

Andreia Nunes

Perceção e Conhecimentos dos enfermeiros sobre as Boas práticas de Higienização das
mãos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Andreia Nunes

Perceção e Conhecimentos dos enfermeiros sobre as Boas práticas de Higienização das
mãos

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Andreia Nunes

Percepção e Conhecimentos dos enfermeiros sobre as Boas práticas de Higienização das
mãos

Andreia Patrícia Pereira Nunes

Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Licenciatura em Enfermagem

Resumo

A higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária e muito importante, no controle de infecções relacionadas com os cuidados de saúde. Por esse motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e do controle de infecções nos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistentes (Anvisa, 2009).

A elaboração desta investigação pretende dar resposta ao objetivo geral do estudo: “Avaliar a Perceção e o Conhecimento dos Enfermeiros sobre as Higienização das Mãos”

Na abordagem da problemática, recorreu-se a realização de um estudo descritivo, transversal e, inserido no paradigma quantitativo. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário da Direção Geral de Saúde, distribuído por uma amostra de 27 enfermeiros do Hospital do Norte do país e de aplicação direta. Para tratamento estatístico, recorreu-se ao programa informático Microsoft Excel.

Os resultados do estudo vão ao encontro dos resultados de diversos estudos feitos anteriormente que demonstraram que os profissionais evidenciam conhecimentos e atribuem bastante importância à higienização das mãos, existindo, contudo alguns fatores que dificultam a correta realização da prática, tais como a falta de tempo para cada doente e falta de formação e desconhecimento da prática adequada cada momento.

Palavras-chave: Higienização das mãos; IACS; Enfermeiros; Perceção; Adesão

Abstract

Hand sanitization is widely known as a primary and very important measure on the control of infections related with health care. For that reason, it has been considered as one of the pillars for infection prevention and control in health care services, including infections caused by cross transmission of multi-resistant microorganisms. (Anvisa, 2009).

The elaboration of this investigation intends to answer the general study goal: “Evaluate the perception and knowledge of nurses on hand sanitization”.

While approaching the problem, a descriptive and transversal study was carried out and added in a quantitative paradigm. As a data sampling instrument, the Direção Geral de Saúde survey was used and delivered to a sample of 27 nurses of the Hospital do Norte and direct application. Microsoft Excel was used for statistics treatment.

The study results meet the results of other studies previously done which demonstrate that health professionals show knowledge and attribute plenty of importance to hand sanitization. There are, however, some factors which hinder the correct practice execution like lack of time for each patient and lack of formation or knowledge of each adequate practice.

Keywords: hand sanitization; IACS; Nurses; Perception; Accession

Agradecimentos

Aos meus pais e ao meu irmão por me terem proporcionado a oportunidade de estudar em enfermagem.

Ao meu namorado pelo apoio incondicional, força e coragem na realização deste projeto de investigação.

À Professora Doutora Margarida Ferreira por toda a paciência, apoio e acompanhamento.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SIMBOLOS

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

HM – Higienização das mãos

OMS- Organização Mundial de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção

IN – Infecção Nosocomial

OE – Ordem dos Enfermeiros

SABA- Solução Antissética de Base Alcoólica

WHO – World Health Organization

PS – Profissionais de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

CDC – Centers of Disease Control

Índice

Introdução	13
I. Fase conceptual	15
1. Problema de investigação	15
i. Domínio da investigação	16
ii. Questão pivot e questões de investigação	17
iii. Objetivos	18
2. Revisão literatura	19
i. Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS)	20
ii. As mãos como fator de transmissão das infeções associadas aos cuidados de saúde	25
iii. Higienização das mãos	27
Higienização anti-séptica	29
Fricção das mãos com antisséptico (preparações alcoólicas)	30
iv. Quando proceder á higienização das mãos	31
v. A Higienização das mãos e o uso de luvas	32
vi. Estratégias para promover a adesão dos enfermeiros à Higienização das Mãos	34
II. Fase metodológica	39
1. Desenho de investigação	39

i. Meio	40
ii. Tipo de estudo.....	40
iii. População-alvo, amostra e processo de amostragem.....	41
iv. Variáveis em estudo.....	43
v. Instrumento de recolha de dados	44
vi. Tratamento e apresentação dos dados.....	46
2. Salvaguarda dos Principio Éticos	47
III. Fase Empírica	49
1. Apresentação, análise, interpretação e discussão dos dados	49
Conclusões do estudo.....	64
Conclusão.....	66
Bibliografia.....	68
Anexo – Questionário “Perceção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das mãos e as suas implicações nas infeções associadas aos cuidados de saúde”	
Anexo 2 – Consentimento informado.	

Índice Gráficos

Gráfico I - Distribuição da amostra segundo a variável sexo.....	50
Gráfico II - Distribuição da amostra segundo a questão “Recebeu formação sobre HM?”	51
Gráfico III - Distribuição da amostra segundo a dificuldade na utilização de antisséptico.	52
Gráfico IV - Distribuição da amostra segundo as questões “Na sua opinião, qual o impacto de uma infeção associada aos cuidados de saúde no prognóstico do doente?” e “Na sua opinião, qual o impacto da eficácia da higiene das mãos na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde?”	54
Gráfico V - Distribuição da importância atribuída pelo chefe, colegas e doentes à correta higienização das mãos.	55
Gráfico VI - Distribuição da amostra segundo o nível de eficácia de ações para aumentar a adesão à HM.	57
Gráfico VII - Distribuição da amostra segundo o nível de eficácia de ações para aumentar a adesão à HM.	58
Gráfico VIII - Distribuição da amostra segundo a principal via de transmissão de microorganismos entre doentes.	59

Gráfico IX - Distribuição da amostra segundo a fonte mais frequente de microorganismos responsáveis pelas IACS.....	60
Gráfico X - Distribuição da amostra segundo o tempo necessário para SABA reduzir a flora microbiana.....	60
Gráfico XI - Distribuição da amostra segundo a técnica da higienização anti-sética das mãos.....	61
Gráfico XII - Distribuição da amostra segundo as situações a evitar na prestação de cuidados.....	62
Gráfico XIII - Distribuição da amostra segundo o método de HM aplicável em diversas situações.	63

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição da prioridade dada a HM pelo Órgão de Gestão.	56
--	----

Introdução

O presente estudo de investigação surge no âmbito do currículo pedagógico do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, no ano letivo de 2017/2018, como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Segundo Fortin (2009) o ponto de partida de uma investigação desperta interrogações e inquietações, necessitando de uma explicação ou uma melhor compreensão.

As infeções associadas aos cuidados de saúde são consideradas um prolema grave de saúde pública, devido á sua alta prevalência e às consequências de ordem pessoal, económica e social que repercutem tanto para os pacientes como para as instituições de saúde (MILIANI et al, 2015)

Dentro das medidas preconizadas para a prevenção das IACS, a Higienização das mãos constitui o maior destaque, tendo sido instituída a mais de 150 anos e, ainda hoje, tem demonstrado ser das medidas mais eficazes, seja pela sua prática, baixo custo e sobretudo custo-benefício (DI MUZIO et al, 2015).

A realização deste estudo pretende dar resposta á seguintes questão pivôt de investigação: *Qual a Percepção e o Conhecimentos dos enfermeiros, sobre as Boas Praticas de Higienização das Mãos, num serviço de internamento de um hospital privado do norte do país?*, e tem como ao objetivo geral do estudo: “Avaliar a Percepção e o Conhecimento dos Enfermeiros sobre as Higienização das Mãos”

Na abordagem da problemática, recorreu-se a realização de um estudo descritivo, transversal e, inserido no paradigma quantitativo. Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário da Direção Geral de Saúde, distribuído por uma amostra de 27 enfermeiros do Hospital do norte do país e de aplicação direta. Para tratamento estatístico, recorreu-se ao programa informático Microsoft Excel.

Este trabalho cumpre as diretrizes impostas pela Universidade Fernando Pessoa, utilizando como apoio o Manual de Estilo de Elaboração de Trabalhos Científicos da

Universidade Fernando Pessoa, encontrando-se dividido em 3 partes, sendo elas: fase concetual, fase metodológica e fase empírica.

Por último, surge a conclusão que destaca os principais resultados do estudo, relativamente aos objetivos delineados.

A amostra do estudo é predominantemente do sexo feminino correspondendo a 82%, apresentando uma média na faixa etária dos 29 anos. A maioria dos Enfermeiros demonstra ter conhecimentos acerca da importância da higiene das mãos.

Relativamente à percepção da importância da higienização das mãos pelos Profissionais de Saúde, 37% consideram a IACS como um problema grave. Quanto ao esforço exigido para uma prática adequada da HM, 48 % consideram como «elevado» o esforço quando cuidam dos doentes. De acordo com a percepção dos enfermeiros acerca da adesão à HM por parte dos colegas situa-se nos 84%, assim como adesão individual teve uma média de 89%. Quanto ao impacto da eficácia da HM na prevenção das IACS foi considerado “muito elevado” pelos profissionais de saúde (78%).

I. Fase conceptual

A realização de um trabalho de investigação consiste em três fases fundamentais, onde a primeira se denomina de fase concetual. Assim, segundo Fortin (2009), a fase concetual é a fase que consiste em definir os elementos de um problema. No decurso desta fase, o investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe documentação sobre um tema preciso, com vista a chegar a uma conceção clara do problema.

Fortin (2009) considera que a fase concetual se divide em 5 etapas sendo elas a escolha do tema, a revisão da literatura, a elaboração do quadro de referência, a formulação do problema e o enunciado do objetivo, das questões de investigação assim como das hipóteses.

Quivy (2008) considera a fase conceptual como uma fase de rutura. Este autor afirma que a rutura consiste precisamente em romper com os preconceitos e as falsas evidências, que somente nos dão a ilusão de compreendermos as coisas.

Desta forma, a fase concetual tem como objetivo identificar o problema de investigação, o domínio de investigação, as questões pivô e questão de investigação. Este processo é complementado com revisão de literatura, estabelecimento de objetivos e levantamento de questões.

1. Problema de investigação

De acordo com Fortin (2009), “um problema de investigação é uma situação que necessita de elucidação ou de uma modificação. Uma situação pode ser considerada como problemática quando há um desvio entre uma situação julgada insatisfatória e uma situação desejável”.

O mesmo autor menciona ainda, que a formulação do problema de investigação necessita da reunião de um conjunto de elementos que, uma vez ordenados uns em relação aos outros, darão uma visão clara do problema.

De acordo com Coutinho (2014), alude que o problema de investigação é fundamental porque centra a investigação numa área ou domínio concreto, organiza o projeto, dando-lhe direção e coerência, delimita o estudo, mostrando as suas fronteiras, guia a revisão da literatura para a questão central.

Nesta sequência lógica de pensamento definiu-se como problema de investigação a estudar a *“Avaliar a Percepção e o Conhecimento dos enfermeiros, sobre as Boas Práticas de Higienização das Mãos”*.

A motivação para a realização deste trabalho surge baseada no conhecimento adquirido por leituras, e pela prática clínica baseada em ensinamentos clínicos sobre a problemática das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), as quais se incluem entre as complicações mais frequentes da hospitalização, dado que a higienização das mãos é considerada a medida de maior impacto na prevenção de IACS, e as mãos dos profissionais de saúde o veículo mais comum na transmissão de microrganismos.

i. Domínio da investigação

A escolha do tema segundo Fortin (2009) é uma das etapas mais importantes para o desenrolar de todas as etapas da investigação. O mesmo autor considera que o tema de estudo é “um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer uma investigação tendo em vista aumentar os seus conhecimentos” (2009, p. 67).

A mesma autora diz ainda que o tema de estudo “está frequentemente ligado a preocupações clínicas, profissionais, comunitárias, psicológicas ou sociais” (Fortin, 2009, p.67).

O tema delineado para este estudo centra-se na *“Percepção e Conhecimento dos enfermeiros, sobre as Boas Práticas de Higienização das Mãos”*.

A escolha do tema prende-se com o especial interesse pela área da lavagem das mãos no controlo das IACS, enquanto competência transversal, e pelo interesse despertado aquando da realização dos ensinamentos clínicos. Também, muito importante foi a

necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca da temática e, naturalmente o desenvolvimento de competências na realização de um trabalho de investigação

ii. Questão pivot e questões de investigação

Segundo Fortin (2009), uma questão de investigação é uma pergunta evidente que diz respeito a um determinado tema de estudo que se tenciona analisar, tendo em vista o desenvolvimento do conhecimento existente. É um enunciado claro e não obstante que discrimina os conceitos analisados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica.

De acordo com Ribeiro (2010), a questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação. O mesmo autor refere que o investigador, previamente à realização da revisão bibliográfica, de modo a compreender o estado atual dos conhecimentos sobre o tema em estudo, coloca uma questão, apoiando-se nas observações e nas suas experiências. O mesmo autor argumenta, que as questões de investigação são as que preveem um processo científico capaz de fornecer conhecimentos generalizáveis.

Deste modo, e tendo em conta o que foi exposto anteriormente, delineou-se para este estudo a seguinte questão pivô: *Qual a Percepção e o Conhecimentos dos enfermeiros, sobre as Boas Praticas de Higienização das Mãos, num serviço de internamento de um hospital privado do norte do país?*”

A partir desta grande questão, foram elaboradas as questões pivot afim de complementar o estudo e conduzir o decurso desta investigação. Como questões de investigação definiram-se:

Q1: Qual a percepção e o conhecimento dos Enfermeiros, sobre a importância das Boas Praticas Higienização das Mãos?

Q2: Quais as práticas de higienização das mãos reportadas pelos Enfermeiros?

Q3: Quais os fatores que condicionam a conformidade dos Enfermeiros, às Boas Práticas de Higienização das Mãos?

Q4: Qual a percepção da adesão dos Enfermeiros, às Boas Práticas de Higienização das Mãos?

iii. Objetivos

Os objetivos da investigação encontram-se divididos em objetivo geral e objetivos específicos, obtendo cada um deles significados e funções diferentes.

O enunciado de um objetivo de investigação deve indicar de forma clara qual o fim que o investigador pretende. Nele, são especificadas as variáveis-chave, a população onde os dados serão recolhidos e o verbo de ação que serve para orientar a investigação (Fortin, 2009).

Ribeiro (2010, p.34) afirma que os objetivos de investigação “(...) representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder à questão de investigação (...)”.

Para refletir sobre o propósito da presente investigação e de forma a responder às preocupações evidenciadas na temática em estudo definiu-se o seguinte objetivo geral: “Avaliar a Percepção e o Conhecimento dos Enfermeiros sobre as Higienização das Mãos”

Deste modo, os objetivos específicos delineados para este estudo são:

- Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente os Enfermeiros intervenientes;
- Analisar a Percepção e o Conhecimento que os Enfermeiros têm sobre a importância da Higienização das Mãos;
- Identificar as práticas reportadas pelos enfermeiros sobre a higienização das mãos;

- Analisar os fatores que condicionam a conformidade dos Enfermeiros, à prática de higienização das mãos;
- Calcular a taxa de adesão à prática de higienização das mãos, percebida pelos Enfermeiros.

2. Revisão literatura

A revisão da literatura consiste num reagrupamento de trabalhos publicados relacionados com um tema de investigação. Ela faz-se em todas as etapas da concetualização da investigação; ela deve preceder, acompanhar e seguir o enunciado das questões de investigação ou a formulação das hipóteses (Fortin, 2009).

A revisão inicial da literatura tem como objetivo reunir informação sobre a atualidade de um tema, consultando diversas obras de referência (Fortin, 2009, p.89), ou seja, identificar e localizar os estudos mais relevantes relacionados com o problema de investigação (Coutinho, 2014).

Fortin (2009) declara, que a revisão da literatura é indispensável não só para definir bem o problema, mas também para ter uma ideia precisa acerca do estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, das suas lacunas e contribuição da investigação para o desenvolvimento do saber. Esta pode ser mais ou menos abundante, segundo a complexidade do tema.

Deste modo, procurando situar o estudo num contexto teórico e específico utilizou-se, para tal, a literatura científica indexada nas bases de dados: repositório da Universidade Fernando Pessoa e Centers of Disease Control and Prevention, utilizando-se as palavras-chave: higienização das mãos, profissionais de saúde, saúde percepção e conhecimentos, usando diversas combinações. Também se recorreu a livros e trabalhos científicos nomeadamente artigos de revisão.

i. Infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS)

As organizações de saúde, segundo Lima (2008), estão sujeitas a numerosas e mutáveis influências, nomeadamente: demográficas e de mobilidade, económico-financeiras, sociais e culturais, legislativas, tecnológicas e funcionais. Constata-se assim, que os serviços de saúde, e os hospitais em particular, constituem organizações bastante peculiares, concebidas quase exclusivamente em função das necessidades dos utentes, na medida em que, embora constituam um espaço de normalizações e prescrições, jamais poderão ser vistos como limitados a esse aspeto, uma vez que deve ser tida em consideração a sua constante variabilidade.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) “é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, e que pode também afetar profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007). Este conceito de IACS torna-se mais vasto relativamente à designação de Infeção Nosocomial (IN) anteriormente citada, uma vez que este último excluiu, por exemplo o ambulatório.

Assim sendo, a designação IACS refere-se a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, dando ênfase ao assegurar da comunicação e da articulação entre as diversas unidades de saúde (cuidados primários, hospitalares e continuados), para a identificação destas infeções a fim de se reduzir o risco de Infeção cruzada (Lima 2008). Não sendo um problema novo, as IACS, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo, uma vez que, à medida que a esperança de vida aumenta e que se encontram ao dispor tecnologias cada vez mais invasivas, bem como um maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de Infeção (Silva, 2008). Segundo a mesma autora, estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis.

A infeção nosocomial é definida como uma infeção adquirida num hospital ou noutra instituição de saúde, por um doente internado que não se encontrava presente até á data de admissão (Cardoso 2015). Sendo assim, uma infeção nosocomial geralmente torna-se

evidente 48 horas, ou mais após a admissão. Contudo, como o período de incubação varia com o tipo de agente e, em certa medida, com a doença subjacente ao doente, cada Infecção deve ser avaliada individualmente para se verificar se há evidência de associação com o internamento hospitalar. Assim sendo, as infecções que se manifestam mais de 48 horas depois do internamento costumam considerar-se nosocomiais (PNCI 2003).

Florence Nightingale e Ignaz Semmelweis, há mais de um século, ensinavam e sugeriam que a assistência fosse desenvolvida de forma a inter-relacionar as vertentes poder vital/vida e prevenção/contágio e, no entanto, no decorrer dos tempos, a vertente poder vital/vida foi deixada à margem da assistência, tendo sido mais enfatizadas as questões referentes à prevenção/contágio. Todavia grande parte dos profissionais procedem desvalorizando os seus princípios, o que contribui para a alta incidência das infecções hospitalares, ainda nos dias atuais (Carraro 2004).

Recentemente, introduziu-se o conceito de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS). De acordo com a Direção Geral da Saúde (DGS) (2009), as IACS constituem situações clínicas consequentes de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos ou de suas toxinas, sem que exista evidência de que a infecção esteja presente ou em fase de incubação, no momento do internamento.

A Ordem dos Enfermeiros (OE,2013) define infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS), como sendo questões do âmbito da segurança do doente e a que todos dizem respeito, meritórias não só da atenção dos profissionais de saúde, administradores, gestores, governantes, mas da sociedade em geral. Estes eventos adversos constituem uma importante causa de morbimortalidade, contribuem para o consumo acrescido de recursos humanos, materiais, e concomitantemente elevam os custos de saúde.

As IACS são um dos principais receios no que diz respeito à segurança do doente e prestação dos cuidados. Sendo assim, é um conceito alargado de infecção associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (Leça, Costa, Silva, Noriega & Gaspar, 2008). Tinoco (2014) É

necessário, para a prevenção e controlo, a utilização de medidas técnicas e comportamentais, refletindo a qualidade dos cuidados prestados.

As IACS aumentam a morbidade, mortalidade, duração da hospitalização e custos. Estima-se que a nível mundial, diariamente, cerca de 1,4 milhões de doentes adquiram infeções nos hospitais. Nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de 5-10% dos doentes hospitalizados desenvolvem infeção associada aos cuidados de saúde, correspondendo a cerca de 2 milhões de IACS, a que se associa uma mortalidade hospitalar de cerca de 100000 mortes anuais (Dias, 2010).

De acordo com dados recolhidos pelo CDC, as taxas de infeção hospitalar diferem tendo em conta o país e instituição. Segundo os planos de prevenção implementados, cerca de 1,7% IACS aconteceram em instituições pequenas resultantes de internamentos curtos e 11% IACS em instituições maiores que prestam cuidados a doentes crónicos e por consequência necessitam de períodos de internamento mais longos (Lima, 2008)

Estudos Realizados nos Estados Unidos pelo Centro de Controle de Doenças de Atlanta (CDC), através do projeto SENIC – study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control, mostram que uma infeção hospitalar prolonga a permanência de um utente no hospital em pelo menos 4 dias a mais do que deveria. (OLIVEIRA, A. R., 2012)

De acordo com Phipps, Sands e Marek (2010), cerca de 5% dos doentes internados adquire IACS, atingindo um total superior a 2 milhões de hospitalizações por ano. Por consequência estas aumentam a duração de internamento de 7,4 para 9,4 dias, aumentando os custos dos cuidados.

O CDC estima que nos Estados Unidos da América, 2 milhões de pacientes adquiram uma IACS todos os anos e que aproximadamente 100 mil desses morram. (PINA, E. [et al.] 2014

GOULÃO, I. (2013), menciona que do total de IACS reportadas, as mais foram infeções do trato respiratório (pneumonia 19,4% e infeção do trato respiratório inferior 4.1%), infeção do local cirúrgico (19,6%), infeção urinária (19%) e infeção da corrente

sanguínea (10,7%). Cerca de 23% das IACS estavam presentes na admissão hospitalar sendo que destas, 54,7% estavam associadas à presença prévia no mesmo hospital e 31,1% à presença noutra hospital.

Integrado no estudo europeu do European Center for Disease Prevention and Control, foi efetuado um Inquérito de Prevalência de Infecção adquirida no Hospital e Uso de Antimicrobianos nos Hospitais de Agudos (2013), entre a qual participaram 30 países europeus, tendo sido seleccionada uma amostra aleatória de 43 hospitais portugueses. A taxa de prevalência média em Portugal e na Europa foi de 10,6% e 5,7%, respetivamente. Este estudo evidenciou que a taxa de prevalência de IACS em Portugal é mais elevada do que a média Europeia. Menciona ainda que a percentagem de IACS na admissão foi de 23,1%, das quais 58,9% foram adquiridas no mesmo hospital, 27,4% foram adquiridas noutra hospital e as restantes 13,6% a origem não foi esclarecida. Este estudo alude também que a prevalência de IACS foi mais elevada na Unidade de Cuidados Intensivos (24,5%), seguida dos serviços de reabilitação, serviços médicos e cirúrgicos, sendo mais reduzida nos serviços de Psiquiatria, Obstetrícia, Ginecologia e Pediatria, incluindo Neonatologia.

Ainda de acordo com o Inquérito de Prevalência de Infecção adquirida no Hospital e Uso de Antimicrobianos nos Hospitais de Agudos integrando o estudo europeu do ECDC, as IACS mais frequentes são as das vias respiratórias inferiores (29,3%), trato urinário (21,1%), do local cirúrgico (18%), da corrente sanguínea (8,1%), gastrointestinais (5,9%) e as da pele e tecidos moles (5%).

À medida que a esperança média de vida aumenta, o aumento de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e do elevado número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção. Estudos revelam que cerca de um terço das infeções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (Silva, 2008; Senna, 2010).

É um problema escondido, transversal que nenhuma instituição ou país ainda conseguiu resolver. Em cada ano, centenas de milhares de doentes em todo o mundo são afetados

por estas infeções, sendo considerado o evento adverso mais frequente durante a prestação de cuidados, em todo o mundo (Pina et al., 2010).

A estadia prolongada dos doentes infetados nos hospitais constitui o fator que mais contribui para os custos (Rodrigues, 2008). Ainda de acordo com o mesmo autor, uma IACS, acresce em média, 5 a 10 dias ao período de internamento. Além disso, os gastos relacionados com procedimentos diagnósticos e terapêuticos da Infeção nosocomial fazem com que o custo seja elevado (Rodrigues, 2008).

Segundo CARDO [et al.] (2010) a eliminação é “*a máxima redução de doença infecciosa causada por um agente específico numa área geográfica definida como resultados de esforços deliberados; ações continuadas para a prevenção do pré-estabelecimento da doença são necessários*”, assim sendo, o objetivo final é proteger o paciente, o profissional de saúde e os visitantes.

A Higienização das Mãos (HM), o processamento dispositivos médicos e superfícies, e até mesmo a utilização de equipamentos de proteção individual são algumas das medidas bem descritas na literatura e consideradas eficazes na prevenção e controle das infeções hospitalares (Senna, 2010).

A enfermagem tem uma grande responsabilidade na prevenção e controle das infeções que através da formação continua e a partir da capacitação profissional, deve conscientizar os outros profissionais da saúde para que os mesmos adiram às medidas de controlo e prevenção das infeções, enfatizando-se a higienização das mãos como uma norma a ser cumprida (Soares et al., 2012).

Deste modo torna-se imprescindível melhorar o desempenho dos diferentes intervenientes no processo de doença. Os Enfermeiros, como parte integrante na prestação de cuidados diários ao doente desempenham um papel fundamental na prevenção e controle das infeções associadas aos cuidados de saúde.

ii. As mãos como fator de transmissão das infecções associadas aos cuidados de saúde

Historicamente, a higienização das mãos caracteriza-se como importante medida na prevenção das IACS, sendo considerada a medida crucial contra o desenvolvimento dos microorganismos no âmbito hospitalar. Segundo Anvisa (2009), a higienização das mãos é reconhecida mundialmente como uma medida primária e muito importante, no controle de infecções relacionadas com os cuidados de saúde. Por esse motivo, tem sido considerada como um dos pilares da prevenção e do controlo de infecções nos serviços de saúde, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microorganismos multirresistentes.

Segundo evidências científicas e estudos realizados, estes alegam a pele como um grande disseminador de microorganismos, tendo a contaminação dos profissionais de saúde com diversos microorganismos, durante a realização dos procedimentos limpos, ao tocar as superfícies junto do ambiente do doente ou mesmo na pele intata do doente (Senna, 2010).

Vários processos têm sido desenvolvidos a partir dos estudos de Semmelweis, no intuito de prevenir a contaminação dos doentes pelo contacto manual dos profissionais da saúde, associado à produção de soluções industrializadas que procuram melhorar a adesão à higienização das mãos durante os cuidados da saúde (Medeiros *et al.*, 2012).

O veículo mais comum na transmissão de microorganismos de um doente para o outro, de um local do corpo para outro e de um ambiente contaminado para o doente são as mãos dos profissionais de saúde. Não obstante, existe uma debilidade na adesão às boas práticas, verificando-se que os profissionais de saúde higienizam as mãos menos de metade das vezes que deveriam. E se pensarmos em situações de assistência a doentes críticos nos quais existem graves limitações de tempo e a carga de trabalho é mais elevada, o cumprimento das boas práticas possivelmente alcança apenas os 10% (OMS, 2009).

As IACS evidenciam uma grande percentagem de morbidade e mortalidade e a higienização das mãos reflete ser uma medida de prevenção efetiva. Sendo realizada no momento adequado é extraordinariamente importante, tanto por motivos estéticos, como por constituir um indicador importante para a qualidade do atendimento que é factor importante para os doentes e suas famílias e deve, assim, continuar a ser promovida em todos os ambientes clínicos (Gold, Moralejo, Drey & Chudleigh, 2011).

Promover a prática da higienização das mãos de forma padronizada e abrangente, contribui para a diminuição das IACS e para o controlo das resistências dos microorganismos aos antimicrobianos, tendo como meta o aumento da adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos (DGS, 2010).

Existem evidências substanciais que demonstram a correlação entre as boas práticas de higiene das mãos e baixas taxas de IACS, sendo a higiene das mãos um importante indicador de segurança e qualidade da assistência prestada em qualquer ambiente de cuidados de saúde (OMS, 2009).

A higiene das mãos, a manipulação de artigos e superfícies, e até mesmo a utilização de equipamentos de proteção individual como forma de respeitar as precauções universais, são algumas das medidas descritas na literatura e consideradas eficazes na prevenção e controle das infeções hospitalares (Pereira, Souza, Tipple & Prado, 2005).

Distingue-se a importância da higiene das mãos, como uma das precauções básicas e comprovadamente uma das medidas de proteção ao doente mais legítima para a redução e disseminação de infeções hospitalares (CDC, 2007).

iii. Higienização das mãos

Desde 2009, a OMS apresenta como conceito de higienização das mãos o ato de limpar as mãos com água, sabão ou antimicrobiano ou antisséptico. Sendo assim, a HM passa a englobar atos como a degermação das mãos, a lavagem simples das mãos e antisepsia, ampliando a denominação da HM. Estas são diferenciadas pela situação, indicação e materiais utilizados (WHO 2009).

A higienização das mãos é uma medida de higiene pessoal e universal ensinada e transmitida ao longo das gerações. De acordo com Anvisa (2007) é apontada como a providências de maior impacto e de eficácia comprovada na prevenção de infecções, inibindo a transmissão cruzada de microorganismos. Também segundo Sousa e Santana (Anvisa 2007), é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para a prevenção e propagação de infecções relacionadas com os cuidados de saúde.

Sendo considerada como a ação isolada mais importante no controlo de infecções em serviços de saúde, porém, isto não se traduz na adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos, tendo sido objeto de estudo em diversas partes do mundo.

Segundo a DGS (2010), o termo higiene das mãos está definido como:

Termo geral que se aplica a qualquer um dos seguintes procedimentos: lavagem das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano), fricção das mãos com solução de base alcoólica (SABA) e preparação pré cirúrgica das mãos, executada pela equipa cirúrgica, e preparação pré-cirúrgica das mãos.

Segundo WHO (2009) a lavagem das mãos é apontada como o ato de limpar as mãos com o uso de água e sabão na presença de sujidade visível e a fricção antisséptica é designada como o uso de solução alcoólica para diminuir ou impedir o crescimento de microorganismos, não havendo a necessidade do uso de água na ausência de sujidade visível.

A utilização simples de água e sabão pode reduzir a população antimicrobiana presente nas mãos e, na maioria das vezes, interromper a cadeia de transmissão de doenças. A aplicação de produtos antissépticos, em especial de agentes com base alcoólica, pode reduzir ainda mais os riscos de transmissão, pela intensificação da redução microbiana ou por favorecer um aumento na frequência de higienização das mãos (Santos, 2010).

O uso de soluções alcoólicas para a prática da HM demonstra uma grande eficácia na eliminação de microorganismos, causando menor irritação/ressecamento das mão dos profissionais e menos tempo para a realização do procedimento em comparação à lavagem simples das mãos, sendo considerado como incentivo.

A importância desta prática faz com que os profissionais de saúde devam assumir o compromisso de alertar os utentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do órgão de gestão das unidades de saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos (DGS, 2010).

Segundo WHO (2009), são vários os motivos que podem levar os profissionais à não adesão à HM, dividindo-se em fatores materiais, pessoais, sociais e institucionais. Os fatores materiais dizem respeito à falta de suprimentos adequados para a higienização das mãos e soluções que não provoquem irritação ou ressecamento da pele. A irritação da pele constitui a principal razão apontada pela OMS para a baixa adesão dos profissionais à HM (WHO, 2009)

Os fatores pessoais estão relacionados com a formação do profissional, o conhecimento, a personalidade, a cultura e religião. Destacam-se as diferenças quanto às categorias profissionais, aos níveis de conhecimentos, percepção de risco de transmissão de microorganismos caso não realize a HM, e de benefício para profissional e/ou paciente, às situações de risco, em que as necessidades do paciente são admitidas como prioridade, às distintas personalidades e, por fim, às divergentes relações entre profissionais e paciente (Duggan et al, 2008; Erasmus et al 2009; Who, 2009).

Os fatores sociais referem-se à identidade social, preocupação com a opinião de outrem e o papel da sociedade. O aspeto social mais comumente relatado refere-se à influência

de profissionais mais experientes, que não aderem às recomendações de controlo de infeção, influenciando os profissionais mais jovens (ERASMUS, 2009).

Por fim, os fatores institucionais tratam-se da sobrecarga de trabalho, recompensas e aprovações e encorajamento de participação ativa em programas relacionados com a higienização das mãos. Como consequência da sobrecarga de trabalho, estudos apontam para uma relação entre os dias da semana e a variação na adesão à prática de HM, sugerindo que o cansaço e a fadiga, presentes principalmente nos finais de semana, contribuem para uma menor adesão (ERASMOS et al, 2009; WHO, 2009).

De acordo com as recomendações da OMS, a lavagem simples das mãos necessita de um tempo de 40 a 60 segundos, observa-se que a fricção antisséptica das mãos pode ser realizada com um terço à metade do tempo, ou seja, 20 a 30 segundos (ANVISA, 2009; WHO 2009).

Lavagem das mãos com água e sabão

Apresenta como finalidade a remoção dos microorganismos que colonizam nas camadas superficiais da pele, bem como o suor, a oleosidade e as células mortas. Este procedimento destina-se às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, antes e depois das refeições, após o uso das instalações sanitárias e após a prestação dos cuidados aos doentes com *Clostridium difficile*. A duração do procedimento deve ser de 60 segundos de higiene das mãos com água e sabão comum ou com um antimicrobiano (DGS, 2010).

Higienização anti-séptica

Apresenta como finalidade a remoção dos microorganismos, reduzindo a carga microbiana das mãos com a utilização de um antisséptico durante 60 segundos. A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo - se o sabão comum por um antimicrobiano (Anvisa, 2009).

Acrescenta aqui o que diz a DGS sobre esta lavagem

Fricção das mãos com antisséptico (preparações alcoólicas)

Apresenta como finalidade a redução da carga microbiana das mãos, isto é não há remoção da sujidade, consiste na aplicação de um antisséptico de base alcoólico para fricção das mãos. Esta técnica aplica-se antes e depois de procedimentos limpos/assépticos, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento tem duração entre 15-30 segundos (Anvisa, 2009; DGS, 2010).

A HM antissética poderá ser realizada com solução degermante, tendo uma duração que pode chegar até aos 75,5 segundos, muito superior à fricção antissética com produto alcoólico, todavia ambas as técnicas são capazes de reduzir a carga bacteriana de forma semelhante. Sendo assim, a fricção antissética com produto alcoólico é o método que apresenta melhor relação de tempo e eficácia para os procedimentos frequentes ao paciente (CHOW et al, 2012).

Preparação pré-cirúrgica das mãos

Consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório, com a finalidade de eliminar a flora transitória e de reduzir significativamente a flora residente. Os antissépticos a utilizar devem ter uma atividade antimicrobiana com ação residual, o procedimento demora entre 2-3 minutos (Anvisa, 2009; DGS, 2010). Para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos, três elementos são essenciais para essa prática: agente tópico com eficácia antimicrobiana; procedimento adequado ao utilizá-lo com técnica adequada e no tempo preconizado e a adesão regular ao seu uso, nos momentos indicados (Rotter, 1996; Kawagoe, Anvisa, 2009; DGS, 2010).

Em termos de conclusão, adutores referem que se observa, que os profissionais, mesmo tendo conhecimento sobre a importância da HM, os profissionais de saúde a realizam com menor frequência e por um menor período de tempo do que o recomendado (ALSUBAIE , 2013; EVEILLARD, 2011).

iv. Quando proceder á higienização das mãos

Segundo a DGS (2011), a indicação é motivo pelo qual a higiene das mãos é necessária num dado momento. É justificada pelo risco de transmissão de microorganismos de uma superfície para outra. A indicação é formulada em relação a uma referência temporal: “antes” ou “depois” do contacto. As indicações “antes” e “depois” não correspondem obrigatoriamente ao início o fim da sequência de cuidados ou atividade. Ocorrem durante movimentos entre áreas geográficas, durante transições entre tarefas, junto dos doentes, entre doentes, ou a alguma distância entre doentes.

Segundo a circular normativa “Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” da DGS (2010), os Profissionais de Saúde(PS) devem proceder a higienização das mãos de acordo com o modelo concetual proposto pela OMS, designado por os “Cinco Momentos”, cumprindo, ainda, os princípios relativos às técnicas adequadas a este procedimento e aos produtos a utilizar na higiene das mãos. Segundo a mesma Circular Normativa, os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do Órgão de Gestão da Unidade de Saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos (DGS, 2010).

A higiene das mãos, na prática clínica, está indicada durante os “Cinco Momentos” definidos pela OMS: (ANEXO)

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente;
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente.

Independente da forma da HM, seu objetivo principal se fundamenta na redução da carga microbiana das mãos dos profissionais, para assim diminuir a transmissão de micro-organismos entre pacientes, profissionais, equipamentos e mobiliários, partindo do pressuposto que as principais fontes de patógenos no ambiente hospitalar são os

pacientes colonizados e/ou infetados, os profissionais de saúde e os equipamentos e mobiliários próximos ao paciente (DAMASCENO, IQUIAPAZA, OLIVEIRA, 2014; HORAN; ANDRUS; DUDECK, 2008; LÓPEZ-CERERO, 2014; MARTINO *et al*, 2011).

Segundo a circular normativa “Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” da DGS (2010), para uma adequada implementação da prática da higiene das mãos nas unidades de saúde é fundamental o cumprimento por parte dos PS dos seguintes princípios:

- Realizar a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde;
- Utilizar adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão);
- Cumprir a técnica da higiene das mãos adequada ao procedimento;
- Colaborar com o responsável pelo controlo de infeção na avaliação da adesão á pratica da higiene das mãos e noutras atividades relacionadas com esta prática ;
- Proceder ao ensino ao doente, visitas, voluntariado e fornecedores sobre higiene das mãos.

De forma otimizar as condições de higienização existem outros aspetos relevantes a valorizar concomitantemente com a higienização das mãos, o PS devem manter as unhas naturais, limpas e curtas; não usar unhas postiças ou de gel quando entrar em contacto direto com os doentes, evitar usar anéis, pulseiras e outros adornos aquando da prestação de cuidados, aplicar creme hidratante nas mãos, com frequência, para evitar que a pele seque e grete.

Desde que as mãos estejam visivelmente limpas e/ou isentas de matéria orgânica, a SABA deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos e deve ser utilizada na maioria dos procedimentos comuns na prestação de cuidados (DGS, 2010).

v. A Higienização das mãos e o uso de luvas

Desde 1990, com o conceito de precauções universais, que o uso de luvas deve fazer parte integrante das medidas de prevenção das IACS. Preconiza-se que todo o

profissional de saúde deve estar consciente da necessidade desta barreira de proteção para doentes e profissionais de saúde, no entanto deve também ter presente que o uso indevido das mesmas pode ser responsável pela transmissão de microrganismos (CCI, 2006).

Segundo PINA (2006) O uso de luvas tem como principais objetivos os seguintes:

- Barreira de proteção contra a contaminação das mãos dos profissionais no contacto com pele lesada e mucosas, com líquidos orgânicos como sangue, secreções ou excreções;
- Redução da transferência de microrganismos das mãos dos profissionais para os doentes durante a prestação de cuidados;
- Redução da possibilidade de contaminação das mãos dos profissionais no manuseamento de materiais e equipamentos e transmissão entre doentes;
- Proteção da pele contra riscos químicos, térmicos e/ou de radiações.

O uso de luvas não modifica as indicações para higiene das mãos e, sobretudo, não substitui a higiene das mãos. Se apropriado, a indicação para higiene das mãos pode implicar a remoção das luvas para efetuar a ação. O uso de luvas interfere com a higiene das mãos por causa de gestos envolvidos. Estes gestos precisam ser fracionados e integrados numa sequência obrigatória de gestos definidos pelas indicações para a higiene das mãos e para o uso de luvas: higiene das mãos, colocar e retirar luvas. Sempre que uma indicação de higiene das mãos coincida com o uso de luvas, ela deve ser realizada imediatamente antes de colocar as luvas ou imediatamente depois da sua remoção. Se necessário, as luvas devem ser retiradas e mudadas de modo a efetuar a higiene das mãos. (...) Deve salientar-se que, se o uso de luvas impedir o cumprimento da higiene das mãos no momento correto, então representa um fator de risco major na transmissão de microrganismos para os doentes e disseminação para o ambiente de prestação de cuidados de saúde. A higiene das mãos é indispensável para o uso de luvas. Se não for possível aderir totalmente a este requisito, então é preferível preterir do uso de luvas e promover uma ótima higiene das mãos no interesse da proteção do doente e do ambiente da prestação de cuidados, desde que salvaguardada a proteção dos profissionais. (DGS, 2011)

Outro fator influente na proliferação de microorganismos são a humidade e a temperatura da superfície cutânea das mãos que aumentam com o uso de microorganismos.

vi. Estratégias para promover a adesão dos enfermeiros à Higienização das Mãos

Ao longo do tempo, vários estudos têm sido realizados sobre a higienização das mãos, para verificar a adesão dos profissionais a estas práticas, as causas para uma baixa adesão, as estratégias de como aperfeiçoá-las, assim como as suas implicações na prevenção e controlo das infeções.

Apesar de não haver dúvidas em relação à eficácia da higienização das mãos e da simplicidade desta prática, uma baixa adesão à mesma tem sido refletida por diversos estudos em todo o mundo. Estes têm demonstrado que os profissionais da saúde além de higienizar as suas mãos de forma rápida e com falhas frequentes, não atingem o nível esperado. Segundo OMS (2009), a duração da técnica da HM varia de 6,6 a 30 segundos e que na maioria das vezes tem sido a técnica de higienização simples das mãos com água e sabão.

A HM poderá ter uma frequência de oportunidades bastante elevada tendo em conta o número de cuidados, sendo assim a qualidade técnica utilizada pode estar comprometida ocorrendo falhas. Estas falhas podem acarretar consequências como a transferência de microorganismos de um doente para o outro, de um sítio anatómico para outro, na sequência dos cuidados prestados no mesmo doente, e, ainda para o ambiente e superfícies.

Estudos realizados e publicados sobre a taxa de adesão às práticas de HM pelos profissionais de saúde, tem comprovado que apesar da existência de fortes evidências de que a adequada higienização das mãos é uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão cruzada de microorganismos e das taxas de infeção hospitalar, a adesão a esta prática permanece baixa entre os profissionais de saúde, com taxas que variam de 5% a 81%, sendo, em média, oscila em torno dos 40%. (OMS, 2009) Pesquisas apresentam variações entre as taxas de adesão reportadas sobre HM pelos profissionais de saúde, apresentando valores entre 8% e 84,5% (ZOTTELE C. et al, 2017).

Devido a estudos observacionais, estudos de prevalência e inquéritos epidemiológicos, nos quais os profissionais apontam o porquê do não cumprimento das recomendações, foram identificados alguns fatores que estão relacionados com a baixa adesão as práticas de higienização das mãos. De acordo com a OMS (2009), alguns fatores de risco identificados para a baixa adesão às recomendações dirigidas à HM são os seguintes: ser médico; ser auxiliar de enfermagem; género masculino; trabalhar na unidade de cuidados intensivos, UCI; trabalhar durante a semana e finais da semana; utilizar luvas e aventais; realizar atividades com maior risco de transmissão dos microorganismos e ter alto índice de atividade (número de oportunidades/hora de cuidados prestado ao doente).

De outro modo, os fatores revelados pelos profissionais de saúde para explicar a baixa adesão às práticas de higienização das mãos nomeadamente a higienização simples das mãos com a água e sabão são a irritação e ressecamento das mãos, lavatórios não acessíveis, em números insuficientes e mesmo mal localizadas, a falta de sabão, papel e toalhas, excesso de atividades ou tempo insuficiente, ter o doente como prioridade, o uso de luvas com crença de que usar as luvas não é necessário higienizar as mãos, a falta de conhecimento sobre os protocolos e recomendações e a ausência dos modelos de comportamentos entre os superiores ou entre as colegas; ceticismo a respeito da importância da HM.

Neves (2009), menciona que estudos realizados demonstram justificativas para a baixa adesão que passam pela falta de motivação, irresponsabilidade, falta de consciência, pouca importância ao fato da transmissão cruzada de microrganismos, ausência de lavatórios próximas das camas, reações cutâneas nas mãos e falta de tempo. Também a sobrecarga de trabalho e a rotina de assistência a vários pacientes são os principais fatores que dificultam a boa prática da HM (Raimondi et al, 2017)

No entanto estudos têm demonstrado, segundo (Correa, OMS, 2009)0 *“o porquê e como as pessoas mudam os seus comportamentos têm sido algumas das questões fundamentais na prática dos profissionais envolvidos no controle de infeção”*.

Unidades de Saúde” da DGS (2010), para que os profissionais cumpram a higiene das mãos, os órgãos de gestão devem também ter em conta as seguintes orientações de Portugal (2010), as quais aludem para : Atribuir prioridade institucional ao aumento da

adesão à higiene das mãos; Promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática; Divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho; Disponibilizar lavatórios adequados e colocados em locais estratégicos; Fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados; Fornecer sabão adequado e creme hidratante para as mãos dos profissionais, de modo a minimizar a ocorrência de dermatites de contacto associadas à higienização das mãos e fornecer produtos para higiene das mãos alternativos aos profissionais com reações adversas aos produtos utilizados na unidade de saúde. Devem ser designados profissionais com formação e treino em controlo de infeção para implementar programas promocionais da prática de higiene das mãos, com o objetivo de aumentar a adesão dos profissionais de saúde a esta prática.

Ainda para contribuir para a minimização destas situações a DGS (2010:14), preconiza que se deve “Disponibilizar *aos profissionais de saúde produtos de higiene das mãos eficazes e com baixo potencial de provocar irritação da pele.*”. *Pois sendo os profissionais de saúde um grupo de risco para as dermatites profissionais, devido ao uso constante de luvas, o frequente número de vezes que se higieniza as mãos, até ao possível contacto com substâncias químicas”.*

A mesma fonte, recomenda também a disponibilidade de loções ou cremes de mãos para reduzir a ocorrência de dermatites de contacto associadas à lavagem/ desinfeção das mãos do PS; a inclusão de informação sobre os cuidados com as mãos de modo a reduzir o risco de dermatites de contacto ou outros tipos de lesões da pele nos programas de formação para os profissionais; o fornecimento adequado de produtos de higiene das mãos alternativos aos profissionais com alergias ou outras reações adversas aos produtos que são utilizados na instituição (DGS, 2010).

Acrescenta ainda que as unidades de saúde devem definir uma política de utilização dos produtos, evitando a sua duplicação (soluções alcoólicas versus sabão antimicrobiano) para a antissepsia das mãos e a não combinação de produtos (sabão e solução antisséptica de base alcoólica) concomitantemente (DGS, 2010).

As áreas potenciais de atuação para aumentar a adesão às práticas de higienização das mãos referidas pela (WHO, 2006; Correa, OMS, 2009, p.84), são:

“ Educação dos profissionais de saúde focada em como, quando e porquê realizar a higienização das mãos, com ênfase na repetição dos seus padrões de comportamento na sociedade e no trabalho;

“ Motivação para que os profissionais de saúde exerçam as práticas adequadas de higienização das mãos por meio de modelos de comportamento adotados por seus colegas, superiores ou lideranças administrativas”

Segundo a OMS, essas áreas potenciais de atuação requerem um suporte contínuo da administração dos serviços de saúde, tendo a higienização das mãos como prioridade institucional.

MARTINO (2011) , refere a existência de indicativos em alguns estudos de que, para a garantia da manutenção de taxas adequadas de adesão, as atividades devem ocorrer em intervalos regulares, além de serem realizados esforços contínuos, incluindo reforço constante do programa de educação, observação rotineira e feedback em níveis individuais e organizacionais.

Ainda de acordo com Neves (2006), abordagem educativa tem demonstrado ser eficaz, entretanto, não é recomendada a adoção de métodos conservadores ou tradicionais, baseados apenas na transmissão de conhecimento, sugerindo a implementação de estratégias inovadoras, como o envolvimento dos profissionais na definição das metas, a fim de conseguir melhores resultados.

Nesta perspectiva as instituições de saúde devem estabelecer estratégias voltadas à maior adesão do profissional à prática da HM como, reduzir a sobrecarga de trabalho dos profissionais e aumentar os locais de higienização das mãos. Deve-se também realizar ações educativas e a implementação de programas de educação permanente nas instituições de saúde, sendo primordiais para incentivar e sensibilizar os profissionais para a adesão de práticas que contribuem à prevenção das IACS, como a HM em todos os momentos indicados pela OMS (RAIMONDI DC et al, 2017).

Também o uso de cartazes também tem sido amplamente recomendado, sendo reportado por profissionais como importante incentivo para a realização da HM, funcionando como lembretes no ambiente de trabalho, uma vez que devem se localizar em locais estratégicos dentro das unidades assistenciais, lembrando os profissionais da

importância, técnica e momentos em que se deve realizar a HM (PICHEANSATHIAN; PEARSON; SUCHAXAYA, 2008).

Os elementos chave para incentivar a adesão incluem a formação dos profissionais e programas de motivação, adoção de produto para higiene das mãos à base de álcool como critério de referência, utilização de indicadores de desempenho e forte compromisso por parte de todos envolvidos no processo, tais como os gestores de topo, os gestores intermédios e os prestadores de cuidados.

As estratégias de motivação dos profissionais para a higiene das mãos devem ser multimodulares e multifacetadas e incluir formação e suporte dos superiores hierárquicos para a implementação dos programas. A formação em serviço deve, ainda, incluir informação sobre os cuidados a ter com as mãos de forma a reduzir o risco de dermatites de contacto ou outros tipos de lesões da pele. (DGS, 2010)

II. Fase metodológica

A fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual (...) No decurso da fase metodológica, a atenção do investigador é dirigida, principalmente para o desenho da investigação, a escolha da população e da amostra, dos métodos de medida e da colheita de dados (Fortin, 2009).

Nesta fase pretende-se definir os métodos que se utilizará para a obtenção das respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. É também nesta fase que se define a população e se escolhe os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita dos dados. A metodologia não é mais que um conjunto de métodos e de técnicas que dirigem a realização do projeto de investigação científica (Fortin, 2009).

Quivy e Campenhoudt (2008), defendem que a fase metodológica corresponde a uma fase de construção, sendo que esta só pode ser efetuada a partir de um sistema concetual organizado, suscetível de exprimir a lógica que o investigador supõe estar na base do fenómeno.

Neste capítulo serão apresentados o desenho de investigação, que inclui o tipo de estudo utilizado, a definição da população-alvo, da amostra e do processo de amostragem, as variáveis em estudo, os instrumentos de recolha de dados e o tratamento e apresentação de resultados. Por fim irão ser descritos os princípios éticos.

1. Desenho de investigação

O desenho define-se como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos (Fortin, 2009)

O termo desenho da pesquisa refere-se ao plano de ação ou estratégia criado para obter informação que se deseja (Sampieri, 2013 p.140). De acordo com Freixo (2011, p. 188):

A cada tipo de estudo deve corresponder um método, procedimento ou desenho, apropriado aos objetivos pretendidos e à natureza do problema, devendo especificar as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses.

i. Meio

A definição de meio consiste num lugar onde se realiza um determinado estudo de investigação, tratando-se este fora de um laboratório, ou seja, onde não existe controlo. Este tipo de estudo é denominado por um estudo em meio natural (Fortin, 2009).

“Um meio, que não (...) o laboratório, toma frequentemente o nome de meio natural.”
(FORTIN, 2009, p.217).

Sendo assim, e de acordo com esta definição, este estudo de investigação foi realizado em meio natural, sendo efetuada a colheita de dados no Hospital Privado do Norte do país.

ii. Tipo de estudo

Uma pesquisa acarreta decisões importantes para o seu desenvolvimento, que se relacionam com o tipo de investigação que se pretende realizar de forma a obter resposta às questões e objetivos delineados.

Ribeiro (2010, p.51) diz que “o tipo de estudo permite recolher a informação necessária do modo apropriado, com os procedimentos apropriados”.

Para este estudo, optou-se pela metodologia descritiva que tem como objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las. Neste tipo de estudo, o investigador pode estar na presença de variáveis que podem ou não estar associadas entre si. Referindo ainda a

mesma autora (Fortin, 2009, p.244), “Nesta etapa do exame das relações entre variáveis, são as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses”. Do mesmo modo, não há razão para variáveis dependentes e independentes, neste tipo de estudo.

Para Freixo (2011, p. 107), a finalidade principal do método descritivo é “fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento.”.

O método de investigação utilizado foi o quantitativo. Segundo Lakatos (2008), este caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de colheita de dados quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

Para Fortin (2009) a investigação quantitativa, tem como finalidade a descrição, a verificação das relações entre as variáveis e, por fim, a examinação das mudanças empregues na variável dependente após a manipulação da variável independente.

Em relação à dimensão temporal, o estudo é transversal pois, segundo Fortin (2009, p.252), este serve para medir a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população em dado momento.

O estudo *“Percepção e Conhecimento dos Enfermeiros sobre as Boas Práticas de Higienização das Mãos, num serviço de internamento de um hospital privado do norte do país,”* enquadra-se neste âmbito, pois irá ser aplicado a uma determinada amostra, por questionário, num determinado momento, retratando a situação num dado momento.

iii. População-alvo, amostra e processo de amostragem

Posteriormente à fase concetual o investigador deve definir a população e estabelecer os critérios de seleção da mesma, determinando a amostra e o seu tamanho (Fortin, 2009).

Segundo Freixo (2011, p. 282) entende-se por população “o conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum um ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação.”.

Fortin (2009, p.311) define população como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que têm características comuns. A população, objeto do estudo, é chamada de “população alvo”, esta é formada por um conjunto de pessoas que obedecem aos critérios de seleção definidos precocemente (Fortin, 2009, p.311).

Nesta investigação, a população em estudo são os Enfermeiros de um Hospital Privado do Norte do país, num total de 46 enfermeiros.

Segundo Fortin (2009), a amostra é um fragmento de uma população sobre a qual se incide o estudo, sendo representativa da mesma. Ainda segundo a mesma autora, a amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira, permitindo assim estimar, de forma precisa, as características de uma população a partir da informação obtida junto de uma amostra.

Segundo FREIXO (2011, p.182), uma amostra é *“constituída por um conjunto de sujeitos retirados de uma população, consistindo em a amostragem num conjunto de operações que permite escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada.”*

Para Coutinho (2014, p.89), a amostragem é o processo no qual é feita a seleção dos indivíduos que participam no estudo.

Assim, o tipo de amostragem referente ao presente estudo denomina-se intencional, pois é constituída tendo em presente um determinado critério, de acordo com o qual é escolhido intencionalmente um grupo de elementos que constituirão a amostra. O investigador dirige-se intencionalmente a grupos de elementos dos quais deseja saber a opinião, naquele preciso momento (Coutinho, 2014).

Não probabilística, porque tendo por base estas interpretações, a amostra selecionada para este estudo baseou-se no método não probabilístico onde, segundo Coutinho (2014, p.95), não é possível especificar a probabilidade de um sujeito pertencer a uma determinada população.

Neste sentido, a amostra é constituída por 27 enfermeiros, do Hospital Privado do Norte do País.

De modo a tornar a investigação mais fidedigna é necessário estabelecer critérios de inclusão, “os critérios de inclusão definem as características dos participantes da população-alvo relacionadas à questão de pesquisa (Hulley,2008.p.47).

Os critérios de inclusão em que nos baseamos para definir a amostra foram:

- Enfermeiros de ambos os sexos;
- Enfermeiros da prestação de cuidados que se encontram no serviço a trabalhar pelo menos à 3 meses.

iv. Variáveis em estudo

Para efetuar a escolha de um método de colheita de dados, é necessário procurar um instrumento de medida adequado às definições conceituais das variáveis em estudo (Fortin, 2009).

De acordo com a Fortin (2009, p. 171), (...) as variáveis são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo.

Para Fortin (2009, p.376), a variável dependente é “a variável influenciada pela variável independente”. O mesmo autor refere que a variável independente se refere à “variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos sobre a variável dependente”.

As variáveis adquirem valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados, podendo ser classificadas, segundo o papel que exercem na investigação, como independentes, dependentes, de investigação, atributos e estranhas (Fortin, 2009, p.171).

De acordo com o problema formulado, a variável dependente é” *Perceção e Conhecimento sobre higienização das mãos*”

As variáveis independentes consideradas pertinentes em relação ao estudo, integram as variáveis de contexto:

- Sociodemográfico (caracterização da unidade de saúde, caracterização do serviço/departamento onde exerce funções e caracterização do profissional

v. Instrumento de recolha de dados

Segundo Coutinho (2014, p.105), todo e qualquer plano de investigação implica uma recolha de dados originais por parte do investigador. Um instrumento é algo que permite ao investigador “medir”, ou seja, “quantificar” o resultado do impacto de uma variável independente sobre uma variável dependente (Coutinho, 2014, p.110).

Como não é possível medir-se diretamente os conceitos utilizados no estudo, estes devem ser operacionalizados de forma a ser possível a sua avaliação. Assim, utilizam-se instrumentos de colheitas de dados para reunir os dados que responderão às hipóteses de investigação (Fortin, 2003).

Segundo Freixo, (2011,p.191) a colheita de dados sistemática é efetuada, segundo um plano pré-determinado, junto dos participantes com ajuda dos instrumentos de medida selecionados

Para Fortin (2009), o investigador deve questionar-se se o instrumento que ele pensa usar para a recolha de dados junto dos inquiridos é o mais conveniente para responder às questões de investigação ou verificar as hipóteses.

Para a realização desta investigação, foi eleito o questionário como instrumento de recolha de dados. Para proceder à recolha dos dados pode utilizar-se um questionário já existente ou a realização de um novo questionário por parte do investigador (Fortin, 2009, p.380).

Para Fortin (2009,p. 380):

O questionário é um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões (...) O questionário tem por objetivo recolher informação fatural sobre os acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos, opiniões (...) Os questionários tanto podem conter questões fechadas como questões abertas. Os participantes devem limitar-se a responder às questões apresentadas e não têm possibilidade de as mudar nem de precisar o seu pensamento. As questões são apresentadas numa ordem lógica e os enviesamentos são quase impossíveis.

Neste estudo optou-se pela utilização do questionário da Direção Geral de Saúde intitulado: “Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e as suas Implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”.

O questionário a utilizar neste estudo (anexo I) está organizado em duas partes, nomeadamente:

Na parte inicial, encontra-se uma breve introdução que apresenta o tema em estudo, os objetivos e as notas explicativas sobre o preenchimento do questionário. Posteriormente, aborda-se a confidencialidade do estudo, bem como a importância da colaboração, de cada participante, na investigação.

A parte inicial visa a caracterização da unidade de saúde (Hospital/Unidade de Cuidados Continuados/Outros), a caracterização do serviço/departamento onde o profissional exerce funções (qual o serviço), e, por fim, a caracterização do profissional (género, data de nascimento, e profissão, sendo de salientar que a amostra será apenas de enfermeiros). A segunda parte, é constituída por 22 questões relativas a percepção dos enfermeiros relativamente às práticas de higiene das mãos. Por fim, a parte II é constituída por 6 questões de escolha múltipla e verdadeiras e falso, relativas aos conhecimentos sobre as práticas de higiene das mãos.

O Pré-teste é realizado com o intuito de verificar a validade, fidedignidade e operacionalidade do instrumento de pesquisa (questionário), e de modo a testar se é adequada a sua utilização como instrumento de pesquisa, deve ser aplicado um pré-teste.

Fortin (2009, p.386) descreve o pré-teste como “(...) a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população alvo.”. Lakatos (2007, p.32), refere que o “ (...) pré-teste pode ser aplicado mais de uma vez, tendo em vista o seu aprimoramento e o aumento da sua validade”.

Caso sejam feitas alterações importantes, impõe-se um segundo pré-teste (Fortin, 2009)

Neste estudo não houve necessidade de efetuar nenhum pré-teste porque os questionários utilizados, como instrumentos de recolha de dados, já tinham sido testados em estudos anteriores, na realidade portuguesa.

vi. Tratamento e apresentação dos dados

O método de análise deve ser oportuno tendo em conta os objetivos e o desenho do estudo quer este vise descrever relações ou verificar relações entre as variáveis ou comparar o grupo. (Fortin, 2009).

O tratamento estatístico é crucial em qualquer trabalho de pesquisa, na medida em que nos permite atribuir uma significação aos dados obtidos pela aplicação do instrumento da colheita de dados. Para Fortin (2009,pág.27), “a análise estatística dos dados e a apresentação dos resultados estatísticos necessitam, evidentemente, de um bom conhecimento dos princípios de base da estatística”.

Após a seleção do instrumento de colheita de dados e tendo em conta as suas características será elaborada uma base de dados para a análise dos mesmos. Estes serão submetidos a análises para dar resposta às questões levantadas. Deste modo serão analisados pelo método estatístico utilizando programas de estatística descritiva simples, com a respetiva análise de frequências (Fortin, 2009).

O método de tratamento de dados utilizado neste estudo foi executado através do Microsoft Office Excel 2007. Os dados serão apresentados sobre forma de tabelas e gráficos para melhor compreensão e organização dos dados.

Os dados serão codificados, transferidos para uma matriz e salvos em um arquivo para que o pesquisador possa começar a analisar Sampieri (2013).

Segundo Fortin (2009) as estatísticas descritivas permitem descrever os valores obtidos pela medida de variáveis servindo para caracterizar as relações entre duas ou mais variáveis.

2. Salvaguarda dos Principio Éticos

Em qualquer investigação realizada em seres humanos são levantadas questões morais e éticas. (Fortin, 2009).

Para a mesma autora, antes de se proceder à colheita dos dados propriamente dita, devem ser efetuadas certas diligências, que comportam a obtenção de autorização para realizar o estudo em determinado estabelecimento, a aprovação da comissão de ética da investigação do estabelecimento em questão, a preparação dos inquiridos, as decisões no que toca ao desenrolar da colheita de dados, a persistência e o controlo da colheita da informação e, por fim, a avaliação dos potenciais problemas.

Neste estudo tentar-se-á defender os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, determinados pelo código de ética. São eles:

O **direito à autodeterminação** baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino” (Fortin, 2003, p.116).

O **direito à intimidade** faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas” (Fortin, 2003, p.117).

O **direito ao anonimato e à confidencialidade** é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes num estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação. (...) (Fortin, 2003, p. 117).

O **direito à proteção contra o desconforto e prejuízo** corresponde às regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem” (Fortin, 2003, p. 118).

O **direito a um tratamento justo e equitativo** “refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo” (Fortin, 2003, p.119).

A fim de salvaguardar o direito à individualidade, liberdade, segurança, bem-estar, respeito e dignidade de cada sujeito que participou no estudo, a realização deste teve em conta todas as etapas e critérios éticos inerentes a qualquer investigação rigorosa e fidedigna. Foi elaborada uma nota explicativa relativa ao tema em estudo, seus objetivos e finalidades, que consta do instrumento de recolha de dados (anexo I). Também é mencionado o direito á livre participação, ao anonimato e salvaguarda dos dados.

III. Fase Empírica

Numa investigação os dados reunidos precisam de ser organizados e analisados e, como na maioria das vezes tomam uma forma numérica, procede-se à sua análise estatística (Coutinho, 2014, p.151).

Após a recolha dos dados, é necessário organizá-los tendo em vista a sua análise (Fortin, 2009, p.57). Para a mesma autora (Fortin, 2009, p.495), “É conveniente apresentar os resultados da análise dos dados em quadros e figuras, porque estes dão uma informação clara e concisa.”.

Relativamente ao tipo de estudo presente nesta investigação, Fortin (2009) refere ainda que, na interpretação dos resultados, o investigador deve apenas descrever as relações entre as variáveis e não se inquietando a fazer previsões nem estabelecer relações de causalidade.

Recorreu-se à estatística descritiva, tendo procedido ao cálculo de frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização, como o cálculo de médias, de acordo com as características das variáveis em estudo.

Perante estas considerações, inicia-se o capítulo seguinte com a apresentação e análise dos resultados

1. Apresentação, análise, interpretação e discussão dos dados

A quando da apresentação dos resultados obtidos, Fortin (2009), alude que deve ser feita inicialmente uma descrição da amostra, referindo o número de participantes e as suas características sociodemográficas (género, idade, situação profissional, escolaridade, estado civil.).

Relativamente à faixa etária, esta apresenta uma média de 29 anos, com idades que oscilam entre um mínimo de 22 anos e um máximo de 37 anos. Pela análise do gráfico 1, constata-se no que o grupo mais representado é do sexo feminino com 82%, correspondendo a 22 elementos, e 18% do sexo masculino, correspondendo a 5 elementos. No último anos, de acordo com o estudo de Rissardo e Gasparino (2013),

tem-se observado um aumento no número de homens, mas, ainda assim, a enfermagem é considerada, pela sociedade, uma profissão predominantemente feminina.



Gráfico I - Distribuição da amostra segundo a variável sexo.

No seguimento da caracterização da amostra, serão apresentados os resultados das respostas obtidas às questões colocadas aos enfermeiros através do questionário “Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e as suas implicações na infeção associada aos cuidados de saúde”. De salientar que estas respostas dizem respeito aos 27 enfermeiros que responderam ao questionário.

Em relação à questão “*Recebeu formação sobre higiene das mãos*”, a maioria dos inquiridos (93%) respondeu que sim, enquanto apenas 7% respondeu que não tinha recebido formação acerca da HM. De acordo com um estudo de Tinoco (2014), 88% dos profissionais de saúde tinham recebido formação sobre HM, isto leva a crer que cada vez mais existe uma necessidade por parte da instituição e dos gestores da mesma, em facilitar formações, de modo a aumentar o conhecimento dos profissionais nomeadamente na HM, como também na monitorização desta prática em conformidade com o protocolo definido pela OMS.

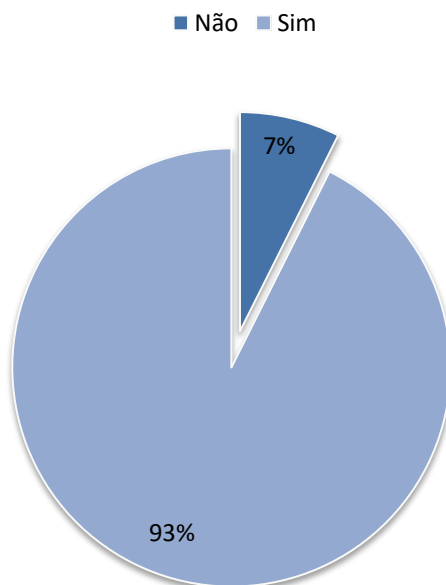


Gráfico II - Distribuição da amostra segundo a questão "Recebeu formação sobre HM?"

Quanto à questão "Está disponível na sua Instituição a solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) para a higiene das mãos?", 100% da amostra respondeu que sim. Segundo Randle & Clarke (2011), não havendo a disponibilidade de recursos, a taxa de IACS também não irá diminuir, mesmo que se façam avisos de melhoria ou a aplicação de sanções a profissionais. No que concerne à pergunta "Desde há quanto tempo utiliza SABA para a higiene das mãos no seu hospital", 7% dos inquiridos referiu a Utilização de SABA à menos de 1 ano, 41% entre 1 e 5 anos e 52% a mais de 5 anos, o que significa que a maioria dos enfermeiros desta unidade se encontram sensibilizados para a utilização de SABA.

Durante a presente investigação procurou-se saber quais os principais motivos apresentados pelos enfermeiros e que condicionam, segundo eles, a adesão à prática da higiene das mãos com anti-séptico, 85% dos profissionais responderam que não apresenta dificuldades em utilizar SABA para a HM, enquanto apenas 15% (4) manifestam algum tipo de dificuldade. Destes 15%, conforme se pode verificar no gráfico nº III sobre a dificuldade na utilização de antisséptico, 25% dos inquiridos responderam que raramente se devia a esquecimento e 75% que nunca se devia ao

esquecimento. Em relação À falta de tempo, 25 % da amostra respondeu frequentemente, 50% raramente e 25% nunca. Quanto à pele lesada 25% respondeu sempre, 50% frequentemente e 25% quase sempre. Concluindo, a maior dificuldade dos enfermeiros para a não adesão à utilização de anti-sético é devido à pele lesada. Com este resultado demonstrou-se que os enfermeiros toleram a SABA muito bem, estando consciencializados para uma boa adesão à HM, segundo as recomendações da OMS. Segundo o relatório da DGS – Campanha Nacional de Higiene das Mãos (2010-211), facultado pelo Ministério da Saúde, revela que em 2009, 82% dos hospitais portugueses registaram taxas de adesão dos profissionais a esta prática superior a 50%.

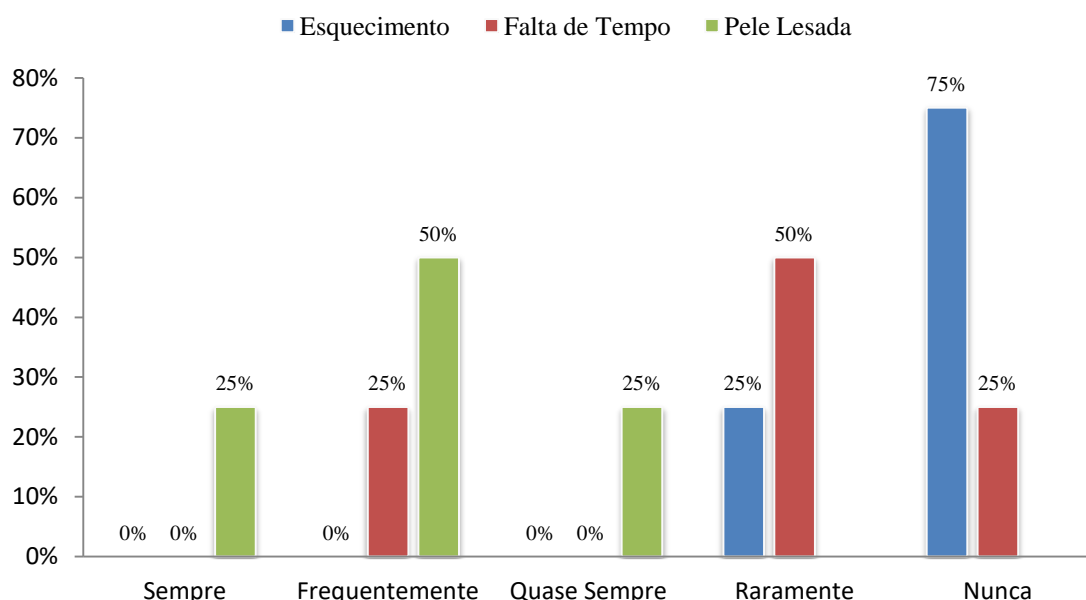


Gráfico III - Distribuição da amostra segundo a dificuldade na utilização de antissético.

No que diz respeito à questão “ *Qual é, no seu entender, a percentagem de doentes internados que desenvolvem uma IACS?*”, os enfermeiros entenderam que 37% dos doentes internados desenvolvem uma IACS no futuro. No parecer dos enfermeiros a percentagem de adesão dos colegas à adesão á HM é de 84%, assim como adesão individual teve uma média de 89%. Pode-se inferir que existe uma grande sensibilização dos enfermeiros na adesão a esta prática.

Relativamente à questão “*Como avalia o esforço que despende para uma higiene das mãos adequada quando cuida dos doentes?*”, a maioria dos profissionais de saúde considera que o esforço gasto é elevado (48%), 15% classificam esse esforço como muito elevado, existindo apenas 4% que avaliam o seu esforço em baixo. Este resultado encontra-se em concordância com o estudo de Tinoco (2014) que refere que 43% dos profissionais classificam o esforço despendido para uma correta HM de elevado e apenas 7% avaliam o seu esforço em baixo ou muito baixo. Dados da DGS relatam uma taxa de adesão nacional à prática da HM em 2013, por parte dos enfermeiros, de 78%.

Acerca da questão “*Na sua opinião, qual o impacto de uma infeção associada aos cuidados de saúde no prognóstico do doente?*”, 41% dos enfermeiros consideram que as IACS apresentam um impacto elevado no prognóstico do doente, 22% relativamente elevado, 15% muito elevado e apenas 8% baixo e relativamente baixo. Outros estudos internacionais consideram a segurança do doente como prioridade, argumentando que em cada cem doentes internados, 10 são consequentes de eventos adversos, dos quais 45% são considerados evitáveis (Vargas e Recio, citados por Edite Silva, 2013).

Em relação à questão “*Na sua opinião, qual o impacto da eficácia da higiene das mãos na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde?*” todos os inquiridos afirmam ter um impacto bastante importante na HM, compreendendo respostas entre relativamente elevado (7%), elevado (15%) e muito elevado (78%).

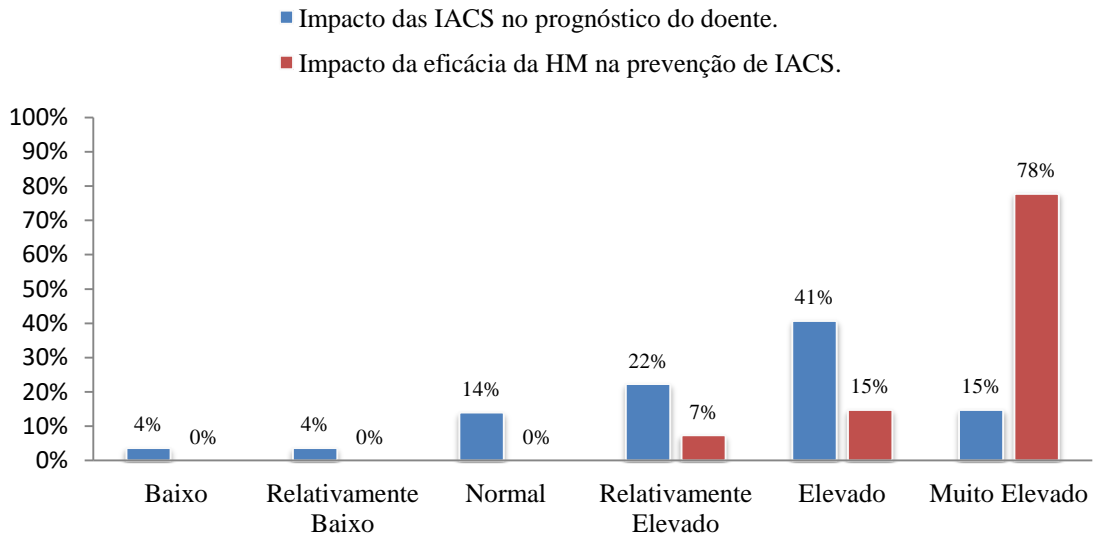


Gráfico IV - Distribuição da amostra segundo as questões “Na sua opinião, qual o impacto de uma infecção associada aos cuidados de saúde no prognóstico do doente?” e “Na sua opinião, qual o impacto da eficácia da higiene das mãos na prevenção da infecção associada aos cuidados de saúde?”

No que concerne a questão “*Que importância é atribuída pelo seu chefe ao seu correto desempenho na higiene das mãos?*”, 37% dos enfermeiros consideram que o chefe do serviço dá elevada importância, 33% de muito elevada e 26% de relativamente elevada, apenas 4% afirmam uma importância relativamente baixa atribuída pelo chefe à HM.. Em relação à importância atribuída pelos colegas à correta HM 44% atribuíram de importância elevada, 33% muito elevada e 19 % relativamente elevada. E por fim, quanto à importância atribuída pelos doentes à correta HM, os enfermeiros 30 % responderam que os doentes dão uma importância relativamente elevada ao facto do enfermeiro realizar uma excelente HM, 26% atribuem uma importância elevada, 7% importância baixa e apenas 3% considera que os doentes dão uma importância muito elevada à correta HM.

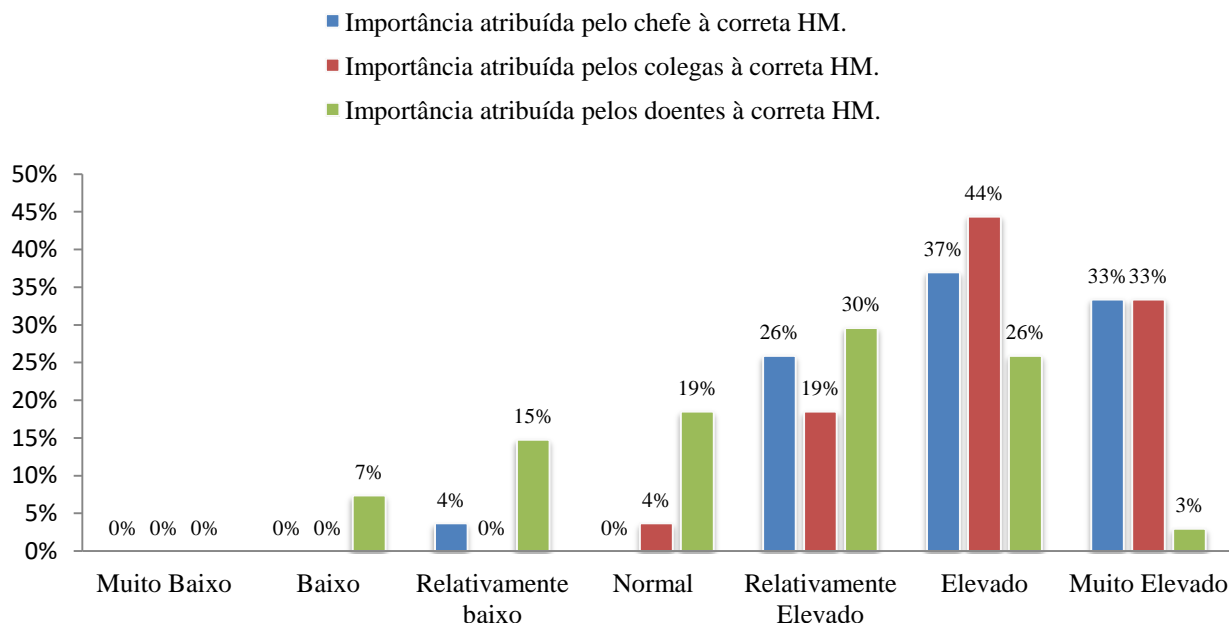


Gráfico V - Distribuição da importância atribuída pelo chefe, colegas e doentes à correta higienização das mãos.

Quanto à questão “ *Na sua opinião, qual o grau de prioridade dado à higiene das mãos pelo órgão de gestão, relativamente a outras áreas na sua Unidade de Saúde?*”, pode-se verificar na tabela I que 37% dos enfermeiros consideram ter uma prioridade relativamente elevada, 22% afirmam ser uma prioridade muito elevada, 14% responderam ser de prioridade elevada, enquanto na opinião de 4% dos inquiridos consideram de prioridade baixa. Salienta-se a necessidade da envolvimento do chefe/líder do serviço ou do enfermeiro especialista na monitorização das práticas, no aprimoramento, na educação e sensibilização dos profissionais para a melhoria contínua.

Qual o grau de prioridade dado à HM pelo órgão de gestão, relativamente a outras áreas de saúde.	Nº	%
Muito Baixo	0	0%
Relativamente Baixo	1	4%
Baixo	1	4%
Normal	5	19%
Relativamente Elevado	10	37%
Elevado	4	14%
Muito Elevado	6	22%
Total	27	100%

Tabela i - Distribuição da prioridade dada a HM pelo Órgão de Gestão.

Em relação à questão “ Na sua opinião, qual o nível de eficácia das seguintes ações para aumentar a adesão à higiene das mãos no seu hospital?”, esta foi subdividida em 8 perguntas que irão ser abordadas individualmente. O gráfico V representa as 4 primeiras perguntas, enquanto o gráfico VI representa as restantes 4 perguntas.

Sobre a opinião dos enfermeiros em relação à importância da higienização das mãos respondendo à questão “*Os gestores na sua instituição apoiam e promovem a higiene das mãos?*” 33% dos enfermeiros consideram que os gestores apoiam e promovem a HM de uma forma moderada, 30% responderam que a atuação dos gestores é eficaz, enquanto 11% dos enfermeiros consideram pouco eficaz a promoção da prática da HM por parte dos gestores. De acordo com Silva (2013) 50% dos enfermeiros são da opinião que os gestores e chefias promovem a HM e apenas 10,5 consideram uma ação pouco eficaz.

No que se refere a questão “ *A Instituição de Saúde, disponibiliza solução alcoólica em cada local de prestação de cuidados.*”, grande maioria dos enfermeiros, 59%, afirmam que a presença de SABA em cada local de prestação de cuidados é muito eficaz, 30% considera moderadamente eficaz e apenas 4% afirmam ser uma ação pouco eficaz.

O que concerne à questão “*A colocação de cartazes sobre higiene das mãos nos locais de prestação de cuidados, que funcionem como lembretes*”, 45% dos enfermeiros são da opinião que é de moderada eficácia e 26% afirma ser muito eficaz, apenas 7% considera ser de pouca eficácia.

Relativamente à questão “*o profissional de saúde recebe formação e treino sobre higiene das mãos.*”, 37% dos enfermeiros são da opinião que é uma ação de moderada eficácia e muito eficaz, 22% afirmam ser eficaz, enquanto apenas 4% considera ser uma ação pouco eficaz.

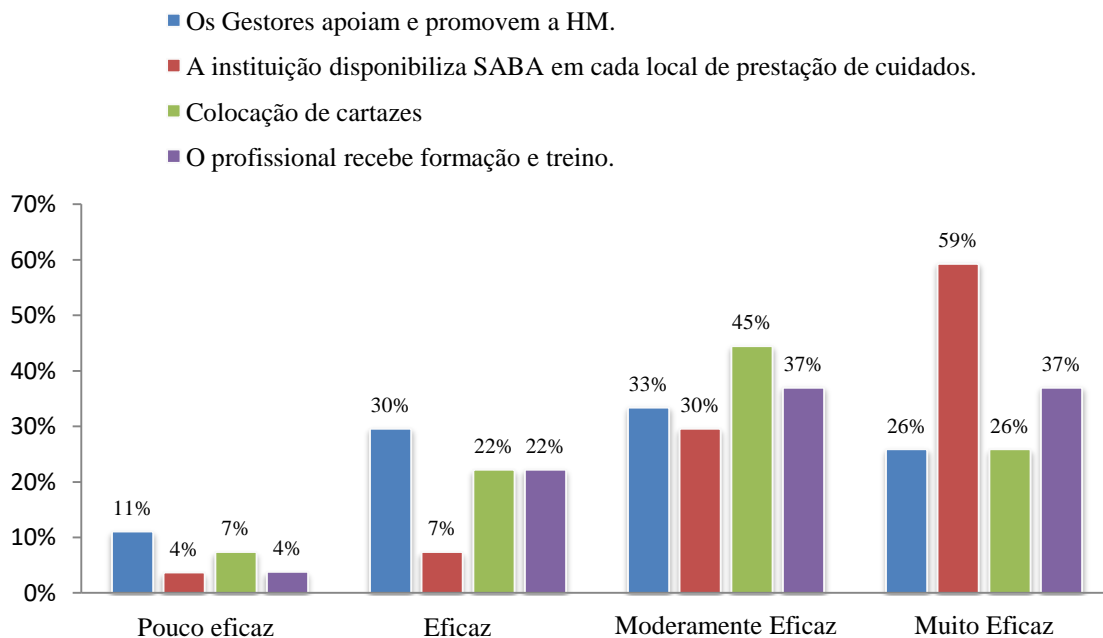


Gráfico VI - Distribuição da amostra segundo o nível de eficácia de ações para aumentar a adesão à HM.

No que diz respeito à questão “*O profissional de saúde recebeu instruções claras e simples sobre a higiene das mãos.*”, 48% dos enfermeiros entendem como uma ação moderadamente eficaz, 33% como muito eficaz e apenas 19% considera ser uma ação com pouca eficácia.

Relativamente à questão “o profissional de saúde recebe regularmente informação sobre a sua adesão à higiene das mãos.”, grande maioria dos enfermeiros (52%) considera esta ação como moderadamente eficaz e 19 % é da opinião que é muito eficaz, contudo 7% dos inquiridos afirma ser uma ação ineficaz.

A respeito da questão “O seu correto desempenho na higiene das mãos como referência para o desempenho dos colegas.”, grande maioria dos inquiridos (52%) considera ser uma ação de moderada eficácia e 22% afirma ser uma ação muito eficaz.

No que concerne à questão “Os doentes são convidados a lembrar os profissionais de saúde sobre a higiene das mãos.”, a opinião de 11% dos enfermeiros iguala-se em ineficaz e eficaz, enquanto que apenas 20 % considera ser ação muito eficaz.

Segundo o estudo de Barbosa (2010), os recursos físicos, humanos e financeiros são frequentemente disponibilizados, aumentando a adesão à prática da HM, através de intervenções educacionais, distribuição de cartazes informativo, palestras, entre outros.

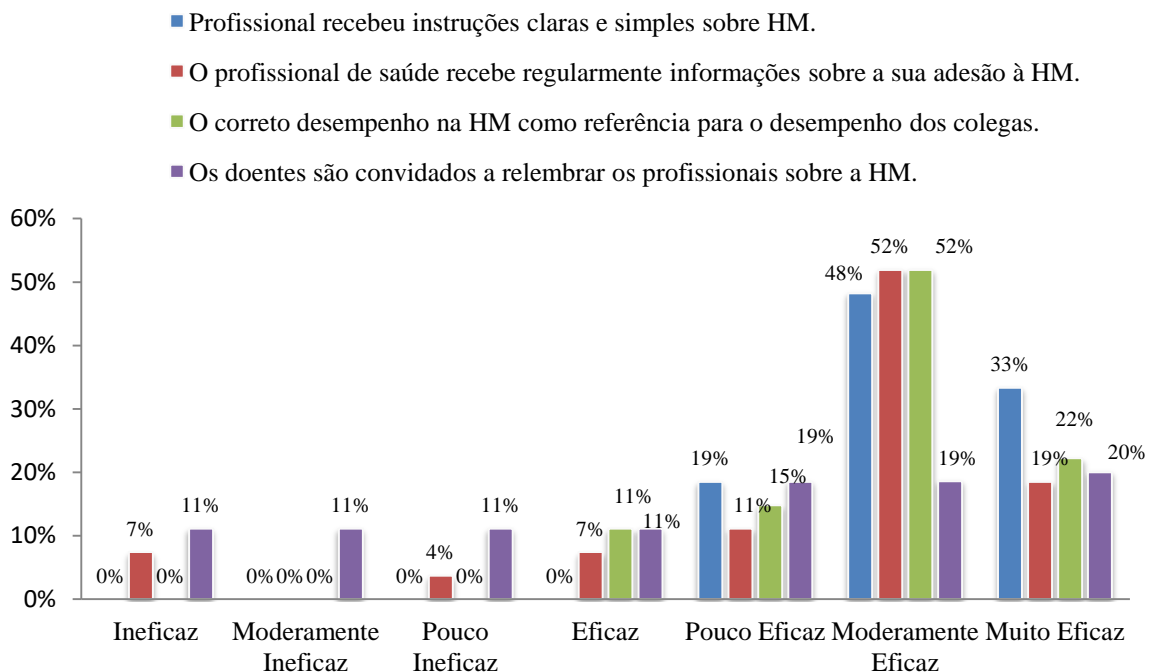


Gráfico VII - Distribuição da amostra segundo o nível de eficácia de ações para aumentar a adesão à HM.

De seguida irão ser expostos os resultados da parte II do questionário, dizendo respeito acerca dos conhecimentos sobre as práticas de higiene das mãos.

Como se pode verificar no gráfico VII, relacionado com a questão “Qual é a principal via de transmissão cruzada de microorganismos entre doentes numa unidade de prestação de cuidados”, grande parte dos inquiridos (85%) afirmam que as mãos dos profissionais são a principal via de transmissão cruzada de microorganismos, contudo 7% e 8%, respetivamente, consideram a principal via de transmissão a exposição de doentes a superfícies colonizadas e a partilha de material/equipamento.

Este resultado está concordante com a DGS (2010) que refere que a lavagem das mãos no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção e controlo de infeção.

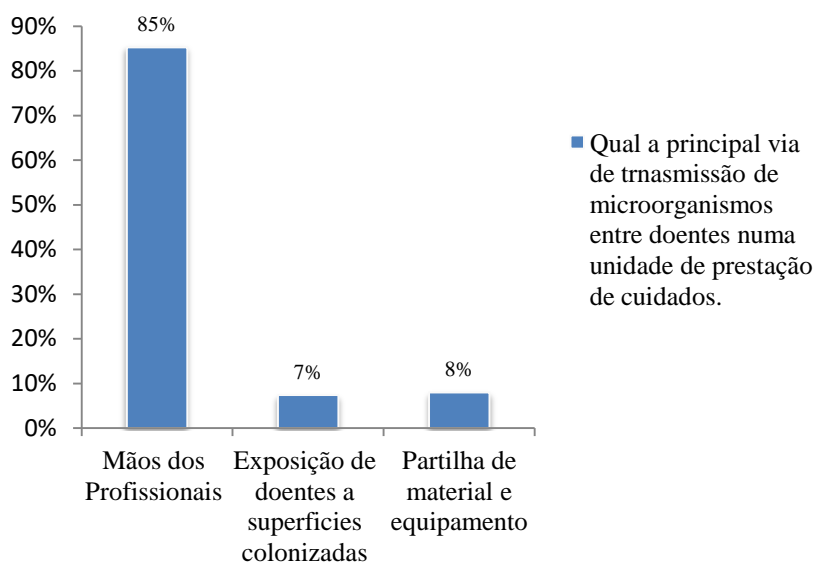


Gráfico VIII - Distribuição da amostra segundo a principal via de transmissão de microorganismos entre doentes.

Relativamente à questão “Qual a fonte mais frequente de microorganismos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde?”, grande parte dos inquiridos (59%), consideram os doentes como a fonte mais frequente responsável pelas IACS, enquanto, 22% afirma ser as superfícies e 19% o ar.

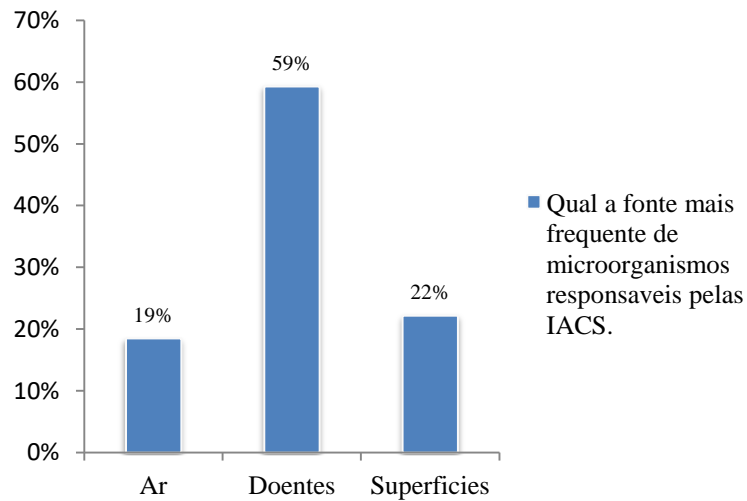


Gráfico IX - Distribuição da amostra segundo a fonte mais frequente de microorganismos responsáveis pelas IACS.

No que concerne a questão “Qual o tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das suas mãos?”, 74% dos enfermeiros afirma ser de 20 segundos enquanto que 11% dos inquiridos divide as suas opiniões entre 1 minuto e 10 segundos, apenas 3% dos enfermeiros respondeu 3 segundos.

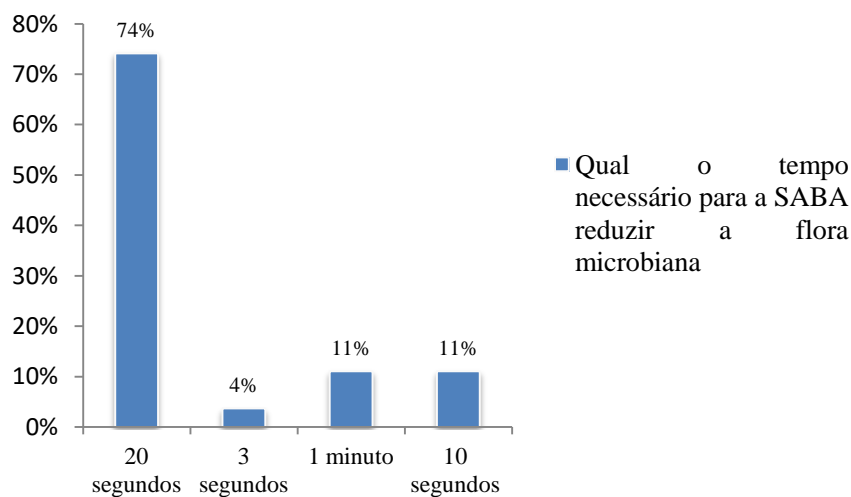


Gráfico X - Distribuição da amostra segundo o tempo necessário para SABA reduzir a flora microbiana.

Relativamente às questões “A fricção anti-sética tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos” e “Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção

anti-sética?”, 100% dos enfermeiros afirmam ser verdadeiro, bem como 100% consideram ser falsa, respetivamente. A respeito da questão “*As mãos têm que estar secas antes da técnica.*”, 82% dos enfermeiros são da opinião que a afirmação é verdadeira e apenas 18% considera a afirmação falsa. É de salientar que estas questões apenas dizem respeito à técnica da higiene das mãos com solução alcoólica.

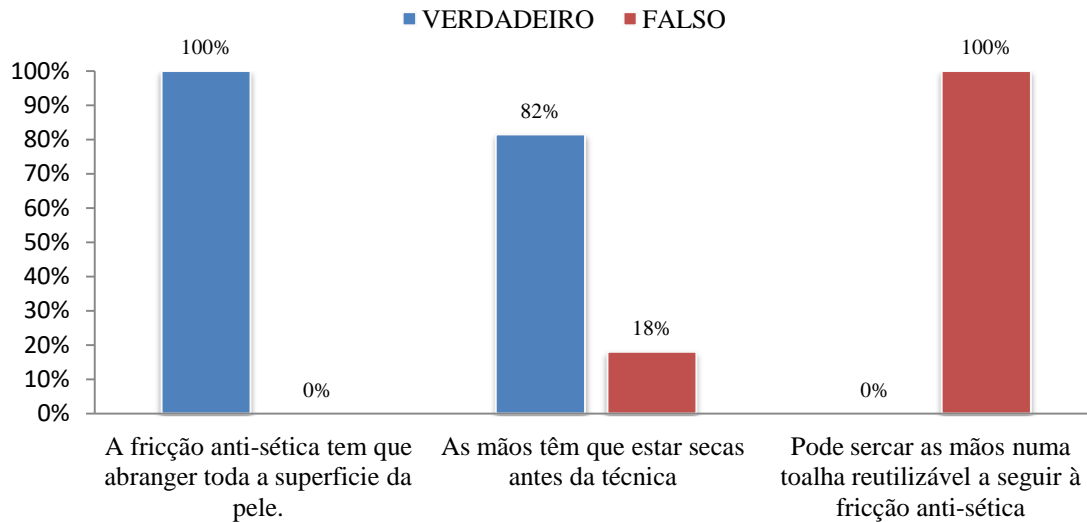


Gráfico XI - Distribuição da amostra segundo a técnica da higienização anti-sética das mãos.

Em relação à questão “*Quais das seguintes situações devem ser evitadas na prestação de cuidados.*”, 100% dos enfermeiros afirmam que devem ser evitadas a utilização de joias, lesões na pele e unhas postiças, contudo, quanto a aplicação regular de creme nas mãos, 78% dos inquiridos é da opinião que não deve ser evitada durante a prestação de cuidados e 22% considera que deve ser evitada.

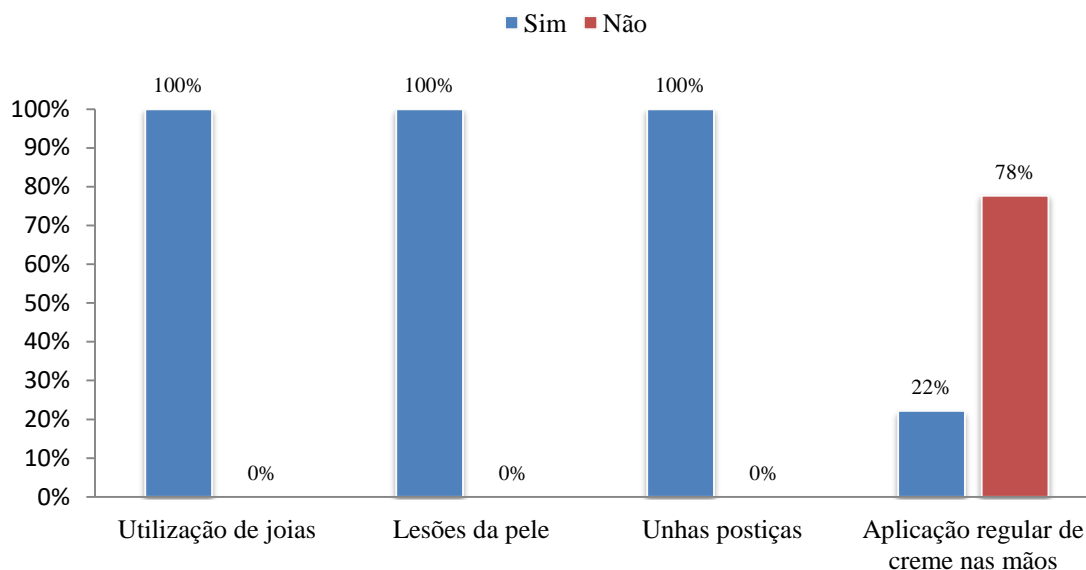


Gráfico XII - Distribuição da amostra segundo as situações a evitar na prestação de cuidados.

Como podemos verificar no gráfico XIII, relativamente a afirmação “antes de proceder ao registo do utente”, a opinião dos enfermeiros encontrou-se bastante dividida, sendo que 41% dos inquiridos respondeu fricção com SABA, 33% respondeu nenhuma e 26% respondeu lavagem. Após o enfermeiro proceder à punção do doente, antes de inserir parâmetros no monitor ou realizar qualquer outro procedimento, estes deveriam higienizar as mãos e só depois executar a tarefa seguinte, pois só assim o profissional de saúde e o ambiente de prestação de cuidados estão protegidos.

No que concerne à afirmação “Antes de tocar no doente”, a maior parte dos inquiridos (82%) afirma que se deve realizar fricção com SABA, enquanto 18% dos enfermeiros considera a lavagem como resposta. Segundo Carmo (2013), os enfermeiros aderiram em 66% à lavagem das mãos antes de entrarem em contato com o doente.

Em relação à questão “ À chegada do serviço após almoço”, grande parte dos inquiridos (78%) afirma que a técnica mais correta é a lavagem, enquanto 19% considera a fricção com SABA como mais adequada e apenas 3% refere não ser necessária nenhuma técnica de HM.

A respeito da questão “*Antes de administrar um injetável*”, 70% dos enfermeiros refere a fricção com SABA como a técnica aplicável, contudo 30% afirma ser a lavagem como mais apropriado ao momento. O programa refere que a HM deve ser realizada imediatamente antes do contato com o doente, ou seja após a mesma, o enfermeiro só deve tocar nas superfícies necessárias à execução do procedimento.

No que se refere à questão “*Antes de esvaziar o urinol*”, apenas 48% dos inquiridos refere a fricção com SABA como sendo a técnica correta, enquanto que 26% dos enfermeiros afirma, de igual forma, o método de lavagem/nenhuma como mais correto.

Por fim, a respeito da questão “*Antes de abrir a porta do quarto do doente*”, 59% dos inquiridos afirma a fricção com SABA como a técnica mais adequada, enquanto 37% refere não ser necessário qualquer HM. Contudo 4% considera a lavagem como o procedimento mais correto. Como refere DGS (2010), a HM deve ser realizada após qualquer procedimento que potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico, independentemente de se usarem luvas ou não, com a finalidade de proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microorganismos do doente.

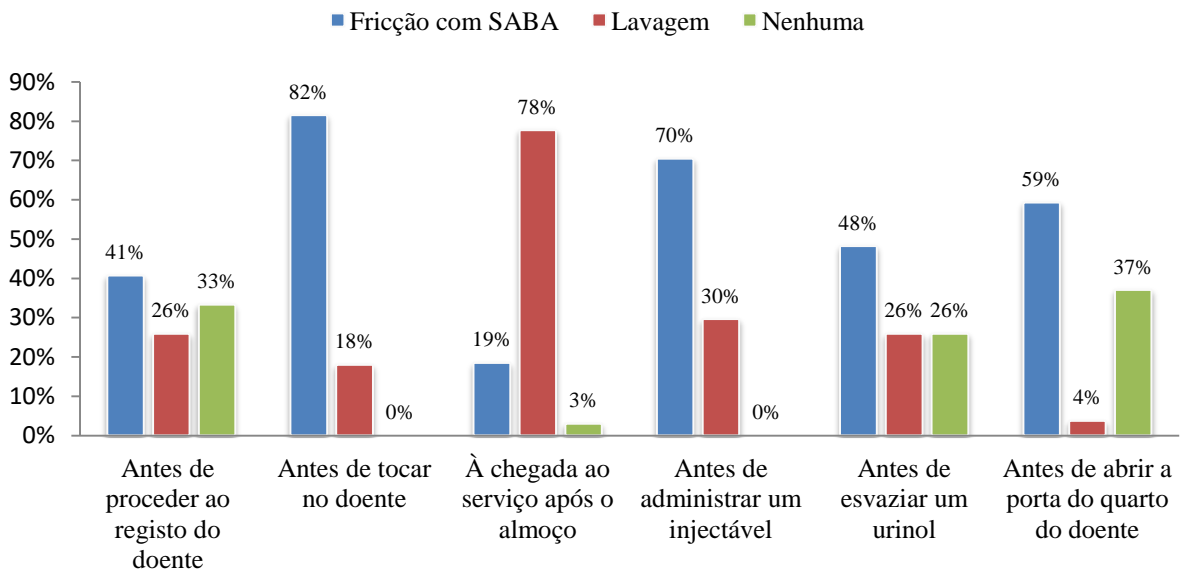


Gráfico XIII - Distribuição da amostra segundo o método de HM aplicável em diversas situações.

2. Conclusões do estudo

Após a apresentação e análise dos dados recolhidos através do questionário, é fulcral a apresentação de toda a informação (Fortin, 2009). Assim sendo, as conclusões do estudo apontam para:

- A amostra é composta por 27 enfermeiros, 82% do género feminino e 18% do género masculino;
- A maioria dos Enfermeiros demonstra ter conhecimentos acerca da importância da higiene das mãos, afirmando que 93% dos inquiridos já realizaram formações acerca da HM;

Relativamente à percepção da importância da higienização das mãos pelos Profissionais de Saúde, de acordo com as respostas obtidas.

- No que diz respeito à percentagem média de doentes internados que poderão desenvolver uma IACS, esta teve um resultado de 37% podendo inferir que os inquiridos consideram a IACS como um problema grave;
- Relativamente ao esforço exigido a esses mesmos para adotarem uma prática adequada da HM, 48 % percecionam como «elevado» o esforço quando cuidam dos doentes;
- No parecer dos enfermeiros a percentagem de adesão dos colegas à adesão á HM é de 84%, assim como adesão individual teve uma média de 89%;
- No que concerne ao método de HM aplicável “ À chegada do serviço após o almoço, 78% afirma que a técnica mais correta é a lavagem, enquanto 19% considera a fricção com SABA como mais adequada e apenas 3% refere não ser necessária nenhuma
- A respeito da questão “Antes de administrar um injetável”, 70% dos enfermeiros considera a fricção com SABA como a técnica aplicável, contudo 30% afirma ser a lavagem como mais apropriado ao momento.

O questionário faz referência a diversos impactos que as IACS podem acarretar.

- No que concerne ao impacto das IACS no prognóstico do doente foi percecionado como “risco elevado” por 41% dos enfermeiros inquiridos;
- Em relação ao impacto da eficácia da HM na prevenção das IACS foi considerado “muito elevado” pelos profissionais de saúde com uma percentagem de 78%.

Conclusão

Concluída a investigação, sobre a “Percepção e Conhecimento dos Enfermeiros sobre as boas práticas de higienização das mãos”, acredita-se que os resultados poderão ter implicações na prevenção de IACS, sendo expectável uma continua formação dos profissionais de saúde sobre esta temática.

Os resultados do estudo vão ao encontro dos resultados de diversos estudos feitos anteriormente que demonstraram que os profissionais demonstram conhecimentos e atribuem bastante importância à higienização das mãos, existindo, contudo alguns fatores que dificultam a correta realização da prática, tais como a falta de tempo para cada doente e falta de formação e conhecimento atualizado acerca desta temática.

Ao longo do estudo foram surgindo algumas dificuldades, como a indecisão na escolha do tema, a definição dos objetivos do estudo e questões e na organização/planificação da pesquisa bibliográfica. A elaboração deste projeto de investigação trouxe muitas dúvidas, mas com o bastante dedicação pessoal e apoio/disponibilidade total por parte da Professora Doutora Margarida Ferreira foi possível terminar o mesmo com bastante satisfação.

A elaboração deste projeto culminou em bastantes enriquecimentos pessoais, tais como crescimento a nível profissional, visto ter sido possível a realização de um trabalho nunca antes feito, a nível pessoal, permitindo o enriquecimento na área da pesquisa e investigação, mas acima de tudo no tema que esta constantemente presente na prática de cuidados de um Enfermeiro.

Em termos de limitações na realização do projeto, é importante referir que existiu uma crescente demora na autorização por parte dos responsáveis da instituição onde pretendíamos realizar o estudo, fazendo com que a conclusão do projeto não se concretizasse em tempo útil, originando uma mudança de estratégia do local de investigação para que esta acontecesse dentro do prazo limite.

Como sugestão e tendo em conta os resultados obtidos, devem-se implementar mais ações de formação, de modo a aumentar/atualizar os conhecimentos dos enfermeiros acerca da prática adequada da HM.

Bibliografia




- Anvisa, Agência Nacional de Vigilância Sanitária [em linha] *Debate sobre a segurança do paciente no Brasil*, 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>. [Consultado em 07/04/2018]
- Barbosa, R., *Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos nas unidades de terapia intensiva neonatal*. São Paulo, 2010.
- CDC – *Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Centers for Disease Control and Prevention [Em linha]. [Consultado em 04/06/2018]
- Cardoso, T. et al. – *A importância da lavagem das mãos para realização dos cuidados de enfermagem*. Revista Digital. Buenos Aires. Ano16.nº.164 (Enero/2012). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd164/a-importancia-da-lavagem-das-maos.htm>. [Consultado em:10/04/2018]
- Coutinho (2014) *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas Teoria e Prática* (2ºed.). Coimbra, Almedina.
- Di Muzio, M. et al. (2015). *Hand hygiene in preventing nosocomial infections: a nursing research*.
- Direção Geral de Saúde (2012), *Precauções Básicas de Controlo de Infeção*, Lisboa, Direção-Geral de Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (2007), *Recomendações para precauções de isolamento, Precauções Básicas e dependentes das Vias de Transmissão*, Lisboa, Direção-Geral de Saúde.

- Direção-Geral de Saúde (2010), *Orientação de Boa prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Departamento da Qualidade na saúde. Divisão de Segurança do Doente.
- Fortin, M (2009) *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*, 3ª Edição . Loures, Lusociência.
- Lakatos, M. (2009). *Fundamentos de Metodologia Científica*.
- Lima, Jorge – *A Utilização de equipamentos de proteção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas*. Minho. 2008. p. 190
- Martino, O. et al.,. *Assessing the sustainability of hand hygiene adherence prior to patient contact in the emergence department: A1-year post intervention evaluation*. American Journal of Infection Control, v.39, n.1, p.1-5, 2011.
- Neves, Z. et al.,. *Relato de experiencia : la utilización de afiches estilizados como medida de incentivo a la higiene de las manos*. Revista eletrónica de enfermagem.
- Organização Mundial de Saúde, OMS (2009) – *WHO Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge – clean care is safer care*. Geneva. 210 p.ISBN 978-92- 159790-6.
- Ordem dos Enfermeiros, 2013. *Programa e COncontro de Infeções, Resistencia aos antimicrobianos*, Parecer nº 06
- Picheansathian, W., Pearson, A, Suchaxaya, P. The effectiveness os a promotion programme on hand hygiene compliance and nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Intenational Journal of Nursing Practices*, v.14, n.4, p. 315-21, 2008.

- Portugal, Ministério da Saúde (2007) – *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa. DGS
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., et al. (2010), *Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e segurança do doente*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.10.
- Picheansathian, W., Pearson, A, Suchaxaya, P. *The effectiveness os a promotion programme on hand hygiene compliance and nosocomial infections in a neonatal intensive care unit*. Intenational Journal of Nursing Practices, v.14, n.4, p. 315-21, 2008.
- Quivy. R, Campenhoudt. L (2008), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva..
- Ribeiro, J. L. P (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*.
- Rissardo, M., Gasparina, R. *Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público* . Esc Anna Nery (2013), vol.17, n.1, pp. 128-132. ISSN 1414-8145
- Sampieri, R., et al. (2006) *Metodologia de Pesquisa*, (3ª ed.). São Paulo – S. P. Editora Mc Graw – Hill.
- Tinoco, C. *Percepção dos Profissionais de saúde* (2014)
- Zottele, C. et al (2017), *Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220X2016035503242>>

Anexos

Anexo I – Questionário “Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das mãos e as suas implicações nas infeções associadas aos cuidados de saúde”.

 WORLD ALLIANCE PATIENT SAFETY		
---	---	---

“Percepção e Conhecimentos dos Profissionais de Saúde sobre a Higiene das Mãos e suas Implicações na Infecção Associada aos Cuidados de Saúde”

População alvo: Profissionais de Saúde

Âmbito da aplicação - Antes da implementação da Campanha da Higiene das Mãos

O preenchimento deste questionário demora cerca de 10 minutos. As suas respostas são anónimas e permanecerão confidenciais

Glossário Breve:

- ▶ **Solução anti-séptica de base alcoólica (SABA):** preparação de base alcoólica (líquida ou gel) desenvolvida para aplicar nas mãos com o objectivo de reduzir a flora microbiana das mãos.
- ▶ **Fricção anti-séptica das mãos:** aplicação de um anti-séptico de base alcoólica por fricção das mãos, a fim de reduzir ou inibir o crescimento de microorganismos (a sua utilização não necessita de água nem toalhetes).
- ▶ **Lavagem das mãos:** higiene das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano).
- ▶ **IACS:** Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.

1. Data ____/____/____

2. Hospital _____ Código _____

3. Administração Regional de Saúde _____

4. Cidade _____

5. Caracterização da Unidade de Saúde:

5.1. Hospital

5.1.1. Público Privado

5.1.1.1. Se Público: Civil Militar

5.1.2. Geral Especializado Universitário

5.2. Unidade de Cuidados Continuados

5.3. Outra _____

6. Caracterização do Serviço/Departamento onde exerce funções:

Medicina/Especialidades Médicas Cirurgia/Especialidade Cirúrgica Bloco Operatório

Unidade de Cuidados Intensivos Urgência/Emergência Obstetria/Ginecologia Pediatria

Neonatologia Reabilitação Imagiologia Hospital de dia /Ambulatório Outra área

7. Caracterização do Profissional

7.3 Género: Feminino Masculino

7.4 Data de nascimento ____/____/____

7.5 Profissão

Médico Enfermeiro Auxiliar de Acção Médica Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

Dietista Assistente Social Outros técnicos Estudante (se for estudante assinale por favor também a categoria profissional onde está inserido)

Parte I: Percepção relativamente às práticas de higiene das mãos na sua Instituição

Leia as perguntas atentamente antes de responder. Por favor, marque um "x" na seleção da resposta e na escala de acordo com a sua opinião.

8. Recebeu formação sobre higiene das mãos?

Sim Não

9. Está disponível, na sua Instituição a solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) para higiene das mãos ?

Sim Não

10. Qual é, no seu entender, a percentagem de doentes internados que desenvolvem uma IACS? _____%

11. Na sua opinião, qual é o impacto de uma infeção associada a cuidados de saúde no prognóstico do doente?

Muito baixo Muito elevado

12. Na sua opinião, qual o impacto da eficácia da higiene das mãos na prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde?

Muito baixo Muito elevado

13. Na sua opinião, qual o grau de prioridade dado à higiene das mãos pelo Órgão de Gestão, relativamente a outras áreas na sua Unidade de Saúde?

Muito baixo Muito elevado

14. Na sua opinião, qual a percentagem de adesão dos profissionais do seu hospital à higiene das mãos (escala entre 0 e 100%)? _____%

15. Na sua opinião, qual o nível de eficácia das seguintes acções para aumentar a adesão à higiene das mãos no seu hospital?

a. Os Gestores na sua instituição apoiam e promovem a higiene das mãos.

Ineficaz Muito eficaz

b. A instituição de saúde disponibiliza solução alcoólica em cada local de prestação de cuidados.

Ineficaz Muito eficaz

c. A colocação de cartazes sobre higiene das mãos nos locais de prestação de cuidados, que funcionem como "lembretes".

Ineficaz Muito eficaz

d. O profissional de saúde recebe formação e treino sobre higiene das mãos.

Perceção e Conhecimentos dos Enfermeiros sobre as Boas Práticas de Higienização das Mãos

e. O profissional de saúde recebeu instruções claras e simples sobre a higiene das mãos.

Ineficaz Muito eficaz

f. O profissional de Saúde recebe regularmente informação sobre a sua adesão à higiene das mãos.

Ineficaz Muito eficaz

g. O seu correcto desempenho na higiene das mãos como referência para o desempenho dos colegas

Ineficaz Muito eficaz

h. Os doentes são convidados a relembrar os profissionais de saúde sobre a higiene das mãos

Ineficaz Muito eficaz

16. Que importância é atribuída pelo do seu Chefe ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância Muita importância

17. Que importância é atribuída pelos seus colegas ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância Muita importância

18. Que importância é atribuída pelos doentes ao seu correcto desempenho na higiene das mãos?

Nenhuma importância Muita importância

19. Como avalia o esforço que despende para uma higiene das mãos adequada quando cuida de doentes?

Muito baixo Muito elevado

20. Como avalia a sua adesão à higiene das mãos perante as oportunidades de higienização (escala entre 0 e 100%)? _____%

21. Desde há quanto tempo utiliza SABA para higiene das mãos no seu hospital?

É a primeira vez Há < 1 ano Há > 1 ano e < 5 anos Há > 5 anos

22. Acha que é difícil para si utilizar um anti-séptico de base alcoólica para higiene das mãos? Sim Não

Se sim, é por:

Esquecimento Sempre Nunca

Falta de tempo Sempre Nunca

Pele resada Sempre Nunca

Parte II: Avaliação dos seus conhecimentos sobre as praticas de higiene das maos

26. Qual é a principal via de transmissão cruzada de microrganismos entre doentes numa unidade de prestação de cuidados?
(assinale apenas uma resposta)

- a. Mãos dos profissionais
- b. Ar
- c. Exposição do doente a superfícies colonizadas (i.e., camas, cadeiras, mesas, chão)
- d. Partilha de material/equipamento (i.e., estetoscópios, braçadeiras, etc.) entre doentes

27. Qual é a fonte mais frequente de microrganismos responsáveis pelas infeções associadas aos cuidados de saúde?
(assinale apenas uma resposta)

- a. Água
- b. Ar
- c. Doentes
- d. Superfícies

28. Qual o tempo mínimo necessário para a SABA reduzir a flora microbiana das suas mãos?
(assinale apenas uma resposta)

- a. 20 segundos
- b. 3 segundos
- c. 1 minuto
- d. 10 segundos

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

- a. A fricção anti-séptica tem de abranger toda a superfície de ambas as mãos Verdadeiro Falso
- b. As mãos têm de estar secas antes da técnica Verdadeiro Falso
- c. Pode secar as mãos numa toalha reutilizável a seguir à fricção anti-séptica Verdadeiro Falso

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

- a. Utilização de jóias Sim Não
- b. Lesões da pele Sim Não
- c. Unhas postiças Sim Não
- d. Aplicação regular de creme para as mãos Sim Não

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

- a. Antes de proceder aos registos do doente Fricção com SABA Lavagem Nenhuma
- b. Antes de tocar num doente Fricção com SABA Lavagem Nenhuma
- c. À chegada ao serviço após o almoço Fricção com SABA Lavagem Nenhuma
- d. Antes de administrar um injectável Fricção com SABA Lavagem Nenhuma
- e. Antes de esvaziar um urinol Fricção com SABA Lavagem Nenhuma
- f. Antes de abrir a porta do quarto do doente Fricção com SABA Lavagem Nenhuma

A Direcção-Geral da Saúde agradece a sua colaboração!

Anexo II – Declaração de Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do profissional) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o formulário, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/_____/20__

Assinatura do profissional: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa