competências no domínio da melhoria da qualidade levam o enfermeiro a personificar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da

governança clínica, adotando uma postura proativa que contemple um ambiente terapêutico e seguro e o desenvolvimento de projetos institucionais na área da qualidade e a gestão do risco (OE, 2019). Por sua vez, a gestão de cuidados implica a otimização da resposta da equipa que presta os cuidados de saúde, pressupondo assim a adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, com vista à garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019). Não se descarta também, entre as competências do enfermeiro especialista, aquela que diz respeito ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que se traduzem na importância do autoconhecimento e da assertividade. É importante, não apenas na área da enfermagem, mas na área da saúde de uma forma geral, que os profissionais tenham um profundo conhecimento de si e da forma como se relacionam com o outro, no sentido de identificar as suas capacidades e limitações e a forma como estes fatores podem eventualmente influenciar a prestação de cuidados. É efetivamente através deste processo de autoconhecimento que o enfermeiro adota uma atitude assertiva em situações complexas com elevado envolvimento emocional, situações de elevada pressão e na gestão de conflitos (OE, 2011), contextos que predominam na sua profissão.

Enquadrando estas competências na temática do presente estudo, como vimos, a IACS é um problema que reúne a preocupação de equipas multidisciplinares, pela magnitude do problema e pelas implicações para as organizações, para os doentes e famílias e para a sociedade. Como tal, enquadra-se nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem relativamente a pessoas em situação crítica.

As competências específicas são regulamentadas para cada área de especialidade, dando ênfase ao conjunto de conhecimentos, capacidades e aptidões que mobiliza no seu contexto laboral. Designa-se, portanto, por especialista, “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”, conforme o Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos enfermeiros, 2019, p. 1).

As competências específicas dizem respeito às “competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2019, p. 2). Entre as competências que se prendem com a garantia de um ambiente terapêutico e seguro, é da competência do enfermeiro especialista promover um “ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos” (OE, 2019, p. 4), mas também participar “na gestão do risco ao nível institucional e/ou de

unidades funcionais", o que pressupõe, entre outros critérios, coordenar a "implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção" (OE, 2019, p. 5).

Segundo o Regulamento n.º 124/2011, uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica prende-se com a liderança do "desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica" (p. 2). Assim, o enfermeiro vê-se incumbido do exercício de atividades de grande complexidade (Silva, 2013).

Independentemente do contexto, seja hospitalar, domiciliário, cuidados de saúde primários ou num processo formativo, o controlo de infeção é transversal a qualquer prática da enfermagem, logo está implicado em qualquer atividade do enfermeiro.

No âmbito do controlo e prevenção da infeção, surgiu a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente (CQSD), que deve integrar pelo menos 1 enfermeiro especialista, com formação específica, a fim de fazer cumprir a missão da comissão, que visa "contribuir para a promoção de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, segurança do cliente e gestão do risco nos cuidados de saúde primários" (OE, 2019, p. 10).

A Comissão de Controle de Infeção Hospitalar (CCIH) atua em contexto hospitalar na busca pela prevenção e controlo de infeções. Nela, o enfermeiro assume funções importantes, como gestão, avaliação da qualidade dos serviços e práticas assistenciais (Moura [et al.], 2007).

A legislação que se ocupa da composição das comissões de controlo de infeção, que inclui enfermeiros, integra os programas prioritários do PNS e dita que a prevenção e controlo de infeções, nomeadamente a higiene das mãos, deve cumprir uma abordagem prática e baseada em evidências, cujo impacto se reflita na qualidade do atendimento e na segurança do doente, em todos os níveis do sistema de saúde. Foi com base nestes pressupostos que a DGS criou o já mencionado neste estudo Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos, com o qual pretendeu consciencializar os profissionais de saúde e a população em geral para a importância da higienização das mãos enquanto uma das precauções básicas de controlo de infeção, aumentando a sua literacia em termos de segurança.

No contexto específico do PPCIRA nacional, a OE recomenda 4 enfermeiros com dedicação completa à função específica de prevenção e controlo de infeção, designadamente 1 para a área dos cuidados de saúde primários, 1 para a área dos cuidados continuados integrados e 2 para a área dos cuidados hospitalares. No exercício

das suas funções, o enfermeiro deve ter formação específica adquirida seja por meio de cursos de formação avançada, pós-graduação ou mestrado, seja através de especialidade que desenvolva *curriculum* académico e profissional neste âmbito, ou ainda tendo experiência profissional reconhecida, bem como competência acrescida diferenciada em controlo de infeção (OE, 2019).

A OE lançou também o regulamento das dotações seguras de enfermagem, o Regulamento nº 743/2019, que preconiza que “a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações” (OE, 2019, p. 1).

O documento, que apresenta os cálculos de dotação de enfermeiros nas várias áreas da saúde, entende que para os cuidados hospitalares, “os valores de referência para os indicadores a utilizar devem corresponder aos valores consolidados (média) nos últimos dois anos, em cada instituição” (OE, 2019, p. 12). Como tal, na dotação total das unidades, o regulamento recomenda que o mapa de enfermeiros disponha de, pelo menos, 35% de enfermeiros especialistas, devidamente alocados por área de especialidade. São um caso excecional as unidades de saúde especializadas, nas quais o número de enfermeiros especialistas deverá ser necessariamente superior.

O enfermeiro atua assim na execução de atividades especiais de prevenção, diagnóstico, tratamento e controlo das infeções, integrando uma equipa multidisciplinar. A sua ação vai além da prática, pois o enfermeiro especialista encabeça também um papel educativo, cabendo-lhe a capacitação dos profissionais da saúde, contribuindo na sua formação, daí o facto de servir de modelo aos restantes profissionais.

De uma forma mais concreta, o enfermeiro especialista atua ao nível da vigilância epidemiológica das infeções, agindo no seu diagnóstico, na notificação, na avaliação por índices, na investigação de surtos, nas medidas de isolamento, na adequação e supervisão das normas técnicas e na elaboração de protocolos clínicos para tratamento da infeção (Fernandes, 2008).

Assim sendo, a prevenção e controlo de IACS constitui uma área prioritária na prestação de cuidados e na segurança dos doentes que recorrem aos serviços de saúde, pelo que os profissionais de saúde devem, nomeadamente enfermeiros especialistas, estar despertos para esta problemática e, sobretudo, possuir formação em controlo de infeção, uma vez que são profissionais cruciais nos processos de prevenção, deteção e controlo

destas infeções. Perante isto, mais do que a sua sensibilização, importa que a sua *praxis* clínica se baseie em sólidos padrões de conhecimento.

CAPÍTULO II - OPÇÕES METODOLÓGICAS

A metodologia pode ser descrita como uma exposição minuciosa de todos os procedimentos necessários para a concretização de uma medição. Trata-se de uma explanação cuidada, detalhada, rigorosa e exata de todo o processo desenvolvido no método do trabalho de pesquisa. Assim sendo, a fase metodológica baseia-se em explicar como o fenómeno de estudo será introduzido num plano de trabalho que estabelecerá as atividades necessárias à realização da investigação (Fortin, 2009).

É na fase metodológica que se enunciam o tipo de estudo, o contexto onde se vai realizar o estudo, a população e a seleção da amostra, o instrumento de recolha de dados e a previsão de tratamento de dados (Fortin, 2009).

2.1 OBJETIVOS E FINALIDADES

De acordo com a problemática e com a questão de partida, traçaram-se os seguintes objetivos gerais:

- Avaliar a variação dos conhecimentos sobre a higienização das mãos em função do grupo profissional;
- Avaliar a variação da adesão à prática da higienização das mãos em função do grupo profissional.

Para tal definiram-se os seguintes objetivos específicos

- Descrever os conhecimentos dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos;
- Comparar os conhecimentos dos profissionais relativamente à higienização das mãos em função do grupo profissional;
- Descrever a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos;
- Comparar a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em função do grupo profissional.

Partindo destes objetivos, a finalidade do estudo prende-se com a intenção de contribuir para o conhecimento de boas práticas na prestação de cuidados seguros por parte dos profissionais de saúde, e desta forma para a melhoria da qualidade de cuidados de saúde.

2.2 TIPO DE ESTUDO

Segundo Fortin (2009), o tipo de estudo a realizar é imposto pela questão de investigação e pelos objetivos. Alguns estudos limitam-se a uma descrição de fenómenos, enquanto outros implicam a descoberta ou a explicação sobre a existência de relações entre fenómenos ou ainda a predição ou o controlo dos fenómenos em questão.

Para a concretização dos objetivos foi, então, realizado um estudo de natureza quantitativa e descritivo-correlacional, que assenta na recolha de dados de forma independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem, especificando as suas propriedades e características, oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições. Por outro lado, terá como propósito descrever e avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Sampieri, Collado e Lucio, 2014). Fortin (2009) ainda acrescenta que este tipo de estudo assenta na descoberta e exploração das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis. Neste caso concreto, pretende-se relacionar os conhecimentos e a efetiva adesão à prática da higienização das mãos por diferentes grupos de profissionais de saúde, por meio da aplicação de um inquérito e da observação. Por conseguinte, este estudo é também considerado transversal, na medida em que assenta numa pesquisa a partir da observação, mediante a qual os dados são recolhidos partindo da observação de uma amostra pré-definida, num determinado momento. Foi o que se pretendeu fazer, com a observação dos profissionais de saúde e na sua prática de higienização das mãos nos considerados cinco momentos ideais para o fazer.

Em termos quantitativos, tendo por base Fortin (2009), a abordagem quantitativa sustenta-se num processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, baseando-se na observação de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. A utilização do método quantitativo permite também garantir a precisão dos resultados e evitar distorções de análise e de interpretação, pelo que foi também uma das opções metodológicas selecionadas para este estudo, para tratar os dados recolhidos através dos instrumentos utilizados.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Depois de definida a problemática do estudo, surge então a necessidade de definir o contexto do estudo e os participantes.

Este estudo de base populacional foi realizado numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados da região norte de Portugal. Esta UCCI abrange três valências: unidade de convalescença, unidade de média duração e reabilitação, e unidade de longa duração e manutenção.

A população-alvo do estudo foram todos os profissionais de saúde que exercem funções na referida UCCI e que prestam assistência diretamente aos doentes, englobando 16 enfermeiros, 25 assistentes operacionais, 7 médicos e 8 técnicos de diagnóstico e terapêutica, incluindo fisioterapeutas, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional.

Neste sentido, os critérios de inclusão contemplam aspetos como: ser profissional de saúde, ter contacto direto com os doentes e exercer funções na unidade de saúde em estudo e aceder voluntariamente a participar no estudo.

2.4 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Qualquer investigação tem de recorrer a instrumentos de recolha de dados, com a finalidade de dar resposta aos seus objetivos. Segundo Fortin (2009), o investigador deve utilizar o instrumento ou instrumentos de medida apropriado(s) às variáveis a estudar.

Segundo Tuckman (2000), o objetivo primordial do processo de recolha de dados prende-se com a obtenção de descrições, relações e explicações estatísticas, podendo-se recorrer a variadas técnicas para a recolha de grande quantidade de informação, de forma a garantir a validade e fidelidade dos dados recolhidos.

Ainda segundo Tuckman (2000), o questionário permite abranger um amplo número de sujeitos e possui uma razoável fidelidade total.

O presente estudo recorreu a duas estratégias de colheita de dados, com vista a dar resposta aos objetivos. Inicialmente procedeu-se à observação, com recurso a uma grelha de observação (anexo 1) normalmente utilizada nas auditorias de avaliação (DGS, 2016), que é constituída por um conjunto de aspetos iniciais relevantes, nomeadamente o Serviço/Departamento em que o participante exerce funções, bem como a Enfermaria. Regista-se, nesse mesmo local, a data e a hora de início e fim do preenchimento, completando-se a duração da sessão. Posteriormente, segue-se uma tabela com 4 colunas, todas elas com os mesmos dados, para facilitar o registo das observações em diferentes momentos. A grelha contém, assim, várias opções que podem ser assinaladas com um "X" relativas aos momentos de higienização ("antes do contacto com o doente",

"antes de um procedimento asséptico", "após risco de exposição a sangue e fluidos corporais", "após o contacto com o doente" e "após contacto com o ambiente envolvente do doente"). Existe também espaço para a situação de higienização, ou seja, é possível assinalar "Fricção", "Lavagem" ou "Não realizado" e ainda referir a utilização ou não de luvas. Após a grelha de observação, elencam-se um conjunto de recomendações/instruções de preenchimento, e consta ainda uma tabela sob o título "Breve descrição dos itens de registo", referente a um conjunto de aspetos que sintetizam as observações realizadas no total. Finalmente, há uma folha de cálculo que permite registar os dados numéricos relativos às observações e à ocorrência da prática de higienização das mãos, com uma coluna que auxilia a contabilizar e totalizar esses momentos. Foram feitas 3 observações a cada profissional.

Assim, inicialmente foi feita a observação direta da higienização das mãos nos cinco momentos, com o preenchimento do "Formulário de Observação" (anexo 1), em três momentos distintos para cada profissional, com 1 semana de intervalo entre cada um, de forma a poder calcular a taxa de adesão à higienização das mãos dos profissionais. Este instrumento foi efetivamente utilizado a fim de observar e avaliar se os profissionais de saúde, aquando da prestação de cuidados aos doentes, higienizam as mãos nos "5 momentos" (antes do contacto doente, antes da assepsia, após contacto com sangue e fluidos corporais, após o contacto com o doente e após contacto com superfícies). As primeiras observações foram realizadas entre 6 e 12 de maio de 2019; as segundas entre 13 e 19 de maio de 2019; e as terceiras entre 20 e 26 de maio de 2019. Cada observação teve a duração de, aproximadamente, 10 minutos.

Posteriormente, na segunda fase, que decorreu cerca de um mês e meio após a última observação, foi entregue um questionário a cada profissional, intitulado "Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas Implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde", que é uma adaptação do questionário recomendado pela DGS, com o objetivo de avaliar os conhecimentos dos profissionais relativamente à prática de higienização das mãos. De forma a poder dar resposta aos objetivos do estudo, foram feitas algumas adaptações ao referido questionário, que foi construído com recurso a perguntas cuja avaliação das respostas foi do tipo "certo" ou "errado" (apêndice 2).

Optou-se por se realizar a observação direta antes do preenchimento do questionário pelos profissionais, uma vez que o comportamento destes, no que respeita à higiene das mãos, poderia vir a ser influenciado se o questionário fosse respondido antes.

Uma das vantagens deste tipo método de recolha de dados é a sua preferência face às entrevistas, uma vez que não existem intermediários e o indivíduo responde com alguma facilidade às questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador (Hill e Hill, 2008).

Em termos estruturais, o questionário, foi autoadministrado, tem início com um texto introdutório que contextualiza o estudo e salienta a garantia da confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes. Numa primeira parte, o questionário é constituído por uma secção designada "Caracterização do Profissional", onde constam duas questões relativas à idade e à profissão do profissional de saúde entrevistado. Segue-se uma parte II sobre "Avaliação dos seus conhecimentos sobre as práticas de higiene das mãos", na qual se pretende aceder aos conhecimentos dos profissionais de saúde no que concerne à higienização das mãos, procurando-se saber se conhecem a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre doentes numa unidade de saúde e a fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS. Há também aqui uma questão afeta ao tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das mãos. Existe uma questão onde se solicita que destaquem as afirmações verdadeiras quanto à higienização das mãos com solução alcoólica e uma outra em que se pede que assinalem as situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados. Esta segunda parte termina com um conjunto de situações perante as quais se solicita que os participantes selecionem o método adequado de higienização das mãos de entre as hipóteses "Fricção com SABA", "Lavagem" e "Nenhuma".

As variáveis foram operacionalizadas em nominais, ordinais e quantitativas.

O questionário foi entregue aos profissionais em mãos e, posteriormente, foi colocado num envelope fechado e devolvido, de forma a poder garantir o anonimato e não causar constrangimentos aos profissionais.

2.5 TRATAMENTO DE DADOS

O método de análise e tratamento de dados deve ser congruente em relação aos objetivos e ao desenho do estudo (Fortin, 2009) e as variáveis quanto à escala de medida. Assim, para a análise e tratamento de dados, recorrer-se-á à estatística descritiva e analítica.

Para calcular a adesão dos profissionais à higiene das mãos, recorreu-se a uma taxa entre as ações observadas e as oportunidades.

Para se poder descrever os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos, procedeu-se a análise através de estatística descritiva, em que se utilizaram medidas de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão), tendo em consideração as variáveis quanto à escala de medida.

Na apresentação dos resultados recorreremos a tabelas com a utilização de frequências absolutas e relativas.

Para a comparação dos conhecimentos entre os grupos profissionais procedemos ao somatório de respostas corretas. Foram avaliados os pressupostos para a utilização de testes paramétricos (normalidade de distribuição e homogeneidade de variâncias). Tendo-se observado a violação destes pressupostos recorreremos ao teste não paramétrico de Kuskall-Walis. Nas situações em que se observaram diferenças entre os grupos procedeu-se posteriormente à comparação múltiplas através do teste U-Mann-Whitney, com correção de Bonferroni.

Para a adesão à higienização das mãos, considerou-se a taxa de adesão, tendo-se adotado os mesmos procedimentos que para os conhecimentos. Observando-se normalidade de distribuição e homogeneidade de variâncias utilizou-se o teste da ANOVA a um fator nominal e para as comparações múltiplas recorreu-se ao teste de Tukey HSD.

O nível de significância admitido foi de 5% e o software de tratamento de dados utilizado foi o SPSS 24.0 para Windows.

2.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

As preocupações de natureza ética devem ser ponderadas minuciosamente em qualquer investigação no campo das ciências sociais e humanas, uma vez que o comportamento de seres humanos “pode dificultar, prejudicar, perturbar, tornar-se enganoso, ou afectar, de qualquer outro modo, negativamente, a vida dos que nele participam” (Tuckman, 2000: 19).

Ainda segundo o mesmo autor, esses possíveis efeitos negativos devem ser prevenidos, honrando os seguintes direitos:

- O direito à privacidade ou não-participação;
- O direito ao anonimato;
- O direito à confidencialidade;
- O direito a contar com o sentido de responsabilidade do investigador, que deve atuar de formar a certificar-se que os participantes não sejam prejudicados.

Lima e Pacheco (2006) falam dos princípios e normas gerais apresentados no Relatório Belmont, produzido em 1978 pela *National Commission for the Protection of Human Subjects in Biomedical and Behavioral Research*:

- Respeito pelas pessoas, inclusive pelas que não são autónomas, respeitando as suas escolas e protegendo o seu bem-estar;
- Beneficência, através da minimização dos danos e maximização dos benefícios que possam advir do estudo;
- Justiça quanto à distribuição desses mesmos danos e benefícios.

À luz destes pressupostos, o presente estudo procurou cumprir os princípios e os direitos apresentados. Para tal, todos os participantes do estudo foram informados previamente sobre a observação direta a que estariam sujeitos e tiveram garantia do seu anonimato e da sua privacidade, uma vez que foram evitadas questões pessoais desnecessárias. Foi também solicitado a todos os profissionais o preenchimento do questionário, tendo este sido entregue em mãos e posteriormente devolvido em envelope fechado, por cada profissional, de forma a garantir o anonimato e evitar constrangimentos para os profissionais. A opção de não participação foi respeitada. Os dados obtidos não foram utilizados para outros fins que não os inerentes ao presente estudo.

Relativamente à instituição onde decorreu o estudo, foi feito um pedido de autorização (apêndice 1) para a realização do mesmo, assim como um pedido de análise por parte de uma Comissão de Ética (anexo 2), tendo sido autorizado.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

Os resultados reportam-se aos dados das observações e dos questionários dos 56 profissionais que participaram no estudo.

A apresentação é efetuada conforme os objetivos do estudo, iniciando-se pela análise descritiva, para de seguida se proceder à análise das diferenças entre os grupos profissionais.

Os profissionais têm idades que variam entre 21 e 36 anos, com média $27,39 \pm 3,89$ anos e mediana 28 anos. Após agrupamento, o grupo etário mais representado é o que compreende idades entre os 25 e os 34 anos (69,6%), seguido dos com 24 anos ou menos (28,6%).

O grupo profissional mais representado é o grupo dos Assistentes Operacionais, com 44,6%, seguindo-se os enfermeiros, com 28,6%, sendo os médicos o menos representado (12,5%), tendo valores idênticos aos técnicos de diagnóstico e terapêutica (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais conforme as características sociodemográficas (n=56)

	ni	fi(%)
<hr/>		
Idade		
24 anos ou menos	16	28,6
De 25 a 34 anos	39	69,6
35 anos ou mais	1	1,8
<hr/>		
Grupo profissional		
Médico	7	12,5
Enfermeiro	16	28,6
Assistente Operacional	25	44,6
Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	8	14,3

3.1. CONHECIMENTOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

No que se refere aos conhecimentos dos profissionais de saúde acerca da higienização das mãos, 82,3% dos participantes referiram que as mãos dos profissionais são a principal via de transmissão cruzada de microrganismos (tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição conforme principal via de transmissão cruzada de microrganismos (n=56)

	ni	fi (%)
Mãos dos profissionais	50	89,3
Ar	1	1,8
Exposição do doente a superfícies colonizadas	3	5,4
Partilha de materiais/equipamentos	2	3,6

Quanto à fonte mais frequente de microrganismos responsável pelas IACS (tabela 3) as superfícies foram referidas por 53,6% dos profissionais, seguindo-se os doentes (41,1%), sendo a menos referida o ar (5,4%).

Tabela 3 - Distribuição conforme fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS (n=56)

	ni	fi(%)
Ar	3	5,4
Doentes	23	41,1
Superfícies	30	53,6

Relativamente ao tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana nas mãos (tabela 4), a maioria dos inquiridos afirma que são necessários 20 segundos (73,2%). Para 10,7% são necessários 10 segundos ou menos e os restantes (16,1%) referem 1 minuto.

Tabela 4 - Distribuição conforme tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das mãos (n=56)

	ni	fi(%)
20 segundos	41	73,2
3 segundos	1	1,8
1 minuto	9	16,1
10 segundos	5	8,9

No que se refere à técnica de higiene com solução alcoólica (tabela 5), quanto à fricção, a maioria (98,21%) concorda que esta deve abranger toda a superfície das mãos. Relativamente a ter as mãos secas antes da higienização, observa-se um ligeiro predomínio dos que não concordam (51,79%) e no que se refere à secagem com toalha reutilizável, todos discordam.

Tabela 5 - Distribuição conforme a técnica de higienização das mãos com solução alcoólica (n=56)

	Sim		Não	
	ni	fi (%)	ni	fi
Fricção antisséptica deve abranger toda a superfície das mãos	55	98,21	1	1,79
Mãos secas antes da técnica	27	48,21	29	51,79
Secar numa toalha reutilizável após a fricção	0	0,0	56	100,0

Quando questionados acerca de situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados (tabela 6), a maioria dos profissionais afirma que se deve evitar a utilização de joias (80,4%), assim como a utilização de unhas postiças (83,9%). Há 39,3% que refere que as lesões na pele devem ser evitadas na prestação de cuidados e todos os profissionais responderam acertadamente à questão referente à aplicação regular de creme nas mãos.

Tabela 6 – Distribuição conforme situações que devem ser evitadas na prestação de cuidados (n=56)

	Sim		Não	
	ni	fi (%)	ni	fi
Utilização de joias	45	80,4	11	19,6
Lesões na pele	22	39,3	34	60,7
Unhas postiças	47	83,9	9	16,1
Aplicação regular de creme nas mãos	0	0,0	56	100,0

No que se refere ao método de higiene das mãos aplicável em cada situação (tabela 7), observa-se que a maioria refere a fricção com SABA como o principal método aplicável antes de tocar num doente (89,3%), assim como antes da administração de um injetável (78,6%) e antes de abrir a porta do quarto de um doente (76,8%), antes de esvaziar um urinol (67,9%) e por fim antes de proceder aos registos do doente (42,9%).

Em relação à lavagem das mãos, a mesma é a mais referida como devendo ser efetuada à chegada ao serviço após o almoço (78,6%), seguido da antes de proceder aos registos do doente (32,1%). Há ainda cerca de 10% que referem antes de esvaziar o urinol e antes de abrir a porta do doente.

Relativamente às situações em que os profissionais referem que não se deve utilizar nenhum método de higiene, a mais referida foi antes de proceder aos registos do doente (19,6%), antes de esvaziar um urinol (16,1%) e Antes de abrir a porta do doente (12,5%), sendo que nas restantes situações um profissional respondeu à chegada ao serviço após o almoço.

Tabela 7 - Distribuição conforme método de higiene das mãos mais aplicável (n=56)

	Fricção com SABA		Lavagem		Nenhuma	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi
Antes de proceder aos registos do doente	24	42,9	18	32,1	11	19,6
Antes de tocar num doente	50	89,3	5	8,9	0	0,0
À chegada ao serviço após o almoço	11	19,6	44	78,6	1	1,8
Antes de administrar um injetável	44	78,6	7	12,5	0	0,0
Antes de esvaziar um urinol	38	67,9	6	10,7	9	16,1
Antes de abrir a porta do quarto do doente	43	76,8	6	10,7	7	12,5

Posteriormente dicotomizaram-se as respostas às questões em correto e incorreto (tabela 8). A maior proporção de respostas corretas observa-se na secagem das mãos (100%) e na aplicação de creme hidratante nas mãos regularmente. Com percentagens superiores a 90% observa-se na fricção antisséptica das mãos ter de abranger toda a superfície das mãos (98,2%). Apresentam percentagens entre os 80 e os 90% de respostas corretas as questões referentes à principal via de transmissão cruzada de microrganismos e ao método de higienização das mãos mais adequado antes de tocar num doente (89,3% cada uma, respetivamente), à utilização de joias (80,4%), unhas postiças na prestação de cuidados (83,9%).

Por outro lado, a maior proporção de respostas incorretas encontra-se nas questões relativas às lesões da pele (60,7%), à fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS (58,9%), à técnica de higienização das mãos mais adequada antes de proceder aos registos de um doente (57,1%) e relativamente à obrigatoriedade de ter as mãos secas antes de proceder à fricção antisséptica das mãos.

Tabela 8 - Distribuição conforme os conhecimentos (correto ou incorreto) sobre a higienização das mãos (n=56)

	Correto		Incorreto	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Secar numa toalha reutilizável após a fricção	56	100,0	0	0,0
Aplicação regular de creme nas mãos	56	100,0	0	0,0
Fricção antisséptica abranger toda a superfície das mãos	55	98,2	1	1,8
Principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre doentes numa unidade de prestação de cuidados	50	89,3	6	10,7
Higienização das mãos antes de tocar num doente	50	89,3	6	10,7
Unhas postiças	47	83,9	9	16,1
Utilização de joias	45	80,4	11	19,6
Higienização das mãos à chegada ao serviço após o almoço	44	78,6	12	21,4
Higienização das mãos antes de administrar um injetável	44	78,6	12	21,4
Higienização das mãos antes de abrir a porta do quarto do doente	43	76,8	13	23,2
Tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das mãos	41	73,2	15	26,8
Higienização das mãos antes de esvaziar um urinol	38	67,9	18	32,1
Mãos secas antes da técnica	27	48,2	29	51,8
Higienização das mãos antes de proceder aos registos do doente	24	42,9	32	57,1
Fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde	23	41,1	33	58,9
Lesões da pele	22	39,3	34	60,7

Para a análise das diferenças de conhecimentos sobre a higienização das mãos, entre os grupos profissionais, inicialmente procedeu-se ao somatório das respostas corretas, tendo-se verificado que o número de respostas corretas variou entre 5 e 13, com média de $9,88 \pm 2,17$ e mediana 10 (tabelas 9 e 10), não se observando normalidade de distribuição.

Tabela 9 - Medidas de Estatística descritiva dos conhecimentos sobre a higienização das mãos

Nº de respostas corretas	Mínimo (Min)	Máximo (Máx)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mediana (Md)	Amplitude interquartil (AIQ)	Simetria (Sk)	Curtose (Cu)	Kolgomorov Sminorv (p)
	5,00	13,00	9,88	2,17	10,00	2,75	-0,79	-0,21	0.20(0.000)

Quando consideramos a distribuição das respostas corretas constata-se que a maioria foi de 10 ou 11 (21,4%, respetivamente), seguido de 12 respostas (19,6%). Com 5, 6, e 13 respostas corretas há 5,4% em cada um, sendo que os restantes apresentam valores intermédios.

Tabela 10 – Distribuição conforme o número de respostas corretas (n=56)

	ni	fi (%)
5	3	5,4
6	3	5,4
7	4	7,1
8	3	5,4
9	5	8,9
10	12	21,4
11	12	21,4
12	11	19,6
13	3	5,4

Para a comparação entre os grupos profissionais do número de respostas corretas relativamente aos conhecimentos, procedeu-se à análise de normalidade de distribuição através do teste de Shapiro-Wilk, observando-se normalidade em todos os grupos profissionais (Médicos: Shapiro-Wilk 0,913; gl 7; Sig. 0,417; Enfermeiros: Shapiro-Wilk 0,892; gl 16; Sig. 0,060; Técnicos de diagnóstico e Terapêutica: Shapiro-Wilk 0,858; gl 8; Sig. 0,115), à exceção dos assistentes operacionais (Shapiro-Wilk 0,888; gl 25; Sig. 0,010).

Não se observa homogeneidade de variâncias (Levene 3,532; gl 3.52; Sig. 0,021), pelo que se procedeu à análise das diferenças através do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, não se observando diferenças estatisticamente significativas (Kruskal-Wallis 5,181; gl 3; Sig. 0,159).

Ainda que não se observem diferenças, optou-se por descrever a distribuição das respostas corretas de acordo com os grupos profissionais.

Como se pode observar da tabela 11, os enfermeiros são o grupo profissional com maior número de respostas corretas, compreendidas entre 9 e 13 com uma média de $10,75 \pm 1,29$, seguindo-se os assistentes operacionais, com um número de respostas corretas compreendido entre 6 e 13, com média de $10,08 \pm 1,89$, e os médicos, com um número de respostas corretas que varia entre 5 e 13, com uma média de $9,00 \pm 2,71$. Os técnicos de diagnóstico e terapêutica são o grupo profissional que apresenta menor número de respostas corretas, compreendido entre 5 e 12, com média de $8,25 \pm 3,01$.

Tabela 11 - Comparação o n.º de respostas corretas entre grupos profissionais

	Min-Máx	Média \pm Desvio padrão	Mediana	P25-P75
Enfermeiros	9,00-13,00	10,75 \pm 1,29	10,50	10,00-12,00
Médicos	5,00-13,00	9,00 \pm 2,71	10,00	6,00-10,00
Assistentes Operacionais	6,00-13,00	10,08 \pm 1,89	11,00	8,50-11,00
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	5,00-12,00	8,25 \pm 3,01	7,50	5,25-11,75

Através da análise da tabela 12 podemos verificar que, após a comparação do número de respostas corretas dos enfermeiros com os restantes grupos profissionais, através do teste

de U-Mann-Whitney, não se observam diferenças estatisticamente significativas no que se refere aos conhecimentos. No entanto, os enfermeiros apresentam valores médios superiores aos restantes grupos profissionais.

Tabela 12 – Comparação do n.º de respostas corretas entre os Enfermeiros e os restantes grupos profissionais (Teste U-Mann-Whitney)

	Z	Sig
Médicos vs. Enfermeiros	-1,548	0,122
Técnicos de diagnóstico e terapêutica vs. Enfermeiros	-1,872	0,061
Assistentes Operacionais vs. Enfermeiros	-0,819	0,413

3.2. ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Para o cálculo da adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos teve-se em consideração as recomendações da DGS (2016) e é realizado através da divisão entre o número de vezes que o profissional executa a técnica de higiene das mãos e o número total de oportunidades observadas em que o profissional deve realizar a técnica.

De acordo com as observações realizadas, a adesão dos profissionais à higienização das mãos variou entre 28,57% e 94,12%, com média de 64,02%±13,57% e mediana 64,29%. O percentil 25 foi 57,14 e o percentil 75 foi 72,86.

Tabela 13 - Medidas de estatística descritiva da adesão à higienização das mãos (%)

Mínimo (Min)	Máximo (Máx)	Média (M)	Desvio Padrão (DP)	Mediana (Md)	Amplitude interquartil (AIQ)	Simetria (Sk)	Curtose (Cu)	Kolgomorov Sminorv (p)
28,57	94,12	64,02	13,57	64,29	15,72	-0,28	0,43	0,097(0,200)

Para a comparação da adesão à higienização das mãos entre os grupos profissionais procedeu-se à análise de normalidade de distribuição através do teste de Shapiro-Wilk, observando-se normalidade de distribuição em todos os grupos profissionais, exceto nos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (Médicos: Shapiro-Wilk 0,876; gl 7; Sig. 0,209;

Enfermeiros: Shapiro-Wilk 0,957; gl 16; Sig. 0,611; Assistentes Operacionais: Shapiro-Wilk 0,958; gl 25; Sig. 0,383; Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica: Shapiro-Wilk 0,762; gl 8; Sig. 0,011). Apesar de os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica não apresentarem normalidade de distribuição, estes também não apresentam assimetria nem curtose severas.

Observa-se ainda homogeneidade de variâncias (Levene 2,025; gl=3,52; Sig=0,122).

Para a análise da adesão dos grupos profissionais à higienização das mãos optou-se por fazer a comparação de médias através do teste ANOVA, observando-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,000$).

Através da análise dos testes de comparações múltiplas – Teste de Tukey HSD, verificou-se que a adesão à higienização das mãos é significativamente diferente entre todos os grupos profissionais, exceto entre os médicos e assistentes operacionais, como podemos verificar na tabela 14.

Tabela 14 - Comparação das médias de adesão à higienização das mãos - Teste de Tukey

		Diferença média	Sig.
Enfermeiro	Médico	19,9011	,000
	TDT	33,3288	,000
	Assistente operacional	12,6437	,000
Médico	Enfermeiro	-19,9011	,000
	TDT	13,4277	,019
	Assistente operacional	-7,2574	,206
TDT	Enfermeiro	-33,3288	,000
	Médico	-13,4277	,019
	Assistente operacional	-20,6851	,000
Assistente operacional	Enfermeiro	-12,6437	,000
	Médico	7,2574	,206
	TDT	20,6851	,000

Assim, verifica-se que a adesão é superior no grupo dos enfermeiros, sendo a superioridade significativa, conforme o teste Post Hoc de Tukey, em relação ao grupo dos médicos ($p=0,00$), técnicos de diagnóstico e terapêutica ($p=0,00$) e assistentes operacionais ($p=0,00$).

Os enfermeiros são o grupo profissional que apresenta maior percentagem de adesão à higienização das mãos, com valores compreendidos entre os 62,50% e os 94,12%, apresentando uma média de 76,91%±9,23% e mediana de 75,08%. Em seguida encontram-se os assistentes operacionais, com valores compreendidos entre os 53,85% e os 80%, com média de 64,27%±6,30% e mediana de 64,29%. Os médicos apresentam valores de adesão à higienização das mãos compreendidos entre 54,33% e os 64,29%, com média de 57,01%±4,06% e mediana de 57,14%. Por fim, os técnicos de diagnóstico e terapêutica são os que apresentam uma taxa de adesão à higienização das mãos inferior, com valores compreendidos entre 28,57% e 76,92%, com média de 43,58%±14,43% e mediana de 40,00% (tabela 15).

Tabela 15 - Comparação da Adesão (%) à higienização das mãos entre os Grupos Profissionais

	Min-Máx	Média ± Desvio padrão	Mediana	P25-P75
Enfermeiros	62,50-94,12	76,91±9,23	75,08	70,80-82,81
Médicos	54,33-64,29	57,01±4,06	57,14	53,33-0,00
Assistentes Operacionais	53,85-80,00	64,27±6,30	64,29	60,00-67,55
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	28,57-76,92	43,58±14,43	40,00	36,40-45,33

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo procede-se à discussão dos resultados relativos aos conhecimentos e à adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde da unidade em estudo, articulando com o quadro de referências.

Trata-se de uma população jovem, com idades entre os 21 e os 36 anos, constituída por 16 enfermeiros, 25 assistentes operacionais, 7 médicos e 8 técnicos de diagnóstico e terapêutica, nomeadamente fisioterapeutas, terapeuta da fala e terapeuta ocupacional. O número superior de assistentes operacionais e o número de técnicos relaciona-se com a regulamentação que define a obrigatoriedade de especialidades como a de fisioterapia nestas unidades de saúde, o que implica a presença destes profissionais.

A avaliação dos conhecimentos e da adesão à prática da higienização das mãos foi realizada aos 56 profissionais de saúde, de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados da região norte de Portugal que abrange três valências: unidade de convalescença, unidade de média duração e reabilitação, e unidade de longa duração e manutenção.

Uma vez apresentados os resultados do estudo, serve esta secção para os discutir e relacionar com as referências teóricas previamente referidas.

Os conhecimentos acerca da higienização das mãos são essenciais para adotar comportamentos adequados e maximizar a segurança do doente e dos profissionais. Assim, mediante as questões apresentadas aos profissionais inquiridos, a maioria dos profissionais em estudo (89,3%) identifica que as mãos são a principal via de transmissão, mostrando ter conhecimento de que as mãos constituem efetivamente o principal veículo de infeção. Esta grande percentagem de acerto é corroborada pelo estudo de Zottele (2016), que encontrou uma maior percentagem de acerto no que corresponde às vias de transmissão, mas também nas técnicas e nos produtos a utilizar. Por seu turno, Oliveira e colaboradores (2013) relataram o desconhecimento de mais de metade dos profissionais analisados relativamente às vias de transmissão de microrganismos, mas também às fontes, algo que se verificou, no que diz respeito a este último aspeto, neste estudo.

O mesmo acontece quanto à questão que contempla o tempo mínimo necessário para que a SABA se torne efetiva na redução da flora microbiana das mãos, pois a maioria dos inquiridos (73,2%) responde corretamente. Contudo, o conhecimento dos profissionais não é tão significativo quanto à fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas IACS, uma vez que apenas 53,6% refere as superfícies, 41,1% menciona os doentes e 5,4% considera o ar, dados que são, em parte, congruentes com os que Jezewski e

colaboradores (2017) apresentaram, por meio dos quais mostraram que, embora os profissionais apresentem um nível de conhecimento satisfatório, há ainda, na verdade, aspetos que não se encontram consolidados e que podem condicionar a prática da higienização das mãos. No seu estudo, os autores puderam testemunhar, por exemplo, que o tempo mínimo de fricção com SABA era um dos aspetos ainda não compreendidos pelos profissionais.

Praticamente toda a população do presente estudo (98,21%) reconhece que o procedimento que implica a fricção antisséptica, deve abranger toda a superfície das mãos, e é também a totalidade que discorda com a secagem das mãos com uma toalha reutilizável, mostrando respeitar as indicações da OMS (WHO, 2009), que aponta que a fricção com SABA deve ser realizada por 20-30 segundos, ao longo das palmas das mãos e dos dedos. Todavia, no que toca ao pormenor de as mãos estarem secas antes da técnica, menos de metade dos profissionais (48,21%) assinala essa situação, revelando aí uma lacuna.

Confrontados com as situações a ser evitadas na prestação de cuidados, uma grande proporção de participantes (80,4%) reconhece a importância de evitar a utilização de joias e acessórios, bem como de unhas postiças (83,9%), o que vai ao encontro das diretrizes da CCI (DGS, 2010). Este conhecimento não é tão perentório no que respeita às lesões na pele, das quais apenas 39,3% parece ter consciência, o que revela lacunas ao nível de alguns conhecimentos dos profissionais de saúde.

Relativamente ao método adequado a determinadas situações, ou seja, apontar o método de higiene mais adequado (fricção com SABA ou lavagem) em situações como antes de proceder aos registos do doente, antes de tocar num doente, à chegada ao serviço após o almoço, antes de administrar um injetável, antes de esvaziar um urinol ou antes de abrir a porta do quarto do doente, as percentagens de acerto obtidas atingem mais do que 75% em quase todas as situações, o que leva a crer que os profissionais parecem ter consciência do método a aplicar em diferentes circunstâncias, à exceção da higienização que precede o ato de esvaziar um urinol e de proceder aos registos do doente.

De uma forma geral, há uma maior tendência para respostas corretas, contudo, quando analisados tendo em consideração o somatório das respostas corretas, os resultados sofrem algumas alterações. Na verdade, apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas, o grupo de enfermeiros é aquele que apresenta um maior número de respostas corretas, seguido pelo grupo de assistentes operacionais, o que é corroborado pela DGS (2016) e por vários outros estudos (Zottele, 2016; DGS, 2015; Monteiro, 2012; Oliveira [et al.], 2010), que apontam que, quando comparados com outras

categorias profissionais como médicos, técnicos e assistentes, os enfermeiros são efetivamente quem demonstra maior conhecimento e até maior adesão à prática da higienização. Neste contexto, os técnicos de diagnóstico e terapêutica parecem ser a categoria profissional com menos respostas corretas, o que, possivelmente, se poderá dever à falta de formação específica e à própria perceção destes profissionais de que as suas intervenções possam não ser potencialmente transmissoras de infeção. No caso dos assistentes operacionais, ainda que estes possam ter formação específica, o seu trabalho ocorre próximo dos enfermeiros, pelo que poderão ser, para os assistentes, modelos e formadores, pois como aponta Monteiro (2012), a adesão à higienização das mãos é uma prática influenciada pelos pares.

Estes dados remetem-nos para as competências do enfermeiro especialista na prevenção e controlo da IACS, onde os conhecimentos assumem uma grande importância, pois condicionam a sua prática. A OE (2007) e o Regulamento n.º 743/2019 preconizam que o enfermeiro especialista deve apresentar um sólido e aprofundado conhecimento que se traduz num conjunto de competências clínicas especializadas. Ora, o enfermeiro especialista deve desenvolver gradual e constantemente as suas aprendizagens profissionais, pois isso irá influenciar a qualidade dos seus serviços, nomeadamente em situações complexas de elevada pressão (OE, 2010). Especificamente na prevenção e controlo de infeção, o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica tem um papel de destaque, pelo que os seus conhecimentos e consciencialização poderão, sem dúvida, influenciar as boas práticas e mesmo a adesão à higienização das mãos nos devidos momentos.

Finalmente, focando a atenção na adesão dos profissionais à prática propriamente dita, a percentagem de adesão apresenta uma grande variação entre 28,57% e 94,12%, com um valor médio de 64,02%, o que se afasta um pouco da taxa de adesão de 73% referida pela DGS em Portugal (DGS, 2016). Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas no estudo da adesão por categoria profissional, o que se traduz em diferenças na adesão à higienização entre todos os grupos profissionais, com a exceção dos grupos dos médicos e dos assistentes operacionais. O grupo dos enfermeiros é aquele que apresenta maior percentagem de adesão em relação aos médicos, aos técnicos de diagnóstico e terapêutica e aos assistentes operacionais, com valores que variam entre 62,50% e 94,12%, o que se poderia associar ao seu também mais elevado grau de conhecimento do assunto. Ainda que alguns autores acreditem que, de uma maneira geral, nem sempre a posse do conhecimento se traduz na sua aplicação prática adequada, Gonçalves (2012) pensa que um maior conhecimento ajuda e incrementa a taxa de adoção de medidas de prevenção e controlo adequadas, o que poderá explicar os resultados obtidos neste estudo

a esse nível. Congruente com esta conclusão é o estudo de Oliveira e colaboradores (2010), que relata um baixo nível de conhecimento e, conseqüentemente, números também baixos respeitantes aos comportamentos adequados. Ainda assim, isto não quer dizer que a baixa adesão dos profissionais esteja sempre e de forma inegável associada ao seu conhecimento teórico, mas sim à interiorização desse conhecimento e à sua aplicabilidade nos hábitos laborais diários.

Em suma, reconhece-se hoje que a maioria dos danos que decorre da IACS é evitável e decorre em muitos casos da ação dos profissionais, sendo a sua prevalência na Europa e no mundo uma consequência da falta de conhecimento dos profissionais de saúde em determinados aspetos. Ora, tendo em conta que a transmissão de infeção pode ocorrer de forma direta entre profissionais de saúde e doentes e de forma indireta, por contacto com superfícies e equipamentos, a higienização das mãos torna-se uma prática prioritária, na medida em que são a estrutura anatómica mais suscetível de albergar microrganismos e de os transferir (Santos, 2000). Se os profissionais de saúde atuam muitas vezes como veículo transmissor, a sua consciencialização sobre a higienização como medida individual simples e pouco dispendiosa é emergente na prevenção e controlo de IACS, devendo ser adotada, de forma criteriosa, em todos os momentos da prestação de cuidados (Silva e Sousa, 2015).

Com efeito, apesar de se testemunhar uma tendência positiva crescente na referida prática, o que se vê neste estudo por comparação com outros do passado que davam conta de uma baixa adesão (Mertz [et al.], 2011; Primo [et al.], 2010; WHO, 2009), os números estão atualmente ainda longe de atingir os 100% propostos e apontados como ideais pela OMS (Direção-Geral da Saúde, 2012),

Em suma, os resultados deixam clara a necessidade de um maior e contínuo investimento na formação e conhecimentos dos profissionais de saúde, com vista na obtenção de taxas superiores de adesão à higienização das mãos e, conseqüentemente, numa maior segurança na prestação de cuidados de saúde, quer para os profissionais, quer para os doentes.

CONCLUSÕES

O presente estudo teve como objetivos gerais avaliar a variação dos conhecimentos sobre a higienização das mãos em função do grupo profissional, assim como avaliar a variação da adesão à prática da higienização das mãos em função do grupo profissional. A partir destes, pretendeu-se, de forma mais específica, descrever os saberes dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos; descrever a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos; e avaliar as diferenças dos conhecimentos e a adesão à higienização das mãos, entre os grupos profissionais.

Partindo destes objetivos, procurou-se contribuir para o conhecimento das boas práticas na prestação de cuidados seguros por parte dos profissionais de saúde, avaliando sobretudo a adesão e os conhecimentos que enfermeiros, técnicos, médicos e assistentes têm sobre a higienização das mãos no seu contexto laboral.

Do exposto, conclui-se que, apesar do conhecimento dos profissionais, que é satisfatório, este é melhor no que respeita às vias de transmissão do que às fontes, havendo também boa consciência quanto ao tempo mínimo para que a fricção com SABA seja eficiente na eliminação de microrganismos.

De igual forma, há um bom conhecimento no que concerne à utilização de joias, acessórios e unhas postiças e com verniz, reconhecendo-se a importância de se evitar estes comportamentos em contexto laboral de saúde, na prestação de cuidados aos doentes.

Constitui uma importante conclusão do estudo a observação de que a categoria profissional dos enfermeiros apresenta médias superiores quer no respeito ao conhecimento, quer na adesão à prática da higienização das mãos, sendo as diferenças significativas com os restantes grupos de profissionais apenas no aspeto da adesão.

A análise da adesão à prática da higienização das mãos revelou uma grande variação, sendo o valor médio obtido de 64,02%, o que denota ainda algumas falhas e a necessidade de se continuar a insistir e a sensibilizar os profissionais para a prática e para o seu impacto, quer no seu bem estar, quer no dos doentes. Neste sentido, e valorizando o trabalho que diversas entidades têm feito ao longo do tempo em Portugal, na Europa e no mundo, é de salientar que este é um trabalho que não pode, de maneira nenhuma, tornar-se estático, pois dele depende a segurança de todos e, acima de tudo, a diminuição dos números epidemiológicos de IACS.

Embora pareça legítimo concluir-se que os objetivos do nosso estudo foram atingidos, este não se viu isento de limitações. Na realidade, a amostra pode constituir-se uma limitação,

na medida em que o número de médicos e técnicos de diagnóstico e terapêutica foi bastante menor que o número de enfermeiros e assistentes operacionais, o que pode ter condicionado os resultados encontrados e limitado as técnicas estatísticas de análise, não permitindo recorrer a testes paramétricos em algumas variáveis.

Também o instrumento utilizado representou uma limitação do estudo, assim como o a impossibilidade de associar os questionários às observações. Por outro lado, o facto de haver apenas um observador pode, de igual forma, ser apontado como uma limitação, além do facto de o estudo ter sido desenvolvido no contexto de trabalho do investigador, o que sendo conhecida do grupo, poderá, de alguma forma, ter condicionado os resultados obtidos.

Assim sendo, no futuro seria pertinente desenvolver um estudo com uma amostra de maior dimensão e em mais unidades de cuidados. Acresce também a importância do desenvolvimento de um estudo que avalie efeitos da formação em serviço na higiene das mãos e a relação dos conhecimentos sobre a higienização das mãos e a adesão à prática. Além disso, seria igualmente interessante explorar outras variáveis, nomeadamente o tempo de serviço e de experiência profissional, no sentido de perceber se esse fator tem efetivamente influência na adesão às boas práticas da higienização das mãos.

Em todo o caso, o importante é tocar o assunto com a responsabilidade e seriedade que lhe cabe, não perdendo a noção de que as mãos são, neste caso, o principal instrumento de trabalho destes profissionais, e um dos veículos da sua prática profissional, mas também um veículo de infeções cruzadas, pelo que a sensibilização para o tema nunca é em excesso.

Partindo do exposto e dos resultados obtidos, recomenda-se o aumento da formação em serviço acerca da higienização das mãos, bem como o aumento do número de auditorias aos profissionais, no sentido de os sensibilizar a cumprir as normas e diretrizes das respetivas entidades, sobretudo no contacto com os doentes. No caso específico da formação, a partir dos dados que nos revelam piores resultados em ambos os indicadores no grupo de técnicos de diagnóstico e terapêutica, recomenda-se um maior investimento formativo nesta categoria profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, Sofia, [et al.] – Avaliação dos conhecimentos e atitudes sobre precauções padrão: controlo de infeção dos profissionais de saúde de um hospital central e universitário português. ISSN 1646-0758. **Acta Médica Portuguesa**. 23 (2010), p. 191-202.

ALBUQUERQUE, Maria Gabriela dos Santos – Prevenção a qualquer nível/material seguro/boas práticas. ISSN 0871-6196. **Revista Nursing**, 18:230 (2008), p. 13-14.

ANDRADE, Denise, [et al.] – Experiência vicária entre os profissionais de saúde na higiene das mãos. **Revista Panamericana de Infectologia**. 13:2 (2011), p. 29-32.

ANDRADE, Otilia Maria de Bastos - **Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos**. Viseu: [s.n.], 2013. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.

BATHKE, Janaína, [et.al.] - Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. ISSN. 1983-1447. **Rev Gaúcha de Enfermagem**. 34:2 (2013), p.78-85.

BOLICK, Dianna – **Enfermagem prática: segurança e controle de infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.

BOTENE, Daisy Zanchi de Abreu ; PEDRO, Eva Neri Rubim - Os profissionais da saúde e a higienização das mãos: uma questão de segurança do paciente pediátrico. ISSN 0102-6933. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 35:3 (2014), p. 124-129.

BOYCE, John M, [et.al.] - Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the Hand Hygiene Task Force Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. **MMWR Recomm Rep.** [Em linha]. 25:51 (october, 2002), p. 1-44. [Consultado em_18 abr. 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12418624/#affiliation-1>>.

CALLEGARI, Desiré Carlos – A assepsia das mãos na prática médica: A complexa descoberta da simplicidade. **Revista Ser Médico.** [Em linha]. Ed. 51, (abril, 2010), p.30. [Consultado em 2 jun. 2020] Disponível na WWW: <URL: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=480>>.

CARDOSO, Celso Luiz; MIMICA, Lycia Mara Jenné - Aspectos microbiológicos da pele. *In* MUSSI, Camilo; SANTI, Leandro Queiroz (Coordenação) - **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos.** Brasília: Anvisa, 2009.

CARDOSO, Susana Maria da Costa - **Da Prevenção e controlo da infecção a um Cuidado de Excelência.** Lisboa: [s.n.], 2011. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

CARDOSO, Thiago, [et al.] – A importância da lavagem das mãos para a realização dos cuidados de enfermagem. **Revista Digital.** [Em linha]. Buenos Aires. Ano16, nº.164, (janeiro, 2012). [Consultado em 2 jun, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.efdeportes.com/efd164/a-importancia-da-lavagem-das-maos.htm>>..

COELHO, M. S.; SILVA, Arruda, C.; FARIA, Simões M. – Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: um estudo quantitativo. **Enfermeria Global.** [Em linha]. Nº 21 (janeiro, 2011). [Consultado em 6 jul, 2020]. Disponível na WWW: <URL:http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt_clinica2.pdf >. ISSN 1695-6141.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO (CCI) – **Manual de Controlo da Infecção Hospitalar**. Aveiro: CCI-Hospital Infante D. Pedro, EPE., 2006.

CORRÊA, Ione e NUNES, Ivandra Mônica Manuel - Higienización de las manos: el cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. ISSN 0120-5307. **Investigación y Educación en Enfermería**. 29:1 (2011), p. 54-60.

DESPACHO nº. 1400-A/2015. **DR II Série**. 28-1.ºSuplemento (2015/02/10), p.3882-(2) a 3882-(10).

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - **Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008: Report on the state of communicable diseases in the EU and EEA/EFTA countries** Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2008. ISBN 978-92-9193-137-8.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - **Annual epidemiological report, Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data**. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2013. ISBN 978-92-9193-543-7.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - **Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union**. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, novembro, 2015.

FERNANDES, António; FERNANDES, Maria Olívia Vaz; RIBEIRO FILHO, Nelson - **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. ISBN 85-7379-249-3.

FERNANDES, Antonio Tadeu - **Percepções de profissionais de saúde relativas à infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção**. São Paulo:[s.n.], 2008. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O Processo de investigação: da concepção à realização**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8383-10-7.

FRANCO, Luís José Gonçalves – **Infeção associada aos cuidados de saúde: artigo opinião**. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, 2010.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN - **STOP infecção hospitalar! Um Desafio Gulbenkian**. [Em linha]. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2015. [Consultado em set, 2020]. Disponível na WWW: <URL: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/04/29200516/1-2-Cad-Broch-Stop-Infe%C3%A7%C3%A3o-Hospitalar-FCG_sem-miras.pdf>.

GRAVES, Nicolas, [et al.] - Cost-Effectiveness of a National Initiative to Improve Hand Hygiene Compliance Using the Outcome of Healthcare Associated Staphylococcus aureus Bacteraemia. **PLoS ONE**. [Em linha]. 11:2 (2016), p. 1-17. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148190>.

GONÇALVES, Susana Maria Filipe - **Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação**. Coimbra:[s.n.], 2012. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

GUEDES, Matilde, [et al.] – Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. **Cogitare Enfermagem**. [Em linha]. 17:2 (2012). [Consultado em 28 mar. 2020]. Disponível em WWW: <URL: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i2.27886>> ISSN 2176-9133.

HANSEN, Sonja, [et al.] - Concordance between European and US case definitions of healthcare-associated infections. [Antimicrobial Resistance and Infection Control](#), 1: 28 (2012).

HARADA, Maria de Jesus; PEDREIRA, Mavilde - O erro humano e sua prevenção. In Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Segurança Do Paciente E Qualidade Em Serviços de Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2013, p. 41–55.

HENRIQUES, Filomena Maria Viegas - **Relatório em Comissão de Controlo de Infecção**. Viseu: 2012. Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

HERBERT, Verena, [et al.] - Knowledge of and adherence to hygiene guidelines among medical students in Austria. **Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases**, 2013:802930 (2013), p. 1-6.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto; HERNÁNDEZ COLLADO, Carlos; BAPTISTA LUCIO, María del Pilar – **Metodologia de Pesquisa**. 6ª ed. México: McGRAW-HILL, 2014. ISBN: 978-1-4562-2396-0.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew - **Investigação por questionário**. 2ª ed. 4ª reimp. Lisboa: Ed. Sílabo, 2009. ISBN 978-972-618-273-3.

JESSEE, Mary Ann; MION, Lorraine- Is evidence guiding practice? Reported versus observed adherence to contact precautions: a pilot study. **American Journal Of Infection Control**. Elsevier. 41:11 (2013), p. 965-70.

JEZEWSKI, Goretti Moisiane, [et al.] – Conhecimento de profissionais de enfermagem de um hospital privado acerca da higienização das mãos. **Revista Cuidarte**. [Em linha], 8:3 (2017). p.1777-1785. [Consultado em 16 abr, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.419>> ISSN 2216-0973.

KAWAGOE, Julia Yaeko - Efeitos adversos provocados pelos produtos utilizados para a higienização das mãos. In Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

LARSON, Elaine, [et al.] - An organizational climate intervention associated with increased hand washing and decreased nosocomial infection. **Behavioural Medicine**, 26:1 (2000), p. 14-22.

LEITE, Lúcia - Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências. *In* **II CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS**, 3º painel, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

LIMA, Jorge Ávila; PACHECO, José Augusto – **Fazer Investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses**. Porto: Porto Editora, 2006. ISBN 978-972-0-34956-9.

MARTINS, Maria Aparecida – **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. ISBN 85-7199-256-8.

MATHUR, Purva - Hand hygiene: Back to the basics of infection control. **Indian J Med Res**. [Em linha]. 134:5 (nov, 2011). p. 611-620. [Consultado em 20 jun, 2020]. Disponível na WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249958/>> doi: [10.4103/0971-5916.90985](https://doi.org/10.4103/0971-5916.90985).

MERTZ, Dominik, [et al.] - Adherence to hand hygiene and risk factors for poor adherence in 13 Ontario acute care hospitals. **American Journal of Infection Control**, 39:8 (2011), p. 693-696.

MONTEIRO, Gina Isabel Martins - **Cuidados de Saúde (IACS): Higienização das mãos, uma prática na segurança do doente**. Covilhã: 2012. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior.

MOREIRA, Tânia Catarina Vaz - **A percepção dos profissionais de saúde sobre Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: o papel do enfermeiro gestor**. Lisboa: 2015. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

MOURA, Maria Eliete Batista, [et al.] - Infecção hospitalar: estudo de prevalência em um hospital público de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 60:4 (2007), p. 416-421.

OLIVEIRA, Adriana Cristina, [et al.] - Desafios e perspectivas para a contenção da resistência bacteriana na óptica dos profissionais de saúde. **Revista Electrónica de Enfermagem**.15:3 (2013), p.747-754.

OLIVEIRA, Adriana Cristina, PAULA, Adriana Oliveira de - Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, 24:3 (2011), p.407-13.

OLIVEIRA, Adriana Cristina; PINTO, Selma de Almeida - Participação do paciente na higienização das mãos entre profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.** [Em linha]. 71:2 (mar/abr, 2018). [Consultado em 30 jun. 2020]. Disponível na WWW: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0124>> ISSN 1984-0446.

OLIVEIRA, Danielle Gonçalves Martins, [et al.] - Avaliação da higiene das mãos na perspectiva microbiológica. **Rev. Panam. Infectol.**, 13:3 (2010). p. 28-32.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Um novo modelo de desenvolvimento profissional: certificação de competências e individualização de especialidades em enfermagem. ISSN 1646-2629. **Suplemento da revista Ordem dos Enfermeiros**, 26 (2007).

PINA, Elaine – O uso de luvas na prestação de cuidados de saúde. **Revista Nursing**. 16:214 (2006), p. 28-33.

PINA, Elaine, [et al.] - Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, 10 (2010), p. 27-39.

PINA, Elaine; FERREIRA, Etelvina; SOUSA-UVA, Mafalda - Infecções associadas aos cuidados de saúde. In SOUSA, Paulo; MENDES, Walter - **Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz**, 2014. ISBN: 978-85-8432-063-9. p. 137-158.

PITTET, Didier, [et al.] - Infection Control as a Major World Health Organization Priority for Developing Countries. **Journal of Hospital Infection**, 68:4 (2008), p.285-292.

PITTET, Didier, [et al.] - Effectiveness of a hospital wide programme to improve compliance with hand hygiene. **Infection Control Programme**, 356:9238 (2000), p. 1307-1312.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Campanha nacional de higiene das mãos. Medidas simples salvam vidas: Manual de Observadores, adaptado de World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care**. [Em linha]. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2009. [Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL:

<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/relatorio-da-campanha-nacional-de-higiene-das-maos-resultados-de-20121.aspx>.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – **Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.** [Em linha]. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, 2010. [Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boia-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude-pdf.aspx>>.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - **Infeções e Resistências aos Antimicrobianos 2018 - Relatório Anual do Programa Prioritário.** [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2018.[Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1003038-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>>.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - **Norma 007/2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.** [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2019. [Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>>.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - **Norma 029/2012 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI).** [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2012. p. 1–4. [Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>>.

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa No 13.** [Em linha]. Lisboa: Direcção

Geral da Saúde, 2010. [Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL:<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/orientacao-de-boa-pratica-para-a-higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude-pdf.aspx>>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Plano Operacional de Controlo de Infeção para os Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa n.º 20/DSQC/DSC**. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2007. [Consultado em set, 2020]. Disponível na WWW: <URL: http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/Circular_Normativa_DGS_17_DSQC_DSC_200972007.pdf>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - **Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde**. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2009. [Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020**. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2015. [Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>>..

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde - **Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em números. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos**. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2014. [Consultado em ago, 2020]. Disponível na WWW: <URL:<https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infeccao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2014-pdf.aspx>>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. [Em linha]. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2007. [Consultado em jun, 2020]. Disponível na WWW: <URL:<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde – **Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017**. [Em linha]. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2017. [Consultado em set, 2020]. Disponível na WWW: <URL: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf>.

PORTUGAL. Direção Geral da Saúde. **Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos - Relatório da auditoria às precauções básicas de controlo de infeção e análise evolutiva da adesão à higiene das mãos Dados de 2014**. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2015. [Consultado em set, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infeccoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/campanha-de-precaucoes-basicas/relatorios/relatorio-da-auditoria-as-precaucoes-basicas-de-controlo-de-infeccao-e-analise-evolutiva-da-adesao-a-higiene-das-maos-dado.aspx>>.

PORTUGAL. Direção-Geral de Saúde. Direção Nacional do PPCIRA – **Relatório auditoria às precauções básicas e controlo de infeção e monitorização da higiene das mãos Análise Evolutiva: 2014-2015**. [Em linha]. Lisboa, Direção Geral de Saúde, 2016. [Consultado em set, 2020]. Disponível na WWW: <URL: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-da-auditoria-as-precaucoes-basicas-de-controlo-de-infeccao-e-monitorizacao-da-higiene-das-maos-analise-evolutiva-2014-2015-pdf.aspx>>.

PRADO, Maria Fernanda do, [et al]. - Estratégia de Promoção à Higienização das Mãos em Unidade de Terapia Intensiva. **Ciência Cuidado Saúde**. [Em linha]. 11:3 (jul/set, 2012). p. 557-564. [Consult. em 30 jun.2020]. Disponível em WWW: <URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16366>> doi: 10.4025/cienc cuidsaude.v11i3.16366.

PRATT, Robert J., [et al.] - The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated infections. **Journal of Hospital Infection**. 47/supplement (2001). doi: 10.1053/jhin.2000.0886.

PRIMO, Mariusa Gomes Borges, [et al.] – Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Em linha]. 12:2 (jun, 2010). [Consult. em 30 jun. 2020]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a06.htm>>

REBELO, Bárbara Susana Clímaco, VALENTE, João Pedro Oliveira - Infecções hospitalares: uma realidade actual. **Revista Sinais Vitais**. 70 (2007), p. 27-29.

REGULAMENTO nº122/2011. **DR II Série**. Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2011/02/18), p. 8648 - 8653.

REGULAMENTO n.º 124/2011. **DR II Série**. 35. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011/02/18) p. 8656-8657.

REGULAMENTO n.º 140/2019. **DR II Série**. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019/02/06) p. 4744-4750.

REGULAMENTO nº 743/2019. **DR II Série**. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2019/09/25), p. 128 - 155.

ROTTER, Manfred L. - Hand washing and hand disinfection. In MAYHALL, Glen. **Hospital epidemiology and infection control**. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999. p. 1339-1355.

SANTOS, A.A.M. – Lavar as mãos: A importância da higienização das mãos. **Revista Meio de Cultura**, 3:13 (2000), p. 10 – 14.

SANTOS, Cristina Isabel Gaspar - **Gestão do Procedimento Higienização das Mãos por Enfermeiros: Fatores Predominantes e Avaliação Microbiológica**. Coimbra: 2017. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

SANTOS, Thaíne Cristina Romualdo dos, [et al.] - Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. ISSN 1983-1447. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 35:1 (2014), p.2014.

SCOTT, Douglas. - **The direct medical costs of healthcare-associated infections in U.S. hospitals and the benefits of prevention**. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2009.

SILVA, Edite - **Higienização das Mãos: Conhecimentos e Práticas dos Enfermeiros do Hospital Agostinho Neto**. Coimbra: [s.n.], 2013. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

SILVA, Francisco Laurindo da; SOUSA, Ellen Castro Pinheiro de – Conhecimento e adesão da prática de higienização das mãos dos profissionais de saúde: revisão de literatura. **Cultura de los cuidados** [Em linha] 20:44 (jan/abr, 2015). [Consult em 2 jul. 2020]. Disponível na WWW: <URL: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.44.09>>

SILVA, Ludimila, [et al.]. - Crenças de profissionais da saúde sobre o risco de colonização por agentes microbiológicos. **Atas do Congresso IberoAmericano em Investigação Qualitativa**. Investigação Qualitativa em Saúde. 1 (2015), p.295-298.

SILVA, Maria Goreti Martins de Gouveia Martins da - Controlo de infeção em Portugal: evolução e actualidade. **Revista de ciências da saúde da ESSCVP**. 5 (2013).

SOUZA, Luccas Melo de, [et al.] - Adherence to the five moments for hand hygiene among intensive care professionals. ISSN 1983-1447. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 36:4 (2015), p. 21-28.

TACCONELLI, Evelina, [et al.] - Epidemiology, medical outcomes and costs of catheter-related bloodstream infections in intensive care units of four European countries: literature- and registry-based estimates. **Journal of Hospital Infection**. 72:2 (2009), p. 97–103.

THE JOINT COMMISSION. - **Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming The Challenges**. USA: CMHH project, 2009.

TUCKMAN, Bruce – **Manual de Investigação em Educação**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000. ISBN 9789723108798.

VALIM, Marília Duarte, [et al.] - Instruments for evaluating compliance with infection control practices and factors that affect it: an integrative review. **Journal Of Clinical Nursing**. 23 (2013), p. 1502-1519.

VRIJENS, France, [et al.] - Hospital-acquired, laboratory-confirmed bloodstream infections: linking national surveillance data to clinical and financial hospital data to estimate increased length of stay and healthcare costs. **Journal of Hospital Infection**, 75:3 (2010), p. 158–162.

WICKETT, Richard Randall; VISSCHER, Marty - Structure and function of the epidermal barrier. **American Journal of Infection Control**., 34 (2006), p. 98-110.

WILSON, Jennie – **Controlo de Infecção na Prática Clínica**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-57-6.

WORD HEALTH ORGANIZATION - **Global Priority List of Antibiotic-Resistant Bacteria To Guide Research, Discovery, and Development of New Antibiotics**. Geneva: WHO, 2017.

WORD HEALTH ORGANIZATION – **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care**. Geneva: WHO, 2009. ISBN 978 92 4 159790 6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: Um Guia Prático**. 2ª ed. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002.

ZOTTELE, Caroline Piasentin - **Higienização das Mãos: Conhecimento e Adesão de Profissionais de Saúde em Unidade de Pronto-Socorro**. Santa Maria:[s.n.], 2016. Dissertação de Mestrado apresentada na Universidade Federal de Santa Maria.

ANEXOS

ANEXO 1 – FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital			
Observador		Data (dd.mm.aaaa)		Período N.º		Serviço/Departamento	
Hora de início/fim (hh:mm)		Sessão N.º		Formulár. N.º		Enfermaria	
Duração da sessão (mm)							

Cat. Profic. Código N.º	Indicações	Ação	Cat. Profic. Código N.º	Indicações	Ação	Cat. Profic. Código N.º	Indicações	Ação	Cat. Profic. Código N.º	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	1	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas
2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	2	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas
3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	3	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas
4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	4	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas
6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	6	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas
8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas
7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	7	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas
8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas	8	<input type="checkbox"/> Antes doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid <input type="checkbox"/> Após Doente <input type="checkbox"/> Após Ambiente	<input type="checkbox"/> Fricção SABA <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Nirealizado <input type="checkbox"/> Luvas

Recomendações:

1. Comece por se apresentar aos profissionais de saúde e aos doentes e explique o motivo da sua presença.
2. Pode observar até 3 profissionais de saúde em simultâneo, caso a situação clínica o permita.
3. Poderão ser incluídos sucessivamente mais profissionais de saúde, até um limite de 3.
4. Procure um local conveniente para realizar a observação sem perturbar as atividades clínicas; pode deslocar-se para seguir os profissionais de saúde, mas nunca interfira com o seu trabalho. No final, os resultados da sessão podem ser apresentados ao profissional.

Instruções de preenchimento

5. Preencha o formulário a lápis e sobre uma superfície dura. Pode utilizar borracha, se necessário.
6. Comece por preencher o cabeçalho do formulário (exceto a hora de terminar e a duração da sessão).
7. Assim que surja a primeira oportunidade, selecione a informação correspondente (indicação, ação) na primeira coluna do questionário, a coluna das oportunidades, que está numerada e deve ser lida de cima para baixo. Faça o registo na coluna correspondente à categoria profissional do profissional de saúde observado.
8. Cada oportunidade deve ser registada no campo identificado e devidamente numerado (oportunidade 1, oportunidade 2, etc.).
9. Assinale com um "X" o quadrado ou o círculo correspondente ao item que quer selecionar (o quadrado significa que podem ser escolhidos vários itens mas o círculo significa que só pode ser escolhido um).
10. Pode assinalar várias indicações durante o registo de uma oportunidade.
11. As ações executadas ou não executadas devem ser sempre assinaladas durante o registo de uma oportunidade.
12. O uso de luvas deve ser registado apenas quando a ação de higiene das mãos não é realizada enquanto o profissional de saúde estiver a usar as luvas.
13. Não se esqueça de anotar a hora de terminar, de calcular a duração da sessão e de confirmar os dados antes de devolver o formulário.

Outras Informações úteis para o preenchimento do cabeçalho:

Administração Regional de Saúde (ARS) Cidade: escreva por extenso (não use abreviaturas)											
Hospital:	escreva o código do seu hospital										
Serviço/Departamento:	escreva por extenso (não use abreviaturas)										
Observador:	iniciais (primeiro nome/sobrenome)										
Data:	dia/mês/ano										
Hora de início / Fim:	hora/minute										
Duração da Sessão:	diferença entre a hora de início e de fim. O resultado deve ser dado em minutos.										
Nº de Período:	de acordo com a altura da observação (pré ou pós a campanha).										
Nº da Sessão:	de acordo com a contagem institucional (cada sessão de observação corresponde a um determinado local).										
Formulário Nº:	Correspondente ao n.º da página da sessão (se tiver só uma página colocar "n.º1" se tiver duas páginas na mesma sessão e estiver a registar a página 2 da sessão colocar Formulário n.º 2)										
Serviço/Departamento:	de acordo com a seguinte nomenclatura:										
	<table border="1"> <tr> <td>Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)</td> <td>Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)</td> </tr> <tr> <td>Misto (médico e cirurgião)</td> <td>Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)</td> </tr> <tr> <td>Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)</td> <td>Unidade de Cuidados Intensivos</td> </tr> <tr> <td>Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia,</td> <td>Cuidados Continuados e Reabilitação</td> </tr> <tr> <td>Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)</td> <td>Outro (a especificar)</td> </tr> </table>	Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)	Misto (médico e cirurgião)	Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)	Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos	Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia,	Cuidados Continuados e Reabilitação	Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Outro (a especificar)
Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)										
Misto (médico e cirurgião)	Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)										
Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos										
Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia,	Cuidados Continuados e Reabilitação										
Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Outro (a especificar)										
Nome do Serviço:	igual à designação institucional.										
Categoria Profissional/Código:	de acordo com a seguinte classificação:										
	<table border="1"> <tr> <td>1. Enfermeiro/Parteiro</td> <td>1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno</td> </tr> <tr> <td>2. Auxil. Ação Médica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Médico</td> <td>3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesta, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina</td> </tr> <tr> <td>4. Outros profissionais de saúde</td> <td>4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiologista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).</td> </tr> </table>	1. Enfermeiro/Parteiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno	2. Auxil. Ação Médica		3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesta, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina	4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiologista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).		
1. Enfermeiro/Parteiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno										
2. Auxil. Ação Médica											
3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesta, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina										
4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiologista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).										
Número:	Registe o número de profissionais de saúde observados pertencentes à mesma categoria profissional (mesmo código), à medida que preenche o campo de observação.										
Oportunidade:	Existe uma oportunidade sempre que exista pelo menos uma indicação.										
Indicação:	Implica a ação de higienizar as mãos:										
	<table border="1"> <tr> <td>Antes Doente: Antes do contacto com o doente</td> <td>Após Doente: Depois do contacto com o doente</td> </tr> <tr> <td>Antes Assép: Antes de um procedimento asséptico</td> <td>Após Ambiente: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente</td> </tr> <tr> <td>Após Sg Fluidos: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais</td> <td></td> </tr> </table>	Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente	Antes Assép: Antes de um procedimento asséptico	Após Ambiente: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	Após Sg Fluidos: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais					
Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente										
Antes Assép: Antes de um procedimento asséptico	Após Ambiente: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente										
Após Sg Fluidos: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais											
Ação	Resposta à indicação de higiene das mãos:										
	<table border="1"> <tr> <td>Fricção SABA: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica</td> <td>Luvas: quando o uso de luvas está associado</td> </tr> <tr> <td>Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com água e sabão</td> <td>há não realização da higiene das mãos.</td> </tr> <tr> <td>N/ realizado: quando não é executada nenhuma ação.</td> <td></td> </tr> </table>	Fricção SABA: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Luvas: quando o uso de luvas está associado	Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com água e sabão	há não realização da higiene das mãos.	N/ realizado: quando não é executada nenhuma ação.					
Fricção SABA: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Luvas: quando o uso de luvas está associado										
Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com água e sabão	há não realização da higiene das mãos.										
N/ realizado: quando não é executada nenhuma ação.											

FORMULÁRIO DE CÁLCULO BÁSICO

ARS		Cidade				Código do Hospital					
Data (dd.mm.aa)				Período N.º:		Departamento/Serviço					
						Enfermaria					
Sessão N.º	Categorias profissionais (podem ser adicionadas colunas de acordo com o número de categorias profissionais observadas)								Total de sessões		
	Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Cat. Prof. Código		Oportunidade	Ação	
	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação	Oportunidade	Ação			Oportunidade
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
Total por categorias											
Adesão											

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Oportunidades}} \times 100$$

1. Verifique os dados colhidos no Formulário de Observação. Some todas as oportunidades e ações de acordo com a categoria profissional de cada sessão de observação e copie os resultados para as linhas correspondentes a cada número de sessão.
2. Calcule a soma das oportunidades e a soma das ações ao longo das linhas para obter a soma total de cada sessão.
3. Calcule a soma das oportunidades e das ações de todas as sessões e da adesão global, utilizando a fórmula:
Adesão (%) = ações ÷ oportunidades X100.
4. Calcule a soma das oportunidades e das ações em relação a todas as categorias, aplicando esta fórmula. Escreva os resultados na linha da "Adesão" e na coluna "Total por categorias".



Organização Mundial de Saúde

FORMULÁRIO DE CÁLCULO OPCIONAL

ARS		Cidade				Código do Hospital				
Data (dd.mm.aa)					Período N.º		Departamento/Serviço			
							Enfermaria			
Sessão N.º	INDICAÇÕES PARA HIGIENE DAS MÃOS									
	Antes do contacto com o doente		Antes de um procedimento asséptico		Depois de risco de exposição a fluidos corporais		Depois do contacto com o doente		Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	
	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação	Número	Ação
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Total por indicações										
Adesão										

Instruções:

$$\text{Adesão (\%)} = \frac{\text{Ações}}{\text{Oportunidades}} * 100$$

1. Verifique os dados do Formulário de Observação. Calcule e copie as somas das Indicações e das respetivas Ações de cada sessão de observação.
2. Se ocorrerem várias Indicações na mesma Oportunidade, cada uma deve ser considerada separadamente tal como a ação correspondente.
3. Utilize a fórmula: Adesão (%) = Ações ÷ Indicações X 100 para calcular a adesão por Indicação e copie os resultados para a linha de "Adesão" nas colunas correspondentes.

Nota:

Estes cálculos não refletem exatamente a adesão, porque o denominador da equação é o número de Indicações ao invés de ser o número de Oportunidades. As Ações são subestimadas relativamente às indicações. No entanto, o resultado dá uma ideia geral do comportamento do profissional de saúde face a cada tipo de Indicação.

ANEXO 2 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Data de Entrada: 06/03/2019	Solicitado pela Administração
Assunto: "Saberes e Adesão às Boas Práticas de Higienização das Mãos pelos Profissionais de Saúde"	Em nome do Investigador: Catarina Isabel Ferreira da Fonseca

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para a realização de um estudo quantitativo, descritivo, correcional e transversal, através da aplicação de um questionário e da observação direta dos profissionais de saúde (médicos, assistentes operacionais e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica) que exercem funções na Unidade de Cuidados Continuados. Pretende-se com este estudo analisar a relação entre saberes e a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos.

2. Fundamentação

A presente investigação científica tem como finalidade perceber qual a relação entre os saberes e a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos, uma vez que se assiste diariamente a uma subvalorização da temática, assim como a uma baixa taxa de adesão, por parte dos profissionais de saúde, à prática de higienização das mãos, que é uma prática essencial na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009), a infeção associada aos cuidados de saúde representa um problema major no que respeita à segurança do doente, e a sua vigilância e prevenção devem ser uma prioridade primordial para instituições que têm a responsabilidade de prestar cuidados de saúde seguros.

A higiene das mãos é um importante indicador de segurança e qualidade da assistência prestada em qualquer ambiente de cuidados de saúde porque há evidência substancial para demonstrar a correlação entre as boas práticas de higiene das mãos e as baixas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde (OMS, 2009).

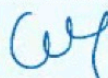
Embora as evidências revelem a importância da higienização das mãos na prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde, os profissionais de saúde continuam a adotar uma atitude passiva perante este problema mundial. Sendo um problema universal, há necessidade de implementação de medidas padronizadas, assim como de investigação e monitorização regular desta prática, uma vez que o aumento da adesão à higienização das mãos está diretamente ligado à redução das taxas de infeção, mortalidade e transmissão de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde (OMS, 2009).

3. Conclusão/Parecer

O estudo solicitado cumpre os requisitos exigidos pela CES, pelo que não há a nada opor à autorização requerida.

Felgueiras, 6 de março de 2019

Presidente da CES,



APÉNDICES

**APÊNDICE 1 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA APLICAÇÃO DOS
INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

De: [redacted]

Data: 6 de março de 2019, 18:42:41 WET

Para: Catarina Fonseca <[redacted]>

Cc: Angela [redacted] [redacted]

Assunto: RE: Pedido de autorização para aplicação de instrumentos de colheita de dados

Exma. Senhora

Enfª Catarina Fonseca

Está autorizada pela Administração desta Instituição a realizar o trabalho pretendido.

Esperando que possamos estar a contribuir para a S/ valorização pessoal e profissional, subscrevemo-nos com a mais elevada consideração.

Melhores cumprimentos

[redacted]

Administrador

De: Catarina Fonseca [REDACTED]

Enviada: quarta-feira, 6 de março de 2019 08:31

Para: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para aplicação de instrumentos de colheita de dados

Exmo. Sr. Administrador [REDACTED],

Catarina Isabel Ferreira Da Fonseca, Enfermeira a desempenhar funções na Unidade de Cuidados Continuados [REDACTED]

[REDACTED], mestranda do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontra-se presentemente a desenvolver uma dissertação de mestrado sob a orientação do Professor Doutor Luís Graça, cujo tema é “Saberes e Adesão às Boas Práticas de Higienização das Mãos pelos Profissionais de Saúde”.

A presente investigação científica tem como finalidade perceber qual a relação entre os saberes e a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos, uma vez que se assiste diariamente a uma subvalorização da temática, assim como a uma baixa taxa de adesão, por parte dos profissionais de saúde, à prática de higienização das mãos, que é uma prática essencial na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2009), a infeção associada aos cuidados de saúde representa um problema major no que respeita à segurança do doente, e a sua vigilância e prevenção devem ser uma prioridade primordial para instituições que têm a responsabilidade de prestar cuidados de saúde seguros.

A higiene das mãos é um importante indicador de segurança e qualidade da assistência prestada em qualquer ambiente de cuidados de saúde porque há evidência substancial para demonstrar a correlação entre as boas práticas de higiene das mãos e as baixas taxas de infeção associada aos cuidados de saúde (WHO, 2009).

Embora as evidências revelem a importância da higienização das mãos na prevenção de infeção associada aos cuidados de saúde, os profissionais de saúde continuam a adotar

uma atitude passiva perante este problema mundial. Sendo um problema universal, há necessidade de implementação de medidas padronizadas, assim como de investigação e monitorização regular desta prática, uma vez que o aumento da adesão à higienização das mãos está diretamente ligado à redução das taxas de infeção, mortalidade e transmissão de microrganismos multirresistentes em serviços de saúde (WHO, 2009).

De forma a poder realizar este trabalho venho solicitar a V. Ex.a que se digne a autorizar a aplicação dos instrumentos de colheita de dados necessários à realização do mesmo: a observação direta da prestação de cuidados da equipa da Unidade de Cuidados Continuados desta instituição, onde estão incluídos os enfermeiros, os assistentes operacionais, os médicos e os técnicos de diagnóstico e terapêutica (fisioterapeutas, terapeutas da fala e terapeutas ocupacionais), assim como a aplicação de um questionário (em anexo) aos mesmos profissionais.

O trabalho supracitado tem apenas finalidades académicas, pelo que serão salvaguardados a proteção dos direitos e liberdade dos indivíduos que estejam dispostos a colaborar nesta investigação. Será garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, assim como não serão utilizados os dados de investigação para outros fins que não aqueles constantes nos objetivos do estudo.

Agradeço desde já a disponibilidade dispensada, estando ao dispor para fornecer qualquer esclarecimento adicional.

Sem outro assunto de momento, os melhores cumprimentos,

Catarina Isabel Ferreira Da Fonseca

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO

QUESTIONÁRIO

Chamo-me Catarina Isabel Ferreira da Fonseca, sou Enfermeira e exerço funções na Unidade de Cuidados Continuados [REDACTED], integrada na [REDACTED].

Encontro-me a realizar um estudo no âmbito da Dissertação de Mestrado do V Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, subordinado à temática “Saberes e Adesão às Boas Práticas de Higienização das Mãos pelos Profissionais de Saúde”.

O presente estudo tem como finalidade perceber qual a relação entre os saberes e a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos, uma vez que se assiste diariamente a uma subvalorização da temática, assim como a uma baixa taxa de adesão, por parte dos profissionais de saúde, à prática de higienização das mãos, que é uma prática essencial na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde.

Para tal, venho pedir a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, que é uma adaptação de um questionário recomendado pela Direção-Geral da Saúde, intitulado “*Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas Implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*”.

No sentido de obtenção de resultados válidos solicito que responda com o máximo rigor e honestidade.

Este questionário é confidencial, tem apenas finalidades académicas, pelo que serão salvaguardados o anonimato e confidencialidade dos dados. Comprometo-me a não utilizar os dados para outros fins que não os constantes nos objetivos da investigação.

O Consentimento de Participação no estudo está implícito no preenchimento deste questionário, pelo que o não preenchimento o (a) exclui automaticamente deste trabalho.

No final do preenchimento do questionário deverá colocá-lo no envelope e selá-lo, bem como proceder à sua devolução a quem lho entregou.

Muito obrigada pela atenção dispensada e grata pela colaboração,

Catarina Isabel Ferreira da Fonseca

Parte I

-Caracterização do Profissional-

1. Idade: _____
2. Profissão:
 1. Médico
 2. Enfermeiro
 3. Assistente Operacional
 4. Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Parte II

-Avaliação dos seus conhecimentos sobre as práticas de higiene das mãos-

3. Qual é a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre doentes numa unidade de prestação de cuidados? (*Assinale apenas uma resposta*)
 1. Mãos dos profissionais
 2. Ar
 3. Exposição do doente a superfícies colonizadas (i.e., camas, cadeiras, mesas, chão)
 4. Partilha de materiais/equipamentos (i.e., estetoscópios, braçadeiras, etc.) entre doentes
4. Qual é a fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde? (*assinale apenas uma resposta*)
 1. Água
 2. Ar
 3. Doentes
 4. Superfícies
5. Qual o tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das suas mãos? (*assinale apenas uma resposta*)
 1. 20 segundos
 2. 3 segundos
 3. 1 minuto
 4. 10 segundos

6. Quais das seguintes afirmações sobre a técnica de higiene das mãos com solução alcoólica são verdadeiras?

1. A fricção antisséptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos
2. As mãos têm de estar secas antes da técnica
3. Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção antisséptica

7. Quais das seguintes situações devem ser evitadas na prestação de cuidados?

1. Utilização de jóias
2. Lesões da pele
3. Unhas postiças
4. Aplicação regular de creme para as mãos

8. Qual é o método de higiene das mãos aplicável nas seguintes situações?

- | | | | |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Antes de proceder aos registos do doente | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| 2. Antes de tocar num doente | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| 3. À chegada ao serviço após o almoço | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| 4. Antes de administrar um injetável | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| 5. Antes de esvaziar um urinol | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| 6. Antes de abrir a porta do quarto do doente | <input type="checkbox"/> Fricção com SABA | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Nenhuma |

Grata pela sua colaboração!

