



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

Dissertação

**Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de
saúde às boas práticas de higiene das mãos**

Raquel Ramos Cabrita

Lisboa

Janeiro 2017



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Gestão em Enfermagem

Dissertação

**Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de
saúde às boas práticas de higiene das mãos**

Raquel Ramos Cabrita

Orientador: Professora Doutora Teresa Santos Potra

Lisboa

Janeiro 2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A assistência criteriosa e humana, ao doente, é a melhor salvaguarda contra a
infecção.”

(Nightingale, 2005)

Ao Pedro e à nossa família.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Teresa Potra por toda a sabedoria, orientação, disponibilidade, prontidão, motivação, incentivo e valorização para a plena concretização deste trabalho.

Ao Professor Doutor Pedro Lucas pela orientação, motivação e disponibilidade.

Às colegas de mestrado Carla Romão e Mariana Nogueira por toda a simpatia, companhia e suporte.

Às enfermeiras Mafalda Sérgio e Fernanda Ribeiro pelo incentivo e apoio.

Às colegas e amigas de serviço por terem facilitado a frequência ao curso, às reuniões escolares e por todo o apoio na fase de recolha de dados.

À minha mãe, ao pai, às manas, aos sobrinhos, aos cunhados e aos sogros por compreenderem os momentos que passei longe deles.

Ao Pedro sem a ajuda do qual a realização deste trabalho seria muito mais complicada.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BAHM – Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos

CNHM – Campanha Nacional para a Higiene das Mãos

DGS – Direção-Geral da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

RESUMO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são consideradas um flagelo à escala mundial, alvo da atenção de prestigiosas organizações como a Organização Mundial de Saúde e a Direção-Geral da Saúde que dinamizam iniciativas para minimizar e erradicar este problema. A higiene das mãos evidencia-se como a medida mais acessível e eficiente para combater esta problemática, no entanto, diversas investigações revelam que apesar de todos os esforços realizados a adesão a esta prática continua a estar longe do desejado.

Esta investigação foi realizada num hospital privado do distrito de Lisboa e consistiu num estudo quantitativo, transversal, descritivo, correlacional, cujo objetivo geral foi analisar os fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas higiene das mãos. Foi utilizada a Escala “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos”, elaborada e testada por Piseiro (2012), tendo sido aplicada a assistentes operacionais, enfermeiros e médicos.

Dos resultados obtidos constatámos que as barreiras mais percecionadas se situam nas dimensões “Avaliação & Feedback” e “Liderança & Alertas Formais” que apontam para a importância essencial do papel dos gestores enquanto líderes motivacionais e enquanto elos essenciais para guiar as suas equipas e a respetiva instituição ao sucesso em prol do utente. A barreira menos percecionada foi a dimensão “Formação & Treino” o que vai ao encontro de diversas evidências que revelam que as instituições estão a aderir à formação dos seus profissionais e que este conhecimento permite melhorar a adesão às boas práticas e de uma menor perceção desta dimensão enquanto barreira.

Concluimos ser determinante que cada instituição conheça as respetivas barreiras às boas práticas de higiene das mãos visando o delineamento de estratégias conjuntas para as colmatar, orientadas para a satisfação profissional, para a inovação e para a mudança o que permitirá melhorar o ambiente

organizacional através de um compromisso pessoal e corresponsabilização conjunta que crie valor para o utente.

Palavras chave: Higiene das mãos, Adesão, Fatores, Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, Profissionais de Saúde

ABSTRACT

Healthcare-Associated Infections is a globally recognised concern, targeted by initiatives promoted by prestigious organisations like the World Health Organisation and Direção-Geral da Saúde (in Portugal) with the purpose of mitigating or eradicate this problem. Hand hygiene is the most efficient and accessible strategy to fight this issue. However, studies show that adherence to this practice remains below par despite efforts.

This is a quantitative, transversal, descriptive and correlational study conducted to analyse the barriers to hand hygiene practice as perceived by healthcare professionals in a private hospital in the Lisbon district. This study applied the “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos” scale as developed and tested by Piscoiro (2012) to operational assistants, nurses, and medical doctors.

The most perceived barriers found in this study are related to “Evaluation & Feedback” and “Leadership & Formal Alerts”. These results show that management has an important leadership and motivational role guiding their teams and organisation to success. The least perceived barrier was “Education & Training” which shows that the training provided to healthcare workers enables adherence to hand hygiene practices.

We conclude that it's important for organisations to understand their own barriers to hand hygiene practices in order to devise strategies to mitigate them, focusing on healthcare workers' motivation, innovation and change. Only then will organisations be able to enhance their organisational environment through personal commitment and joint responsibility creating value for the client.

Keywords: Hand Hygiene, Compliance, Factors, Healthcare Associated Infections, Healthcare professionals

Índice

INTRODUÇÃO	9
1. GESTÃO EM ENFERMAGEM - QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	13
2. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	19
2.1. Impacto das infecções associadas aos cuidados de saúde	19
2.2. Higiene das mãos	20
2.2.1. Precauções Básicas do Controlo da Infecção	20
2.2.2. Adesão à Higiene das Mãos	21
2.2.3. Fatores que dificultam a Adesão à Higiene das Mãos	24
3. METODOLOGIA	27
3.1. Objetivos e tipo de estudo	27
3.2. População e amostra	29
3.3. Instrumento de colheita de dados	29
3.4. Procedimento de recolha e tratamento de dados	30
3.5. Aspetos éticos e legais	31
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
4.1. Caracterização da amostra	33
4.2. A fidelidade e validade do instrumento	35
4.3. Importância dos fatores que dificultam a adesão	37
4.3.2. Barreiras em função da profissão	44
4.3.3. Barreiras em função da formação para a higiene das mãos	47
5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES FUTURAS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
ANEXOS	
Anexo I – Questionário “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos”	
APÊNDICES	
Apêndice I - Carta de apresentação pré-questionário	
Apêndice II - Pedido de autorização para utilização de questionário BAHM	
Apêndice III - Pedido de autorização para colheita de dados	

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribuição da amostra por categoria profissional	34
Gráfico 2. Formação específica em higiene das mãos por categoria profissional	35

Índice de tabelas

Tabela 1. Valor de alfa de Cronbach se item removido.	36
Tabela 2. Itens agrupados por dimensão	37
Tabela 3. Correlações de Pearson (r) entre as dimensões	37
Tabela 4. Médias e desvios padrão para cada dimensão	38
Tabela 5. Média e desvio padrão de todos os itens.	40
Tabela 6. Média e desvio padrão de cada dimensão segundo o género	42
Tabela 7. Teste t para as dimensões em função do género	42
Tabela 8. Correlação de Pearson (r) entre idade, tempo profissional e dimensões	43
Tabela 9. Média e desvio padrão por classe profissional	44
Tabela 10. Teste ANOVA	45
Tabela 11. Importância percebida das barreiras por categoria profissional	47
Tabela 12. Médias e desvio padrão em função da formação	48
Tabela 13. Teste t para as barreiras em função da formação	48

INTRODUÇÃO

As políticas nacionais e internacionais são, cada vez mais, influenciadas pelo reconhecimento da necessidade de dar prioridade à promoção da saúde e à prevenção das doenças. As movimentações cada vez mais frequentes entre fronteiras com particular incidência na Europa que se assume como um dos principais destinos turísticos do mundo e onde assistimos atualmente ainda a movimentos migratórios de refugiados, tornam cada vez mais premente a necessidade de promover melhores programas de prevenção e controlo de infeções de forma a combater a disseminação de microrganismos resistentes (WHO, 2015). Portugal terá também que ter em atenção estes riscos e outras preocupações que são globais como as alterações climáticas, as infeções resistentes aos antibióticos e as pandemias (Gulbenkian, 2014).

Os progressos científicos e tecnológicos significativos que temos testemunhado potenciam a aquisição de novos conhecimentos, novos equipamentos e novas competências que se evidenciam através do aperfeiçoamento de condições de diagnóstico e tratamento, que produzem valor e se traduzem numa melhoria da qualidade de cuidados de saúde prestados aos utentes. Apesar de todos estes desenvolvimentos, essenciais e determinantes para a sociedade onde vivemos, não se podem desvalorizar aspetos fundamentais da boa prática de cuidados de saúde sem os quais toda a restante tecnologia acaba por não produzir os efeitos desejados. Em toda a prestação de cuidados o foco dos profissionais de saúde deverá incidir em ações que contribuam para maximizar a saúde e o bem-estar dos utentes, alvo dos cuidados, sem lhes infringir danos considerando que o conhecimento mais importante para a segurança dos doentes é saber como prevenir o dano durante os cuidados (WHO, 2005).

Apesar dos cuidados de saúde e formas de tratamento terem melhorado muito existem aspetos identificados por Nightingale que se mantêm atuais. Segundo Nightingale (2005) o ambiente detém grande destaque nos cuidados de enfermagem

sendo a limpeza uma componente essencial uma vez que um ambiente sujo é fonte de infeção. Nightingale valorizava a assistência contínua ao doente e preocupava-se com a prevenção da infeção. As infeções associadas aos cuidados de saúde continuam a ser uma preocupação global (Lee, Clark & Thompson, 2013) pelo impacto social que produzem. A falta de higiene mantém-se a principal causa das infeções associadas aos cuidados de saúde e diversos estudos continuam a evidenciar deficiências nesta área (Cooper et al. 2007). A promoção da saúde e prevenção da doença tornou-se um tema central em enfermagem e espera-se que o legado de Nightingale perdure (Lee, Clark & Thompson, 2013).

Apesar dos avanços que temos experienciado, estudos desenvolvidos em vários países continuam a espelhar taxas elevadas de danos associados aos cuidados de saúde e mortes que poderiam ser evitadas (WHO, 2005). No caso particular de Portugal, o relatório “Um Futuro para a Saúde” da Fundação Calouste Gulbenkian (2014, p.202) afirma que “Portugal tem, no presente, uma das piores taxas de infeção hospitalar da Europa” que se traduzem no custo estimado anual de 280 milhões de euros (Gulbenkian, 2014) o que realça a extrema pertinência de manter um investimento na investigação das respetivas causas e formas de o evitar. No mesmo relatório, a Fundação Calouste Gulbenkian lança o desafio ao Serviço Nacional de Saúde de reduzir para metade as taxas de infeção em pelo menos 10 hospitais num período de 3 anos o que permitiria poupar cerca de 140 milhões de euros (Gulbenkian, 2014).

Neste âmbito a higiene das mãos surge como uma das medidas mais acessíveis e efetivas no controlo da infeção ao minimizar o risco de infeções cruzadas e cuja importância é ainda muito negligenciada estando patente nas baixas taxas de adesão à higiene das mãos evidenciada em estudos desenvolvidos por todo o mundo (DGS, 2014; Huis et al., 2013; Oliveira & Paula, 2014; Wandel, Maes, Labeau, Vereecken & Blot, 2010). Apesar da simplicidade desta medida, o seu impacto na segurança e qualidade é reconhecido, nomeadamente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma área fundamental a desenvolver entre 2015 e 2017 (WHO, 2016).

A promoção da segurança do doente deverá então ser entendida como a base de trabalho para toda a prática clínica (Lage, 2010). Segundo a Direção-Geral da Saúde (2012, p.2), citando Sir Liam Donaldson, responsável pelas iniciativas da Segurança do Doente da Organização Mundial de Saúde “Errar é humano, encobrir é indesculpável e não aprender com os erros é imperdoável” pelo que todos nós temos um papel determinante ao contribuímos para a cultura de segurança da nossa instituição. Assim, aprofundar conhecimentos sobre as boas práticas de higienização das mãos, torna-se de grande pertinência pelo que este estudo pretendeu responder à seguinte questão de investigação:

Que fatores dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos?

Assim sendo, o objetivo geral deste estudo foi analisar os fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos tendo em conta a perceção destes em relação à aplicação das melhores práticas de higienização das mãos no seu trabalho diário. Pretendeu-se assim contribuir para um maior conhecimento sobre as dificuldades que os profissionais de saúde encontram para assim melhor fundamentar estratégias que visem eliminar ou mitigar essas dificuldades e assim promover esta prática. Para isso definiram-se também os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos.
- Comparar os fatores que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos entre assistentes operacionais, enfermeiros e médicos.
- Comparar os fatores que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos entre profissionais com e sem formação específica relacionada com a higiene das mãos.
- Relacionar os fatores que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos.

O presente relatório é constituído por seis capítulos. No primeiro capítulo será abordada a temática da gestão em enfermagem centrada na qualidade e segurança dos cuidados. No segundo capítulo será abordada a problemática das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, sua repercussão mundial, e na importância da higiene das mãos enquanto precaução básica do controlo de infeção. Será também focada a importância da adesão às boas práticas da higiene das mãos e os fatores que a dificultam. No terceiro capítulo será apresentada a metodologia deste estudo, nomeadamente, o objetivo e tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados utilizado, o procedimento de recolha e tratamento de dados e os aspetos ético e legais que nortearam este estudo. No quarto capítulo será realizada a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos na investigação. No quinto capítulo serão apresentadas as conclusões deste estudo e no sexto capítulo serão apresentadas as referências bibliográficas que permitiram a respetiva fundamentação teórica.

O tema central desta investigação será a gestão da qualidade e segurança dos cuidados de Enfermagem, norteada pela Filosofia de Nightingale e pelo modelo de adaptação de Calista Roy tendo por lema que “a qualidade dos cuidados é fruto de uma intenção, a que permite pensar e agir numa perspectiva centrada no cuidar” (Hesbeen, 2001, p.178).

1. GESTÃO EM ENFERMAGEM - QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Vivemos numa época em que as reformas na saúde são assuntos recorrentes em debates sociais e políticos. Quer seja pelas alterações nos sistemas de saúde ou porque a ainda recente crise económica e consequente adoção de medidas de austeridade levantou diversas questões ligadas à gestão, à liderança, à motivação no trabalho e às políticas a adotar de gestão de recursos. Surge atualmente uma preocupação crescente de melhorar a saúde da população de forma cada mais eficiente, obtendo os melhores resultados possíveis com o mínimo de desperdício uma vez que as necessidades da saúde aumentam ao mesmo tempo que as dificuldades financeiras (International Council of Nurses, 2016).

Uma vez que o ambiente organizacional compreende praticamente tudo o que está situado fora da organização como a tecnologia, natureza dos produtos, os utentes, os concorrentes, a distribuição geográfica, o clima económico e político e mesmo meteorológico (Mintzberg, 2010), que se constituem como problemáticas tão pertinentes, as organizações não podem ignorar o ambiente em que se inserem e têm que se adaptar continuamente coordenando esforços para atingir os melhores resultados. Os utentes confiam a sua segurança e bem-estar nas mãos dos profissionais e instituições de saúde. É assim da responsabilidade destes zelar e promover políticas para que sejam prestados cuidados da mais alta qualidade focados na segurança dos utentes, ou seja, prestar cuidados de saúde livres de danos causados acidentalmente (WHO, 2005).

A gestão surge assim como um processo de obtenção de resultados com o esforço de terceiros, várias pessoas que em conjunto e de forma organizada desenvolvem atividades para atingirem objetivos comuns (Teixeira, 2011). No âmbito dos cuidados de saúde, a gestão é um processo humano e social que gravita em torno da influência interpessoal e liderança, da motivação e da participação, da comunicação e da colaboração (Kérouac et al., 1996). A noção de gestor provém da

necessidade da divisão administrativa do trabalho entre aqueles que executam o trabalho e aqueles que o supervisionam (Mintzberg, 2010). Assim, o gestor terá que ter em conta os objetivos propostos e através do planeamento, organização, liderança e controlo dos esforços realizados, dirigir de forma a atingir esses mesmos objetivos (Teixeira, 2011).

O papel do Enfermeiro Gestor é complexo e as suas várias dimensões que passam pelo planeamento, mobilização de recursos, organização, orientação, supervisão, coordenação e avaliação de cuidados tem no seu âmago a obtenção de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade (Potra, 2015). A sua atenção incide nos utentes alvo dos cuidados e dos profissionais de saúde intrincados neste processo. Deve ser um líder que influencia toda a equipa multidisciplinar. Tal como Nightingale colocava, ser “encarregado de” não se cinge às suas próprias tarefas mas também zelar para que todos façam o mesmo (Nightingale, 2005) sendo que a enfermeira permanece encarregue pelo ambiente de cuidados mesmo não estando presente ao orientar os restantes elementos nesse sentido (Tomey & Alligood, 2004). O enfermeiro gestor tem um papel central na criação e manutenção de uma cultura de excelência porque o desafio principal de um líder e de um gestor não é apenas o de gerar a excelência mas também de providenciar para que essa cultura e essas práticas sejam sustentáveis e se mantenham como um elemento essencial da prática de enfermagem (Wiggins & Hyrkas, 2011). Existe uma preocupação constante com a produtividade e eficiência pelo que cabe aos enfermeiros com capacidade de gestão, dosear esta preocupação com criatividade (Potra, 2015).

Jesuino (2005) define a liderança como um processo de dirigir e influenciar as atividades de um grupo, no sentido de as levar a atingir os objetivos do grupo ou da organização. Liderança, não sendo uma capacidade inata, é uma competência que se desenvolve sendo que uma pessoa competente é alguém que sabe como agir com relevância, num contexto específico, selecionando e mobilizando os recursos necessários (Boterf, 2002). A liderança é muitas vezes associada aos gestores de topo e negligenciada na restante hierarquia. No entanto, são os gestores intermédios mais próximos do dia a dia da prestação dos cuidados de saúde e da interação com

os restantes profissionais de saúde cujas capacidades de liderança poderão ter um impacto maior nas transformações necessárias e na influência nos restantes elementos. O enfermeiro gestor tem um papel preponderante não só ao influenciar a equipa de enfermagem para que preste cuidados tendo sempre em conta os valores éticos da segurança dos utentes, como também na incorporação desses valores em decisões nos vários níveis da hierarquia de uma organização (Kangasniemi, Jasper & Turunen, 2013). Para isso terão que ser dotados não só de maior formação para a liderança mas também de maior autonomia e capacidade de decisão. Os enfermeiros, como classe de profissionais de saúde com uma posição privilegiada de contato com as mais diversas classes e de contato e acompanhamento dos utentes, podem aqui assumir um papel preponderante de transformação para a liderança. O desafio maior que temos pela frente é criar enfermeiros gestores, líderes transformacionais, educadores e empoderadores, disponíveis para correr riscos e inovar, que baseiam a sua prática em evidências, medem continuamente os seus resultados de forma a melhorá-los e prestar cuidados da maior qualidade possível (Wiggins & Hyrkas, 2011).

Segundo o International Council of Nurses (2016):

“Those who are or will be in key leadership and management positions need to be adequately prepared to help shape policy, work effectively in interdisciplinary teams, plan and manage effective and cost-efficient services, involve communities and key stakeholders in health care planning and delivery, and prepare other nurse and other health professional managers and leaders for the future.”

Contudo Kérouac et al. (1996) defendem que   essencial que o enfermeiro gestor tenha um pensamento de enfermagem, ou seja, que tenha valores, atitudes e comportamentos que traduzam uma visão distinta e específica da gestão dos cuidados. Para Callista Roy, citada por Kérouac et al. (1996) a gestão dos cuidados passa por assegurar uma presta o de cuidados de qualidade aos utentes através da promo o da adapta o dos sistemas organizacionais e seus recursos. Assim, para promover esta adapta o, o enfermeiro gestor deverá centrar a sua aten o na

interação da pessoa com o ambiente e em promover os contextos favoráveis aos cuidados (Kérouac, 1996). Roy define o ambiente como tudo o que envolve e influencia a pessoa ou grupo, e a enfermagem como a ciência que potencia a adaptação aos estímulos do ambiente (Tomey & Alligood, 2004). É papel da enfermagem identificar estes estímulos e os seus resultados e atuar sobre eles de forma contínua, transformando-os, promovendo a adaptação de forma a obter resultados cada vez melhores com cuidados de saúde com cada vez melhor qualidade.

Os princípios inerentes do modelo de Roy e da visão da pessoa podem ser aplicados a famílias, grupos, comunidades e à sociedade como um todo (Roy & Andrews, 1981). Contudo, pode ser também aplicado na análise do papel do enfermeiro gestor e da sua importância na gestão da organização em que se insere. Tal como a enfermagem deve centrar-se na pessoa promovendo a sua adaptação, o modelo de Roy do ponto de vista da gestão centra-se na organização e na adaptação dos seus sistemas e recursos para melhor servir os seus utentes tendo em conta o ambiente envolvente. Tal como para a pessoa, os problemas que uma organização sofre podem ser vistos como doença e a manifestação dos seus sintomas. A organização só estará de boa saúde se conseguir identificar esses problemas e corrigi-los de forma contínua, reagindo aos estímulos que os provocam. O modelo de Roy identifica dois subsistemas de adaptação: regulador e cognitivo. O subsistema regulador refere-se aos processos fisiológicos que automaticamente regulam o corpo da pessoa. O subsistema cognitivo envolve a forma como a pessoa reage de forma emocional, como percebe, aprende e se adapta. Do ponto de vista da organização, Roy usa o termo “estabilizador” para referir as estruturas e processos necessários para a manutenção do sistema. Os “estabilizadores” serão assim as estruturas estabelecidas, os valores e atividades diárias que colaboradores da organização desenvolvem de forma a atingir o objetivo principal da organização. Por sua vez, o subsistema que surge como paralelo ao subsistema cognitivo é o “inovador” que envolve as estruturas e processos que permitem à organização mudar e crescer. Tal como no sistema cognitivo em que uma pessoa reage de acordo com a forma como percebe os estímulos externos, também a organização

deverá ter mecanismos que lhe permitam inovar e mudar de acordo com alterações no ambiente. Nesse sentido, o processo de gestão envolverá planejar, organizar, controlar e gerir recursos que servirão de estabilizadores e contribuirá também para liderar na inovação e mudanças necessárias para a adaptação da organização (Henry, Arndt, Vincenti & Marriner-Tomey, 1989). Através destas funções básicas da gestão, os enfermeiros nesse âmbito mantêm a integridade da organização, adaptando as estruturas e práticas aos constantes desafios do ambiente interno e externo procurando atingir um alto nível de desempenho com vista à prestação de cuidados de qualidade onde se integra como componente fundamental da mesma, a segurança do utente.

Assim, a temática da adesão à higiene das mãos visa garantir a segurança dos doentes, o que vai ao encontro das competências do Enfermeiro Gestor o qual “garante a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (...) gere o risco clínico e não clínico (...) promove ambientes seguros, identificando e gerindo riscos” (Regulamento nº 101/2015, 2015, p.5950). Adicionalmente a Direção-Geral da Saúde (DGS) refere como uma das responsabilidades do enfermeiro gestor garantir que existam condições materiais e sendo que todos os profissionais devem reportar ao superior hierárquico as falhas de *stock* e possíveis deficiências dos equipamentos de proteção individual “ou outros obstáculos que possam dificultar ou pôr em causa o cumprimento das precauções básicas do controlo da infeção” (DGS, 2013a, p.1). Os gestores dos serviços asseguram assim que a área clínica é segura para a prática de cuidados, o que inclui a limpeza e manutenção ambiental (DGS, 2013a) sendo que “a segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a gestão do risco, um instrumento para a sua garantia” (DGS, 2012, p.48).

As organizações de regulação de saúde sublinham cada vez mais a importância da vigilância e supervisão da segurança dos serviços de saúde (Milton, 2011) sendo que a segurança dos doentes é hoje uma dimensão da qualidade dos cuidados de saúde, uma prioridade essencial e intrínseca à prestação de cuidados (Fragata, 2009). Nightingale foi uma pioneira na melhoria da qualidade dos serviços através

da sua prática baseada na evidência precursora dos atuais movimentos de garantia de qualidade (Hegge, 2011). Devido à sua subjetividade o conceito de qualidade é difícil de definir podendo ser qualquer coisa que se deseje que seja (Donabedian, 1966/2005; Fasoli, 2008). A qualidade é entendida como a excelência (Hesbeen, 2001) e, no nosso entender, deverá ser o âmago da intervenção em enfermagem e dos seus gestores. Segundo a DGS (2011, p.17) “qualidade é o grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual”. A intervenção da enfermagem deve ser suportada na qualidade e ter como finalidade a melhoria da qualidade (Machado, 2013). O enfermeiro deve assumir o seu papel nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro).

Espera-se que os enfermeiros de hoje e do futuro tenham os conhecimentos e capacidade para liderar e gerir em ambientes complexos e dinâmicos de forma a influenciar o desenvolvimento da profissão e de políticas sociais e de saúde de forma a promover a saúde das populações (International Council of Nurses, 2016). Como líderes, devem promover a segurança fomentando a consciencialização do risco e a responsabilização de todos os profissionais na gestão do risco (Ramos & Trindade, 2011). A promoção da segurança deve ser feita atuando ao nível da comunicação, estabelecimento e controlo de procedimentos padrão, gestão de equipas e a adoção de uma cultura de segurança (Fragata, 2009). Para uma gestão de segurança eficaz, é necessário investir numa melhoria incremental do sistema vencendo as barreiras à mudança e endereçando os riscos da falibilidade humana (Fragata & Martins, 2014).

2. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infecção localizada ou sistémica que resulta de uma reação à presença de um agente infeccioso ou da sua toxina que pode ser detetada durante o internamento quando excluídas as infeções presentes ou em período de incubação à data do internamento (Horan, Andrus & Dudeck, 2008). Estas são consideradas como um evento adverso entendido por lesões ou danos não intencionais que resultem em incapacidade, disfunção, temporária ou permanente, com ou sem internamento prolongado como consequência dos cuidados de saúde prestados (Alves, 2012).

Johann Peter Frank (1800), antigo Diretor do General Hospital em Viena, citado por Mengal (2014, p.4) questionou *“Can there be a greater contradiction than a hospital disease: An evil that one acquires where one hopes to lose one’s own disease?”*

2.1. Impacto das infeções associadas aos cuidados de saúde

Os profissionais de saúde são formados para prestar os melhores cuidados de saúde aos utentes sem lhes causar danos. Contudo continuam a verificar-se riscos para a segurança dos utentes tais como as infeções associadas aos cuidados de saúde (Shiva et al., 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) alerta para o elevado número de pacientes que são afetados por IACS anualmente e para as suas consequências. As IACS causam cerca de 37000 mortes por ano e contribuem para outras 11000 (WHO, 2011). As IACS são também uma causa de estadias prolongadas nas instituições hospitalares para além do tempo necessário. Estimam-se cerca de 16 milhões de dias extra de estadia e custos associados de 7 mil milhões anuais (WHO, 2011).

Em Portugal, a preocupação é também patente no relatório “Um Futuro para a Saúde” da Fundação Calouste Gulbenkian (2014, p.202) que refere que “as

infecções hospitalares são uma fonte de grande preocupação para os doentes e afetam tanto a qualidade dos cuidados que recebem como os custos do tratamento. Portugal tem, no presente, uma das piores taxas de infeção hospitalar da Europa”. No documento “Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015” a DGS refere um inquérito de prevalência de infeção realizado em 2012 na Europa que aponta para uma média europeia de taxa de infeção adquirida no hospital de 6,1% enquanto Portugal apresenta 10,5% (DGS, 2016). Assim, e como refere o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020, da DGS é determinante “prevenir e Controlar as Infeções e as Resistências aos Antimicrobianos” (Despacho nº 1400-A/2015, 2015, p. 3882-[9]).

2.2. Higiene das mãos

As mãos dos profissionais de saúde são a principal fonte ou veículo de transmissão de microrganismos de um local para outro no mesmo utente, de utente para utente ou do ambiente contaminado para o utente (DGS, 2010). Assim, a higiene das mãos é uma das principais medidas para a redução das IACS por constituir uma ação simples, acessível e rápida (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010). A prática da higienização das mãos reveste-se da maior importância assumindo-se como uma “medida fundamental para a qualidade da assistência e prevenção de agravos à saúde, e contribui para a segurança de pacientes e trabalhadores” (Guedes, Miranda, Maziero, Cauduro & Cruz, 2012, p. 305).

2.2.1. Precauções Básicas do Controlo da Infeção

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais e de todas as pessoas envolvidas neste processo, visando prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não conhecidas (DGS, 2013a). No momento da admissão deve assumir-se que todos os utentes são potenciais infetados sendo que as potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, ou material e equipamento do ambiente de prestação de

cuidados. Estas precauções dever-se-ão aplicar a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos seguindo o princípio que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco” (DGS, 2013a, p.10).

A prevenção de complicações como lesões ou infeções nosocomiais, atualmente designadas de IACS, são uma das categorias de resultados sensíveis à Enfermagem de onde se denota a sua extrema pertinência (Doran, 2011). Para Pina, Ferreira, Marques & Matos (2010, p.27) as IACS “(...) constituem um problema de saúde devido à elevada morbi-mortalidade e custos associados.” Conforme estes autores as medidas fundamentais de prevenção e controlo assentam no cumprimento das PBCI e, entre as quais, a higiene das mãos. Uma vez que as IACS podem muitas vezes ser evitadas recorrendo a medidas de prevenção, incluindo os princípios de higiene das mãos, a prevenção destas infeções tem sido alvo de maior atenção nas últimas décadas. Contudo, a aplicação de medidas preventivas na prática clínica é ainda problemática e a adesão observada a esse tipo de medidas é muitas vezes fraca.

2.2.2. Adesão à Higiene das Mãos

Segundo a “Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” da DGS (2010) as boas práticas contemplam um conjunto de medidas a ter em consideração para que a higiene das mãos seja padronizada e efetiva nomeadamente quando deve ser efetuada, como deve ser realizada e que técnica deve ser utilizada na higienização das mãos. Realçam-se assim os “cinco momentos” para a higiene das mãos: antes do contato com o doente; antes de procedimentos limpos/assépticos; após risco de exposição a fluidos orgânicos; após contato com o doente e após contato com o ambiente envolvente do doente.

Contudo, e apesar de a higiene das mãos constituir uma das formas mais simples e eficazes de prevenção das IACS, a adesão às boas práticas é ainda insuficiente (Wandel et al., 2010; Huis et al., 2013). As baixas taxas de adesão são uma das

principais preocupações sendo assim importante delinear intervenções de forma a alterar esta situação de forma permanente (Oliveira & Paula, 2014). Segundo o relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos (CNHM) (DGS, 2014) a taxa de adesão global dos profissionais de saúde à higiene das mãos nos Hospitais e algumas UCC era, antes da implementação da CNHM, de 46%. Essa taxa tem vindo a aumentar progressivamente, sendo, na última avaliação efetuada (Outubro-Dezembro de 2012), de 68% (DGS, 2014).

A Campanha Nacional de Higiene das Mãos designada “Medidas Simples Salvam Vidas” é uma iniciativa coordenada pela DGS que se inclui na estratégia multimodal proposta pela *World Alliance for Patient Safety*, da Organização Mundial da Saúde, no seu 1º. Desafio “*Clean Care is Safer Care*” (DGS, 2014) e que demonstra a importância desta temática. O objetivo desta campanha é promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada, contribuindo para a diminuição das IACS e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, através do aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos (DGS, 2014).

Os componentes determinantes desta estratégia multimodal incluem cinco elementos essenciais: mudanças estruturais, incluindo a disponibilidade de solução antisséptica de base alcoólica (SABA), acesso a um abastecimento de água contínuo, sabão e toalhas; formação e educação dos profissionais de saúde; monitorização de práticas de higiene das mãos e *feedback* em relação ao desempenho; lembretes no local de trabalho; e a criação de uma cultura de segurança com a participação de todos os profissionais de saúde incluindo gestores hospitalares (WHO, 2009).

A existência de recursos necessários para a higiene das mãos tais como desinfetantes à base de álcool é um dos fatores mais referidos como facilitador da adesão à higiene das mãos (Ciofi degli Atti et al., 2011; Ellingson et al., 2014; Soares, Miranda, Carvalho & Paixão, 2012) referem a importância da formação enquanto estratégia para prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde pela higiene das mãos, sendo que os formadores das instituições devem

recomendar indicações e técnicas para a higiene das mãos. Os estudos desenvolvidos por Ciofi degli Atti et al. (2011) bem como Soares et al. (2012) apontam também a formação específica e a existência de instruções e cartazes nos serviços como dos fatores mais importantes indicados pelos profissionais de saúde. Assim, a formação e a disponibilização de conhecimentos sobre as boas práticas assumem-se como a forma mais óbvia de promoção da adesão e cumprimento de boas práticas de higienização das mãos. Contudo estudos indicam que deter os conhecimentos pode não ser suficiente. Jackson, Lowton & Griffiths (2014) verificaram que profissionais de saúde que demonstraram ter conhecimentos e educação necessários para conhecer métodos de prevenção da infecção e compreender o processo de transmissão de doenças e risco de contágio, exibiam comportamentos aquém do desejado.

Ellingson et al. (2014) referem ainda como determinante que as chefias estejam cientes e se envolvam delineando estratégias de melhoria da higiene das mãos e apoiem esses esforços com os recursos adequados. O comprometimento da liderança é fundamental para o sucesso. Dentro deste envolvimento, Larson, Patel, Evans & Saiman (2013) salientam que o feedback em relação ao desempenho é uma das estratégias utilizadas para melhorar a prática clínica. Jessee & Mion (2013) verificaram também que o reconhecimento por parte dos superiores hierárquicos é um dos fatores mais apontados pelos profissionais de saúde como facilitador da adesão à higiene das mãos indicado por 87% de colaboradores de um Hospital Magnet e 33% num hospital comunitário.

A atitude, influência social e autoeficácia podem ter um papel importante no cumprimento das boas práticas (Wandel et al., 2010). Existem várias razões que podem influenciar a adesão às práticas de higienização das mãos sendo portanto importante conhece-las e analisa-las para que as instituições de saúde possam fazer o esforço necessário não só na melhoria das condições dos locais de trabalho como também na atitude dos seus profissionais de saúde e, assim, promover intervenções que promovam a adesão às boas práticas de higienização das mãos (Oliveira & Paula, 2014).

Existe evidência que a adesão à prática de higienização das mãos é diferente entre os diferentes profissionais de saúde. Liu, Liang, Wu & Chuang (2013), por exemplo, verificaram que os enfermeiros exibem uma maior adesão do que assistentes operacionais. Os enfermeiros têm os conhecimentos e a experiência que lhes permite assumir um papel central para garantir a adesão às boas práticas e influenciar a restante equipa multidisciplinar (Storr & Kilpatrick, 2013). Segundo o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, (DGS, 2013b, p.70) “a adesão à correta prática de higiene das mãos é crescente, mas ainda insuficiente e muito heterogénea entre os vários grupos profissionais (...)”. O relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos de Abril de 2014 referindo-se a dados de 2012, revela que os enfermeiros são os profissionais com maior adesão, de 77%, seguidos pelos assistentes operacionais com 63% e pelos médicos e outros profissionais com 55% (DGS, 2014).

2.2.3. Fatores que dificultam a Adesão à Higiene das Mãos

Para que se possa promover a adesão às boas práticas de higiene das mãos é determinante conhecer os fatores que dificultam a respetiva adesão, as barreiras, obstáculos a esse processo para melhor os podermos minimizar e eliminar. Segundo The Joint Commission Center for Transforming Healthcare (2015), é fundamental definir as barreiras à higiene das mãos que são específicas de cada instituição e esta informação deverá ser usada para criar intervenções específicas para as respetivas necessidades (Ellingson et al., 2014).

Segundo a revisão de literatura de Gould, Moralejo, Drey & Chudleigh (2011) a qualidade dos estudos de intervenção dedicados a aumentar a adesão à higiene das mãos continua a ser dececionante e apesar de todas as campanhas e intervenções na área não há ainda evidência suficiente para tirar conclusões seguras. Assim, permanece a necessidade de realizar pesquisas metodologicamente sólidas para explorar a eficácia das intervenções no âmbito do aumento da higiene das mãos.

De acordo com The Joint Commission (2009) os fatores que afetam o sucesso das iniciativas destinadas a melhorar a adesão às práticas de higiene das mãos podem envolver, estratégias efetivas, fatores que envolvem os profissionais de saúde, as características organizacionais, doentes e família e o ambiente externo. As estratégias efetivas incluem a formação e educação, distribuição de sistemas de alerta, auditorias internas e *feedback* sobre o desempenho. Os fatores relacionados com os profissionais de saúde incluem os seus conhecimentos, atitudes e comportamentos. A disponibilidade de recursos e fatores associados à capacidade de liderança da hierarquia e o seu envolvimento numa cultura de segurança estão agrupados nas características organizacionais.

Fuller et al. (2014) desenvolveram um estudo que revelou que mais de três quartos das explicações auto-relatadas de profissionais de saúde para a não adesão à higiene das mãos estavam ligados a três domínios comportamentais nomeadamente Memória/ Atenção/ Tomada de Decisão (44%), Conhecimento (26%) e Contexto ambiental/ Recursos (9%). Outros domínios comportamentais, como crenças sobre consequências, natureza do comportamento, habilidades, emoções, normas sociais, foram associados a apenas 8% das explicações e 15% não podiam ser atribuídas a nenhum domínio.

Oliveira & Paula (2014), ao refletirem sobre os fatores que influenciam a adesão à higiene das mãos e em particular os fatores para a respetiva fraca adesão identificados pela OMS (WHO, 2009), agrupam-nos em fatores materiais, sociais e comportamentais e institucionais. Os fatores materiais englobam a disponibilização de produtos e infraestrutura destinados à lavagem e higienização das mãos tais como SABA, lavatórios, dispensadores localizados na proximidade dos pacientes. Os fatores sociais e comportamentais dividem-se em intrapessoais e interpessoais. O nível educacional, conhecimentos, personalidade, cultura e religião correspondem aos fatores intrapessoais. Dentro dos fatores interpessoais encontram-se a identidade social, preocupação com a opinião de terceiros e o papel na sociedade. Por fim o *feedback*, a carga laboral, reconhecimento e encorajamento na participação em programas de higiene das mãos, são fatores caracterizados como

institucionais ligados à cultura de segurança da própria instituição, atividades de formação, motivação e corresponsabilização pelo controlo de infeções (Oliveira & Paula, 2014).

3. METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido numa instituição em processo de creditação pela The Joint Commission e em que, por ter aderido à Campanha de Precauções Básicas de Controlo da Infeção promovida pela Direção-Geral da Saúde, a temática da adesão à higiene das mãos é foco de grande atenção e de diversas iniciativas. Segundo a DGS (2013b, p.61) “o objetivo da Campanha Nacional de Higiene das Mãos é promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada (...)” com vista a contribuir para a “(...) diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, através do aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos”. No âmbito da Campanha da Higiene das Mãos foram desenvolvidas diversas iniciativas na instituição das quais realço a formação e auditorias internas a assistentes operacionais, enfermeiros e médicos do Bloco Operatório e Serviço de Internamento, que decorreram em 2015 e que estão planeadas para 2016 e 2017 a abrangência progressiva aos restantes serviços. Este estudo vai ao encontro desta campanha, podendo ter um contributo importante na medida que identifica as dificuldades dos profissionais à adesão às boas práticas de higiene das mãos podendo assim contribuir para a melhoria das mesmas e consequentemente para a qualidade dos cuidados prestados e segurança dos utentes.

3.1. Objetivos e tipo de estudo

O objetivo geral deste estudo foi analisar os fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas higiene das mãos tendo em conta a perceção dos profissionais de saúde em relação à aplicação das melhores práticas de higienização das mãos no seu trabalho diário. Definiram-se também os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos;
- Comparar os fatores que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos entre assistentes operacionais, enfermeiros e médicos
- Comparar os fatores que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos entre profissionais com e sem formação específica relacionada com a higiene das mãos
- Comparar os fatores que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos entre profissionais do sexo feminino e do sexo masculino
- Relacionar os fatores que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos com a idade e tempo de serviço dos profissionais de saúde

Foi efetuado um estudo quantitativo, transversal, descritivo, correlacional num hospital privado do distrito de Lisboa, a assistentes operacionais, enfermeiros e médicos.

Segundo Fortin (2009, p.29) “a investigação quantitativa assenta no paradigma positivista” focado nos resultados e na sua generalização. Para Fortin (2009, p29), este paradigma “(...) implica que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social. Se uma coisa existe ela pode ser medida (...)” Assim, “o objetivo da investigação quantitativa é estabelecer factos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizer resultados de causa efeito ou verificar teorias ou preposições teóricas.” (Fortin, 2009, p.30). É transversal na medida que a colheita de dados foi realizada num único momento (Fortin, 2009). Trata-se de um estudo descritivo uma vez que em busca de novos conhecimentos, descreve fenómenos existentes determinando a sua frequência de ocorrência e categoriza essa informação (Fortin, 2009). Segundo Fortin (2009, p. 34) “este tipo de estudo é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto” adequando-se assim ao estudo em questão uma vez que não existe informação sobre esta temática na instituição em estudo.

3.2. População e amostra

A definição da população é a primeira etapa do processo de amostragem definindo-se como um conjunto de indivíduos com características comuns (Fortin, 2009) e que satisfazem os critérios de inclusão, ou seja, características que se pretende encontrar nos elementos da amostra. Neste caso pretendeu-se incluir os assistentes operacionais, enfermeiros e médicos deste hospital privado do distrito de Lisboa.

Este hospital de entidade privada dispõe de várias especialidades médicas e cirúrgicas incluindo serviços de ambulatório, urgências, internamento e bloco operatório. A população deste estudo é constituída por 98 assistentes operacionais, 107 enfermeiros, 626 médicos e perfazendo um total de 831 profissionais de todos os serviços do hospital. Estes dados foram facultados pelos recursos humanos do hospital e incluem não só profissionais que trabalham a tempo inteiro como a tempo parcial.

A amostra é não probabilística acidental uma vez que é constituída pelos elementos que estiveram presentes nos seus serviços em Novembro de 2015 e que responderam voluntariamente ao questionário que foi distribuído nesse período, ou seja, foram o local e o momento que definiram a escolha dos indivíduos (Fortin, 2009). Responderam ao questionário 186 profissionais de saúde dos quais 47 (48,0% face ao total da população) são assistentes operacionais, 74 (69,2%) são enfermeiros e 65 (10,3%) são médicos. De notar a grande discrepância entre a população total de médicos e a amostra em relação aos restantes profissionais, resultado da elevada percentagem de médicos que exercem a sua profissão a tempo parcial nesta instituição.

3.3. Instrumento de colheita de dados

Para realizar este estudo foi utilizado um questionário enquanto instrumento mais adequado a estudos descritivos (Fortin, 2009). Segundo Fortin, (2009, p.380) “o

questionário é um instrumento de colheita de dados que exige do participante respostas escritas a um conjunto de questões” com o objetivo de “recolher informação factual sobre acontecimentos, sentimentos e opiniões”. Optou-se pela utilização do questionário “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos” (BAHM) elaborado e validado por Písoeiro (2012) (Anexo I). A opção pela utilização deste questionário prendeu-se com o facto do mesmo dar resposta à questão de investigação colocada e segundo Fortin (2009, p.380) “para recolher os dados, o investigador pode utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário, com vista a responder às suas necessidades particulares.”

Este questionário é composto por duas partes. A primeira parte tem como finalidade a caracterização sociodemográfica da amostra e é composto pelos seguintes dados: idade, género, categoria profissional e tempo de exercício profissional. Nesta parte foi acrescentada ao questionário original uma questão referente a formação específica no âmbito da higiene das mãos. A segunda parte do questionário contempla a avaliação do tipo e importância das barreiras à adesão à higiene das mãos percebidas pelos profissionais de saúde (assistentes operacionais, enfermeiros e médicos), sendo constituída por 31 itens de resposta alternativa do tipo Likert, ou seja, “uma série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre o tema” (Fortin, 2009, p.389). No caso presente, foram utilizadas as expressões “Discordo completamente”, “Discordo”, “Discordo moderadamente”, “Concordo moderadamente”, “Concordo” e “Concordo completamente” e designada escala BAHM (Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos). A pontuação dos itens varia de 1, para a resposta “Discordo completamente” a 6, para a resposta “Concordo completamente”. Quanto mais elevada a pontuação atribuída, maior a percepção de barreira atribuída ao item (Písoeiro, 2012).

3.4. Procedimento de recolha e tratamento de dados

Para a recolha dos dados foram distribuídos nos serviços, ao cuidado das respetivas chefias, os questionários em envelopes codificados e foi ainda enviado

um pedido de colaboração na investigação a toda a população através de email interno.

A análise estatística dos dados colhidos foi realizada com o recurso à aplicação IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics versão 21. A análise dos resultados incide na descrição dos factos decorrentes da análise estatística dos dados (Fortin, 2009).

Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizadas medidas de tendência central, medidas de dispersão, correlações, estudos da fiabilidade e teste de diferenças de médias.

3.5. Aspetos éticos e legais

Este estudo teve em consideração os princípios éticos alicerçados no respeito pela dignidade humana (Fortin, 2009). Assim, foi assegurado o respeito pelo consentimento livre e esclarecido (Fortin, 2009) através do anexo ao questionário de uma carta de apresentação com informações sobre a autoria da investigação, o tema em estudo e o pedido de colaboração voluntária para o mesmo. Foi também disponibilizado um endereço de e-mail para contato caso houvesse interesse em receber os resultados (Apêndice I). Foi garantido que os dados colhidos seriam utilizados com fins exclusivamente académicos.

O questionário foi preenchido e recolhido de forma anónima garantindo o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais (Fortin, 2009). Diversas cópias do questionário foram disponibilizadas em cada serviço, dentro de envelopes codificados por serviço em documento distinto de forma a evitar o extravio. Após recolha dos envelopes na sua totalidade, os questionários preenchidos foram retirados dos envelopes e colocados juntos para análise sem referência à sua proveniência. A garantia do anonimato e confidencialidade estavam também expressas na carta de apresentação ao questionário.

Relativamente ao respeito pela justiça e equidade (Fortin, 2009) foi explicada na carta de apresentação a natureza e a finalidade da investigação e foi pedida a colaboração de todos os e assistentes operacionais, enfermeiros e médicos da instituição sem qualquer discriminação.

Relativamente à utilização do questionário foi solicitada a permissão para a sua utilização, através de contato via e-mail à autora, a qual consentiu a utilização do mesmo (Apêndice II). Foi também feito um pedido de autorização para a realização da colheita de dados endereçado à Direção de Enfermagem para a realização do estudo (Apêndice III). Considerou-se o preenchimento voluntário do questionário por parte dos inquiridos como o seu consentimento informado para utilização desses dados.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha dos questionários, procedeu-se à recolha dos dados e organização em suporte informático passível de análise recorrendo ao *software* de cálculo estatístico IBM SPSS Statistics® versão 21.

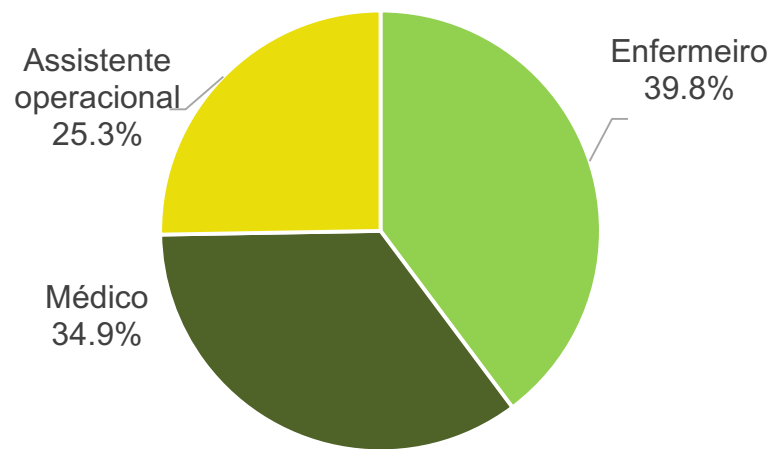
Tratando-se de uma escala de Likert, os dados obtidos referem-se à importância dada pelos inquiridos a cada um dos seus itens enquanto barreira à adesão às boas práticas de higiene das mãos. Pretende-se, ainda, comparar e relacionar esta perceção com as profissões, género, idade, experiência profissional e formação específica sobre a higienização das mãos. Para isso recorreremos a técnicas paramétricas por melhor se adequarem a esta análise estatística assumindo-se assim a normalidade dos dados, pressuposto das técnicas paramétricas (Hill, 2012).

4.1. Caracterização da amostra

Dos 186 profissionais de saúde participantes neste estudo, 47 (25,3%) são assistentes operacionais, 74 (39,8%) são enfermeiros e 65 (34,9%) são médicos (Gráfico 1).

A maior parte dos profissionais de saúde (68,3%) é do sexo feminino sendo que esta diferença é particularmente evidente entre os assistentes operacionais onde 83,0% são de sexo feminino. Também entre os enfermeiros esta diferença é acentuada com 74,3% do sexo feminino, valor semelhante ao panorama nacional tendo em conta que, segundo a Ordem dos Enfermeiros, em 2014, 81,8% dos enfermeiros eram mulheres (INE, 2016). Já em relação aos médicos, 50,8% são do sexo feminino e 49,2% são homens, o que também vai ao encontro da proporção a nível nacional de 54,7% de mulheres inscritas na Ordem dos Médicos segundo dados de 2014 (INE, 2016).

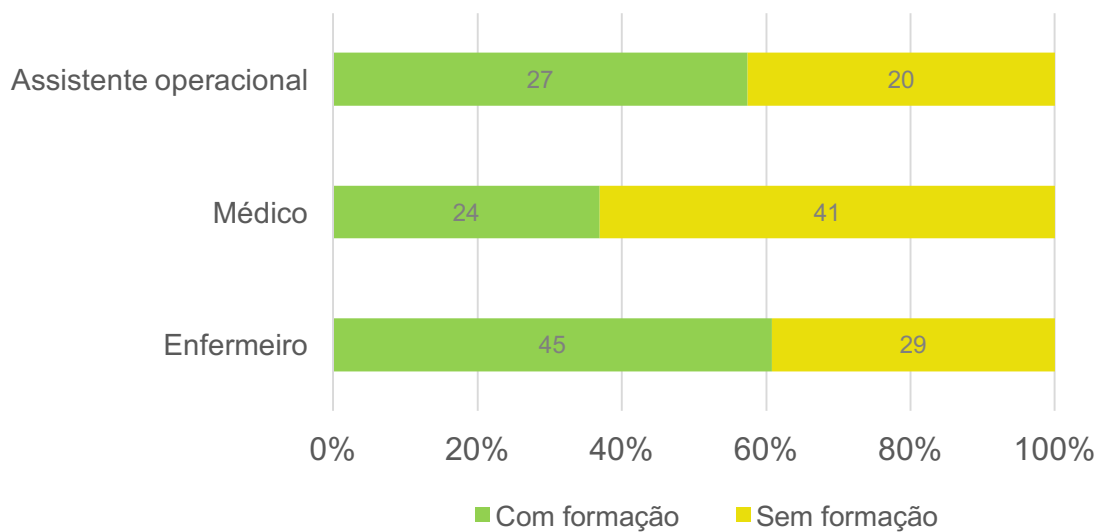
Gráfico 1. Distribuição da amostra por categoria profissional



A média de idades é superior na classe médica (50,65) onde se regista também os mínimo e máximo mais altos de 29 e 71 anos, respetivamente. É também a categoria profissional que apresenta tempo de exercício profissional mais elevado com uma média superior a 25 anos. Tanto os enfermeiros como os assistentes operacionais apresentam médias de idade relativamente inferiores de 32,45 e 35,91 anos, respetivamente.

Em relação à formação específica no âmbito da higiene das mãos, 51,6% afirma ter recebido essa formação. Contudo, esse valor varia entre classes profissionais (Gráfico 2) notando-se uma menor frequência na classe médica onde apenas 36,9% confirma ter recebido formação específica no âmbito da higiene das mãos comparativamente com os enfermeiros com 60,8% e assistentes operacionais com 57,4%.

Gráfico 2. Formação específica em higiene das mãos por categoria profissional



4.2. A fidelidade e validade do instrumento

A fidelidade corresponde à precisão e constância das medidas obtidas através de um instrumento de colheita de dados, ou seja, a capacidade de obter resultados semelhantes de cada vez que se aplica a escala a situações semelhantes (Fortin, 2009). Em relação ao instrumento de recolha de dados utilizado, uma vez tratando-se de um instrumento constituído por vários enunciados com o objetivo de medir características diferentes de um mesmo conceito, importa avaliar a sua fidelidade tendo em conta a consistência interna, ou seja, a forma como os vários enunciados se relacionam. Surge assim o interesse de calcular o alfa de Cronbach (α), coeficiente que permite determinar a homogeneidade dos enunciados quando respondidos segundo uma escala de Likert uma vez que o alfa de Cronbach deve ser reavaliado cada vez que essa mesma escala é utilizada (Fortin, 2009). Adicionalmente é também importante ter em atenção o coeficiente de correlação de Pearson para cada item uma vez que itens que apresentem valores abaixo de 0,3 podem não estar a avaliar o mesmo constructo (Laerd Statistics, 2016).

Dos 37 itens originais da escala, foram excluídos 6 itens conforme Piseiro (2012) e utilizados os restantes 31. O valor de alfa de Cronbach (α) calculado para a totalidade dos 31 itens foi de 0,900 ($0 < \alpha < 1$) sendo assim um valor que indica uma boa consistência interna global (Fortin, 2009). Os itens foram analisados individualmente calculando o α no caso de exclusão do item (Tabela 1).

Tabela 1. Valor de alfa de Cronbach se item removido.

Agrupamento por dimensões			α se item removido
Avaliação & Feedback	10	Não existem auditorias/observações periódicas.	0,897
	11	Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a pratica de higiene das mãos.	0,895
	12	Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.	0,896
	13	Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição.	0,895
	14	Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	0,895
	15	Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	0,894
	24	Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	0,896
	25	Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	0,894
Clima Organizacional	26	Estou desmotivado no meu local de trabalho.	0,899
	27	Estou muito ocupado com outros cuidados.	0,896
	28	Tenho muitas outras coisas para fazer.	0,897
	29	Não tenho tempo disponível.	0,897
	30	Existem sempre outras prioridades.	0,897
Formação & Treino	6	Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	0,897
	7	Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	0,899
	8	Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	0,901
	9	O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	0,901
	16	Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	0,896
	31	Não quero higienizar as mãos.	0,900
Liderança & Alertas Formais	17	Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	0,895
	18	Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	0,896
	19	As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	0,895
	20	O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.	0,894
	21	As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das mãos.	0,893
	22	Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	0,896
Materiais & Equipamento	23	Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	0,897
	1	A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	0,899
	2	A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	0,900
	3	Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	0,896
	4	Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	0,902
5	Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	0,897	

Fazendo a leitura da Tabela 1 verifica-se que apenas para os itens “4 - Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos”, “8 - Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos” e “9 - O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil” o α resultante após exclusão dos itens seria maior, mas que a diferença entre o α resultante da sua exclusão e o α global é inferior ou igual a 0,002 pelo que se optou por manter os itens na escala.

Os itens foram agrupados em dimensões segundo os tipos de barreiras tal como PISOEIRO (2012) e tal como consta na tabela 2.

Tabela 2. Itens agrupados por dimensão

Avaliação & Feedback	10, 11, 12, 13, 14, 15, 24 e 25
Clima Organizacional	26, 27, 28, 29 e 30
Formação & Treino	6, 7, 8, 9, 16 e 31
Liderança & Alertas Formais	17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23
Materiais & Equipamento	1, 2, 3, 4 e 5

Foram ainda calculados os valores da correlação de Pearson entre as diversas dimensões (Tabela 3) verificando-se que todas as correlações são positivas e significativas para $p < 0,001$ à exceção da correlação entre Avaliação & Feedback e Clima Organizacional que apresenta uma correlação relativamente baixa.

Tabela 3. Correlações de Pearson (r) entre as dimensões

	Avaliação & Feedback	Liderança & Alertas Formais	Materiais & Equipamento	Formação & Treino	Clima Organizacional
Avaliação & Feedback	1	0,622	0,203	0,310	0,036
Liderança & Alertas Formais		1	0,254	0,426	0,190
Materiais & Equipamentos			1	0,344	0,330
Formação & Treino				1	0,257
Clima Organizacional					1

4.3. Importância dos fatores que dificultam a adesão

Verificando as médias das respostas para cada dimensão (Tabela 4) é possível constatar que os resultados apurados são globalmente baixos sugerindo que para os

respondentes a existência de barreiras à higienização das mãos não é muito acentuada.

Tabela 4. Médias e desvios padrão para cada dimensão

	Média	Desvio padrão
Avaliação & Feedback	3,65	1,37
Liderança & Alertas Formais	3,00	1,38
Materiais & Equipamentos	2,80	1,01
Formação & Treino	1,80	0,64
Clima Organizacional	2,26	1,30

Em todo o caso, o tipo de barreiras mais identificado inscreve-se na dimensão “Avaliação & Feedback” com uma média de 3,65. É seguido das dimensões “Liderança & Alertas Formais” (3,00), “Materiais & Equipamentos” (2,80), “Clima Organizacional” (2,26) e “Formação & Treino” (1,80) nesta mesma ordem sendo que esta última dimensão parece também reunir a maior concordância entre os participantes uma vez que apresenta o desvio padrão mais baixo. Estes resultados diferem dos obtidos por PISOEIRO (2012) no sentido que, segundo esta autora, a dimensão “Liderança & Alertas Formais” (2,74) foi a barreira mais valorizada sendo que a dimensão “Avaliação & Feedback” (2,62) surgia em segundo lugar (PISOEIRO, 2012). Já MORGADO (2014), recorrendo ao mesmo questionário da última autora, chegou ao mesmo resultado em relação à “Formação & Treino” como sendo o obstáculo menos percebido enquanto a dimensão “Avaliação & Feedback” foi a dimensão mais percebida como barreira.

De notar adicionalmente que no presente estudo, as médias obtidas pelas duas dimensões mais valorizadas são mais distantes entre si e que todas as médias são superiores às obtidas por PISOEIRO (2012) o que evidencia uma maior percepção dos inquiridos face às barreiras à higiene das mãos.

Em todo o caso, é de assinalar que tanto no presente estudo como no estudo de PISOEIRO (2012), as dimensões “Avaliação & Feedback” e “Liderança & Alertas Formais” são as que surgem no topo das barreiras mais identificadas. JESSEE & MION (2013) constataram também que 87% dos elementos de um hospital Magnet

identificaram o reconhecimento por parte do superior hierárquico como um dos fatores facilitadores à prática da higiene das mãos enquanto os resultados de Ciofi degli Atti et al. (2011) apontam para o reconhecimento da importância da existência de cartazes identificado por 73,7% dos participantes no estudo. Estes resultados corroboram a importância veiculada na literatura relativamente ao efeito dos superiores hierárquicos com funções de gestão na motivação e mudança de comportamento dos restantes profissionais para a prática correta da higiene das mãos (Hersey & Blanchard, 1996; Lacasse, 2013; Mallidou, 2014; OE, 2010; Teixeira, 2011).

A Tabela 5 permite verificar em detalhe as médias de cada item constituinte de cada dimensão.

Tabela 5. Média e desvio padrão de todos os itens.

		Média	Desvio padrão	
Avaliação & Feedback	10	Não existem auditorias/observações periódicas.	3,09	1,592
	11	Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos.	3,75	1,738
	12	Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.	3,88	1,520
	13	Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição.	4,04	1,412
	14	Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	3,72	1,549
	15	Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	3,99	1,420
	24	Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	3,02	1,716
	25	Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	2,96	1,526
Clima Organizacional	26	Estou desmotivado no meu local de trabalho.	2,15	1,385
	27	Estou muito ocupado com outros cuidados.	2,36	1,487
	28	Tenho muitas outras coisas para fazer.	2,31	1,459
	29	Não tenho tempo disponível.	2,28	1,398
	30	Existem sempre outras prioridades.	2,19	1,424
Formação & Treino	6	Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	1,93	1,239
	7	Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	2,29	1,403
	8	Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	1,69	1,124
	9	O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	1,42	0,905
	16	Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	2,20	1,274
	31	Não quero higienizar as mãos.	1,24	0,541
Liderança & Alertas Formais	17	Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	2,31	1,255
	18	Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	3,12	1,563
	19	As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	2,25	1,092
	20	O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.	2,85	1,397
	21	As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das mãos.	3,16	1,415
	22	Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	3,87	1,622
Materiais & Equipamento	23	Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	4,15	1,498
	1	A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	2,41	1,374
	2	A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	2,30	1,220
	3	Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	2,52	1,332
	4	Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	3,97	1,820
5	Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	2,80	1,696	

Para a dimensão mais percecionada “Avaliação & Feedback”, destacam-se os itens “13 - Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição.” (4,04) e “15 - Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.” (3,99) que indicam a ausência de informação estatística nos serviços sobre a real prática da higiene das mãos e dos seus resultados. Contudo não podemos deixar de nos questionar se os respondentes a estas questões estarão realmente a considerar que a ausência

desta informação influencia a sua prática da higiene das mãos ou se terão simplesmente indicado a factual ausência da informação. Ainda relativamente a esta dimensão, verificamos que o item que apresenta a média mais baixa é o item “25 - Não existe empenhamento / disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da infecção, no incentivo para a higiene das mãos.” (2,99) que poderá espelhar o reconhecimento do empenho dos elementos da Comissão de Controlo da Infecção existentes nesta instituição.

Em relação à dimensão menos percecionada “Formação & Treino” evidencia-se médias mais elevadas para as questões “7 - Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos” e “16 - Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.”. Em relação à formação, é do nosso conhecimento que existe formação periódica sobre higienização das mãos pelo que estes resultados, apesar de situados ao nível do “discordo”, poderão sugerir que a instituição pode melhorar a divulgação das formações ou a frequência ou acessibilidade destas formações a todos os colaboradores. Também em relação aos cartazes técnicos, coloca-se a questão se serão em número suficiente ou se estarão suficientemente visíveis.

É também patente pelas respostas às questões “9 – O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil” e “31 – Não quero higienizar as mãos” que exibem todas médias e dispersão bastante reduzida, podendo-se pressupor que os profissionais inquiridos valorizam a higiene das mãos.

4.3.1. Barreiras em função do género, idade e experiência profissional

Passamos de seguida a analisar a perceção dos inquiridos em função de algumas das suas variáveis sociodemográficas. Assim e relativamente ao sexo constatámos que a ordem da importância percecionada das barreiras, mantém-se para ambos os géneros verificando-se, contudo, médias sempre superiores para o género masculino (Tabela 6) apontando assim para uma maior perceção das barreiras por parte dos profissionais homens.

Tabela 6. Média e desvio padrão de cada dimensão segundo o género

	Feminino		Masculino	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Avaliação & Feedback	3,46	1,32	4,07	1,38
Liderança & Alertas	2,90	1,30	3,22	1,53
Materiais & Equipamentos	2,79	0,94	2,83	1,15
Formação & Treino	1,73	0,68	1,95	0,51
Clima Organizacional	2,19	1,27	2,41	1,38

Tendo em conta que a amostra é aleatória e a proporção entre os géneros é substancialmente diferente, o teste t (Tabela 7) permite avaliar a diferença entre as médias referentes aos dois géneros.

Tabela 7. Teste t para as dimensões em função do género

	t	p
Avaliação & Feedback	-2,893	0,004
Liderança & Alertas Formais	-1,490	0,138
Materiais & Equipamentos	-0,249	0,803
Formação & Treino	-2,282	0,024
Clima Organizacional	-1,110	0,268

Segundo os resultados do teste t, a diferença entre as médias é apenas estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para as dimensões “Avaliação & Feedback” e “Formação & Treino” não existindo, portanto, significado estatístico para as diferenças verificadas para as restantes barreiras segundo o género dos respondentes.

Pisoeiro (2012) obteve resultados semelhantes que apontam para uma maior perceção das barreiras por parte do sexo masculino com resultados estatisticamente significativos apenas para a dimensão “Avaliação & Feedback”. De facto, diversos estudos apontam para uma maior adesão dos profissionais do sexo feminino às práticas de higienização das mãos e referem o sexo masculino como uma das

barreiras para o cumprimento das melhores práticas de higienização das mãos (Gluck et al., 2010; Pittet, 2000; Teker et al., 2015).

Quanto à relação entre a idade e as dimensões que avaliam as barreiras constatamos que as correlações entre a idade e as dimensões são em geral muito baixas (Tabela 8) e negativas para “Liderança & Alertas Formais” (-0,058) e “Clima Organizacional” (-0,226). Esta relação, embora apenas estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para as barreiras associadas à dimensão “Clima Organizacional”, apontam para uma maior percepção das barreiras destas duas dimensões por parte dos profissionais mais novos. No entanto, não podemos constatar o mesmo das restantes dimensões que apresentam uma correlação positiva.

Tabela 8. Correlação de Pearson (r) entre idade, tempo profissional e dimensões

	Idade		Tempo profissional	
	r	p	r	p
Avaliação & Feedback	0,033	0,656	0,081	0,279
Liderança & Alertas Formais	-0,058	0,436	-0,067	0,372
Materiais & Equipamentos	0,019	0,801	0,074	0,323
Formação & Treino	0,070	0,349	0,089	0,237
Clima Organizacional	-0,226	0,002	-0,140	0,061

Em relação ao tempo de exercício profissional, não se encontraram correlações com significado estatístico, mas é também na dimensão “Clima Organizacional” que se encontra a maior correlação também negativa. Do estudo original de PISOEIRO (2012) resultaram correlações igualmente baixas, mas todas negativas notando-se uma maior tendência de maior percepção das barreiras por parte dos profissionais mais novos que não podemos corroborar na generalidade uma vez que apenas obtivemos correlação negativa para duas das dimensões. PISOEIRO (2012) constatou também que apenas para a dimensão “Materiais & Equipamentos” se verificava uma correlação com significado estatístico ($p < 0,05$).

De notar que a diferença entre o presente estudo e PISOEIRO (2012) assenta principalmente em tipos de barreiras associadas à instituição pelo que é necessário

ter em conta que os estudos foram efetuados em instituições distintas que poderão apresentar características diferentes.

4.3.2. Barreiras em função da profissão

Este questionário foi respondido por colaboradores pertencentes a três classes profissionais diferentes constituindo três amostras independentes. Na Tabela 9, apresentam-se as médias e desvio padrão das respostas para cada dimensão e para cada classe profissional.

Tabela 9. Média e desvio padrão por classe profissional

	Enfermeiro		Médico		Assistente operacional	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Avaliação & Feedback	3,65	1,41	4,00	1,46	3,17	0,99
Liderança & Alertas	3,14	1,38	3,12	1,48	2,62	1,17
Materiais & Equipamentos	2,69	0,97	2,90	1,09	2,85	0,96
Formação & Treino	1,64	0,57	1,95	0,76	1,83	0,49
Clima Organizacional	2,79	1,51	1,78	0,93	2,08	1,10

Tendo em conta estes valores, são os médicos quem mais percecionam as barreiras para todas as dimensões à exceção da dimensão “Clima Organizacional” onde são os enfermeiros que mais reconhecem esta barreira, sendo que são os assistentes operacionais que em média menos percecionam a existência de barreiras. Este resultado difere de Pisoeiro (2012) que aponta para uma perceção das barreiras sempre inferior por parte dos enfermeiros. De facto, tendo em conta que diversos estudos existentes apontam para uma maior adesão às boas práticas de higiene das mãos por parte dos Enfermeiros em relação às restantes classes profissionais (DGS, 2014; Liu, Liang, Wu & Chuang, 2013; Pittet, 2000; Pan, Mondello, Posfay-Barbe & Patroni, 2007; Erasmus et al. 2010) poderia esperar-se uma menor perceção das barreiras por parte desta classe profissional.

Em todo o caso, a Análise de Variância Univariada (Tabela 10) permite-nos verificar que as diferenças entre as respostas destes três grupos são apenas estatisticamente significativas ($p < 0,05$) (Hill, 2012) para as dimensões “Avaliação & Feedback”, “Formação & Treino” e “Clima Organizacional”, mas pouco significativas para os restantes tipos de barreiras.

Tabela 10. Teste ANOVA

	Z	p
Avaliação & Feedback	5,255	0,006
Liderança & Alertas Formais	2,464	0,088
Materiais & Equipamentos	0,808	0,447
Formação & Treino	4,183	0,017
Clima Organizacional	12,259	0,000

Após aplicação do teste *post hoc* de Tukey (Tabela 11) podemos constatar que todas as classes profissionais dão importância às barreiras associadas à dimensão “Avaliação & Feedback”, mas que os médicos as percebem significativamente mais do que os assistentes operacionais. A dimensão “Avaliação & Feedback” é também a dimensão que reúne maior concordância entre cada uma das classes profissionais surgindo como o tipo de barreiras que todos os profissionais mais percebem. Os enfermeiros apresentam uma média inferior à dos médicos, mas superior à dos assistentes operacionais embora sem significado estatístico.

Para a dimensão “Formação & Treino”, embora seja o tipo de barreiras menos percebida por todos os profissionais, os enfermeiros surgem como os que menos a percebem como barreira. De notar que são também os enfermeiros quem reporta mais formação específica sobre higiene das mãos (Gráfico 2) e que, portanto, já não esperávamos que a identificassem como barreira. Contudo a diferença entre enfermeiros e restantes profissionais tem significado estatístico apenas em relação aos médicos que são quem apresenta a média mais elevada neste conjunto de barreiras. É importante notar também que são os médicos que menos reportam deter formação específica sobre higiene das mãos (Gráfico 2) corroborando estes resultados. Sequires et al. (2014) constataram que os

conhecimentos e capacidades na área da higiene das mãos foram dos temas mais identificados por médicos como um fator influenciador da adesão desta classe profissional às boas práticas de higiene das mãos.

É na dimensão “Clima Organizacional” que se encontram as maiores diferenças com significado estatístico, pese embora todas as classes profissionais exibam médias relativamente baixas apontando para a discordância com esta dimensão como barreira para a higiene das mãos. É também aqui que surge a maior diferença em relação aos resultados de PISOEIRO (2012) uma vez que, no presente estudo, os Enfermeiros dão significativamente mais importância à dimensão “Clima Organizacional” como barreira à prática da higiene das mãos do que os médicos e assistentes operacionais o que é uma inversão em relação aos resultados obtidos no estudo referido (PISOEIRO, 2012). Poderá ser importante notar aqui que na instituição onde foi aplicado o presente estudo, a grande maioria dos enfermeiros trabalha a tempo inteiro sendo que o mesmo não acontece com os médicos o que poderá influenciar a sua perceção do ambiente da organização.

Em relação à dimensão “Liderança & Alertas Formais”, são os enfermeiros e médicos que percecionam estas barreiras sendo para ambos a segunda dimensão mais percecionada. Contudo, as diferenças com os resultados dos assistentes operacionais não são significativas. SQUIRES et al. (2014) constataram que para a maioria dos médicos que entrevistaram, a higienização das mãos requeria uma decisão consciente pelo que reconheciam como importante a existência de alertas no local de trabalho para esta prática.

Por último, para a dimensão “Materiais & Equipamentos”, são os assistentes operacionais que parecem dar mais importância a este tipo de barreiras sendo que é a segunda dimensão a que dão mais importância superando “Liderança & Alertas Formais”. Ainda assim, tal como acontece para a dimensão “Liderança & Alertas Formais”, a diferença para os restantes profissionais não apresenta significado estatístico. 98% dos médicos entrevistados por SQUIRES et al. (2014) referiram como importante o acesso fácil a recursos necessários à prática de higiene das mãos.

Tabela 11. Importância percebida das barreiras por categoria profissional e teste post hoc de Tukey

Avaliação & Feedback			Teste Post Hoc Tukey - p (diff)			
	M	Dp	Enfermeiro	Médico		Assistente operacional
Enfermeiro	3,65	1,41	1	0,272 (-0,35)		0,136 (0,48)
Médico	4,00	1,46		1		0,004 (0,83)
Assistente operacional	3,17	0,99				1

Liderança & Alertas Formais			Teste Post Hoc Tukey - p			
	M	Dp	Enfermeiro	Médico		Assistente operacional
Enfermeiro	3,14	1,38	1	0,999 (0,01)		0,108 (0,52)
Médico	3,12	1,48		1		0,133 (0,51)
Assistente operacional	2,62	1,17				1

Materiais & Equipamentos			Teste Post Hoc Tukey - p			
	M	Dp	Enfermeiro	Médico		Assistente operacional
Enfermeiro	2,69	0,97	1	0,445 (-0,21)		0,672 (-0,16)
Médico	2,90	1,09		1		0,966 (0,05)
Assistente operacional	2,85	0,96				1

Formação & Treino			Teste Post Hoc Tukey - p			
	M	Dp	Enfermeiro	Médico		Assistente operacional
Enfermeiro	1,64	0,57	1	0,013 (-0,30)		0,252 (-0,19)
Médico	1,95	0,76		1		0,582 (0,12)
Assistente operacional	1,83	0,49				1

Clima Organizacional			Teste Post Hoc Tukey - p			
	M	Dp	Enfermeiro	Médico		Assistente operacional
Enfermeiro	2,79	1,51	1	0,000 (1,10)		0,007 (0,71)
Médico	1,78	0,93		1		0,414 (-0,30)
Assistente operacional	2,08	1,10				1

4.3.3. Barreiras em função da formação para a higiene das mãos

Como vimos anteriormente no seu conjunto a dimensão “Formação & Treino” é aquela menos percebida como barreira à adesão à higienização das mãos pela totalidade dos inquiridos. Este resultado parece não estar de acordo com resultados de estudos anteriores que apontam para a importância da formação como facilitador da prática de higiene das mãos (Ciofi degli Atti et al., 2011; Soares et al., 2012).

Contudo, tendo em conta que, no presente estudo, 51,6% dos inquiridos indica que tem formação específica relacionada com higienização das mãos, coloca-se a questão de esta dimensão não ser identificada como barreira pelos profissionais dado a existência desta formação. Interessa por isso saber se a frequência da formação leva a perceções diferentes das barreiras. Na Tabela 12 apresentam-se as médias das respostas para as várias dimensões consoante a existência de formação específica em higiene das mãos.

Tabela 12. Médias e desvio padrão em função da formação

Formação		Média	Desvio padrão
Sim	Avaliação & Feedback	3,52	1,33
	Liderança & Alertas Formais	3,01	1,31
	Materiais & Equipamento	2,81	1,01
	Formação & Treino	1,66	0,52
	Clima Organizacional	2,44	1,45
Não	Avaliação & Feedback	3,79	1,40
	Liderança & Alertas	2,99	1,46
	Materiais & Equipamento	2,79	1,01
	Formação & Treino	1,94	0,72
	Clima Organizacional	2,07	1,10

O teste t realizado para a análise da diferença de médias para as barreiras em função da formação indica que existem somente diferenças significativas para os tipos de barreiras relacionados com a dimensão “Formação & Treino” (Tabela 9) não se tendo encontrado diferenças com significado estatístico em relação aos restantes tipos de barreiras.

Tabela 13. Teste t para as barreiras em função da formação

	t	p
Avaliação & Feedback	-2,893	0,165
Liderança & Alertas Formais	-1,490	0,916
Materiais & Equipamentos	-0,249	0,931
Formação & Treino	-2,282	0,002
Clima Organizacional	-1,110	0,052

De facto, e como seria de esperar, os profissionais que afirmam ter frequentado ações de formação específica relacionada com a higiene das mãos (51,6%) são os que menos referem esta dimensão como barreira. Contudo, os profissionais sem formação específica dão também pouca importância a esta barreira o que poderá indicar que consideram que os conhecimentos que têm são suficientes ou que os alertas e indicações existentes nos serviços contêm a informação indicada para que possam efetuar a higienização das mãos.

5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES FUTURAS

A promoção da higiene das mãos continua a ser uma das principais estratégias na prevenção e controlo de infeções fomentada pela OMS e DGS. Apesar de todo o reconhecimento da importância da prática e de todos os esforços que as demais instituições de saúde têm efetuado aderindo às campanhas propostas, a adesão continua ainda aquém das expectativas e do intuito de fazer cada vez melhor. Neste esforço, é necessário que cada instituição conheça as suas próprias dificuldades para que as possa endereçar da melhor maneira e atingir sempre melhores resultados. Neste sentido, a avaliação da perceção das barreiras à prática de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde continua atual e pertinente.

O presente estudo constituiu-se como uma reaplicação do estudo de PISOEIRO (2012). Globalmente, esta reaplicação permitiu corroborar alguns dos resultados obtidos por PISOEIRO (2012) mas foi também possível encontrar algumas diferenças que poderão estar relacionadas com características próprias da organização onde foi aplicado.

Considerando o primeiro objetivo do estudo constatou-se que as barreiras mais identificadas e que se situam num ponto médio ou pouco acima da média se integram nas dimensões “Avaliação & Feedback” e “Liderança & Alertas Formais” o que remete para uma perceção mais acentuada de barreiras que integram fatores da responsabilidade da área da gestão.

Conclui-se, assim, ser da máxima relevância o papel desempenhado pelas chefias na motivação para a mudança de comportamentos. É importante refletir que um líder deverá ser aquele que guia a equipa ao sucesso através de uma visão dirigida para o futuro e para a mudança nunca descurando a humanização da equipa essencial neste processo. O sucesso das organizações está associado ao trabalho conjunto de equipas e das boas relações entre os diversos profissionais de saúde. É essencial que haja uma liderança ativa, presente, motivadora, para que se consigam

alcançar elevados níveis de satisfação que promovam um clima organizacional gerador de boas práticas de cuidados. Este resultado poderá ser uma consequência do grande crescimento que esta instituição tem sofrido nos últimos anos e subjacentes dificuldades de acompanhar as necessidades dos profissionais que nela trabalham. Este aspeto deverá ser analisado pelos líderes institucionais em conjunto com os profissionais de saúde considerando que segundo Roy a organização só estará de boa saúde se conseguir identificar esses problemas e corrigi-los de forma contínua, reagindo aos estímulos que os provocam (Roy & Andrews, 1981).

Como barreira menos pontuada surge a dimensão “Formação & Treino” o que poderá sugerir que os profissionais assumem que a formação que têm é suficiente não se constituindo como barreira para o cumprimento das melhores práticas de higienização das mãos. Para isto contribuirá a existência de formação na área realizada aos profissionais de saúde e cujos resultados reforçam a importância destas formações que deverão continuar a ser incrementadas com vista a formar todos os profissionais através de ações de formação de serviço em horário laboral para facilitar o acesso às mesmas. Os resultados obtidos neste estudo relativamente a esta dimensão permitem ainda constatar que a higiene das mãos é reconhecida pelos profissionais como importante.

Não foi possível encontrar uma correlação estatisticamente significativa entre a formação específica em higiene das mãos e a perceção das barreiras à exceção da dimensão “Formação & Treino” que associamos ao facto de que os profissionais que têm formação tenderem naturalmente a não sentir a falta dessa formação.

No que diz respeito à relação da perceção das barreiras face a algumas variáveis socio demográficas, verificamos que o género masculino tem tendência para percecionar mais fortemente as barreiras do que o género feminino com diferenças significativas para as dimensões “Avaliação & Feedback” e “Formação & Treino”. Estes resultados vêm reforçar a ideia de ser importante definir estratégias para a adesão às práticas de higienização das mãos específicas por género.

Em relação à idade e à experiência profissional constatamos que a correlação com a percepção das barreiras é sempre baixa e apenas estatisticamente significativa e negativa para a dimensão “Clima Organizacional” levantando a hipótese dos jovens poderem estar mais despertos para o impacto do clima organizacional no seu trabalho diário e com influência na adesão à higiene das mãos. Contudo, a falta de mais dados significativos e a existência de dados aparentemente contraditórios sugere a necessidade de estudos adicionais melhor direcionados para determinar como a idade e a experiência profissional se relaciona com a percepção das barreiras para a higienização das mãos.

No que diz respeito às classes profissionais, de uma maneira geral, os médicos percebem mais as barreiras do que as restantes classes profissionais sendo os assistentes operacionais quem aparenta dar menos importância às barreiras. Este resultado surpreende uma vez, tendo em conta que vários estudos apontam para uma maior adesão à higiene das mãos por parte dos enfermeiros, seria de esperar que fossem estes que menos reconhecessem barreiras a esta prática. Contudo, sendo os enfermeiros quem apresenta maior nível de formação para a higiene das mãos e quem mais lida diariamente com esta temática, é possível que estejam assim mais despertos para as dificuldades.

Constatamos, ainda, que são os médicos quem percebe mais as barreiras associadas à dimensão “Formação & Treino” como barreira o que poderá estar relacionado com o facto de esta ser também a classe profissional com menos formação específica nesta área.

Responderam a este questionário 184 profissionais, mas, tendo em conta a dimensão da instituição, seria importante a participação de mais profissionais.

O questionário foi distribuído pelos diversos serviços da mesma instituição que poderão ter características estruturais e organizacionais diferentes que poderão ter influência nos resultados pelo que seria interessante uma distinção da percepção dos profissionais entre serviços.

Seria também importante a existência de estudos sobre a mesma temática, na mesma instituição ou a nível nacional para comparação de resultados. Por exemplo, seria importante conhecer qual o nível de adesão à higiene das mãos nesta instituição recorrendo a métodos observacionais para assim complementar com a identificação de barreiras e promover uma eventual melhoria. Ou seja, embora globalmente a perceção das barreiras nesta organização tenha sido baixa seria da máxima pertinência apurar se a adesão se verifica como uma prática instituída.

As IACS continuam a ser, na atualidade, um problema global sobre o qual todos os profissionais de saúde deverão continuar a trabalhar no sentido de encontrar e desenvolver medidas que visem debelar este problema. A higiene das mãos enquanto uma medida simples e eficaz no controlo das IACS deverá continuar a ser alvo da atenção dos profissionais enquanto elo base para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Os resultados apurados apontam para a importância da gestão e dos gestores no âmbito destes processos. Assim, ao enfermeiro chefe não basta ser gestor, tem de ser líder se quiser implementar mudanças e conseguir a satisfação dos seus profissionais, através do desenvolvimento do potencial de cada um estando devidamente preparados para ajudar na criação de novas políticas de saúde (Canastra & Ferreira, 2012). Como líder, tem neste sentido um papel essencial neste processo através da incrementação institucional de boas práticas de higiene das mãos influenciando a adesão às mesmas, motivando a equipa em volta desta importância, definindo estratégias conjuntas de melhoria continua e valorizando a equipa através de reforços positivos à adesão.

O enfermeiro gestor deve ser um líder que procure ir ao encontro das necessidades dos profissionais para que estes possam ir ao encontro das necessidades dos utentes sentindo-se motivados e comprometidos com a instituição, trabalhando no sentido de alcançar uma melhoria continua dos cuidados através de postura de inquietação permanente, procurar por conhecer mais do que existe para além fronteiras, dar a conhecer aos pares essas distintas realidades, para que assim cada um possa dar o seu contributo direcionado para o futuro, para a inovação para

a mudança sentindo-se integrado, corresponsável, revendo-se nesses ideais e considerando que somente esta postura permitirá irmos sempre mais além.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, V. (2012) – Gestão da qualidade – Ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde. (2nd ed.). São Paulo: Martinari.
- Boterf, G. (2002) - *Ingénjerie et évaluation des compétences* (4th ed.). Paris: Éditions d'Organisation.
- Canastra, M. & Ferreira, M. (2012). Liderar com competências... ou (treinar) competências de liderança. *Revista de Enfermagem UFPI*, 1 (1), 77-81.
- Ciofi degli Atti, M. , Tozzi, A., Ciliento, G., Pomponi, M., Rinaldi, S., & Raponi, M. (2011). Healthcare workers' and parents' perceptions of measures for improving adherence to hand-hygiene. *BMC Public Health*, 11466.
- Cooper, R., Griffith, C., Rifhat, M., Obee, P., Looker, N. (2007). Monitoring the effectiveness of cleaning in four British hospitals. *American Journal of Infection Control*. 338-341.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, II Série, N.º 28. (10-02-2015). 3882-(2) - 3882(10).
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. Circular Normativa. 1-42.
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente – Relatório Técnico*. 1-145.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Orientação - Análise de Incidentes e de Eventos Adversos*. (011/2012). 1-88.
- Direção-Geral da Saúde (2013a). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção*

(PBCI) . Norma. 1-26.

Direção-Geral da Saúde (2013b). *Portugal – Controlo da Infeção e resistências aos antimicrobianos em números – 2013 - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*. 1-82.

Direção-Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos - Relatório Campanha Nacional de Higiene das Mãos*. 1-33.

Direção-Geral da Saúde (2016). *PORTUGAL - Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015*. 1-44.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 691–729 (Republicado a partir de *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), Pt. 2, 1966 pp. 166–203)

Doran, D. (2011) *Nursing Outcomes –The State of the Science*. (2nd ed.). United States of America: Copyright.

Ellingson, K., Haas, J., Aiello, A., Kusek, L., Maragakis, L. Olmsted, R., Perencevich, E., Polgreen, P., Schweizer, M., Trexler, P., VanAmringe, M., & Yokoe, D. (2014). Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections through Hand Hygiene. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 35(08). 937-960.

Erasmus, V., Daha T.J., Brug H., Richardus J.H., Behrendt M.D., Vos M.C., Van Beeck E.F. (2010). Systematic Review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital Care. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(3). 283-294.

Fasoli, D. (2008). Measuring the influence of professional nursing practice on global hospital performance in an organizational context. *Nursing Outlook*, 56, 56-62.

- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2009). Gestão do risco. In L. Campos, M. Borges & R. Portugal. *Governança dos Hospitais* (75-105). Alfragide: Casa das Letras.
- Fragata, J. & Martins, L. (2014). *O erro em medicina - Perspetiva do indivíduo, da organização e da sociedade*. Coimbra: Almedina.
- Fuller, C., Besser, S., Savage, J., McAteer, J., Stone, S. & Michie, S. (2014). Application of a theoretical framework for behavior change to hospital workers' real-time explanations for noncompliance with hand hygiene guidelines. *American Journal of Infection Control*. 42.106-110.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gluck, P.A., Nevo, I., Lenghus, J.D., Sanko, J.S., Everett-Thomas, R., Fitzpatrick, M., Shekhter, I., Arheart, K.L. & Birnbach, D.J. (2010). Factors Impacting Compliance Among New Interns: Findings From a Mandatory Patient Safety Course. *Journal of Graduate Medical Education*, 2(2), 228-231.
- Gould D., Moralejo D., Drey N. & Chudleigh J. (2011). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care (Review). *The Cochrane Library*. (9). 1-34.
- Guedes, M., Miranda, F., Maziero, E., Cauduro, F., Cruz, E. (2012). Adesão dos Profissionais de Enfermagem à Higienização das Mãos: Uma Análise Segundo o Modelo de Crenças em Saúde. *Cogitare Enfermagem*, 17(2):304-9.
- Hegge, M. (2011). The lingering presence of the Nightingale legacy. *Nursing Science Quarterly*. 24 (2), 152-162.

- Henry, B., Arndt, C., Vincenti, M. & Marriner-Tomey, A. (1989). *Dimensions of Nursing Administration - Theory, Research, Education, Practice*. United States of America: Blackwell Scientific Publications.
- Hersey, P. & Blanchard, K. (1996). *Psicologia para administradores: A teoria e as técnicas da Liderança Situacional*. São Paulo: Pedagógica e Universidade
- Hesbeen, W. (2001) – *Qualidade em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Hill, M., Hill, A. (2012). *Investigação Por Questionário*. (2nd ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Horan, T., Andrus, M. & Dudeck, M. (2008). CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting. *American Journal of Infection Control*, 36 (5), 309-332.
- Huis, A., Hulscher, M., Adang, E., Grol, R., Achtenberg, T., Schoonoven, L. (2013). Cost-effectiveness of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 518-526.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Lisboa. 1-360.
- International Council of Nurses (2016) <http://leadership.icn.ch/lfc/vision-mission-and-key-strategic-aims/>. Acedido em 2016/06/26
- Jackson, C., Lowton, K. & Griffiths, P. (2014). Infection prevention as “a show”: A qualitative study of nurses' infection prevention behaviours. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 400–408.
- Jessee, M. & Mion, L. (2013). Is evidence guiding practice? Reported versus observed adherence to contact precautions: a pilot study. *American Journal Of Infection Control*, 41(11), 965-970.

- Jesuino, J. (2005). *Processos de Liderança* (4 ed.). Lisboa: Livros Horizonte.
- Kangasniemi, M., Jasper, M. & Turunem, H. (2013). Ethical issues in patient safety: Implications for nursing management. *Nursing Ethics*. 20(8), 904–916.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Lacasse, C. (2013). Developing Nursing Leaders for the Future: Achieving Competency for Transformational Leadership. *Oncology Nursing Forum*. 40 (5), 431-433.
- Laerd Statistics (2016). *Statistical tutorials and software guides*. Retrieved from <https://statistics.laerd.com/>. Acedido em 2016/05/08.
- Larson, E., Patel, S., Evans, D. & Saiman, L. (2013). Feedback as a Strategy to Change Behavior: The Devil Is in the Details. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 19(2). 230–234.
- Lee, G., Clark, A. & Thompson, D. (2013). Florence Nightingale – never more relevant than today. *Journal of Advanced Nursing*. 69(2). 245-246.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro - Procede   primeira altera o ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série-A, N  93 (21-04-1998) 1739-1757.
- Lage, M. (2010). Segurança do doente: da teoria   prática clínica. *Revista Portuguesa da Saúde Pública*, 10, 11-16.
- Liu, W., Liang, S., Wu, S., Chuang, Y. (2013). Hand hygiene compliance among the nursing staff in freestanding nursing homes in Taiwan: A preliminary study. *International Journal Of Nursing Practice*. 20, 46–52.
- Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem - um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-a o*. Instituto de

Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa. Doutoramento em Enfermagem. Porto.

- Mallidou, A. (2014). Developing leaders. *Nursing Management*. 21 (3). 15.
- Mengal, M. (2014). *Infectious disease control knowledge and practice among health workers in Bolan Medical College Hospital Quetta Pakistan*. Tese de mestrado. Sodertorns University, School of Natural Sciences, Environmental Sciences and Technology, Paquistão.
- Milton, C. (2011). An ethical exploration of quality and safety initiatives in nurse practice. *Nursing Science Quarterly*. 24 (2), 107-110.
- Mintzberg, H. (2010). *Estrutura e dinâmica das organizações*. (4th ed.). Alfragide: Publicações Dom Quixote.
- Morgado, J. (2014). *Higienizar as mãos não é opção. É uma obrigação na diminuição das infecções associadas aos cuidados de saúde*. Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Perioperatória. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, Setúbal.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Programa "Liderança para a Mudança"*. Ordem dos Enfermeiros.
http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/LPM/LPM_brochura.pdf. Acedido em 2016-12-10.
- Oliveira, A. & Paula, A. (2014). Factors Related To Poor Adherence To Hand Hygiene In Healthcare Delivery: A Reflection. *Cienc Cuid Saude*. 13(1) 185-190.

- Pan, A., Mondello, P., Posfay-Barbe, K., Patroni, A. (2007). Hand Hygiene and Glove Use Behaviour in an Italian Hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 28(9), 1099-1102.
- Pina, E., Ferreira, E. Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. (10), 27-39.
- Pisoeiro, Z. (2012). *Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos. A perceção dos profissionais de saúde*. Dissertação de mestrado em Infeção em Cuidados de Saúde. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Pittet, D. (2000). Improving Compliance with Hand Hygiene in Hospitals. *Infection Control and Epidemiology*, 21(6), 381-386.
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. Universidade de Lisboa. Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.
- Ramos, S. & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Tecno Hospital*, 48, 16-20.
- Regulamento nº 101/2015 de 10 de Março (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, 2ª série, Nº48. 5948-5952.
- Roy, C. & Andrews, H. (1981). *Teoria da Enfermagem - O modelo de adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Shiva, F., Komali, M., Kamali, M., Shirvani, F., Armin, S., Ghanaie, R. Tabatabaie, S., Fahimzad, S., Shamschiri, A., Karimi, A. (2014). Hand Hygiene Compliance by the Health Care Staff in a Pediatric Hospital. *Arch. Pediatr Infect Dis*. 2(4). 1-5.

- Soares, C., Miranda, N., Carvalho, S. M., & Paixão, C. (2012). Higienização das mãos: opinião de enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital universitário de Minas Gerais. (Portuguese). *Revista Panamericana De Infectologia*, 14(1), 17-21.
- Squires, J., Linklater, S., Grimshaw, J., Graham, I., Sullivan, K., Bruce, N., ... Suh, K. (2014). Understanding practice: factors that influence physician hand hygiene compliance. *Infection Control Hospital Epidemiology*. 35(12), 1511-1520.
- Storr, J. & Kilpatrick, C. (2013). Improving adherence to hand hygiene practice. *Nursing Times*. 109(38), 12-13.
- Teixeira, S. (2011). *Gestão das Organizações*. (2nd ed.). Lisboa: Verlag Dashofer.
- Teker, B., Ogutlu, A., Gozdas, H. T., Ruayercan, S., Hacialioglu, G., Karabay, O. (2015) Factors Affecting Hand Hygiene Adherence at a Private Hospital in Turkey, *The Eurasian Journal of Medicine*, 47, 208-12
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. Lisboa: Lusodidata.
- The Joint Commission (2009). *Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges*. Monografia. 1-234.
- The Joint Commission Center for Transforming Healthcare. *Targeted Solutions Tool for Hand Hygiene*.
http://www.centerfortransforminghealthcare.org/tst_hh.aspx.
Acedido em 2015/07/16.
- Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C., Blot, S. (2010). Behavioral Determinants Of Hand Hygiene Compliance Intensive Care Units. *American Journal Of Critical Care*. 19(3), 230-239.
- Wiggins, M & Hyrkas, K. (2011). Achieving Excellence in Nursing Management. *Journal of Nursing Management*. 19, 1-4.

World Health Organization (2005). *World Alliance for Patient Safety - WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems.*

World Health Organization (2009). *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care: First Global Patient Safety Challenge – Clean Care is Safer Care.*

World Health Organization (2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide - Clean Care is Safer Care - A systematic review of the literature.*

World Health Organization (2015). *Worldwide Country Situation Analysis: Response to Antimicrobial Resistance.*

World Health Organization (2016). *Infection prevention and control - The key technical areas of work for the 2015-2017.* <http://www.who.int/gpsc/ipc/en/>.
Acedido em 2016/03/28.

ANEXOS

Anexo I – Questionário “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos”

Sinto dificuldades em cumprir a adequada higiene das mãos PORQUE:	Discordo completamente 1	Discordo 2	Discordo moderadamente 3	Concordo moderadamente 4	Concordo 5	Concordo completamente 6
14 - Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 - As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 - Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Estou desmotivado no meu local de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 - Estou muito ocupado com outros cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 - Tenho muitas outras coisas para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 - Não tenho tempo disponível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - Existem sempre outras prioridades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 - Não quero higienizar as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICES

Apêndice I – Carta de apresentação pré-questionário

Caros Colegas

Sou Enfermeira [REDACTED] Mestranda em Enfermagem na área de Especialização de Gestão em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a desenvolver uma investigação centrada na problemática “**Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos**”. Para estudar este tema será aplicado um questionário a enfermeiros, médicos e assistentes operacionais do [REDACTED].

Assim, venho solicitar a sua colaboração no preenchimento do questionário “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos”, em anexo.

Os dados colhidos serão utilizados com fins exclusivamente académicos, são anónimos e serão tratados de forma confidencial.

Agradeço desde já a sua disponibilidade porque sem ela este estudo não será possível!

No caso de lhe interessar saber os resultados do estudo, contacte-me através do endereço: raquel.ramos.cabrira@gmail.com

Muito obrigada!
Raquel Ramos Cabrira

Apêndice II - Pedido de autorização para utilização de questionário BAHM



RAQUEL RAMOS CABRITA <raquelcabrita@campus.esel.pt>

Pedido autorização utilização de questionário barreiras à adesão

3 mensagens

RAQUEL RAMOS CABRITA <raquelcabrita@campus.esel.pt>

11 de julho de 2015 às 09:46

Para: zelia pisoeiro

Bom dia Enf^a Zélia Pisoeiro,

Já a tinha contatado previamente, sou aluna do mestrado em enfermagem na área de especialização de gestão em enfermagem realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pretendo desenvolver um estudo na área das barreiras à adesão à higiene das mãos pelo que, venho solicitar a utilização do seu questionário "Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos".

Agradeço desde já toda a disponibilidade,

Atenciosamente,

Raquel Ramos Cabrita

zélia pisoeiro

11 de julho de 2015 às 16:08

Para: RAQUEL RAMOS CABRITA <raquelcabrita@campus.esel.pt>

Cc: Pedro Gaspar

Boa tarde Raquel,

Agradecemos novamente o interesse que continua a demonstrar pelo nosso trabalho. Permitimos a utilização integral da Escala BAHM e gostaríamos de ter conhecimento dos resultados que obtiver.

Com os nossos melhores cumprimentos,
Zélia Pisoeiro

> Date: Sat, 11 Jul 2015 09:46:45 +0100

> Subject: Pedido autorização utilização de questionário barreiras à adesão

> From: raquelcabrita@campus.esel.pt

RAQUEL RAMOS CABRITA <raquelcabrita@campus.esel.pt>

11 de julho de 2015 às 16:39

Para: zelia pisoeiro

Cc: Pedro Gaspar

Boa tarde Enf^a Zélia,

Muito obrigada,

Comprometo-me a enviar-lhe os resultados do meu estudo,

Atenciosamente

Raquel

Apêndice III – Pedido de autorização para colheita de dados

Raquel Ramos Cabrita
Rua de São Lucas, Nº123, 1.º Esq.º
2785-165 - São Domingos de Rana

À Exma. Srª Enfermeira Diretora Mafalda Sérgio

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados no âmbito da dissertação do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Gestão em Enfermagem.

Raquel Ramos Cabrita, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o número mecanográfico nº 3939, a exercer funções na [REDACTED], no âmbito do mestrado em Enfermagem na área de especialização de Gestão em Enfermagem, em realização na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), encontra-se a desenvolver uma investigação designada **“Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos”**, sob orientação da Profª Teresa Santos Potra.

A pertinência do estudo prende-se com a grande importância que a Higiene das mãos, enquanto uma das Precauções Básicas do Controlo da Infeção, segundo a Direção-Geral da Saúde, têm para a segurança dos doentes ao contribuírem para a prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e resistências aos antimicrobianos.

A higiene das mãos é a medida mais simples e eficaz no controlo das IACS no entanto existem dados estatísticos, a nível nacional, que comprovam que a adesão a esta prática é ainda insuficiente de onde surge a importância de percebermos a sua causa, nomeadamente, os fatores que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos.

Com este estudo poderemos identificar as barreiras que impedem a adesão a esta prática indo ao encontro da "Campanha de Higiene das Mãos", a decorrer no [REDACTED] pelo que, também este estudo, será um contributo positivo para a instituição, na medida que, segundo *The Joint Commission Center for Transforming Healthcare* é fundamental definir as barreiras à higiene das mãos que são específicas de cada instituição.

Neste âmbito vimos solicitar que V. Exª se digne a autorizar a aplicação de um questionário à equipa multidisciplinar [REDACTED], com vista a identificar possíveis barreiras à adesão às boas práticas de higiene das mãos.

Os dados colhidos serão utilizados com fins exclusivamente académicos, são anónimos, serão tratados de forma confidencial e o nome da instituição será mantido anónimo pelo que os princípios éticos serão assegurados.

Anexamos a este pedido a “Escala da perceção das Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos” (Anexo I).

Agradeço desde já toda a atenção dispensada,

Atenciosamente

Raquel Ramos Cabrita

Cascais, 14 de Setembro de 2015

From: Mafalda Sérgio
Sent: sexta-feira, 18 de Setembro de 2015 11:57
To: Raquel Cabrita
Cc: Fernanda Maria Ribeiro; Francisco Gorjão; Marta Maria Martins
Subject: FW: Pedido autorização mestrado em pdf
Importance: High

Bom dia Raquel

Faz-me todo o sentido participar no seu projeto de mestrado

Quando quiser pode começar a recolha de dados

Bom estudo

From: Raquel Cabrita
Sent: terça-feira, 15 de Setembro de 2015 09:49
To: Mafalda Sérgio
Cc: Fernanda Maria Ribeiro
Subject: Pedido autorização mestrado em pdf

Bom dia Enfª Mafalda!

Reenvio-lhe o pedido de autorização para aplicação do questionário e o questionário, ambos em pdf, caso não consiga abrir os documentos do email que lhe enviei anteriormente.

Aguardo o seu feedback!

Muito obrigada!

Raquel