



Maria do Carmo
Carnot Morgado

Higienização das Mãos

uma prioridade

no SANE

Adesão dos enfermeiros à higienização das
mãos nos Cinco passos do programa
“Salve Vidas: Higienize as Mãos”

Relatório de trabalho de projeto apresentado
para cumprimento dos requisitos necessários à
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica realizado sob a orientação
científica da Prof^a. Dr.^a Lurdes Martins

Abril 2013

"Daqui a alguns anos você estará mais arrependido pelas coisas que não fez do que pelas que fez. Então solte as amarras. Afaste-se do porto seguro. Agarre o vento em suas velas. Explore. Sonhe. Descubra."

(Mark Twain)¹

¹ <http://www.eurooscar.com/frases5.htm> acessado a 01/02/2011 às 2h30m

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares e amigos pelo apoio, por me aturarem os desânimos, faltas de paciência, e por todo o incentivo que me foram dando ao longo deste percurso.

A todas as colegas do serviço onde trabalho pela disponibilidade, solidariedade e participação na concretização deste trabalho.

À Sr.^a Prof E. M. e à Sr.^a Enf.^a A. L. orientadoras do estágio que serviu de base a este relatório, pela partilha, orientação e por toda a disponibilidade dispensada, no decorrer do mesmo.

À Sr.^a Enf.^a F. B. pela disponibilização dos dados do programa “Salve Vidas: Higienize as Mãos”.

À Sr.^a Prof.^a Dr.^a L. M. pela paciência, confiança e esclarecimentos das minhas dúvidas na realização deste relatório.

Um obrigado às minhas amigas Enf.^a P. J., Dr.^a C. M., e à Educadora C. P., pelo seu apoio incondicional, e a certeza que estarão sempre no meu coração.

À minha grande amiga Prof.^a M. M. um obrigado muito especial, pela incondicional colaboração na realização dos meus projetos por mais difíceis que sejam.

Aos meus filhos para que lutem por todos os seus sonhos.

*A todos o meu: **MUITO OBRIGADO!***

RESUMO

O enfermeiro é o profissional que por mais tempo desenvolve atividades junto do doente, o que o torna responsável, por desempenhar um papel fundamental na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, mas também o torna potencialmente veículo de transmissão das mesmas. O insuficiente renal crónico em programa de diálise, convive diariamente com o facto de ser portador de uma doença crónica, que o obriga a um tratamento doloroso, de longa duração que provoca, juntamente com a evolução da doença, alterações de grande impacto, tanto na sua vida como na dos seus familiares, é cada vez mais importante a criação de ambientes que sejam potenciadores de bem estar, pois esses, são os verdadeiros ambientes seguros.

A higienização das mãos é identificada mundialmente como uma medida básica, mas fundamental, no controle de infeções associadas aos cuidados de saúde, logo é considerada como um dos pilares da prevenção e do controle de infeções nos serviços de saúde.

É indispensável insistir nesta prática nos locais onde se prestam cuidados com o intuito de aumentar a adesão à higienização das mãos.

Com o impulso dado pelo programa da OMS, “**Salve Vidas: Higienize as Mãos**”, e a realização de momentos de observação, monitorizamos os momentos de adesão a boas práticas em resultado do observado, aumentamos os momentos de formação, pois a prática da enfermagem exige ao longo do seu percurso um processo contínuo de aprendizagem e atualização para que os cuidados sejam de excelência, cabendo ao Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Medico-Cirurgica, a responsabilidade de conceber estratégias que visem reduzir as infeções que podem ocorrer na prestação de cuidados.

Palavras-chave: Higienização das Mãos; Enfermeiros; Adesão; Ambulatório de Nefrologia.

ABSTRACT

A nurse plays a key role in preventing infections associated with healthcare because spends long time with the patient, but also can potentially become a vehicle for transmitting infections.

The patient with chronic renal impairment undergoing dialysis lives with the daily fact of being a carrier of a chronic disease which requires a long term painful treatment. This along with the disease progression, changes both his and his own family life, so is fundamental to create a safe environment which improves the welfare of the patient.

Hand's hygiene is identified worldwide as a basic measure, but fundamental to control infections, so it is regarded as one of the basic pillars of prevention and infection control in health care environment.

It is fundamental to reinforce the importance of hand's hygiene in places where health care services are performed in order to increase adherence to this practices.

With the impetus given by the WHO's program, "*Save Lives: hand hygiene*", we researched different practices with the objective of increasing the adherence to best hand hygiene practices. We also increased training of nurses with the same objective. It is the duty of the Nurse Specialist and Master in Medical-Surgical Nursing of patient in critical stage to set guidelines in order to reduce situations that can spread infections.

Keywords: Hand's hygiene; Nurses; Adherence; Clinic of Nephrology.

Chave de Siglas e Abreviaturas

AO – Assistentes Operacionais

CCI - Comissão de Controlo de Infecção

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Controlo e Prevenção de Doenças)

CME - Curso de Mestrado em Enfermagem

CPLEE MC - Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DGS - Direção Geral da Saúde

EEEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica

EPE - Entidade Pública Empresarial

ERV ou VRE - Enterococo Resistente à Vancomicina

Fig.- Figura

HM - Higienização das Mãos

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IH - Infecção Hospitalar

IRC - Insuficiente Renal Crónico

IRCT - insuficiência renal crónica terminal

MCS - Modelo de Crenças em Saúde

MS - Ministério da Saúde

MRSA - Staphylococcus Aureos Resistente à Meticilina

NOCs - Normas de Orientação Clínica

OMS ou WHO - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE - Prática Baseada em Evidências

PP - Precauções Padrão

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SABA - Solução Antisséptica de Base Alcoólica

SANE - Setor de Ambulatório de Nefrologia

SWOT - Strengths Weaknesses Opportunities Threats

TSC - Teoria Social Cognitiva

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UTI - Unidade de Tratamento Intensivo

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO	13
2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
3 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
3.1– DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	37
3.1.1 - Conceito de qualidade e qualidade em saúde.....	37
3.1.2 - Higiene das mãos conceitos.....	39
3.1.2.1 - Fatores dificultadores de adesão à higienização das mãos	41
3.1.3 - Noções sobre a flora macrobiana da pele.....	43
3.1.4 - Higienização das mãos uma prioridade para o SANE.....	44
4 – TRABALHO DE PROJETO	51
4.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	52
4.1.1 - Caracterização do serviço de Nefrologia.....	53
4.1.2 – Cultura Organizacional.....	53
4.1.3 – Caracterização da equipa de enfermagem do SANE.....	55
4.1.4 – Análise SWOT	57
4.2 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DO PROJETO	59
5 – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA.....	65
6 – O OLHAR DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO <i>VERSUS</i> COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	76
7 – CONCLUSÃO.....	82
8 - REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICES	97
ANEXOS	180

ÍNDICE DE APÊNDICES

1 –	Questionário para diagnóstico da situação	98
2 –	Planeamento e Cronograma do Projeto	101
3 –	Formação em Serviço de 26 de fevereiro de 2011	103
4 –	Apresentação para os elementos dinamizadores da CCI	118
5 –	Pedido de Autorização aos Órgãos de Gestão da Instituição	129
6 –	Panfleto dia mundial da higiene das mãos distribuído no SANE	131
7 –	Disponibilidade da máquina de luz negra por parte da Bbraun	134
8 –	Formação em Serviço de 21 de maio de 2011	136
9 –	Reflexão do trabalho realizado na pós-graduação & mobilização de competências do EEEPSC	150
10 –	Formação em Serviço de 21 de setembro de 2012	154
11 –	Poster das Jornadas de Enfermagem	164
12 –	Estágio opcional numa unidade de ambulatório de nefrologia	167
13 –	Artigo - M@os Limp@s é o nosso lema “ <i>Higienização das mãos uma prioridade no SANE</i> ”	170

ÍNDICE DE ANEXOS

1 –	Formulário de Observação	181
2 –	Questionário da Cultura Organizacional	183
3 –	Tabela de Cálculo dos Resultados	186
4 –	Autorização para aplicação do questionário	188
5 –	Filme apresentado em setembro de 2011	190

ÍNDICE DE FIGURAS

1 -	Cinco momentos preconizados a higienizar pelo programa	46
2 -	Cultura Organizacional da Equipa de Enfermagem	56
3 -	Análise SWOT realizada á equipa de Enfermagem do SANE	58
4 -	“Antes de procedimentos assépticos”	67
5 -	“Após contacto com o doente”	67
6 -	“Após contacto com o ambiente envolvente do doente”	68
7 -	“Antes do contacto com o doente”	68
8 -	“Após risco de exposição a fluidos orgânicos”	69
9 -	Cartaz da campanha de higienização das mãos 2011	70

ÍNDICE DE QUADROS

1 -	Correspondência entre as cinco indicações para higiene das mãos e as recomendações da OMS	47
2 -	Resultados totais da Observação de outubro de 2010	49
3 -	Resultados da equipa de enfermagem da Observação de outubro de 2010	50
4 -	Valores da análise da Cultura Organizacional da Equipa de Enfermagem	56
5 -	Resultados da equipa de enfermagem da Observação de março de 2011	62
6 -	Comparação de resultados das Adesões	66
7 -	Resultados da equipa de enfermagem da Observação de outubro de 2011	72
8 -	Comparação de resultados das Adesões dos três momentos de Observação	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1 - Resultados da importância atribuída pelos Enfermeiros à higienização das mãos	62
2 - Valor atribuído à higienização das mãos	63
3 - Adesão à higienização das mãos	63
4 - Razões para a não realização do procedimento	64

1 – INTRODUÇÃO

*“Se as circunstâncias forem favoráveis,
dever-se-á adaptar os planos”
Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:11)²*

Este trabalho surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal. É um trabalho individual que decorre da implementação de um projeto de intervenção, tendo em vista o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos doentes do SANE, com os aportes adquiridos na área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica e subsequente mestrado.

Este processo teve início com o diagnóstico de situação e a implementação do respetivo projeto em contexto da realização do 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a partir de um problema real concreto identificado em situação de trabalho.

Segundo Ramos (2005:6)³, *“A organização e a realização do trabalho em moldes de projeto são hoje indispensáveis em diversas esferas da atividade do estudante e do profissional. Esta metodologia permite a gestão integrada dos empreendimentos, incluindo a discussão das melhores estratégias, a realização de estudos iniciais, a coordenação dos esforços dos diversos intervenientes, o emprego racional dos recursos, a avaliação e a tomada de ações corretivas sempre que haja desvios relativamente aos planos inicialmente traçados.”*. Assim, recorreremos a esta metodologia de trabalho de Projecto aplicada em contexto de estágio, e que agora se finaliza com a apresentação deste relatório.

A área de intervenção deste projeto recai sobre a temática do Controle de Infecção e versa sobre o assunto **“Higienização das mãos uma prioridade no SANE”**.

Enquanto enfermeira inserida numa unidade de saúde e consciente de que a área do Controlo de Infecção se encontra a adquirir cada vez maior relevância e entre elas a Higienização das Mãos, surgiu a nossa preocupação para a concretização deste trabalho. Qualquer organização é compreendida e apreendida por aqueles que com ela interagem

² Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

³ Ramos, Sérgio - *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projeto* - outubro 2007 http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia_Projeto_1_.pdf acedido a 10/11/2010 às 18h

através de uma determinada representação, que pode ser favorável ou desfavorável, real ou idealizada, com implicações na sua identidade, a qual cumpre um processo evolutivo de constante construção.

O papel social das organizações em plena era da sociedade de informação, do conhecimento e da globalização, não pode menosprezar as políticas de comunicação estruturada, se tem como objetivo ganhar solidez, visibilidade e viabilidade.

Neste contexto Nascimento e Travassos (2010; 627)⁴ reforçam que, *“Na área de Segurança do Paciente, as infeções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) representam um problema para o qual convergem pesquisas, procedimentos e estratégias, que abrangem desde a criação de insumos e tecnologias de alta complexidade até o treinamento dos recursos humanos e o envolvimento dos pacientes. Duas questões importantes resultam desse esforço. A primeira é o consenso de que a higienização de mãos [hand hygiene] (GUIDELNES, 2006) é uma medida simples, de baixo custo e baixa complexidade e, portanto, um dos pilares na prevenção e controle da infecção hospitalar. A segunda é o reconhecimento, apontado por diversos estudos, da baixa adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos, apontada por diversos estudos (MORET et al., 2004; PITTET, 2001a; PITTET, 2001b; HUGONNET; PITTET, 2000). A baixa adesão à higienização das mãos constitui uma violação às normas prescritas e nos parece ser um fenômeno e condição exemplar a ser investigado com vistas à prevenção de erro.”*, pois só monitorizando e agindo para alterar as práticas, se consegue diminuir a possibilidade de ocorrer erro por parte dos profissionais, pondo em causa a qualidade dos cuidados e a segurança de quem procura os nossos serviços numa situação em que se encontra vulnerável pela sua condição de saúde.

Como nos refere Clinco (2007;16)⁵, *“A qualidade da instituição e de seus profissionais se reflete na assistência prestada aos pacientes que procuram este tipo de serviço médico para cuidar de seu bem maior, a vida. Para alcançar a excelência na qualidade, hospitais estão se adequando a padrões específicos pré estabelecidos, como a acreditação hospitalar. Ao se adequarem a estes padrões, eles passam a se tornar cada vez mais seguros para a prática profissional e para o cuidado do paciente. Com isto,*

⁴ Nascimento, Nadia Bomfim; Travassos, Cláudia Maria de Rezende - *O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente*. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [2]: 625-651, 2010 <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a16v20n2.pdf> acessado a 09/12/12 às 11h

⁵ Clinco, Sandra D. O. - *O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente*; São Paulo 2007 <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1> acessado em 11/01/2011 às 17h 30m

começam a ser reconhecidos pelos serviços que prestam, tornando mais evidentes os seus atributos de qualidade e buscando um diferencial no mercado de saúde.”.

Assim, cada vez mais se exige que a prestação de cuidados seja de qualidade e segura, e que todos os intervenientes sejam detentores de conhecimentos, experientes para aquando da sua realização/prestação, estes sejam o mais possível consistentes e ancorados no conhecimento científico mais recente. Para isso, é necessário que entre os membros da equipa exista uma comunicação que seja comum a todos os membros da mesma, para que dessa forma possam ser partilhados saberes, dúvidas e implementadas as estratégias mais adequadas ao local onde se prestam esses cuidados.

Também Clinco (2007;16)⁶ salienta, “ *Em geral, os trabalhadores das organizações de saúde não se preocupam com segurança, assumindo que as condições de trabalho são aquelas existentes na organização.* ”, poderá por vezes ainda ocorrer este tipo de postura nas nossas instituições, mas cada vez mais se sente que os profissionais de saúde estão preocupados e empenhados na prestação de cuidados de qualidade e seguros.

Foi neste âmbito que surgiu a problemática que consideramos ser pertinente e urgente trabalhar. Um dos campos de ação dos cuidados seguros é o Controlo de Infecção, área que cada vez mais tem que ser evidenciada e trabalhada, para que se diminuam as infeções que possam ocorrer na sequência da prestação de cuidados de saúde.

Assim por uma questão de preocupação e interesse pessoal acontecendo ser o elemento de ligação da CCI no SANE sentimos a responsabilidade de reflectir e apresentar estratégias para que os cuidados que se prestam sejam cada vez mais seguros. Estando implementado o programa da Higienização das Mãos nossa unidade, optamos por nos focalizar na higienização das mãos dos Enfermeiros que prestam cuidados no SANE, pois este projeto foi realizado no âmbito do CPLEE MC.

Na realização deste projeto questionamo-nos acerca do exercício profissional como Enfermeira Especialista, integrada numa equipa multidisciplinar, e de como a nossa prática como enfermeira, poderia influenciar a dinâmica e funcionamento do serviço onde desempenhamos funções e se concretizou projeto. Sendo este relatório realizado para a obtenção do Grau de Mestre, não podemos deixar de o ver à luz das competências inerentes ao mesmo, pois temos responsabilidades acrescidas na concretização destas boas práticas.

⁶ Clinco, Sandra D. O. - *O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente*; São Paulo 2007 <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1> acedido em 11/01/2011 às 17h 30m

O projeto realizou-se em âmbito académico está integrado num projeto do serviço, que por sua vez está integrado num projeto da organização e este tem âmbito nacional e internacional, mas como a melhoria dos cuidados constitui para todos os profissionais do SANE uma preocupação, cremos ser pertinente verificar se os resultados obtidos aquando da observação da prática da higienização, para a recolha de dados e colocação na plataforma da Direção Geral de Saúde se mantinha, pois empiricamente parecia-nos que essas boas práticas estavam um pouco descuradas, o que vem de encontro com o que está descrito na literatura, como explanaremos no decorrer do relatório de trabalho de projeto. Assim surgiu a nossa inquietação.

Será que se mantêm as boas práticas observadas? Se não, onde podemos intervir? Se sim, onde podemos melhorar de modo a atingir os cem por cento de boas práticas, e cumprir uma das exigências para uma prestação de cuidados de excelência no serviço: **“Higienização das Mãos uma prioridade no SANE”**.

A partir do enunciado anteriormente definimos como objectivo Geral:

- Monitorizar a adesão dos Enfermeiros à Higienização das Mãos, com o intuito de evitar/reduzir as IACS no SANE.

Para a sua concretização delimitámos dois objetivos intercalares:

- Contribuir para a formação da equipa de saúde do SANE;
- Auditar a adesão dos enfermeiros à higienização das mãos nos Cinco passos do programa **“Salve Vidas: Higienize as Mãos”**.

Considerámos ser importante fazer uma breve referência à organização SANE, local onde se realizaram o maior número de horas de estágio e onde foi desenvolvido o projeto de intervenção, pois pensámos ser oportuno a perceção do ambiente envolvente onde decorreu o projeto de intervenção; faremos também uma breve referência à cultura organizacional da equipa de enfermagem pois é a que foi alvo imediato do projeto realizado.

Para a concretização deste projeto:

- Realizámos nova observação dos cinco momentos que tinham sido monitorizados anteriormente, sendo no entanto esta observação não informada, o observador era participante, estando integrado na equipa nos períodos em que esta se realizava;
- Executámos outro momento de observação integrado no programa **“Salve Vidas: Higienize as Mãos”**;
- Solicitámos resposta a um questionário que foi realizado a todas as equipas que prestam cuidados no SANE, mas que por uma questão de constrangimento de tempo

apenas foi trabalhado o grupo profissional dos enfermeiros (por isso limitamos o nosso objetivo geral e os parcelares a este grupo profissional), ficando os restantes dados (outros grupos profissionais) para intervenção futura;

- Realizámos a análise dos questionários, para delineamento de estratégias de intervenção à adesão à prática da higienização das mãos;
- Efectuámos pesquisa bibliográfica para suporte teórico e fundamentação da pertinência do projeto. (numa primeira fase aquando da realização do CPLEE MC)
- Fundamentámos procedimentos com a prática baseada na evidência encontrada na literatura. (nesta segunda fase de elaboração do relatório integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica)
- Realizámos avaliações parcelares das várias etapas concretizadas, pois este projeto é dinâmico logo deverá ser sujeito a avaliações periódicas e a reformulação das atividades a implementar, para futuras intervenções.

A pertinência deste tema levou-nos à procura de estudos mais recentes, assim utilizando a metodologia da PBE, realizamos uma revisão da literatura procurando suporte para o desenvolvimento do problema que nos propusemos abordar, como nos relata Pedrolo *et al* (2009; 760)⁷ “*A prática baseada em evidências é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde. Consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente a cada caso. A formação de uma evidência científica segue alguns passos: formulação de uma questão clínica, busca de evidências, avaliação crítica da evidência encontrada e tomada de decisão com base nessa evidência.*”, esperamos assim compreender a adesão ou não à higienização das mãos por parte dos enfermeiros que exercem funções no SANE.

Sucedendo o percurso académico de Mestrado à especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e à pós-graduação já realizada, pensamos ser pertinente realizar uma reflexão das competências do enfermeiro especialista, reforçada com as competências do Mestre.

Para a redacção deste relatório de Mestrado obedecemos às regras da *American Psychological Association* de referência, como é sugerido no Guia orientador deste Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

⁷ Pedrolo, Edivane; Danski, Mitzy Tannia Reichembach; Mingorance, Priscila; Lazzari, Luciana Souza Marques; Méier, Marineli Joaquim; Crozeta, Karla - *A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro*. Cogitare Enfermagem. ISSN Impresso: 1414-8536. ISSN Eletrónico: 2176-9133
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/1639> accedido a 07/05/12 às 16h 45m

Como fio condutor introdutor a cada capítulo neste relatório recorreremos a Sun Tzu (estratega na arte da guerra) com o qual nos identificamos não por termos que enfrentar uma guerra, mas sim pela mestria nas táticas a que teremos que recorrer para que o número de IACS no SANE diminua e para que os objetivos a que nos propusemos sejam atingidos. O enfermeiro é o profissional por excelência para que seja realizado o proposto pois, “*Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem*” (2001; 15)⁸.

Estávamos cientes de que ia ser um caminho árduo mas repleto de perseverança!

Dada a continuidade da dinamização do projeto, e por forma a podermos (quase que em tempo real) atualizar, enriquecer, comentar e validar os seus resultados, optámos por introduzir o relatório num *blog* que, tendo em conta a temática do projeto, será denominado “M@os Limp@s”, título que pensamos ser sugestivo e apelativo.

⁸ Ordem dos Enfermeiros - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa. 2002 Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf> acedido a 16/11/2011 às 21h

2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

*“Comandar um grande exército
obedece aos mesmos princípios
da condução de um pequeno grupo de homens;
é apenas uma questão de dividir o exercito”
Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:33)⁹*

Através dos tempos, com a crescente e imprescindível posição que a disciplina de Enfermagem vem ocupando na sociedade, cabe aos enfermeiros identificarem e delinear trajetórias de crescimento conjunto, investindo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Como explana Padilha e Borenstein (2005; 583)¹⁰ *“A enfermagem tem caminhado para a formação de um corpo de conhecimentos científicos próprio, buscando através de estudos e pesquisas a sua definição como ciência. A pesquisa em enfermagem tem crescido substancialmente nos últimos anos, abrindo perspectivas do conhecimento em múltiplas direções. A enfermagem como profissão vem sofrendo transformações ao longo de sua história. Dentro do contexto político e social, é impossível querer entender a profissão sem estabelecer sua relação com os acontecimentos históricos que ocorreram ao longo do tempo. Alguns aspetos foram decisivos para o desenvolvimento da profissão como: o surgimento dos hospitais e o desenvolvimento das áreas das ciências biológicas e da saúde.”*

Deste modo, e para que a Enfermagem fosse declarada e considerada como profissão e ciência, é fundamental que se baseie num conhecimento próprio, suportado em modelos teóricos. Silva e Batoca (2003)¹¹ referem que, *“Carper (1978), ao investigar a literatura de enfermagem, identificou e descreveu quatro padrões de conhecimentos que as enfermeiras têm valorizado e utilizado na prática.”*. É no entanto importante clarificar quais são então os níveis de conhecimento que foram evidenciados, citamos Pai *et al* (2006: 84)¹², *“Os padrões referiam-se ao Conhecimento Empírico - ciência e metodologia; Ético - conhecimento de normas e códigos éticos, a fim de fornecer*

⁹ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

¹⁰ Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza; Borenstein, Miriam Süsskind - *O método de pesquisa histórica na enfermagem*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 Out-Dez; 14(4):575-84 <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a15v14n4.pdf> acessido a 09/09/12 às 11h

¹¹ Silva, Daniel Marques; Batoca, Ernestina Maria Veríssimo – *O conhecimento científico e a enfermagem* <http://www.ipv.pt/millennium/millennium27/13.htm> acessido a 14/08/2012 às 8h30m

¹² Pai, Daiane Dal; Schrank, Guisela; Pedro, Eva Neri Rubim. *O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado*. Ata paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.1, pp. 82-87. ISSN 0103-2100. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a13v19n1.pdf> acessido a 25/08/2012 às 12h

*suporte a dilemas morais; Pessoal – autoconhecimento para o encontro com o outro; e Estético – arte da percepção, empatia. Assim, como as teorias de enfermagem, os quatro padrões de conhecimento fundamentais à enfermagem atendem necessidades referentes ao cuidado, relação cuidado-cuidador e processo saúde-doença.”, os mesmos autores enumeram mais um padrão, “O quinto padrão de conhecimento, posteriormente elaborado, preocupa-se com a profissão, com a prática de enfermagem no contexto social e as políticas de saúde.”¹³. A enfermagem cada vez mais dedica especial atenção à temática da promoção e manutenção da saúde, como refere Persegona *et al* (2009; 646)¹⁴ “O enfermeiro está inserido em todas as etapas do processo de trabalho em saúde, na administração, organização, coordenação, acompanhamento, tomada de decisão e avaliação das ações desenvolvidas. Portanto, lhe incumbe conhecer, opinar, participar, decidir, intervir sobre as diretrizes sociais e políticas no delineamento das ações, pois a dimensão política é estabelecida pela capacidade de mobilizar grupos sociais de acordo com as demandas, necessidades e interesses da equipe e dos pacientes.”.*

Tem ocorrido um afastamento dos modelos de enfermagem relativamente ao modelo biomédico, centrando-se no cuidar e na pessoa em detrimento do curar e da doença.

Como corrobora Amendoeira (2004; 31)¹⁵ “...o que no presente objeto de investigação pode assumir também um estatuto importante, na medida em que permita compreender as mudanças e a inovação em curso no modelo de formação em enfermagem, onde o foco organizador (da disciplina) e o foco de atenção (da prática) deixe de ser exclusivamente a doença, para passar a ser a pessoa com ou sem doença.”.

Qualquer teoria permite autonomia profissional não só porque orienta as funções assistenciais, docentes e investigadoras da profissão, como também proporciona conhecimentos para melhorar a prática mediante a descrição, explicação, previsão e controlo dos fenómenos. O estudo de uma teoria ajuda a desenvolver a capacidade analítica, esclarece os valores e determina os objetivos da prática da educação e da investigação no campo da enfermagem suportando práticas de excelência.

¹³ Pai, Daiane Dal; Schrank, Guisela; Pedro, Eva Neri Rubim. *O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado*. Ata paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.1, pp. 82-87. ISSN 0103-2100. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a13v19n1.pdf> acessado a 25/08/2012 às 12h

¹⁴ Persegona; K.R.; Rocha; D. L. B.; Lenardt, M. H.; Zagonel, I. P.S. - *O conhecimento político na atuação do enfermeiro*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 645-50 <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a27.pdf> acessado a 09/012/2012 às 21h

¹⁵ Amendoeira, José - *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem. Uma transição inacabada 1950-2003. Um contributo socio-historico*. <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/92/1/Entre%20Preparar%20Enfermeiros%20e%20educar%20em%20Enfermagem%20Um%20contributo%20socio-historico.pdf> acessado a 25/09/2012 às 23h

De entre as diversas correntes de pensamento, a Enfermagem tem vindo a ser definida através de vários e distintos paradigmas que, em comum, remetem para os metaparadigmas – pessoa, cuidar, ambiente e saúde – que constituem os princípios, valores e crenças que orientam a disciplina.

Tal como afirma Figueiredo¹⁶ (2007:57), “*Embora não seja consensual qual o modelo que trará mais benefícios para a prática de cuidados, parece consensual que a adoção de um modelo de enfermagem é benéfico para quem presta cuidados e para quem os recebe.*”. O controlo da infecção tem que estar na base dos cuidados que são prestados à pessoa e é transversal a todos os outros metaparadigmas, pois o desequilíbrio provocado por uma infecção influencia a pessoa, os cuidados que são prestados e o ambiente sob a perspectiva dos recursos (económicos, humanos e físicos), que poderão consequentemente resultar em perdas, na saúde de cada um e das populações alvo dos nossos cuidados.

Sendo o programa “*Clean Care is Safer Care.*”, emanado pela OMS, com diretrizes de procedimentos para a sua realização, sentimos alguma dificuldade em filiá-lo a uma só teoria.

Com sólidos conhecimentos científicos a enfermagem vai ao encontro da solução dos problemas que surgem na prática, como reforça Pai *et al* (2006; 86)¹⁷ “*O saber da enfermagem está no exercício das atividades, no qual os profissionais devem relacionar os conhecimentos conceituais adquiridos com os problemas e acontecimentos encontrados em situações concretas. Assim, o enfermeiro estará atuando criticamente, rompendo com as delimitações impostas e tornando visível as suas competências.*”.

Sendo a Enfermagem uma ciência que suporta a prática e a prática que coopera no desenvolvimento como ciência, segundo Serrano (2008:11)¹⁸ “*A interligação da disciplina à profissão relaciona-se com o facto daquela necessitar da profissão para se desenvolver e vice-versa.*”. Também é pertinente referir o que define uma profissão e Angerami (1993:11)¹⁹ expõe assim, “*O que caracteriza uma profissão é Ter um corpo*

¹⁶ Figueiredo, Rita Maria de Sousa de Abreu - *A pessoa em fim de vida no hospital: Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem*
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7149/2/A%20PFV%20no%20hospitalModelos%20de%20cuidados%20que%20emergem%20da%20documentao%20de%20enfermagem.pdf> acedido a 14/02/2010 às 18h

¹⁷ Pai, Daiane Dal; Schrank, Guisela; Pedro, Eva Neri Rubim. *O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado*. Ata paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.1, pp. 82-87. ISSN 0103-2100. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a13v19n1.pdf> acedido a 25/08/2012 às 12h

¹⁸ Serrano, Maria Teresa Pereira - *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*
http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf acedido a 10 de setembro de 2010 às 16h 15m

¹⁹ Angerami, Emília Luigia Saporiti - *O mister da investigação do enfermeiro*. Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto - v. 1 - n. 1 - p. 11-22 - Janeiro 1993 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a03.pdf> acedido a 01/09/2012 às 22h

de conhecimento específico e instrumentos de trabalho que lhe permitam desempenhar suas atribuições com independência, competência e responsabilidade.”.

Como tal as ações que desenvolvemos têm com toda a certeza que assentar num referencial teórico e o que pretendemos é que o ambiente não interfira negativamente no equilíbrio Saúde/Doença da pessoa ou grupo alvo dos nossos cuidados, assim como no prestador dos cuidados. Portanto, a nossa prática vai ter que ser fundada numa teoria, que suportará as intervenções que realizaremos, como tal Rosa *et al* (2010; 121)²⁰ salientam que, *“As teorias de enfermagem são construções, desde uma prática idealizada, com a finalidade de guiar as ações de enfermagem, a partir de quatro conceitos inter-relacionados: homem ou indivíduo, sociedade ou ambiente, saúde e enfermagem, os quais constituem os modelos e concepções filosóficas.”.*

Filiámos a nossa intervenção na teoria de enfermagem de Levine, teoria onde o Homem é uma unidade corpo-mente e que responde à mudança interagindo com o meio. Sendo o controlo de infeção algo muito amplo e influenciador, tivemos em atenção o todo, como salienta a teórica Myra Estrin Levine. Esta desenvolveu a Teoria da Conservação de Energia e da Enfermagem Holística, sugere a enfermagem clínica como forma de pensar o ser humano como uma Unidade Corpo-Mente, um “todo”, em permanente interação com o ambiente dinâmico.

Esta teoria está orientada para os sistemas que, segundo George *et al* ²¹(2000:17), *“...o homem é composto de muitas partes ou subsistemas que, quando juntos, são mais e diferentes do que a soma.”*, sendo esta “máxima” o suporte da teoria Holística que Levine defendeu e que se caracteriza por:²²

- Reconhecer o homem como um todo dinâmico, em constante interação com o ambiente;
- Identificar quatro princípios de conservação: de energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social do doente;
- Centralizar-se na intervenção da enfermagem, na adaptação e na reação dos doentes à doença;
- Observar o ser humano no seu todo e que depende da sua relação com os outros (dependência essa ligada aos quatro princípios de conservação);

²⁰ Rosa, Luciana Martins; Sebold, Luciana Fabiane; Arzuaga, Maria Angélica; Santos, Viviane E. Pereira; Radünz, Vera - Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):120-5. <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a21.pdf> acedido a 14/06/2012 às 8h30m

²¹ George, Júlia; *et al* – Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática de Enfermagem. 4ª edição:Porto Alegre: ArtMed Editora, 2000.

²² <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABrnAAK/as-teorista-enfermagem> acedido a 01/06/2011 às 10h 30m

- Recorrer à conservação da energia: reportando-se ao equilíbrio entre a energia de saída e a energia de entrada, com a intenção de evitar cansaço excessivo utilizando repouso, nutrição e exercícios adequados;
- Recorrer à conservação da integridade estrutural: alude à manutenção ou restabelecimento da estrutura do corpo, ou seja, a prevenção do colapso físico e consequentemente a promoção da cura;
- Recorrer à conservação da integridade pessoal: refere-se à manutenção ou recuperação da identidade e autoestima do doente;
- Recorrer à conservação da integridade social: no reconhecimento do doente como um ser social.

Quanto aos metaparadigmas – pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem – Levine, define:

- Pessoa, como um todo dinâmico, em constante interação e adaptação com o ambiente.
- Saúde e doença geram respostas sistémicas da pessoa ao meio ambiente mantendo e defendendo o seu todo, no seu próprio conceito de saúde.
- Ambiente, pode ser operacional, perceptivo e conceitual, sendo de difícil mensuração. As alterações internas e externas estimulam fisiologicamente os níveis de resposta do organismo.
- Cuidados de Enfermagem, têm como objetivo cuidar do outro quando ele está necessitado, esta relação tem como princípio ser temporária, procurando manter íntegros os mecanismos de defesa biológica fundamentais da pessoa.

Estes metaparadigmas são influenciados por fatores individuais de cada doente tal como nos refere Lima²³ (2008: 38), citando Campos *et al* (2006), “*Os factores importantes relacionados com o doente (susceptibilidade do doente) que influenciam a aquisição de infecção incluem, segundo o autor supracitado, a idade, o estado imunitário, a doença de base e as intervenções diagnósticas e terapêuticas. Idades extremas (infância e terceira idade) estão associadas a uma menor resistência à infecção. Os portadores de doença crónica, tais como tumores malignos, leucemia, diabetes mellitus, insuficiência renal ou síndrome da imunodeficiência adquirida, têm uma susceptibilidade aumentada a infecções por agentes oportunistas, que são normalmente inócuos, fazendo parte da*

²³ Lima, J. P. B. – *A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas*. Guimarães: Universidade do Minho, 2008. Tese de Mestrado.
http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9160/1/Disserta%25C3%25A7%25C3%25A3o_Jorge_Lima_01.03_frente_vers_o.pdf acedido a 07/05/2012 às 19h55m

flora bacteriana normal dos seres humanos, mas que quando as defesas imunitárias se encontram comprometidas, se podem tornar patogénicos.”, sendo que o alvo dos nossos cuidados são IRC em programa de hemodiálise, é importante ter em atenção o quanto é frágil a sua estabilidade.

A hemodiálise é uma técnica de substituição da função renal, Santos²⁴ (1997: 267) refere que, “*A história da hemodiálise como terapêutica artificial de substituição da função renal começa na Holanda, no início de 1940, com os trabalhos de Willem Kolff, no sentido de desenvolver o primeiro “rim artificial”. ... “...Kolff tratou 15 doentes sofrendo de Insuficiência Renal Aguda, com o seu rim artificial e em 1945 apresentou-o à comunidade científica.*”. Com os estudos que têm sido realizados em todo o Mundo, o progresso desta terapêutica têm evoluído com avanços técnicos e científicos, fazendo com que esta terapêutica seja uma prática realizada já com muita frequência e acessível a cada vez mais doentes do foro renal, o que nos leva a citar Ribeiro²⁵ (1997: 37) quando afirma que “*Hoje, em várias partes do mundo, a terapêutica substitutiva renal nas suas várias modalidades está disponível para a maioria dos doentes.*”.

O SANE integra doentes que necessitam efetuar o seu tratamento no mínimo três vezes por semana, tratamento que consiste na depuração do sangue, tal como refere De Palma (1971) citado por Lobos²⁶ (1997:159) “*Diálise eficaz é aquela que permite ao doente a sua reabilitação, com uma dieta razoável, produzir sangue, manter uma tensão arterial normal e evitar a progressão da neuropatia.*”. Assim, para que se consiga atingir estes pressupostos, o doente pode optar pela diálise peritoneal, ou pela hemodiálise. Se optou pela segunda possibilidade, tem que ser criado um acesso vascular que poderá ser uma fístula arterio-venosa, um enxerto (prótese), ou implantado um cateter central para diálise, que poderá ser de curta ou longa duração (provisório ou tunelizado).

De referir é o facto de que em qualquer destes acessos pode ocorrer o risco de infeção e por conseguinte ser colocada em causa a continuidade do tratamento, como nos alerta Henriques²⁷ (1997:49) “***Infeção nunca deverá ocorrer e quando ocorrer será sempre de rever as condições de assepsia com que se trabalha.***”. Se tal se verificar, estão postos em causa os princípios de conservação propostos por Levine, segundo Flório *et al*

²⁴ Santos, João Pinto. “*O Futuro da Hemodiálise como Terapêutica de Substituição Renal*”. Manual de Hemodiálise. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.

²⁵ Ribeiro, Silvia. “*Opções Terapêuticas da Insuficiência Renal Crónica Terminal*”, in Manual de Hemodiálise. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.

²⁶ Lobos, Ana Vila - “*Adequação em Hemodiálise*”, in *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997

²⁷ Henriques, Sebastião P. “*Acessos Vasculares para Hemodiálise*” in Manual de Hemodiálise. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997

²⁸(2003:635), “...obviamente haverá um gasto adicional de energia. O lado pessoal e social do paciente será afetado com um novo acontecimento em seu processo de saúde-doença e, conseqüentemente, a família também será envolvida nesse novo processo que, de acordo com as fontes consultadas, na maior parte das vezes, poderia ser prevenido”. Os mesmos autores relembram que a teórica sugere que um problema ou potencial problema pode ameaçar à situação de saúde ou doença, pondo em causa os princípios propostos na teoria holística. Assim ²⁹(2003:635), “A teoria de Levine é centrada na intervenção (cuidado) de enfermagem, na adaptação e na reação do paciente à doença. Essa estudiosa visualiza a enfermagem como um processo dinâmico, intencional; define a enfermagem como uma disciplina, e sua base é a dependência entre as pessoas, incluindo intervenções (cuidados) de enfermagem, com o propósito de apoiar ou promover a cura do paciente. O papel da enfermagem é manter a integridade a pessoa como um todo, utilizando os recursos de energia para restaurar o equilíbrio do organismo humano (homeostasia).”.

Foi enquadrado na teoria desenvolvida por Levine que desenvolvemos este projeto e conseqüentemente, estimulamos a adesão no intuito de reduzir a probabilidade de ocorrência de infeções.

Na prática diária temos que estar atentos a tudo o que possa ocorrer e que seja possibilitador de alterar este equilíbrio do organismo humano, como reforça Silva e Ciampone (2003:16)³⁰, “Lidar com as incertezas deve ser um exercício diário na enfermagem. É exemplo de holismo/pensamento sistêmico na enfermagem: o cuidado integral, ou seja, assistir a todas necessidades humanas básicas, à sua totalidade: as necessidades bio-psico-sócio-espirituais.”

O enfermeiro pauta a sua prática na procura da excelência dos cuidados, na procura de assegurar os melhores cuidados e a qualidade de vida possível para cada doente, neste pressuposto assume como guia norteador o que nos diz o Código Deontológico do Enfermeiro³¹ (2003:60) refere, “..., a qualidade de vida de um doente não se resume a uma apreciação dos desgastes provocados pela doença em contrapartida aos desgastes provocados pelo tratamento.”, desta forma a ausência de infeção no doente é algo que

²⁸ Flório, Maria Cristina Simões; GALVÃO, Cristina Maria. *Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2003, vol.11, n.5, pp. 630-637. ISSN 0104-1169. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a10.pdf> acedido a 10/05/2011 às 11h 30m

²⁹ *Ibidem*

³⁰ Silva, Ana Lúcia; Ciampone, Maria Helena Trench. *Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2003, vol.37, n.4, pp. 13-23. ISSN 0080-6234. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/02.pdf> acedido a 01/06/2012 às 22h

³¹ Ordem dos Enfermeiros - *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003

para nós enfermeiros deverá ser primordial na melhoria da qualidade de vida dos nossos doentes.

Logo é essencial que a nossa prática esteja fundamentada em princípios éticos, deontológicos e científicos sólidos, pois só assim realizaremos os melhores cuidados, para o qual fomos mandatados quanto enfermeiros, como corrobora Mendes (2009:168)³², referindo-se ao agir ético e com qualidade dos cuidados de enfermagem que prestamos, *“Assente nas virtudes do saber, da sabedoria e da prudência podemos sempre seguir o caminho regulado. O saber é a virtude que ajuda na descoberta da verdade; a sabedoria é a capacidade de teorização que ajuda a delinear o fim, entendendo este delinear um ponderar, um discernir os prós e os contras dos próprios fins; por último, a prudência, a que os antigos chamavam de sabedoria prática, é a que nos leva a decidir pelos meios para chegar aos fins.”*

Para alcançarmos esta sabedoria, temos que nos alicerçar em estudos fundamentados que nos levem a práticas de excelência, na prossecução deste objectivo realizámos uma revisão da literatura, em que procuramos evidência na prática da enfermagem que nos comprove, quais as melhores opções que deveriam ser tomadas ou o porquê da dificuldade em implementar as melhores práticas, como nos refere Galvão *et al* (2004: 555)³³, *“A prática baseada em evidências é uma abordagem que possibilita a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem prestada ao cliente. Essa abordagem envolve a definição de um problema, a busca e avaliação crítica das evidências disponíveis (pesquisas), implementação das evidências na prática e avaliação dos resultados obtidos. A competência clínica do enfermeiro e as preferências do cliente são aspetos incorporados também nesta abordagem, para a tomada de decisão sobre a assistência à saúde.”*, reforçando esta ideia, devido à importância do assunto que estamos a abordar temos como nos descreve De-La-Torre-Ugarte-Guanilo *et al* (2011:1265)³⁴, *“A enfermeira, dado o seu trabalho essencial no cuidado em saúde, deve estar comprometida com a promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde, seja nos processos de assistência, gerenciamento, ensino e investigação. Nisso reside a*

³² Mendes, Goreti - *A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem*. “Texto e Contexto Enfermagem” [Em linha]. 18:1 (Jan./Mar. 2009) 165-169. [Consult. 18 Fev. 2011] Disponível em WWW <URL:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>>. ISSN 0104-0707 <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11779/1/v18%281%29%20jan-mar%202009.pdf> acedido a 01/06/2012 às 22h30m

³³ Galvão, Cristina Maria; Sawada, Namie Okino; Trevizan, Maria Auxiliadora - *Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol.12, n.3, pp. 549-556. ISSN 0104-1169. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf> acedido a 07/05/2012 às 19h

³⁴ De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, Mônica Cecília; Takahashi, Renata Ferreira; Bertolozzi, Maria Rita. *Revisão sistemática: noções gerais*. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 1260-1266. ISSN 0080-6234. <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v45n5/v45n5a33.pdf> acedido a 07/05/12 às 16h 55m

importância de incorporar, progressivamente, Revisões Sistemáticas quantitativa e qualitativa na tomada de decisões, com vistas a viabilizar a incorporação das Evidências Científicas na prática.”. Para tal, fomos consultar novas investigações realizadas onde foi estudada a adesão dos profissionais á higienização das mãos, e quais as estratégias adotadas, assim como as teorias de comportamento que levam a melhorar a mesma.

Os estudos revelam que os profissionais têm alguma dificuldade em usufruir das oportunidades que lhes são disponibilizadas como nos expõe Melo (2005:25)³⁵ referindo-se, a *“Jimenez et al (1999) ao observarem, em uma unidade de hemodiálise, as potenciais oportunidades para implementação das PP e o número de vezes que os profissionais as colocaram em prática, concluíram que o uso de luvas foi observado somente em 18,7% das situações em que foram necessárias; e a lavagem das mãos se deu em somente 32,4% das oportunidades, apresentando insatisfatória adesão, conduta que com certeza fragiliza a segurança, tanto do profissional quanto do paciente.*”. Esta conduta tem que ser percebida à luz de algumas teorias comportamentais, como tal, selecionamos o que mais se adequava ao problema que estamos a estudar, a Teoria da Autoeficácia que está contida na Teoria Social Cognitiva a qual lhe dá suporte e sentido, desenvolvida por Albert Bandura e o Modelo de Crenças em Saúde que considera as crenças em saúde de uma pessoa, o fruto de suas ideias, conjunturas e atitudes sobre saúde e doença.

Quanto à teoria desenvolvida por Bandura o homem não é um ser passivo, mas sim alguém interativo nos processos, como nos refere Moicano (2010)³⁶ a propósito do autor referido, *“O foco central da teoria social cognitiva de Bandura explica que os indivíduos por meio de seus atos, são agentes capazes de fazerem coisas acontecerem, envolvendo-se de forma proativa em seu próprio desenvolvimento. Esse construto tem quatro características: intencionalidade, antecipação, autorreatividade, e autorreflexão.*”. Desta teoria é importante salientar que com aprendizagem, observação, sucesso nos resultados e persuasão, tem-se possibilidade de melhorar comportamentos. A mesma autora refere que para Bandura, *“ ..., o indivíduo é capaz de aprender*

³⁵Melo, Dulcelene de Sousa - *Adesão dos enfermeiros as precauções padrão à luz do modelo da crenças em saúde*. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2005
http://www.btd.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf acessido a 23/06/2012 às 20h30m

³⁶ Moncaio, Ana Carolina Scarpel - *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da autoeficiência de Albert Bandura* <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-160516/pt-br.php> acessido a 17/05/2012 às 18h45m

também por meio de reforço vicário ou aprendizagem vicariante, ou seja, por meio da observação do comportamento dos outros e dos resultados obtidos.”³⁷.

O Modelo de Crenças em Saúde foi desenvolvido por um grupo de psicólogos sociais nos anos 50, sofreu várias influências até que nos anos 70, para Rosenstock, as crenças em saúde podem ter como base conhecimentos ou ignorâncias, idênticos numa dada comunidade ou família assim como os mitos comuns, realidades vividas ou falsas concepções, como nos refere Coleta (2010:70)³⁸ a propósito deste modelo desenvolvido por Rosenstock, “*O modelo baseia-se em quatro crenças, duas delas a respeito da enfermidade e as outras duas relacionadas com os comportamentos de saúde para prevenir ou tratar a doença. Segundo Rosenstock (1974), a Suscetibilidade Percebida refere-se à percepção subjetiva do risco pessoal de contrair uma doença; a Severidade Percebida diz respeito à gravidade ou seriedade da doença, que pode ser avaliada pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença e/ou pelos tipos de consequências causadas pela doença (dor, morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbações nas relações familiares e sociais, etc.); os Benefícios Percebidos referem-se à crença na efetividade da ação e à percepção de suas consequências positivas; e as Barreiras Percebidas são os aspetos negativos da ação, avaliados em uma análise do tipo custo-benefício, considerando possíveis custos de tempo, dinheiro, esforço, aborrecimentos, entre outros.*”. Assim a sintetizar este modelo Melo (205:52)³⁹ aponta que “*...tomada de decisão e modalidade da ação são determinadas pelo valor subjetivo atribuído a cada dimensão do MCS frente à ameaça ou risco à saúde. As crenças relacionadas à suscetibilidade e à severidade percebidas em situação de ameaça ou risco possuem força preditiva positiva na tomada de decisão do comportamento em saúde. Entretanto, as crenças relativas à percepção dos benefícios e das barreiras é que determinarão o curso da ação.*”.

Com suporte nestas duas teorias comportamentais e assente numa teoria de enfermagem com uma visão holística, em que a prestação de cuidados de enfermagem é um processo no qual as intervenções estão apoiadas numa avaliação e subsequentemente na

³⁷ Moncaio, Ana Carolina Scarpel - *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspetiva da autoeficiência de Albert Bandura* <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-160516/pt-br.php> acessado a 17/05/2012 às 18h45m

³⁸ Coleta; Marília Ferreira Dela - *Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares*. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 18 (1-2), Jan-Dez 2010, 69-78p <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.../2417> acessado a 30/09/2012 às 13h

³⁹ Melo, Dulcelene de Sousa - *Adesão dos enfermeiros as precauções padrão à luz do modelo da crenças em saúde*. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2005 http://www.bdt.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf acessado a 23/06/2012 às 20h30m

utilização dos princípios de conservação de energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal e da integridade social do doente, para a manutenção do estado de saúde, identificaram-se as mudanças comportamentais em que se tinha que intervir, pois só quando se admite importância à ameaça, que é a não adesão à higienização das mãos é que se alteram os comportamentos. Só tendo uma visão do doente como um todo é que se consegue concretizar a adesão de todos os envolvidos nos cuidados

Clarificados alguns conceitos e delineando o nosso referencial teórico, desenvolvemos o trabalho de projeto, avaliando a adesão à prática da higienização das mãos por parte dos enfermeiros no SANE.

3 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

*“Apenas uma pessoa totalmente familiarizada
Com os males da guerra saberá
qual a forma mais eficaz de
a levar a cabo.”*

Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:16)⁴⁰

“As mãos são as estruturas corporais mais utilizadas no contato direto e se constituem no principal veículo de transmissão de microrganismos, representando o elo entre paciente, profissional e ambiente.”, como nos refere Cruz *et al*⁴¹ (2009:34), é uma possibilidade real de através delas em qualquer momento da nossa prestação de cuidados, mais ou menos técnicos podermos ser disseminadores de qualquer infeção. A reforçar esta ideia Mendonça *et al* (2003:147)⁴², referindo-se a Brunner e Suddarth (1990) alude, *“Lavar as mãos. Nesse prosaico ato, reside a mais importante profilaxia contra as infeções hospitalares, que, conjugada a outras estratégias, representa medidas imprescindíveis para o controle de infeção no ambiente hospitalar.”*. Também Santos (2000), citado por Mendonça *et al* (2003:147)⁴³ refere, *“A importância da higienização das mãos na prevenção da transmissão das infeções hospitalares é baseada na sua capacidade de abrigar microrganismos e de transferi-los de uma superfície para outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, através de objetos.”*. Esta preocupação com a lavagem das mãos e consequentemente com o controlo de infeção não é recente como nos relata Santos⁴⁴, *“As manifestações de preocupação com a necessidade de higienização das mãos na assistência se iniciaram no século XI, com Maimônides defendendo a lavagem das mãos pelos praticantes da medicina. Entretanto, durante os séculos que se seguiram, os hábitos de higiene não passaram de rituais de purificação, evidenciando mais os cuidados com a aparência do que propriamente uma preocupação com a saúde.”*, só alguns séculos depois é que

⁴⁰ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

⁴¹ Cruz, Elaine Drehmer de Almeida ; *et al*. *Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado*. *Cienc. enferm.* [online]. 2009, vol.15, n.1, pp. 33-38. ISSN 0717-9553. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art05.pdf> acedido em 02/01/2011 às 21h

⁴² Mendonça, Adriana de Paula; Fernandes, Maria Sandra de Carvalho; Azevedo, Jane Mary Rosa; Silveira, Wilka de Castro Rabelo; Souza, Adenícia Custódia Silva - *Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal*.

<http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/lavagem.pdf> acedido em 02/01/2011 às 21h 30m

⁴³ *Ibidem*

⁴⁴ Santos, Adélia Aparecida M. - *Higienização das mãos no controle das infeções em serviços de saúde*; RAS _ Vol. 4, Nº 15 – Abr-Jun, 2002 <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS15.pdf> acedido em 02/01/2011 às 22h 30m

podemos assinalar que se realizaram progressos que podem conduzir a uma preocupação e conseqüente redução das infeções na prestação de cuidados. Como evidência Barreto *et al* (2009:335)⁴⁵, “No séc. XIX foram incorporados conhecimentos, como de Ignaz Semmelweis, que instituiu no ato de higienizar as mãos, a medida de eleição no controle das IACS; e, Oliver Holmes implantou a prática da higienização de mãos (HM), no controle das infeções cruzadas. Dessa forma, a HM gradualmente tornou-se aceite como uma das medidas mais importantes para prevenir a transmissão de IACS”. Mas não foram só os médicos que estavam atentos ao controlo destas situações, com Florence Nightingale precursora da enfermagem moderna foram tomadas medidas de grande importância na redução das infeções. Tendo sido convidada a trabalhar com os soldados feridos na Guerra da Criméia, depara-se com uma situação difícil, pois as condições eram bastante inadequadas e insuficientes para que pudessem ocorrer melhorias significativas no estado dos soldados. Então resolve alterar algumas práticas tais como, melhorar a higiene pessoal de cada doente, assim como os utensílios passarem a ser de uso exclusivo e aumentar as rotinas de limpeza das instalações e arejamento, procedimentos simples mas como nos refere Sousa *et al* (2009:16)⁴⁶, “Com a implantação dessas medidas básicas, conseguiram reduzir sensivelmente a taxa de mortalidade.”.

Também Melo (2005:18)⁴⁷ citando, “Lacerda e Egry (1997) ... Florence fez “uma abordagem epidemiológica das doenças infecciosas e das infeções hospitalares numa era pré-bacteriológica”, cujos fundamentos repercutem até hoje.”.

Com o advento da microbiologia foram-se realizando progressos no combate às infeções quer pelo surgimento de fármacos que as combatiam, mas principalmente pela realização de estudos que confirmavam que a prática da lavagem das mãos reduzia as intercorrências na prestação de cuidados. Desses estudos como nos refere Sousa *et al*

⁴⁵ Barreto, Regiane Aparecida dos Santos Soares; Rocha, Larissa Oliveira; Souza, Adenícia Custódia Silva; Tipple, Anaclara Ferreira Veiga; Suzuki, Karina; Bisinoto, Sergiane Alves – *Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica* <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a14.pdf> Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2): 334-40 acessado em 12/01/2011 às 22h 30m

⁴⁶ Sousa, Fabiana Cristina; Rodrigues, Isabela Pereira; Santana, Heiko Thereza - *Perspetiva histórica*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) – *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessado em 25/01/2011 às 21h45m

⁴⁷ Melo, Dulcelene de Sousa - *Adesão dos enfermeiros as precauções padrão à luz do modelo da crenças em saúde*. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2005 http://www.bdt.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf acessado a 23/06/2012 às 20h30m

(2009:17)⁴⁸, surgem publicações e diretrizes de procedimentos, “ *Entre 1975 e 1985, foram publicados guias acerca de práticas de lavagem das mãos em hospitais pelos Centros de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC, 2002). Esses guias recomendavam lavar as mãos com sabonete não associado a antisséptico antes e após contato com pacientes e lavá-las com sabonete associado a antisséptico antes e após a realização de procedimentos invasivos ou promoção de cuidados a pacientes de alto risco. O uso de agentes antissépticos não hidratados, como soluções à base de álcool, era recomendado apenas em emergências ou em áreas onde não houvesse pias.*”. A emanção e cumprimento destas orientações, é da maior importância pois faz com que sejam reduzidos não só os dias de internamento, como gastos com antibioterapia e morte dos doentes, constituem situações que embora não quantificadas, são onerosas para os países e para as famílias. Dantas *et al*⁴⁹ (2010: 87), aludindo-se a Silva, (2000) e a Cavalcanti; Hinrichsen (2004) refere, “*Os custos dessas infeções impõem um encarecimento do atendimento, na medida em que causa aumento da demanda terapêutica (gastos com antibiótico), da permanência hospitalar e da morbimortalidade. Esses custos são classificados pelo MS como: custos diretos, que estão intimamente relacionados às despesas do paciente com IH; indiretos, que são resultantes da morbidade, como afastamento de trabalho, sequela de alguma doença ou mesmo morte e os custos inatingíveis, impossíveis de serem medidos economicamente, pois compreendem os distúrbios provocados pela dor, mal-estar, isolamento, angústia e pelo sofrimento experimentado pelo paciente no ambiente hospitalar.*”.

Também Nangino *et al*⁵⁰ (2012: 359) referindo-se a um estudo realizado numa UCI de um hospital brasileiro a propósito do impacto económico, que as IACS podem ter nos cuidados de saúde, salienta que, “*A redução das taxas de infecção pode contribuir para diminuição de problemas económicos dos hospitais públicos e filantrópicos brasileiros, além de reduzir o tempo de internação dos pacientes, aumento da rotatividade dos leitos e a maior disponibilidade de vagas nas UTIs.*”, os mesmos autores evidenciam a

⁴⁸ Sousa, Fabiana Cristina; Rodrigues, Isabela Pereira; Santana, Heiko Thereza - *Perspetiva histórica*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) – *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessado em 25/01/2011 às 21h45m

⁴⁹ Dantas, Rodrigo Assis Neves; Dantas, Daniele Vieira; Mendonça, Ana Elza Oliveira; Costa, Isabel Karolyne Fernandes; Freire, Marília de Moura Café - *Higienização das mãos como profilaxia das infeções hospitalares: Uma Revisão* Ano 3 - N.º 13 maio/junho – 2010 <http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/view/136/158> acessado a 12/10/2010 às 22h30m

⁵⁰ Nangino, Glaucio de Oliveira; Oliveira, Cláudio Dornas; Correia, Paulo César; Machado, Noelle de Melo; Dias, Ana Thereza Barbosa - *Impacto financeiro das infeções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais*. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24(4):357-361 <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v24n4/a11v24n4.pdf> acessado a 28/04/2013 às 23h

importância da realização de investigação nesta área, “*Este estudo pode ser útil para a sensibilização dos profissionais de saúde, especialmente gestores, na criação de políticas institucionais de profilaxia de infecção associadas a cuidados de saúde, bem como a políticas públicas, redefinindo prioridades para programas educacionais e de pesquisas nessa área*”.

A área das IACS pela sua relevância constituem-se um objetivo de cuidados de enfermagem de qualidade. Sabemos que se vão multiplicando os estudos de caráter científico que confirmam a diminuição das infecções associadas aos cuidados de saúde com o aumento da prática da higienização das mãos dos prestadores de cuidados, como nos expõe Júnior e Costa (2009:27)⁵¹, referindo-se a estudos realizados aos mesmos e surtos ocorridos por bactérias Gram-positivas, bactérias Gram-negativas e fungos nos doentes internados nas instituições onde se prestavam os respetivos cuidados, “*Um estudo prospetivo, no qual foi utilizado tipagem molecular, avaliou a frequência dessa transmissão entre pacientes, em um período de seis meses. Oito casos foram positivos para a toxina do C. difficile, sendo que desses 31% tiveram a cultura de fezes positiva. Dez (14%) profissionais de saúde tiveram a cultura das mãos positiva para esta bactéria, e um clone designado “Clone D1” foi encontrado nos pacientes, no ambiente hospitalar e nas mãos dos profissionais de saúde (SAMORE et al., 1996). Em um surto descrito no Brasil, isolados de Candida parapsilosis idênticos foram achados nas mãos de dois profissionais de saúde e em seis pacientes com candidemia (LEVIN et al., 1998). Outro surto envolvendo este agente identificou o mesmo clone nas mãos de dois profissionais e de três pacientes com candidemia (DIEKEMA et al., 1997). As mãos dos profissionais de saúde também já foram identificadas, por meio de tipagem molecular, como fonte de infecção de fungos como Pichia anomala e Malassezia spp. (CHAKRABARTI et al., 2001; PASQUALOTTO et al., 2005).*”. Também Barbosa (2010:s.p.)⁵² salienta “*A transmissão e disseminação dos agentes infecciosos podem ocorrer de uma unidade hospitalar ou fora dela por meio de gotículas e secreções respiratórias e pelo ar, mas o contato direto e/ou indireto pelas mãos é o mais comum e responsável por 80% das transmissões.*”, em relação à disseminação de

⁵¹ Júnior, João Nóbrega de Almeida; Costa, Sílvia Figueiredo - *Evidência da transmissão de patógenos por meio das mãos*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessado em 25/01/2011 às 21h45m

⁵² Barbosa, Luciana Rezende - *Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva neonatal*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010 <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-05102010-103307/pt-br.php> acessado a 25/06/2012 às 12h25m

microrganismos multirresistentes como, o estafilococo áureo resistente à meticilina (MRSA), enterococo resistente á vancomicina (VER ou VRE), Júnior et al (2009:32)⁵³ refere-nos uma pesquisa de Wang *et al* (2001), *“Um estudo prospetivo realizado em uma UTI norte-americana acompanhou os profissionais de saúde durante oito meses. Neste período, houve 16 novos casos de pacientes colonizados que tiveram contato com as mãos das profissionais colonizadas por VRE, as quais não tinham sido devidamente higienizadas antes da assistência. Foi verificado que as cepas das mãos dos profissionais de saúde eram as mesmas encontradas nos pacientes”*, e de Kanemitsu *et al* (2001), *“...utilizando-se método molecular para a tipagem das cepas isoladas dos pacientes e dos profissionais de saúde, foi feita a investigação de um surto de infeção de sítio cirúrgico em uma UTI que recebia pacientes de cirurgia cardíaca. Durante três meses houve cinco casos de infeção da ferida operatória e mediastinite, todos causados pela mesma cepa de MRSA. A análise dos dados mostrou que os casos tinham em comum o mesmo cirurgião. Foram, então, coletadas culturas das narinas e de uma dermatite localizada na mão direita desse médico. Em todas elas houve o crescimento da mesma cepa implicada nos casos da infeção da ferida cirúrgica.”*.

Pode-se constatar a importância da lavagem das mãos dos profissionais prestadores de cuidados, no quebrar do ciclo de propagação de infeções associadas á prestação dos cuidados de saúde. Na sequência desta valoração, como nos refere Sousa (2009:17)⁵⁴, *“Em 2002, o CDC publicou o “Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde”. Nesta publicação, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência desse procedimento. De acordo com esse documento, a fricção antisséptica das mãos com preparações alcoólicas constitui o método preferido de higienização das mãos pelos profissionais que atuam em serviços de saúde.”*. Também a OMS por meio da WORLD ALLIANCE for PATIENT SAFETY, tem investido um grande esforço no sentido emanar orientações e estratégias que melhorem as práticas e assim se possa reduzir os números de ocorrências de infeções na prestação de cuidados de saúde. Como primeiro desafio global, a OMS propôs a campanha **“Salve Vidas: Higienize as Mãos”**, que tem como objetivo

⁵³ Júnior, João Nóbrega de Almeida; Boszczowski, Ícaro; Costa, Silvia Figueiredo - *Controle da disseminação de microrganismos multirresistentes*. In MUSSI, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessado em 25/01/2011 às 21h45m

⁵⁴ Sousa, Fabiana Cristina; Rodrigues, Isabela Pereira; Santana, Heiko Thereza - *Perspetiva histórica*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) – *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessado em 25/01/2011 às 21h45m

melhorar a higienização das mãos e reduzir as infeções relacionadas com a prestação dos cuidados de saúde, promovendo a segurança dos doentes, profissionais e demais utilizadores dos serviços de saúde.

Como refere a DGS, através do seu Departamento da Qualidade na Saúde (2010:5)⁵⁵ “*O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Doente foi lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em outubro de 2005 de modo a reduzir a Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) no mundo. Este desafio tem contribuído para mobilizar os países, as organizações e os indivíduos a implementarem ações concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros – “Clean Care is Safer Care.*

Portugal aderiu à campanha de higienização das mãos nos hospitais, promovida pela Organização Mundial de Saúde em 2008, com o intuito de prevenir infeções entre os doentes e os profissionais de saúde. Esta medida tem o apoio governamental, realçando assim a importância deste programa, trazendo uma responsabilidade acrescida e um aumento da mobilização das instituições para a implementação desta campanha.

Na prossecução deste programa e segundo uma primeira avaliação, os dados da DGS⁵⁶ dizem-nos que adesão à higienização das mãos é de 46,2% a mesma organização refere e preconiza que, “*A adesão à prática da higiene das mãos continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%.*” ... “*As unidades de saúde devem promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática de higiene das mãos, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infeção.*”.

A OMS preconiza que, com a execução de um plano multimodal, pode proporcionar melhorias sustentadas a nível da higiene das mãos nas unidades de saúde a nível global. Como nos refere Barbosa (2010: s.p)⁵⁷ “*... a lavagem das mãos com água e sabão foi considerada a principal medida de higiene pessoal em ambientes de cuidados com a saúde. Todavia, o efeito nocivo de sabonetes bactericidas e antissépticos, provocam ressecamento e irritações na pele, além de ser amplamente discutido por diversos autores, contribui para diminuir a adesão dos profissionais a esta prática (Larson, et al. 1995; Larson, 1999; Boyce, 2000; Pittet e Boyce, 2001; Santos, 2002; Santos, et al. 2002; The Joint Commission, 2009).*”.

⁵⁵ Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acessido a 15/10/2010 às 22h 30m

⁵⁶ *Ibidem*

⁵⁷ Barbosa, Luciana Rezende - *Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva neonatal*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010 <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-05102010-103307/pt-br.php> acessido a 25/06/2012 às 12h25m

A prática incorreta do procedimento deve ser considerada como uma não adesão, como nos refere a autora supra citada (2010: s.p.)⁵⁸ “*Alguns estudos consideram adesão não apenas quando o episódio de higienização das mãos é realizado, mas também quando a técnica do procedimento está correta. Por exemplo, se o profissional lavou as mãos em menos de 15 segundos que é o tempo recomendado, não vale como episódio ocorrido de higienização das mãos (LAM et al., 2004).*”. Pois se o procedimento não está correto não estamos a proporcionar ao doente o tratamento adequado, e isto pode ter um peso muito importante na integração do mesmo na sua vida social, com esta má prática estamos a expor o doente ao risco, como refere Barbosa (2010: s.p.)⁵⁹ “*O não reconhecimento da higienização das mãos quando realizada parcialmente é justificado pelo fato de o paciente não ter recebido a segurança total, ou seja, o paciente não foi beneficiado com uma prática realizada parcialmente.*”. Assim sendo estão postos em causa os cuidados de excelência que lhe são inerentes, sobre os quais somos responsáveis, como consta no REPE⁶⁰ (1996: 2959) “*Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.*”.

Estudos científicos desenvolvidos recentemente permitem-nos conhecer como se desenvolvem as infecções, se transmitem e quais os procedimentos que podemos realizar para evitar a sua propagação. No entanto as taxas de infeção associadas com os cuidados de saúde continuam a revelar valores alarmantes. Sendo premente a adopção de medidas que minimizem este problema, neste âmbito o programa “*Clean Care is Safer Care*” vem colmatar esta necessidade.

⁵⁸ Barbosa, Luciana Rezende - *Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva neonatal*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-05102010-103307/pt-br.php> acedido a 25/06/2012 às 12h25m

⁵⁹ *Ibidem*

⁶⁰ Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro 1996 - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), *Diário da República, 1ª Série - A nº. 205 de 04 -09-1996* <http://www.dre.pt/pdf1s/1996/09/205A00/29592962.pdf> acedido a 01/10/2012 às 22h55m

3.1– DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

*“É uma questão de vida ou de morte,
Um caminho que pode conduzir à sobrevivência ou à destruição.
Assim, de nenhum modo se pode negligenciar
O estudo desta matéria.”*
Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:9)⁶¹

3.1.1 Conceito de qualidade e qualidade em saúde

O conceito qualidade está associado a quase todas as práticas do dia a dia, mas quando se trata de prestar um serviço ele ainda tem que ser mais valorizado. Assim qualidade vem da palavra latina *qualitate* e tem um vasto significado, dando, por isso, margem a infinitos significados. Para uns, representa a procura da satisfação do cliente, para outros, além da satisfação do cliente, abarca também a busca da excelência para todas as atividades de um procedimento.

Para Juran ⁶² a qualidade é constituída dos seguintes conceitos: Planeamento, Controle e Melhoria. Segundo Philip Crosby ⁶³ a qualidade assenta em dois pilares são eles, “*fazer bem à primeira*” e a filosofia de “*zero defeitos*”.

Com este conceito clarificado é mais fácil a compreensão de qualidade em saúde, como faz referência Clinco ⁶⁴ (2007:23), salientando as idéias de um dos grandes pensadores desta problemática, “*Avedis Donabedian, um médico pediatra de origem Armênia, cuja carreira consolidou-se na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, foi um dos primeiros pesquisadores de Avaliação em Serviços de Saúde. Em 1980, desenvolveu uma tríade fundamental para a avaliação da qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processos e resultados. O conceito de estrutura envolve os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros imprescindíveis para a assistência médico-hospitalar. Processos são as atividades de assistência médica com padrões pré-estabelecidos, entre profissionais e pacientes. Resultado é o produto final da assistência prestada ao paciente (DONABEDIAN, 1993) . O resultado representa a consequência*

⁶¹ Sun Tzu – A Arte da Guerra. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

⁶² <http://qualiblog.wordpress.com/2009/05/05/joseph-moses-juran%E2%80%93o-pai-da-qualidade/> acessado a 02/05/2011 às 16h

⁶³ http://www.historiadaadministracao.com.br/jl/index.php?option=com_content&view=article&id=50:philip-crosby&catid=10:gurus&Itemid=10 acessado a 02/05/2011 às 16h 10m

⁶⁴ Clinco, Sandra D. O. - O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente; São Paulo 2007 <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1> acessado em 11/01/2011 às 17h 30m

da interação entre processo e estrutura (BERWICK, 1994). Donabedian também desenvolveu o que chamou de “7 pilares da qualidade”: eficácia, eficiência, efetividade, otimização, legitimidade, aceitabilidade e equidade, uma ampliação do conceito de qualidade (DONABEDIAN, 1990).”.

Para que se consiga prestar cuidados de qualidade os profissionais têm que apresentar bons resultados nos cuidados que disponibilizam. Assim, o ideal seria na linha do que preconiza Crosby, “zero defeitos”, e isso seria taxas de infeção de zero, que segundo Starling⁶⁵ é possível.

Só assim temos qualidade em saúde, esta é uma tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local, como vem evidenciado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001; 12)⁶⁶ definidos pela Ordem dos Enfermeiros, em que é salientada a importância da excelência do exercício profissional, do enfermeiro na manutenção do máximo potencial de saúde dos recetores dos cuidados prestados. Como tal é de evidenciar, “A prevenção de complicações - Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes. São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros:

- a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;
- a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
- o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
- a supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega.”. É o enfermeiro o elemento privilegiado da equipa para ser o garante da obtenção deste propósito, pois como foi referido pela sua postura holística, competência

⁶⁵ http://www.infectologia.org.br/anexos/%C3%89%20poss%C3%ADvel%20taxa%20zero%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o%20hospitalar_Estev%C3%A3o%20Urbano%20Silva.pdf acedido a 20/10/2010 às 22h

⁶⁶Ordem dos Enfermeiros - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa. 2002 Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf> acedido a 16/11/2011 às 21h

científica e técnica desenvolve, implementa e avalia as intervenções a realizar para a concretização de cuidados de qualidade.

3.1.2 Higiene das mãos conceitos

Vários autores tal com Sousa e Santana⁶⁷(2009;63), referem que, “A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infeções relacionadas à assistência à saúde (LARSON, 2001; CDC, 2002). Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos”, englobando a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (CDC, 2002).”.

Assim tanto a higienização simples, como a utilização de uma solução de base alcoólica, vulgarmente chamada de SABA, são preconizadas em contexto de prestação de cuidados de saúde.

Também a DGS⁶⁸ (2010: 6) reforça que, “**Higiene das mãos: Termo geral que se aplica a qualquer um dos seguintes procedimentos:**

- Lavagem das mãos com água e sabão (não antimicrobiano ou antimicrobiano);
- Fricção das mãos com SABA e
- Preparação pré-cirúrgica das mãos, executada pela equipa cirúrgica.”.

O tipo de higienização está definido consoante o procedimento a realizar:

Higienização simples – tem com objetivo eliminar os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, extraindo a sujidade que propícia a proliferação de microrganismos. Preconiza-se que tenha duração de 40 a 60 segundos. É indicada segundo Sousa e Santana⁶⁹ (2009:64), “Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais, ao iniciar e terminar o turno de trabalho, antes e após ir á casa de banho,

⁶⁷ Sousa, Fabiana Cristina; Santana, Heiko Thereza – *Higiene das mãos*. In MussI, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276fbf/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessido em 25/01/2011 às 21h45m

⁶⁸ Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acessido a 15/10/2010 às 22h 30m

⁶⁹ Sousa, Fabiana Cristina; Santana, Heiko Thereza – *Higiene das mãos*. In MussI, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276fbf/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessido em 25/01/2011 às 21h45m

antes e depois das refeições, antes de preparar alimentos, assim como antes de preparar, manusear e administrar medicamentos, antes e após contacto com doentes colonizados ou infetados por Clostridium difficile e pós várias aplicações consecutivas SABA.”.

Higienização antisséptica – Tem como objetivo, a remoção de sujidades e de microrganismos, diminuindo a carga microbiana das mãos, com ajuda de um antisséptico. Deve ser realizada num período de 40 a 60 segundos. Sousa e Santana⁷⁰ (2009:68) mencionam a sua importância, nos casos de prevenção de contacto, recomendada para doentes portadores de microrganismos multirresistentes, de surtos, antes da primeira intervenção cirúrgica, antes da execução de procedimentos invasivos (por exemplo, inserção de cateter venoso central, punções, drenagens de cavidades, punção para hemodiálise, endoscopias, etc.).

Higienização das mãos com antisséptico (SABA) – Tem como propósito reduzir a carga microbiana das mãos, deve-se no entanto reforçar que não há remoção de sujidades, quando isso ocorrer tem que se utilizar outra opção que não a fricção com SABA. A utilização de gel alcoólico – preferencialmente a 70% – ou de solução alcoólica a 70% com 1%-3% de glicerina pode substituir e deve, a higienização com água e sabão quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A fricção das mãos com antisséptico deve ter uma duração de 20 a 30 segundos. A sua utilização não necessita de água nem de toalhetes ou de outros dispositivos. Sousa e Santana⁷¹ (2009:65) recomendam esta técnica, antes e após contacto com o doente, antes da realização de procedimentos e manipulação dispositivos invasivos, antes e após calçar luvas, depois de exposição a fluidos corporais, ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro limpo durante o cuidado ao mesmo doente, após ter contactado com objetos e superfícies na unidade do doente.

Lavagem cirúrgica das mãos – Lavagem das mãos executada pela equipa cirúrgica no bloco operatório com o objetivo de eliminar a flora transitória e de reduzir a flora

⁷⁰ Sousa, Fabiana Cristina; Santana, Heiko Thereza – *Higiene das mãos*. In MussI, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acedido em 25/01/2011 às 21h45m

⁷¹ *Ibidem*

residente. Deve durar de três a cinco minutos para a primeira cirurgia e de dois a três minutos para as cirurgias posteriores.

De forma otimizar as condições de higienização existem outros aspetos relevantes a valorizar concomitantemente com a higienização das mãos:

- Manter as unhas naturais, limpas e curtas.
- Não usar unhas postiças ou de gel quando entrar em contacto direto com os doentes.
- Evitar usar anéis, pulseiras e outros adornos aquando da prestação de cuidados.
- Aplicar creme hidratante nas mãos, com frequência, para evitar que a pele seque e grete.

3.1.2.1 – Fatores dificultadores de adesão à higienização das mãos

Como foi abordado anteriormente, existem várias técnicas de higienização das mãos, tendo cada uma, indicação específica para a sua realização. Muitas vezes por prática inadequada surgem situações que são referidas pelos profissionais, como reações, alergias, entre outras situações, que levam à diminuição da adesão à prática da higienização. Como nos refere Santos⁷² (2002:12), “ *A lavagem das mãos tem sido amplamente discutida, assim como as substâncias que devem ser usadas para a sua realização. Efeitos nocivos de substâncias químicas empregadas como sabões e antissépticos têm sido relatados por diversos autores e contribuem para diminuir a adesão dos profissionais a esta prática.*”.

Kawagoe⁷³ (2009:75), refere-nos alguns estudos realizados em que são referidas reações provocadas pelo uso de água e sabão valorizando o uso de soluções de base alcoólica, “*Um problema associado à higienização das mãos com água e sabonete é a queixa, pelos profissionais de saúde, de ressecamento das mãos e dermatite crónica de contato, devido ao uso frequente e repetitivo do produto, podendo constituir uma barreira à sua efetiva prática. A adição de emolientes à formulação do produto pode diminuir os efeitos adversos descritos (CDC, 2002; WHO, 2006; KAMPF; KRAMER, 2004; ROTTER, 2004; LARSON, 1996).*”, em contra partida, “*Vários estudos recentes têm demonstrado que preparações alcoólicas sob a forma líquida ou gel contendo*

⁷² Santos, Adélia Aparecida M. - *Higienização das mãos no controle das infeções em serviços de saúde*; RAS _ Vol. 4, Nº 15 – Abr-Jun, 2002 <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS15.pdf> acessado em 02/01/2011 às 22h 30m

⁷³ Kawagoe, Julia Yaeko - *Efeitos adversos provocados pelos produtos utilizados para a higienização das mãos*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessado em 25/01/2011 às 21h45m

emolientes causam menor ressecamento nas mãos que sabonetes associados a antissépticos (WICKETT; VISSCHER, 2006; KAISER; NEWMAN, 2006; KRAMER; BERNIG; KAMPF, 2002; GIRARD; AMAZIAN; FABRY, 2001). ”

Para minimizar estas situações a DGS ⁷⁴ (2010:14), preconiza que se deve, *“Disponibilizar aos profissionais de saúde produtos de higiene das mãos eficazes e com baixo potencial de provocar irritação da pele.”*. Pois sendo os profissionais de saúde um grupo de risco para as dermatites profissionais, devido ao uso constante de luvas, o frequente número de vezes que se higieniza as mãos, até ao possível contacto com substâncias químicas, a DGS recomenda ⁷⁵ (2010:14), *“Disponibilizar aos profissionais de saúde loções ou cremes de mãos para minimizar a ocorrência de dermatites de contacto associadas à lavagem/ desinfeção das mãos.; Incluir informação sobre os cuidados com as mãos de modo a reduzir o risco de dermatites de contacto ou outros tipos de lesões da pele nos programas de formação para os profissionais.; Fornecer produtos de higiene das mãos alternativos aos profissionais com alergias ou outras reações adversas aos produtos que são utilizados na instituição.; As unidades de saúde devem definir uma política de utilização destes produtos, evitando a sua duplicação (soluções alcoólicas versus sabão antimicrobiano) para a antissépsia das mãos; Não combinar os produtos (sabão e solução antisséptica de base alcoólica) concomitantemente.”*.

Como nos referem outros autores existem múltiplas razões para a não adesão a este procedimento, como nos menciona Neves *et al* ⁷⁶ (2009:739), *“ Estudos mostram justificativas para esta baixa adesão como; falta de motivação, irresponsabilidade, falta de consciência, pouca importância ao fato da transmissão cruzada de microrganismos, ausência de pias próximas aos leitos, reações cutâneas nas mãos, falta de tempo dentre outros.”*. Assim como nos refere a literatura a não adesão à higienização das mãos pode ocorrer, por reação aos produtos disponibilizados, uso incorreto dos mesmos, ou por falta de formação, motivação e ainda por negligência do prestador de cuidados. Os fatores ambientais também podem ter impacto na fraca adesão dos profissionais a esta prática, por exemplo a localização dos lavatórios desfasada dos locais onde se prestam os cuidados é um fator ambiental a ter em consideração.

⁷⁴ Direção-Geral da Saúde Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acedido a 15/10/2010 às 22h 30m

⁷⁵ *Ibidem*

⁷⁶ Neves, Zilah Cândida P. *et al.* - *Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos.* Revista Eletrônica de Enfermagem. V.11, n.3, p. 738-745. Jul./set. 2009. <http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/29/1/v11n3a36.pdf> acedido em 15/02/2011 às 23h 25m

3.1.3. Noções sobre a flora microbiana da pele

Segundo Cardoso e Mimica⁷⁷ (2009:22) “*A pele consiste no revestimento do organismo e é indispensável à vida, pois isola componentes orgânicos do meio exterior, impede a ação de agentes externos de qualquer natureza, evita perda de água, eletrólitos e outras substâncias do meio interno, oferece proteção imunológica, faz termorregulação, propicia a percepção e tem função secretória (HERCEG; PETERSON, 1997; GRANATO, 2003; CDC, 2002).*”. É um órgão dinâmico, e devido à sua extensa superfície está exposta a múltiplos microrganismos existentes no ambiente. Price em 1938 dividiu as bactérias isoladas nas mãos em duas categorias: a residente e a transitória. A primeira, como nos referem os mesmos autores, è a que, “... *está aderente às camadas mais profundas da pele, é mais resistente à remoção apenas com água e sabonete. As bactérias que compõem esta microbiota (por exemplo, estafilococos coagulase-negativos e bacilos difteróides) são agentes menos prováveis de infecções veiculadas por contato.*”. Como nos diz a DGS⁷⁸ (2010:8), “*O potencial patogénico da flora residente é baixo, sendo por isso desnecessário removê-los durante os cuidados de saúde de rotina. Contudo, em procedimentos invasivos (por ex. intervenções cirúrgicas, atos cirúrgicos como colocação de cateteres centrais, etc.), há o risco dos microrganismos residentes, do prestador de cuidados, penetrarem nos tecidos (pele não intacta, olhos e locais estéreis) do utente e provocarem infecção.*”.

Quanto à flora transitória como nomeia Cardoso e Mimica⁷⁹ (2009:21), é a “...*que coloniza a camada superficial da pele, sobrevive por curto período de tempo e é passível de remoção pela higienização simples das mãos com água e sabonete, por meio de fricção mecânica. É frequentemente adquirida por profissionais de saúde durante contato direto com o paciente (colonizado ou infetado), ambiente, superfícies próximas ao paciente, produtos e equipamentos contaminados. A microbiota transitória consiste de microrganismos não-patogénicos ou potencialmente patogénicos, tais como*

⁷⁷ Cardoso, Celso Luiz; Mimica, Lycia Mara Jenné - *Aspetos microbiológicos da pele*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessado em 25/01/2011 às 21h45m

⁷⁸ Direção-Geral da Saúde Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acessado a 15/10/2010 às 22h 30m

⁷⁹ Cardoso, Celso Luiz; Mimica, Lycia Mara Jenné - *Aspetos microbiológicos da pele*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessado em 25/01/2011 às 21h45m

bactérias, fungos e vírus, que raramente se multiplicam na pele. No entanto, alguns deles podem provocar infeções relacionadas à assistência à saúde (KAMPF; KRAMER, 2004).”.

Como nos refere a DGS, a propósito da flora transitória, (2010:8)⁸⁰, *“Até há pouco tempo considerava-se que, para a remoção da flora transitória, era suficiente a lavagem com água e sabão. Contudo, estudos efetuados para avaliar a eficácia do sabão e diversos produtos antissépticos na remoção de agentes transitórios multirresistentes e de vírus concluíram que, a água e o sabão, nem sempre são suficientes para remover alguns vírus e bactérias como por exemplo Enterococcus spp, Enterobacter spp, Klebsiella spp, Candida albicans, entre outros.”*, logo é exigível que se execute uma remoção eficaz destes microrganismos, para que se faça uma prevenção adequada das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

3.1.4. Higienização das mãos uma prioridade para o SANE

Um projeto só é dotado para o sucesso se ocorrer um envolvimento de toda a equipa, segundo Botelho⁸¹ (1996:46) *“A sua existência apenas tem significado se tiver em conta os outros, com as suas convergências e especificidades, complementaridades e diferenças. Como refere Josso o meu projeto inscreve-se no projeto dum profissão, articula-se com o projeto da equipa em que me encontro inserido que, por sua vez, faz parte dum organização.”*

Também é muito importante referir o que cita o comentário do artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro⁸² (2003:65) *“As instituições de saúde são lugares de controlo e manutenção da saúde, de construção, desconstrução e reconstrução de saberes sobre a saúde e o bem-estar. Espaços onde as pessoas têm direito ao cuidado e conforto. O cuidado é uma atividade-fim no trabalho de enfermagem, ou seja, constitui-se como finalidade. Visa contribuir para o bem-estar e o bem viver, a que todas as pessoas têm direito...”*

Assim este projeto inscreve-se não só como um projeto pessoal, mas essencialmente como um projeto profissional, pois como, Enfermeira Especialista no SANE é de

⁸⁰ Direção-Geral da Saúde Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acessado a 15/10/2010 às 22h 30m

⁸¹ Botelho, José Rodrigues. *O Trabalho de Projeto na Prática do Enfermeiro*. Enfermagem em Foco, SEP Ano VI maio/julho 96, Nº23, Pg. 43-46.

⁸² Ordem dos Enfermeiros - *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003

evidenciar e responsabilidade que se impõe na monitorização e controlo desta problemática, indo a encontro do que nos refere a Ordem dos Enfermeiros (2009:18)⁸³, no Sistema de Individualização de Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE), na alínea B3.2.8., em que refere que cabe ao Enfermeiro Especialista entre outras a responsabilidade de “...coordenar a implementação e manutenção de medidas standard de prevenção e controlo da infeção.”.

Como projeto da equipa, ele surge com a adesão do SANE à Campanha Nacional de Higiene das Mãos. Por parte da direção do Serviço do Setor de Ambulatório de Nefrologia no ano de 2010, houve um comprometimento de empenhamento do mesmo na formação, execução de medidas corretivas e realização das observações preconizadas, para o sucesso da campanha a implementar. Assim como elemento de ligação à Comissão de Controlo de Infeção (CCI), integramos a equipa que tinha como responsabilidade implementar o projeto, e envolver todos os outros elementos das várias equipas que prestam cuidados no SANE.

Este projeto além de ser um projeto da organização, é também, como já foi referido, um projeto Nacional como expõe a DGS na estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos,⁸⁴ “Portugal, na sequência de decisão da Ministra da Saúde, aderiu em 8 de outubro de 2008 ao desafio da World Alliance for Patient Safety, Clean Care is Safer Care, lançando publicamente a estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos nas unidades de saúde e declarando formalmente o compromisso na adoção de medidas para reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde numa Cerimónia que contou com a presença de representantes das várias Ordens Profissionais.”.

Neste contexto apresenta-se o programa que vai servir de suporte a este projeto:

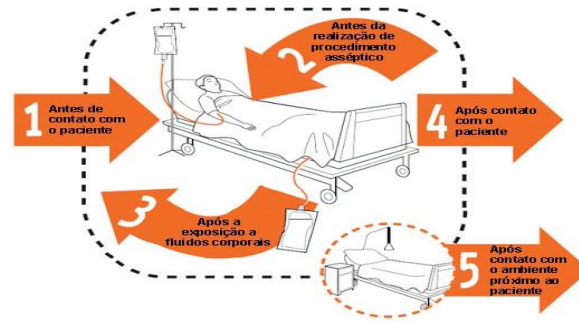
“Salve Vidas: Higienize as Mãos”.

Como primeiro desafio global, a OMS propôs a campanha “Salve Vidas: Higienize as Mãos”, que tem como objetivo melhorar a higienização das mãos e reduzir as infeções relacionadas com os cuidados de saúde, promovendo a segurança de doentes, profissionais e demais utilizadores dos serviços de saúde.

Este programa incide em cinco momentos chave, como recomenda OMS (fig. 1).

⁸³ Ordem dos Enfermeiros – Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional. http://www.cogitare.forumenfermagem.org/wpcontent/uploads/2010/02/Caderno_Tem%C3%A1tico_MDP_SIEC_VF_08_02_2010.pdf, acessado a 5 de junho de 2010 às 22h e 30m

⁸⁴ Direção Geral da Saúde - A estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos em 10 perguntas <http://www.somos.pt/publicdocs/acampanhanacionaldehigienedasmoesem10perguntas.pdf> acessado em 25/01/2011 às 9h



85

Figura 1 – Cinco momentos preconizados a higienizar pelo programa

A DGS⁸⁶ (2010:2) na Circular Normativa Nº 13 de 2010, expõe, “...os profissionais de saúde devem higienizar as mãos de acordo com o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” proposto pela OMS, aos quais correspondem as indicações ou tempos em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica.”. É de evidenciar que a mesma organização nacional refere, “Os elementos-chave desta estratégia multimodal incluem a formação, os programas de motivação dos profissionais, a utilização na higiene das mãos de uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA), a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos adequados, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, desde os gestores de topo, aos gestores intermédios e aos prestadores de cuidados.”⁸⁷.

Os momentos privilegiados para a execução da higienização das mãos são os seguintes:

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

O conceito dos cinco momentos abrange as *Guidelines* da OMS para a higiene das mãos. Para clarificar apresenta-se o seguinte quadro com a correspondência entre as cinco indicações para higiene das mãos e as recomendações da OMS. (Quadro 1)

⁸⁵http://www.hsb-setubal.min-saude.pt/pages/comissao_controle_infeccao/PDF/folheto%20profissionais%205%20momentos.pdf acessado a 20/01/2012 às 21h30m

⁸⁶ Direção-Geral da Saúde Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/f013069.pdf> acessado a 15/10/2010 às 22h 30m

⁸⁷ *Ibidem*

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE

QUADRO DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS INDICAÇÕES E <i>GUIDELINES</i> DA OMS	
Indicações	Correspondência entre as indicações <i>(WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care</i> <i>- Advanced Draft - p. 95).</i>
Antes do contacto com o doente	a) antes e após o contacto direto com doentes.
Antes de procedimentos assépticos	c) antes de manipular um dispositivo invasivo para um doente, independentemente do uso de luvas. e) na mudança de um local do corpo contaminado para outro que esteja limpo durante a prestação de cuidados.
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	d) após contacto com fluidos ou excreções orgânicas, mucosas, pele com solução de continuidade, pensos de feridas. e) na mudança de um local do corpo contaminado para outro que esteja limpo durante a prestação de cuidados. b) após remover luvas.
Após contacto com o doente	a) antes e após ter contacto direto com doentes. b) após remover luvas.
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	f) após contacto com objetos inanimados (incluindo equipamento médico) na vizinhança imediata do doente. b) após remover luvas.

Quadro 1 – Correspondência entre as cinco indicações para higiene das mãos e as recomendações da OMS

A OMS, recomenda como orientação para uma correta execução do programa que se cumpram os seguintes princípios, que corroborados pela DGS (2010:4)⁸⁸ na Circular Normativa N° 13 de 2010:

“a) Os profissionais de saúde devem:

- realizar a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde;*
- utilizar adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão);*
- cumprir a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento;*
- colaborar com o responsável pelo controlo de infeção na avaliação da adesão à prática da higiene das mãos e noutras atividades relacionadas com esta prática e*

⁸⁸ Direção-Geral da Saúde Circular Normativa N°: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acedido a 15/10/2010 às 22h 30m

- *proceder ao ensino ao doente, visitas, voluntariado e fornecedores sobre a higiene das mãos.*

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

c) A lavagem das mãos com água e sabão fica restrita às seguintes situações:

- quando os profissionais tenham as mãos visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;

- nas situações consideradas “sociais”, tais como, antes e após as refeições e após a utilização das instalações sanitárias;

- ao chegar e sair do local de trabalho e

- na prestação de cuidados a doentes com Clostridium difficile.

d) Para que os profissionais cumpram a higiene das mãos, os órgãos de gestão devem:

- atribuir prioridade institucional ao aumento da adesão à higiene das mãos;

- promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática;

- divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho;

- disponibilizar lavatórios adequados e colocados em locais estratégicos;

- fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados;

- fornecer sabão adequado e creme hidratante para as mãos dos profissionais, de modo a minimizar a ocorrência de dermatites de contacto associadas à higienização das mãos e

- fornecer produtos para higiene das mãos alternativos aos profissionais com reações adversas aos produtos utilizados na unidade de saúde.

e) Devem ser designados profissionais com formação e treino em controlo de infeção para implementar programas promocionais da prática de higiene das mãos, com o objetivo de aumentar a adesão dos profissionais de saúde a esta prática.

f) A formação dos profissionais deve:

- focar especificamente os fatores que podem influenciar significativamente o comportamento e não apenas o tipo de produtos para a higiene das mãos;

- ter em consideração o tipo de atividades praticadas que podem contaminar as mãos, os doentes e ou o ambiente e

- demonstrar de forma clara as vantagens e desvantagens dos vários métodos utilizados na higiene das mãos.

g) Com a finalidade de avaliar a eficácia da SABA, podem utilizar-se nas ações de formação métodos que exemplifiquem a eficácia inequívoca da SABA na redução dos microrganismos presentes nas mãos. Poderá colocar os 5 dedos das mãos em placas de Petri e em colaboração com o laboratório de microbiologia proceder ao exame cultural das mesmas e poderá, ainda, utilizar a luz ultravioleta para o demonstrar. Qualquer das técnicas é efetuada antes e depois da aplicação de SABA.

h) As estratégias de motivação dos profissionais para a higiene das mãos devem ser multimodulares e multifacetadas e incluir formação e suporte dos superiores hierárquicos para a implementação dos programas.

i) A formação em serviço deve, ainda, incluir informação sobre os cuidados a ter com as mãos de forma a reduzir o risco de dermatites de contacto ou outros tipos de lesões da pele.”.

Foram reunidas estas condições e realizaram-se as primeiras observações em outubro de 2010, utilizando o Formulário de Observação preconizado pelo programa (Anexo 1).

Os resultados obtidos foram satisfatórios, pois este programa está planeado para serviços de internamento e não para serviços de ambulatório, por isso o desafio ainda era maior, e os resultados apurados⁸⁹ foram deveras surpreendentes, estando assim distribuídos pelos respetivos momentos (quadro 2).

Momentos	Nº de Oportunidades	Nº de Adesões	%
Antes do contacto com o doente	71	39	54,9
Antes de procedimentos limpos ou assépticos	20	17	85
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	21	19	90,5
Após contacto com o doente	60	46	76,7
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	48	30	62,5

Quadro 2- Resultados totais da Observação de outubro de 2010

O que dá um total de 151 adesões em 220 ações observadas, com uma percentagem de **68,6%**. Atendendo a que foi o primeiro ano de implementação do programa, e com o constrangimento de sermos um serviço de ambulatório, considerou-se que o resultado era satisfatório pois, o valor global dos serviços aderentes no CHS é de **59%**. Logo com

⁸⁹ Dados fornecidos pela CCI do CHS, após acesso á plataforma da DGS no final do ano de 2010

a apresentação deste valor ficou-nos a motivação para realizar nova observação, desta vez não informada e assim poder avaliar se a adesão dos profissionais era realmente realizada porque já estava incorporada nas suas práticas ou se era executada porque sentiam que estavam a ser observados. Se tal se verificasse, seria necessária uma intervenção para melhorar os cuidados que são prestados no SANE, pelos seus profissionais de saúde.

Dos valores acima referidos fomos apurar os resultados da equipa de enfermagem nos vários momentos, pois vai ser esta equipa o alvo da nossa intervenção neste momento, e o número total de ações observadas e de adesões, são os seguintes: para um total de 82 adesões em 93 ações observadas, temos uma percentagem de 88,1%, **dividida pelos cinco momentos** (quadro 3).

Momentos	Nº de Oportunidades	Nº de Adesões	%
Antes do contacto com o doente	29	19	65,5
Antes de procedimentos limpos ou assépticos	12	11	91,6
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	14	11	78,5
Após contacto com o doente	29	26	89,6
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	17	15	88,2

Quadro 3 – Resultados da equipa de enfermagem da Observação de outubro de 2010

No intuito de perceber qual a importância atribuída pelos profissionais que prestam cuidados no SANE à higienização das mãos, pareceu-nos relevante realizar um questionário (Apêndice 1) em que fosse valorizada a importância da higienização das mãos, e a consciência da sua execução em contexto de prestação de cuidados.

Apresentámos os principais aspectos que suportaram o estudo/desenvolvimento do nosso trabalho, procuramos a definição dos conceitos envolvidos no estudo assim como uma sucinta revisão teórica sobre a problemática da infeção associada aos cuidados de saúde.

No capítulo seguinte apresentamos o desenvolvimento do Trabalho de Projecto.

4 – TRABALHO DE PROJETO

*“ Não repita as táticas que já lhe deram triunfos,
deixe que os seus métodos se adaptem
à infinita variedade de circunstâncias”*

Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:43)⁹⁰

Trabalhar com a metodologia de projecto consiste na mobilização dos aportes adquiridos em contexto teórico mobilizando-os para a prática.

São inúmeros os conceitos que no definem o trabalho de Projecto, de entre eles adoptámos o que nos refere Ramos (2005:7)⁹¹ “Um projeto é um empreendimento com determinados objetivos, levado a cabo adotando estratégias adequadas, executando um conjunto de atividades coordenadas, realizadas por uma equipa de participantes ao longo de um tempo determinado, empregando diversos recursos.”.

Esta metodologia de trabalho apela ao planeamento e para uma melhor compreensão/visualização do trajeto que realizámos elaboramos o cronograma (Apêndice 2), que serviu de guia orientador, pois conforme Vergara (1997:61)⁹² expõe a propósito do mesmo, *“...refere-se à discriminação das etapas do trabalho com seus respectivos prazos. O aluno deverá enumerar as etapas principais, necessárias à construção do trabalho, e distribuí-las ao longo do tempo disponível, levando, necessariamente em conta, os momentos não disponíveis. Mais do que uma formalidade, o cronograma ajuda o aluno a disciplinar-se quanto ao tempo e os prazos, de maneira a priorizar a atividade prevista no cronograma, o que poderá resultar num ganho de escala em termos reais.”.*

Assim respeitando as fases da metodologia de projeto, realizámos o diagnóstico da situação, planificámos e executámos atividades, que impulsionaram a evolução do projeto que desenvolvemos, culminando com avaliação, apresentação de estratégias de melhoria e subseqüentemente com divulgação deste projeto e dos seus resultados, no âmbito da melhoria dos cuidados prestados no SANE aos doentes IRC em programa de dialise.

⁹⁰ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

⁹¹ Ramos, Sérgio - *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projeto* - outubro 2007 http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia_Projeto_1_.pdf acedido a 10/11/2010 às 18h

⁹² Vergara, Sylvia Constant - *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas, 1997.

Clarificando Andrade *et al* (2008: 6)⁹³ citando (Almeida, 2002) refere-nos que “... a origem da palavra projeto deriva do latim *projectus*, que significa algo lançado à frente. A idéia de projeto é própria da atividade humana, da sua forma de pensar em algo que deseja tornar real, portanto o projeto é inseparável do sentido da ação.”

Este projeto integra-se como já se referiu no início, numa estratégia nacional, institucional, do serviço onde trabalhamos e pessoal. Decorreu no SANE e avança para além do tempo da realização do Curso de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

4.1 – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

*Daí o ditado: «se conhece o inimigo e a si mesmo
A vitória será inquestionável;
Se conhece o Terreno e o
Tempo a sua vitória será total.»*
Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:75)⁹⁴

Sendo a primeira etapa da metodologia de projecto, o diagnóstico de situação, é essencial formular a área de trabalho a intervir, realizando uma boa colheita de informação, esta informação recolhida recorrendo a várias “ferramentas” são o garante da adequabilidade das respostas às necessidades e permitem definir intervenções que atinjam os objetivos, para responder a este pressuposto de entre outros é assim essencial conhecer o meio onde vai decorrer o nosso projeto de intervenção.

⁹³ Andrade, Alexandre; Rocha, Dulcireni Schwinden; Vavassori, Marilene - *Proposta de elaboração de uma página eletrônica para a Escola de educação básica Arno Sieverdt*
<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CEEQFjAE&url=http%3A%2F%2Fnead.rio-grande.ifrs.edu.br%2Fmidias%2FCiclo%2520Basico%2520-%25202008%2520-%25202%2520turma%2FSC%2520-%25204%2FAlexandre%2520Andrade%2C%2520Dulcireni%2520Rocha%2520e%2520Marilene%2520Vavassori.%2520Projeto%2520Proposta%2520de%2520elabora%25E7%25E3o%2520de%2520uma%2520p%25E1gina%2520e%2520letr%25F4nica.doc&ei=simC UYWVDsPE7AbO9ID4BQ&usg=AFQjCNH1m9gxOWxmYOycOEslNg9FIQpEzw> acedido a 30/04/2013 às 23h

⁹⁴ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

4.1.1. - Caracterização do serviço de Nefrologia

O Serviço de Nefrologia responde às necessidades das pessoas com insuficiência renal. É um centro de referência da especialidade, funcionando de 2ª feira a sábado das 8 às 24 horas e no restante tempo, com uma equipa de prevenção (um médico, um enfermeiro e um assistente operacional).

Atende utentes referenciados pelos Centros de Saúde e serviços de internamento ou urgência. Garante o tratamento regular por hemodiálise a cerca de 30 utentes com insuficiência renal crónica terminal.

Assegura assistência ao programa de tratamento por diálise peritoneal.

Fornecer tratamentos de plasmaferese e hemoperfusão, para correção/controlo de várias doenças e intoxicações.

Assegura a construção e manutenção de acessos vasculares para hemodiálise, dos doentes em tratamento hemodialítico no Centro Hospitalar e primeiros acessos dos doentes seguidos em consulta.

Realiza Angiografias de diagnóstico dos acessos vasculares para hemodiálise, e flebografias para monitorizar possíveis vasos para a realização de acessos vasculares, assim como colocação de cateteres centrais para hemodiálise.

4.1.2. – Cultura organizacional⁹⁵

*“Daí o ditado: «O governante esclarecido planeia antecipadamente;
o bom general otimiza os seus recursos».”*

Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:93)⁹⁶

Uma organização é representada como um sistema complexo, com características, cultura e clima próprio. A observação e análise de algumas variáveis permitem o aperfeiçoamento da organização. Contudo para surgirem mudanças a organização precisa de ter aptidão inovadora.

⁹⁵ Este conteúdo (Caracterização da organização e Cultura Organizacional) foi realizado em conjunto com L. A., a realizar este mesmo estágio neste mesmo contexto, com consentimento da Sra. Professora Coordenadora do Curso, Mª A. R.

⁹⁶ Sun Tzu – A Arte da Guerra. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

A cultura de uma organização é um misto de características que a particulariza, tornando-a única, combinando um sistema de valores, crenças, tradições e hábitos. As condições internas e externas à organização condicionam transformações à sua cultura ao longo do tempo. A cultura de uma organização caracteriza uma realidade complexa, que no fundo é a vida social do conjunto de intervenientes da mesma.

Como nos expõe RIBEIRO⁹⁷ (s.d.), referindo-se a Pettigrew, (1979), *“O conceito e desenvolvimento do termo “Cultura Organizacional” fica marcado com Pettigrew na década de 70, passando a ter grande desenvolvimento a partir da década de 80, atendendo à grande turbulência a que as organizações Americanas estavam sujeitas e a sua incapacidade de competir com organizações de outros países, nomeadamente Japonesas, ao fracasso dos modelos racionalistas da gestão das organizações, assentes em estudos e métodos quantitativos, limitadores da introdução de mudanças nas organizações, ao nível do seu comportamento social e psicológico.”*. O mesmo autor define então que, *“Entende-se assim que a cultura organizacional deva ser um sistema cujo significado é partilhado por todos os seus membros, expressa por valores centrais, os quais irão caracterizar a “personalidade” da organização, ou seja, a sua cultura dominante.”*.

A Cultura Organizacional nasce da necessidade dos indivíduos, dos mecanismos de grupos e da influência dos líderes que pelo uso das estruturas, legitimam o passado, dão vida ao presente e apontam para o futuro. Numa perspetiva mais operacional pode ser definida como um conjunto de normas elaboradas pelo topo e posteriormente difundidas aos outros elementos constituindo as linhas mestras da atuação para todos os membros. Assim, para conhecer o funcionamento de qualquer organização é preciso partir da observação e da interpretação de comportamentos individuais, mas também de comportamentos coletivos. Estes comportamentos ou ações geram uma fonte de informação e são usados para desenvolver justificações cognitivas e atribuições de sentidos.

O modelo desenvolvido por Quinn⁹⁸ preconiza quatro tipos de cultura: Cultura de Consenso (Apoio), Ideológica (Inovação), Racional (Objetivos), e Hierárquica (Regras), que se resumem:

⁹⁷ Ribeiro, Olivério de Paiva – *Educação, Ciência e Tecnologia* [Em linha]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium32/13.pdf> acedido a 11/06/2010 às 19h

⁹⁸ Quinn, R. E. – *Behind Rational Management Mastering the Paradoxes and Performance*. S. Francisco: Jossey-Bass Pub., 1988

Cultura de Consenso – é expressa como um lugar de trabalho afetuoso onde predomina a partilha entre as pessoas. A organização guia-se pela lealdade e tradição pela união e ética. Os líderes são encarados como mentores.

Cultura Ideológica – distingue-se por um trabalho dinâmico e criativo. As pessoas correm riscos continuamente. A organização estimula a iniciativa e liberdade do próprio. Os líderes são vistos como inovadores e destemidos. O que mantém as pessoas unidas é o seu envolvimento com a experiência e a inovação.

Cultura Racional – é específica de uma organização dirigida para os resultados. Os líderes são competidores. A sua missão cinge-se a ações de competitividade e realização de objetivos onde os seus alvos estão delineados.

Cultura Hierárquica – é caracterizada por valores e normas associados à burocracia onde os indivíduos admitem bem a autoridade, sendo a segurança e a ordem fulcral, a informação é formal. Regras e políticas rígidas são o garante da unidade na organização. Os seus líderes são coordenadores e organizadores tendo como objetivo a estabilidade e eficiência.

4.1.3. - Caracterização da equipa de enfermagem do SANE

*“ E se, deste modo,
formos capazes de atacar uma pequena
força com um exército maior,
os nossos inimigos estarão em apuros.”
Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:41)⁹⁹*

A equipa de enfermagem do SANE é feminina na totalidade, constituída por dezanove enfermeiras.

A média etária situa-se nos 46 anos.

Para se conhecer o tipo de cultura organizacional da equipa de enfermagem do SANE, procedeu-se à aplicação de um questionário (Anexo 2), que inquire qual a cultura de uma organização, serviço ou equipa. Foi elaborado com base no Modelo de Valores Contrastantes desenvolvido por Quinn¹⁰⁰ e colaboradores.

⁹⁹ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

¹⁰⁰ Quinn, R. E. – *Behind Rational Management Mastering the Paradoxes and Performance*. S. Francisco: Jossey-Bass Pub., 1988

Foram entregues os questionários e preenchidos, a análise dos mesmos foi possível utilizando a escala que auxilia á sua interpretação (Anexo 3).

O quadro seguinte, o quadro 4, representa os valores percentuais da análise dos resultados, onde se evidencia uma cultura predominantemente hierárquica.

Cultura Ideológica	22,37 %
Cultura Racional	14,14 %
Cultura Hierárquica	36,82 %
Cultura de Consenso	25,46 %

Quadro 4 –Valores da análise da Cultura Organizacional da Equipa de Enfermagem

Quando predomina a cultura hierárquica (fig. 2), num local de trabalho, este é formal e estruturado. As ações são guiadas pelos procedimentos, de modo a satisfazer os propósitos da administração. Os objetivos são a previsibilidade, a estabilidade e a eficiência, sob direção de regras formais. É uma cultura que espelha os valores e normas burocráticos, a informação é rígida e os líderes tendem para a estabilidade e eficiência. Estes serão aspetos a ter em conta em qualquer intervenção que implique a colaboração da equipa. Esta deverá ser envolvida de modo formal, hierarquicamente e com objetivos claros e enquadrados em normas de orientação clínica (NOCs).

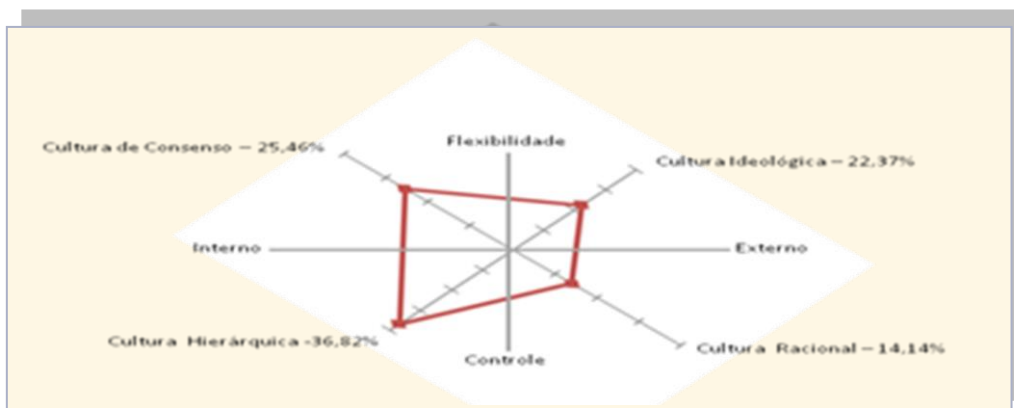


Figura 2 – Cultura organizacional da equipa de enfermagem

4.1.4. - ANÁLISE SWOT

“Pondere e Planeie antes de avançar”

Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:49)¹⁰¹

No intuito de uma melhor delineação do projeto, pensamos ser importante compreender de que maneira o ambiente poderia influenciar o planeamento e desenvolvimento do projeto que nos propusemos desenvolver, realizando uma análise de SWOT.

Procurando a significação de SWOT, Silva (s.d.)¹⁰² refere que: *“A Análise SWOT termo em inglês que significa Forças (Strengths), Fraquezas (Weaknesses), Oportunidades (Opportunities) e Ameaças (Threats) é uma ferramenta utilizada para fazer análise de ambiente, sendo usado como base para gestão e planeamento estratégico.”*. A mesma autora explica como se realiza esta análise, *“é feita por meio de uma matriz de dois eixos (o eixo das variáveis internas e o das variáveis externas), cada um deles composto por duas variáveis: pontos fortes e pontos fracos da organização; oportunidades e ameaças do meio externo.”*¹⁰³.

Considerámos importante a utilização da matriz *SWOT*, para que reconhecendo o ambiente externo e interno, evidenciando-se as oportunidades e ameaças, analisando as forças e fraquezas, se consiga encontrar as estratégias mais adequadas para a solução do problema por nós encontrado e que nos propomos ajudar a resolver.

Em seguida, apresentamos a esquematização da análise SWOT realizada à equipa de enfermagem do SANE (fig. 3).

¹⁰¹ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

¹⁰² Silva, Teresa Cristina Ferreira - *Eixo temático: ensino e pesquisa análise swot potencializando as ações de planeamento do enfermeiro* <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I16002.E8.T3853.D4AP.pdf> acedido a 02/01/2011 às 22h

¹⁰³ *Ibidem*

<ul style="list-style-type: none"> - Dinamismo da Equipa. - Capacidade de desenvolver trabalho. - Realização recente de formação. - Alguns Enfermeiros motivados para a gestão do risco e controlo de infeção. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desmotivação de alguns enfermeiros. - Resistência à mudança. - Existência de alguns desajustes a nível físico (camas ou macas de outros serviços).
<ul style="list-style-type: none"> - Programa já em curso na Organização. - Disponibilidade da chefia para a manutenção do programa. - Disponibilidade para novas formações. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento inadequado do produto de Higienização das Mãos pela farmácia. - Não reabastecimento, renovação por parte dos AO da SABA atempadamente. - Descontinuidade do programa por parte da organização por falta de recursos.

Figura 3 – Análise SWOT realizada á equipa de Enfermagem do SANE

Para conseguir atingir os objetivos a que nos propusemos, tivemos que eliminar as possíveis ameaças, diligenciar a correção dos pontos fracos existentes, bem como capitalizar ao máximo os pontos fortes, aliados às oportunidades.

Ao longo do projecto fomos tendo em atenção os dados colhidos com esta análise, pois assim era mais fácil avaliar o sucesso, e obter recetividade por parte dos enfermeiros do SANE para possíveis mudanças de atitude na adesão à higienização das mãos, nos momentos preconizados.

O que pretendíamos era operar uma mudança de atitude, e como nos refere Dornelas (2000)¹⁰⁴ “*A mudança é a única constante em qualquer negócio, setor, mercado... Mudança constante significa que a análise SWOT não pode ser feita uma única vez; é preciso rever a matriz regularmente à medida que seus concorrentes crescem e o ambiente à sua volta muda. A análise SWOT é uma ferramenta extremamente útil e deve ser utilizada continuamente com o objetivo de clarear o caminho a ser seguido e o que deve ser feito.*”.

¹⁰⁴ Dornelas, José - *Como fazer o Planeamento Estratégico do Negócio do seu Plano de Negócios* <http://www.planodenegocios.com.br/www/index.php/informacao/2957-como-fazer-o-planeamento-estrategico-do-negocio-do-seu-plano-de-negocios> acessido a 20/01/2011 às 9h

4.2 – PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DO PROJETO

*“O guerreiro arguto procura agir por sinergias
e não exige demasiado dos indivíduos.
Daí ter de ser capaz de escolher os homens certos
e combinar energias.”*
Sun Tzu, in *A Arte da Guerra* (2010:36)¹⁰⁵

Este projeto teve início com apresentação dos dados que previamente tinham sido coligidos, à equipa de enfermagem do SANE, o que ocorreu no dia 26 de fevereiro de 2011 (Apêndice 3), em contexto de Formação em Serviço. Neste momento a equipa foi informada que se iria proceder à realização de novo momento de observação, desta vez não informada e que este programa da OMS iria servir de suporte para o projeto a desenvolver em contexto do CPLEE MC. Nesta mesma formação deu-se conhecimento à equipa que o SANE tinha sido um dos serviços escolhidos para apresentar na reunião dos elementos dinamizadores da CCI, como tinha implementado o programa, pois tinha apresentado um resultado de “satisfatório”, logo no primeiro ano de implementação do programa, mesmo com o constrangimento de ser um serviço de ambulatório. Afigurou-se interessante mostrar à equipa a apresentação que iríamos expor, nessa reunião, dando a possibilidade de proporem sugestões para apresentação. (Apêndice 4)

Para a realização deste projeto utilizamos o formulário de observação preconizado pela “*World Alliance for Patient Safety*” (Anexo 1), pois além de estar aferido, só utilizando o mesmo instrumento é que nos seria possível poder comparar resultados, para uma intervenção adequada.

Sendo o formulário o instrumento a utilizar, fomos clarificar qual a sua importância no trabalho que realizamos assim, “*Formulário é um documento reproduzido por alguma técnica de impressão possuindo determinados campos delineados para coleta e registro de dados e informações necessários a um ou mais sistemas administrativos.*”¹⁰⁶, Prêve (2008: 42)¹⁰⁷ salienta a importância da utilização deste instrumento, “*O uso de formulários tem um papel bem definido: o da comunicação organizacional. Por isto podemos conceituá-lo, de acordo com D’Ascensão (2001), como um documento que contém campos pré-impressos que recebem dados e informações para viabilizar um*

¹⁰⁵ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

¹⁰⁶ http://www.crc-ce.org.br/crcnovo/download/PLANEJAMENTO_SISTEMAS_E_METODOS.pdf acedido a 11/12/2012 às 22h

¹⁰⁷ Prêve, Altamiro Damian - UFSC/CSE/CAD – disciplina: cad 5213 – osm – *Organização, sistemas e métodos prof.* http://health.cat/open.php?url=http://www.cad.cse.ufsc.br/cad/Apostila_OSM_2008_2.pdf acedido a 09/12/2012 às 21h 30m

fluxo de comunicação em uma organização. (...). O autor nos mostra, ainda, diferentes denominações de formulários, segundo suas funções específicas:

- *formulários planos: correspondem aos que possuem campos desenhados e pré-impresos em papel padronizado. Esse tipo de formulário, cujo desenho define campos para dados e informações, são, usualmente, estocados para preenchimento manual. Esta prática é ainda bastante difundida, por razões diversas como a praticidade de uso;*
- *formulários contínuos: são os preenchidos por impressoras e, geralmente, em grande escala. Seu desenho, embora fuja a determinados padrões estabelecidos por normas, obedece ao espaçamento de uma impressora, o que permite dimensionar os campos e tamanhos para dados e informações a serem dispostos. Há, portanto, uma facilidade em atender às necessidades, em organizar um arquivo, assim como o acesso a dados arquivados; e*
- *formulários eletrônicos: são elaborados por softwares aplicativos que, por meio de redes, estão à disposição de todos. Muitas organizações que utilizam diferentes fontes de recursos disponibilizam esses formulários para serem preenchidos, sem a utilização de papel.*

Dentre as diferentes definições, podemos acompanhar a de Ballestero Alvarez (1991), que considera o formulário um instrumento apropriado para receber informações constantes e variáveis, tendo como objetivo possibilitar leitura, interpretação, armazenamento e uso, por qualquer agente de uma organização. Para Oliveira (1986) é um importante meio de comunicação e registo de informações para qualquer organização. Para que um formulário tenha seu papel representativo de manipulação de informações, é preciso que tenha um layout devidamente desenhado para receber, manipular e dispor de informações relativas às funções a que elas se destinam.”

O formulário que utilizamos já se encontrava construído pois é o cedido pela DGS e foi elaborado pela OMS, integrado no programa *Clean Care is Safer Care*.

Para aplicação do mesmo optamos, por concretizá-la através da observação dos procedimentos inventariados, Assim o investigador pode tal como nos refere Correia (2009:32)¹⁰⁸, referindo-se a Leininger (1991) utilizar “...um modelo O-P-R, observação, participação e reflexão, ...”, como tal escolhemos este meio de recolha de dados - **Observação Participante**.

¹⁰⁸ Correia, Maria da Conceição Batista - *A observação participante enquanto técnica de investigação* http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf acedido em 15/01/2011 às 19h 55m

Observação esta em que o observador é interveniente, assim como nos refere Carmo e Ferreira ¹⁰⁹(1998: 107), “ *Em certas investigações..., o papel que o investigador assume é ténue, passando completamente despercebido á população observada, sem que esse facto possa considerar-se incorreto do ponto de vista deontológico uma vez que as situações observadas ocorrem em ambiente aberto, ...*”, também Correia ¹¹⁰ (2009:31) nos salienta a propósito deste tipo de observação, “*A Observação Participante é realizada em contacto direto, frequente e prolongado do investigador, com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa.*”, a mesma autora refere que, (2009:32)¹¹¹ “... *a observação poderá ser mais estruturada se utiliza um guião orientador, cujos itens foram definidos previamente, considerando os objetivos do estudo.*”. Assim com o auxílio do formulário anteriormente referido a observação foi objetiva, ajudando a que os momentos observados estivessem delimitados ao que constava no respetivo formulário, que servia de guião de observação. Quanto ao observador com este tipo de técnica, tem como vantagem estar integrado na população a ser observada e assim as alterações de comportamento são reduzidas dando menor margem de enviesamento dos comportamentos da população a ser observada. Como desvantagem, tem a questão do tempo pois o investigador precisa de se integrar com a população, até que deixe de ser sentido como intruso e passe a fazer parte da mesma, constrangimento esse que por nós não foi sentido pois fazemos parte integrante da equipa. No entanto, como nos volta a expor Correia ¹¹²(2009:35), é exigido ao observador que ao realizar esta técnica reúna os seguintes atributos, “*A Observação enquanto técnica exige treino disciplinado, preparação cuidada e conjuga alguns atributos indispensáveis ao observador-investigador, tais como atenção, sensibilidade e paciência.*”.

A realização das mesmas decorreram nos dias 16,17,18 e 19 de março e obtiveram-se os seguintes resultados, referentes apenas aos momentos observados às práticas dos enfermeiros, 88 adesões em 143 ações observadas, com uma percentagem de **61,5%**, distribuídos da seguinte forma (quadro 5).

¹⁰⁹ CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – *Metodologia da Investigação. Guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

¹¹⁰ Correia, Maria da Conceição Batista - *A observação participante enquanto técnica de investigação* http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf accedido em 15/01/2011 às 19h 55m

¹¹¹ *Ibidem*

¹¹² *Idem, Ibidem*

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE

Momentos	Nº de Oportunidades	Nº de Adesões	%
Antes do contacto com o doente	35	24	68,5
Antes de procedimentos limpos ou assépticos	18	6	33,3
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	20	18	90
Após contacto com o doente	29	6	20,6
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	37	34	91,8

Quadro 5 - Resultados da equipa de enfermagem da Observação de março de 2011

Para compreender a importância atribuída pelos profissionais do SANE ao projeto “*Higienização das mãos uma prioridade no SANE*”, e as possíveis razões de uma não adesão ao mesmo, recorreremos à aplicação do questionário já referido.

Após pedido aos órgãos de gestão do Centro Hospitalar e aprovação pelo Conselho de Ética, para a sua realização. (Apêndice 5 e Anexo 4)

Questionário, como nos refere Fortin¹¹³ (1999:249), “...é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.”... “Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma forma rigorosa. O questionário não permite ir tão em profundidade como a entrevista, mas permite um melhor controlo dos enviesamentos.”.

Dando prossecução à metodologia, após a entrega dos questionários (Apêndice 1) estabeleceu-se que estes seriam preenchidos e entregues nas datas compreendidas entre 15 e 22 de fevereiro, foram devolvidos 18 questionários preenchidos, dos quais resulta a análise seguinte.

Quanto à primeira questão acerca da importância da higienização das mãos. Obtivemos 100% de respostas no sim, como se pode observar no gráfico 1.

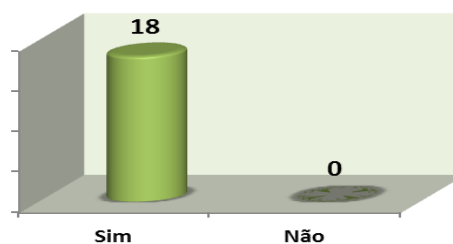


Gráfico 1 - Resultados da importância atribuída pelos Enfermeiros à higienização das mãos.

¹¹³ Fortin, Marie Fabienne – *O processo de investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

Na segunda questão utilizamos uma escala de Likert, para as respostas positivas. Era importante sabermos qual a importância atribuída por cada enfermeiro, à higienização das mãos pois isso influenciaria, a execução deste procedimento.

Como se pode observar no gráfico 2, duas enfermeiras responderam que o procedimento tinha muita importância, e as restantes dezasseis que era de absoluta importância, assim

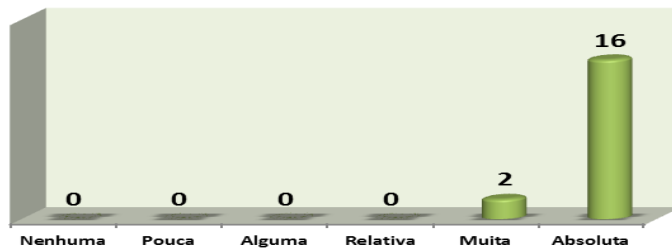


Gráfico 2 - Valor atribuído à higienização das mãos.

temos que para as enfermeiras do SANE à higienização das mãos é algo muito valorizado na prestação de cuidados.

Na terceira questão em que se pergunta, “*Executa sempre a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?*”, obtivemos oito respostas positivas como se pode observar no gráfico 3. Esta pergunta era relevante para percebermos a consciência que era tida nos atos automatizados a quando da prestação de cuidados e assim equacionarmos estratégias para intervenções futuras.

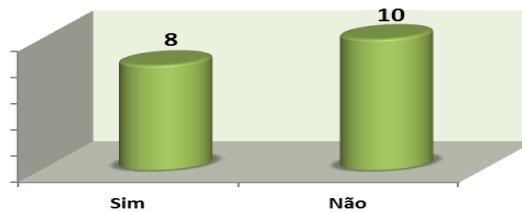


Gráfico 3 - Adesão à higienização das mãos.

Na quarta e última questão pedimos a quem tinha respondido não, a justificação e razões para a não realização do procedimento. Com essa informação seria mais fácil direccionar algumas possíveis intervenções.

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE

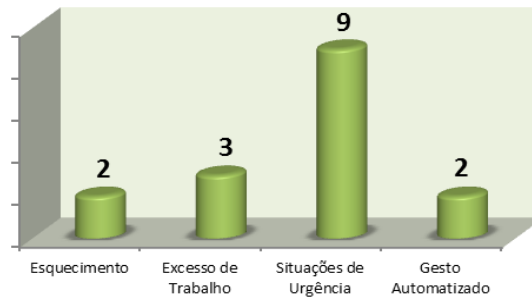


Gráfico 4 - Razões para a não realização do procedimento.

Como se pode ver no gráfico 4, as razões distribuem-se em quatro grupos, sendo no entanto as situações de emergência o que foi mais referido, para não execução da higienização das mãos, seguido do excesso de trabalho, este gesto automatizado é referido para silenciar alarmes dos monitores de diálise que fazem parte da unidade do doente quando está a realizar a sua sessão de hemodiálise. Estas alusões vão ao encontro do que nos refere a literatura. Martini¹¹⁴ (2004:13), “*Os problemas que dificultam a lavagem das mãos passaram a ser os relacionados à tríade falta de tempo/excesso de trabalho/superlotação. Entretanto, em épocas em que os índices de internação, referentes à relação paciente/dia, diminuam consideravelmente, a observação revelava que, mesmo nessas situações, a prática da lavagem das mãos não se alterava.*”. Também Cruz *et al*¹¹⁵ (2009:35) refere “*Pesquisas demonstraram que quanto maior a gravidade do paciente, mais frequentes foram as oportunidades para HM e menor a adesão a essa prática...*”.

¹¹⁴ Martini, Ângela C. – *Lavagem das mãos no olhar dos trabalhadores de enfermagem* <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5028/000418996.pdf?sequence=1> acedido em 15/02/2011 às 23h 45m

¹¹⁵ Cruz, Elaine Drehmer de Almeida ; *et al. Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. Cienc. enferm.* [online]. 2009, vol.15, n.1, pp. 33-38. ISSN 0717-9553. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art05.pdf> acedido em 02/01/2011 às 21h

5 – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

“Retirar o melhor tanto dos fortes como dos fracos é uma questão que envolve o uso correto do terreno.”

Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:83)¹¹⁶

“Durante a fase de execução do projeto, as atividades são o centro das atenções, ...”¹¹⁷, segundo Ramos (2005: 8). Deste modo, irão ser relatadas as ações que pensamos serem as mais adequadas para implementar, para que se impulsione a equipa e se consiga a adesão esperada, ao projeto que estamos a dinamizar.

Para isso temos que adequar as nossas estratégias à equipa que pretendemos estudar e se possível alterar comportamentos para melhorar as práticas, assim Senna (2010:41)¹¹⁸ refere-nos que, *“O comportamento pode ser descrito como um mecanismo utilizado pelo indivíduo como forma de satisfazer às necessidades emanadas a partir da ocorrência de um determinado evento, e que se realiza através de uma ação. O processo comportamental será então a representação das etapas que este indivíduo percorre para responder a este evento. Estas etapas podem ser descritas da seguinte forma:*

- *Evento: considerado qualquer acontecimento interno ou externo ao indivíduo que produzirá um estímulo e desta forma influenciará o comportamento. Estes são normalmente identificados através dos órgãos dos sentidos e podemos denominar como percepção.*
- *Percepção: processo pelo qual o indivíduo organiza, interpreta e traduz as informações recebidas após selecionar os estímulos de acordo com suas necessidades e interesses. Esta interpretação pode gerar um estímulo ou não, em função das experiências vivenciadas pelo indivíduo.”*

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica¹¹⁹, atribui ao enfermeiro especialista a responsabilidade de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção à

¹¹⁶ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

¹¹⁷ Ramos, Sérgio - *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projeto* - outubro 2007 http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia_Projeto_1_.pdf acedido a 10/11/2010 às 18h

¹¹⁸ Senna, Kátia Marie Simões - *Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Profissionais de Saúde Relacionados À Higiene de Mãos*. Rio de Janeiro 2010.

http://www.unirio.br/propg/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202010/DISSERT_A%C7%C3O_KATIA_SENNA.pdf acedido a 19/05/2012 às 19h

¹¹⁹ Regulamento n.º 124/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf> acedido a 02/04/2011 às 22h

peessoa em situação crítica e ou falência orgânica, uma vez que têm que ser dadas respostas eficazes num curto espaço de tempo. Logo, o Enfermeiro Especialista, “*Concebe um plano de prevenção e controlo da infeção para resposta às necessidades do contexto de cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.*”, e “*Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.*”.

Como se pode constatar da primeira observação realizada nos dias 20, 21, 23 e 25 de outubro de 2010, para a segunda (quadro 6), efetuada em contexto de estágio do CPLEE MC, que aconteceu no período já referido, podemos verificar que ocorreu um decréscimo na adesão á prática da higienização das mãos, por parte dos enfermeiros que prestam cuidados no SANE, o que vai ao encontro do que está descrito na literatura como justificação para a não adesão à prática deste procedimento, como nos reforça Martini e Dall’Agnol ¹²⁰(2005:89), “... *é comum somar-se justificativas à não lavagem das mãos: seria o sabão? As pias? A forma de secagem? Tais aspetos já ocuparam lugar de destaque em muitas discussões e em muitos locais de trabalho.*”.

Momentos	% de Adesões de outubro 2010	% de Adesões de março 2011
Antes do contacto com o doente	65,5	68,5
Antes de procedimentos limpos ou assépticos	91,6	33,3
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	78,5	90
Após contacto com o doente	89,6	20,6
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	88,2	91,8

Quadro 6 – Comparação de resultados das Adesões

Como podemos constatar a maior discrepância ocorre no momento dois, “*Antes de procedimentos assépticos*” (fig. 4), em que ocorreu um decréscimo de adesão de 58,3%, passamos de 91,6% para 33,3%. Tentando encontrar uma justificação para esta ocorrência, poderá ser por o enfermeiro considerar que como já se encontra dentro da unidade do doente, vulgarmente chamada de *Bolha*, quando vai realizar o procedimento

¹²⁰ Martini, A. C; Dall’agnol, C. M. - Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 abr;26(1):88- 101 <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4544/2474> ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447, acedido em 13/01/2011 às 22h 30m

não se apercebe que o ambiente envolvente pode conter microrganismos nocivos e que podem ser transmitidos antes do procedimento a realizar.

O programa refere que a higiene das mãos deve ser realizada imediatamente antes do contacto direto com o doente, ou seja após a higiene das mãos o profissional de saúde só deve tocar nas superfícies necessárias à execução da tarefa. Isto é um pré-requisito para assepsia. Assim, o doente é protegido.



Figura 4 – “Antes de procedimentos assépticos”¹²¹

A outra oportunidade em que a diferença é mais acentuada, é o quarto momento, “*Após contacto com o doente*” (fig. 5), em que na primeira observação se registou uma adesão de 89,6%, e num segundo momento surge-nos o valor de 20,6%, ocorrendo uma diferença de 69%. Este momento na nossa prática é muitas vezes ligado ao quinto momento, pois após procedemos à punção do doente, e antes de inserir os parâmetros no monitor ou realizar qualquer outro procedimento, deveríamos higienizar as mãos e só depois então executar a tarefa seguinte, pois só assim o profissional de saúde e o ambiente de prestação de cuidados estão protegidos.



Figura 5 – “Após contacto com o doente”¹²²

¹²¹ <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00380049AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> acessido a 10/01/2011 às 15h

¹²² *Ibidem*

Tal como se referiu, este momento pode ser sobreposto com o quinto momento, “*Após contacto com o ambiente envolvente do doente*” (fig. 6), e aí essa ação pode ser adiada até o profissional de saúde ter abandonado o ambiente envolvente do doente.



Figura 6 – “Após contacto com o ambiente envolvente do doente”¹²³

Quanto a esta oportunidade, ocorreu um ligeiro aumento na adesão, também era um dos momentos que tinha tido mais anuência na primeira observação. Com a colocação das SABA na unidade do doente, que no caso do SANE é aos pés da cadeira do doente, a equipa de enfermagem teve grande facilidade em aderir à execução deste procedimento. No momento um, “*Antes do contacto com o doente*” (fig. 7), a subida foi ligeira, de 3%. É neste momento que tal como nos refere Cruz *et al* ¹²⁴(2009:36), “...o hábito pode suplantar a intenção de realizar determinada ação. Neste sentido, para os pesquisadores embora os profissionais valorizem e reconheçam a importância da HM, o hábito inadequado resulta em não adesão.”, ou seja, insere-se o gesto automatizado referido nos questionários, que faz com que este valor não seja ainda melhor, surgindo aqui uma possibilidade de intervenção para melhoria da adesão a este momento.



Figura 7 – “Antes do contacto com o doente”¹²⁵

¹²³ <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00380049AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> acessido a 10/01/2011 às 15h

¹²⁴ Cruz, Elaine Drehmer de Almeida ; *et al. Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado. Cienc. enferm.* [online]. 2009, vol.15, n.1, pp. 33-38. ISSN 0717-9553. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art05.pdf> acessido em 02/01/2011 às 21h

¹²⁵ <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00380049AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> acessido a 10/01/2011 às 15h

No terceiro momento, “*Após risco de exposição a fluidos orgânicos*” (fig.8), pois houve um aumento significativo de 11,5% de adesão. Sendo o SANE um local onde quase todos os procedimentos observados têm contacto com sangue, é muito importante que os enfermeiros estejam sensibilizados para, após o contacto com o mesmo, utilizando como é preconizado luvas, estejam despertos para realizar a higienização das mãos.



Figura 8 – “Após risco de exposição a fluidos orgânicos”¹²⁶

” Como nos refere a DGS (2010:28)¹²⁷, “ **Quando?** Após qualquer procedimento que potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. **Porquê?** Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.”.

Ao analisarmos os dados recolhidos no preenchimento do questionário e na resposta à questão número três, em que se pergunta, “ *Executa sempre a higienização das mãos no contacto direto com o doente e a sua unidade?*”. Percebemos que é na consciencialização referente à higienização das mãos, que temos que intervir, pois obtivemos 61,5% de adesões aos passos preconizados no programa da OMS, é de essencial importância que os enfermeiros que prestam cuidados no SANE, tenham consciência que muitas vezes não executam a prática da higienização, porque só assim estarão despertos para corrigir a não execução dessa prática.

Como tal é proposta a realização de mais formação, em que serão apresentados os dados recolhidos, pois, por vezes, a confrontação com factos torna mais fácil a tomada de consciência e como tal, a melhoria das práticas. Esta formação tanto poderá ser em contexto de sala, em momento formativo formal, como em contexto informal, tais como

¹²⁶ <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00380049AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA> acessado a 10/01/2011 às 15h

¹²⁷ Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acessado a 15/10/2010 às 22h 30m

passagem de turno, no local onde se prestam os cuidados e quando nos deparamos com uma prática menos adequada e se pode explicar qual a prática adequada para reduzir o risco de infeção associada aos cuidados de saúde. Facultar sempre que surja uma oportunidade, a possibilidade de lembrar quais os momentos preconizados pela OMS para a prática da higienização das mãos. Neste contexto, e aquando da realização da pesquisa bibliográfica constatou-se que a Organização Mundial da Saúde instituiu o dia 5 de maio como o **Dia Mundial de Higiene das Mãos**. (fig. 9)



Figura 9 – Cartaz da campanha de higienização das mãos ¹²⁸

Esta data associa o quinto dia do quinto mês aos cinco momentos da Higiene das Mãos. Pensamos ser um momento excelente para, realizarmos algo que ajudasse a reforçar a adesão à prática da higienização das mãos, pois o que nos foi solicitado neste estágio era o planeamento de estratégias a implementar para resolução do nosso problema.

Achou-se que seria oportuno a realização de um panfleto alusivo á data, em que se transmitisse uma mensagem que potencia a prática, explica-se o porquê do panfleto e deixa-se um desafio para o futuro. (Apêndice 6)

Para tal fomos ver se era adequado este meio ao que pretendíamos, assim, “...*panfleto é um meio de divulgação de uma ideia ou marca, feito de papel e de fácil manuseabilidade. Por ter um baixo custo é muito utilizado para atingir grandes públicos em pouco tempo. Os panfletos visam apresentar, numa circulação rápida, de mão em mão, impressos ou fotocopiados, ideias, opiniões ou informações sobre diversos assuntos, como por exemplo publicidade de um produto, orientação ou ajuda num determinado local, ou ainda a exposição de qualquer tipo de produção artística ou política, entre outros.*” ¹²⁹. Sendo o que mais se adequava, ao pretendido, partimos para a sua concretização.

¹²⁸ <http://nmc.biterite.ae/displaynewsevents.aspx?newsid=47&catid=7> acessido a 21/06/2012 às 02h 30m

¹²⁹ <http://dicionario.babylon.com/panfleto/> acessido 01/05/2011 às 9h

Assim o panfleto tem a informação do âmbito em que está a desenvolver-se o projeto, “ **Higiene das Mãos**”, assinala a comemoração do dia mundial, o porquê da escolha pela OMS, reforça os conhecimentos já disponibilizados, sobre higienização das mãos, os momentos preconizados, e lança como desafios 100% de adesão á Higienização das Mãos, para que se consiga uma taxa 0% de infeção nos cuidados que se prestam no SANE.

Como estratégia para potenciar esta vontade, solicitamos a uma empresa a possibilidade para a disponibilização do aparelho de luz negra, para visualização das mãos após a sua higienização, pois com a observação da deficiente higienização realizada, é mais fácil aderir a uma prática correta.

Esta atividade foi programada para os dias 23 e 24 de setembro (Apêndice 7), na qual envolvemos os restantes elementos da equipa de cuidados do SANE (médicos, auxiliares de ação médica e técnicos). Pois, seria relevante a realização desta atividade pela totalidade da equipa do SANE, para que, quando fosse executada nova observação e preenchimento do formulário, no decorrer do mês de outubro de 2011, o número de adesões fosse maior em quantidade e em execução correta e consciente do procedimento. Só assim teremos mais garantias de anuência a uma conduta correta por parte dos profissionais do SANE ao programa, fazendo com que o número de potenciais riscos de infeção associada aos cuidados de saúde diminua.

Já no final do decorrer do estágio surgiu a oportunidade de se apresentar à equipa de enfermagem os dados colhidos na observação realizada no passado mês de março, (Apêndice 8), no âmbito da formação em serviço no dia 21 de maio, a equipa foi confrontada com os resultados e foi lançado o desafio de melhoria das práticas, voltamos a reforçar os momentos de menos adesão, tentando perceber com a equipa o porquê da quebra de execução da higienização, tendo-se dado a conhecer à equipa de enfermagem, os projetos para o futuro e os objetivos a alcançar.

Para a concretização da atividade, que teve lugar no fim de setembro de 2011, recorreremos à apresentação de um filme no qual se divulga os quatro tipos de higienização das mãos, de acordo com a prática a realizar, assim como a exemplificação da técnica de realização das mesmas. (Anexo 5)

Pensamos ter sido oportuna esta apresentação neste momento, como forma de consolidar e relembrar a técnica de realização de cada um os tipos de higienização das mãos.

Assim como previsto foi realizada a observação integrada na Campanha Nacional de Higiene das Mãos, após sessão de visualização da realização da técnica e verificação da sua correta execução com o aparelho de luz negra. São esses dados que iremos divulgar e comparar com as anteriores observações, esta monitorização realizou-se nos dias 25, 26, 27 e 29 de outubro de 2011, onde ocorreram um total de 126 oportunidades distribuídas pelos 5 momentos preconizados pela campanha.

Apresentamos os resultados que se podem observar no quadro 7.

Momentos	Nº de Oportunidades	Nº de Adesões	%
Antes do contacto com o doente	42	36	85,70
Antes de procedimentos limpos ou assépticos	10	6	60
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	13	13	100
Após contacto com o doente	35	34	97,1
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	26	24	92,3

Quadro 7. Resultados da equipa de enfermagem da Observação de outubro de 2011

Como se pode constatar temos uma alta percentagem de adesão aos momentos, é no entanto importante salientar que o momento um e dois são muitas vezes sobrepostos pois quando se entra no ambiente envolvente do doente, enumeras vezes é para a realização de procedimentos limpos ou assépticos, como o puncionar, conectar ou verificar o funcionamento do acesso vascular, e ao aproximarmo-nos da cadeira do doente a higienização das mãos é realizada, calçando-se de seguida luvas de procedimentos ou esterilizadas, consoante o procedimento a realizar é limpo ou asséptico. Estes resultados mostram que a equipa tem conhecimento e está mobilizada para a realização da higienização das mãos, como se pode comprovar pelo quadro 8, ocorreu uma evolução muito positiva na anuência aos cinco momentos que no terceiro momento a adesão foi de 100%, o que nos pode levar a pensar que os enfermeiros interiorizaram a importância desta prática.

Momentos	% de Adesões de outubro 2010	% de Adesões de março 2011	% de Adesões de outubro 2011
Antes do contacto com o doente	65,5	68,5	85,70
Antes de procedimentos limpos ou assépticos	91,6	33,3	60
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	78,5	90	100
Após contacto com o doente	89,6	20,6	97,1
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	88,2	91,8	92,3

Quadro 8. Comparação de resultados das Adesões dos três momentos de Observação

Mas segundo algumas pesquisas como nos refere Guedes *et al* (2012: 308)¹³⁰ “*Estudos demonstram que a maior adesão dos profissionais à HM após o cuidado ao paciente e contato com fluidos corporais representa mais uma prática de autocuidado do que uma prática de cuidado com o paciente.*”, esta reflexão vem ao encontro do comportamento referido no MCS, em que ao entender-se a severidade e o benefício percebido é possível um aumento de adesão a determinada prática. Poderemos ter que redirecionar as nossas estratégias, dando mais ênfase ao que é valorizado por cada indivíduo, equipe ou organização, assim como nos refere Andrade *et al* (2011: 30)¹³¹ “*A adoção de um comportamento envolve aspetos individuais, coletivos e institucionais que variam de um indivíduo para o outro; e a sua manutenção vincula-se à expectativa de êxito ou na crença de autoeficácia. Assim, segundo Bandura essa crença consiste na expectativa que um indivíduo tem de que pode executar um comportamento necessário para obter um resultado desejado. O comportamento não necessita ser diretamente reforçado para ser adquirido, o indivíduo aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como as vivências das pessoas à sua volta, considerando que pensamentos, convivências e expectativas fazem parte de um processo conhecido como experiências vicárias.*”, como tal podemos depreender que este aumento de adesão à prática da HM pode advir das pressões internas para uma melhoria

¹³⁰ Guedes, Matilde; Miranda, Fernanda Moura D'Almeida; Maziero, Eliane Cristina Sanches; Cauduro, Fernanda Leticia Frates; Cruz, Elaine Drehmer de Almeida - *Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde*. Cogitare Enfermagem, Vol. 17, No 2 (2012). ISSN Impresso: 1414-8536. ISSN Eletrônico: 2176-9133 <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/27886/0> acessado a 10/06/2012 às 12h35m

¹³¹ Andrade, Denise; Oliveira, Gustavo Faria; Ezaias, Gabriela Machado; Shimura, Camila M. Naka; Giordani, Anney Tojeiro - *Experiência vicária entre profissionais de saúde na higiene das mãos* http://www.revista-api.com/2011/pdf/02/API_02_11_D.pdf acessado a 06/06/2012 às 11h

das práticas. O que vai ao encontro TSC, desenvolvida por Bandura, logo a experiência, o êxito de observações anteriores, a pressão social, são fatores que motivam para sustentar a crença de autoeficácia. É também fundamental esta mensuração, pois avaliações positivas como as que foram obtidas podem ainda levar a melhores desempenhos. Pensamos ser importante mencionar o que nos refere Moncaio (2010: s.p.)¹³² a propósito do conceito de autoeficácia, “...como a capacidade que o indivíduo tem de organizar e executar uma sequência de ações necessárias para produzir um determinado resultado, o que sem dúvida poderá ser aplicado à prática de HM entre os profissionais de saúde.”, e foi essa prossecução de atividades que levou á obtenção destes resultados. Mas como também está descrito se não ocorrer um reforço da informação/formação, esta tende a ser descurada pois este é um processo que é adquirido e que deve estar integrado e envolver os profissionais, como cita Melo (2005: 28)¹³³ “... ao falarmos de educação como estratégia de adesão, necessário se faz que revisemos as estruturas de atividades empreendidas, com a finalidade de situarmos a prática das mesmas, como instrumento de transformação.”. Assim com o objetivo de se atingir uma maior adesão, fica programada nova ação de formação para antes do novo momento de observação agendado para o mês de outubro de 2012.

Considerando que os valores atingidos são francamente bons, pois a adesão por parte dos enfermeiros do SANE foi muito positiva, o que vai contra o que está descrito na maior parte da literatura por nós consultada, como podemos constatar no que nos cita Tipple *et al* (2011:51)¹³⁴ numa investigação efetuada entre alunos de enfermagem refere que, “Um estudo de intervenção que utilizou diferentes estratégias de incentivo à HM e que foram construídas com a participação dos membros da equipe de saúde da instituição mostrou que não houve impacto significativo nos índices de adesão e que com o passar do tempo a tendência era de queda destes índices.”, também Barbosa (2010: 22)¹³⁵ menciona que “ Uma dura batalha, entretanto, ainda existe nos serviços

¹³² Moncaio, Ana Carolina Scarpel - *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da autoeficiência de Albert Bandura* <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-160516/pt-br.php> acessido a 17/05/2012 às 18h45m

¹³³ Melo, Dulcelene de Sousa - *Adesão dos enfermeiros as precauções padrão à luz do modelo da crenças em saúde*. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2005
http://www.btd.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf acessido a 23/06/2012 às 20h30m

¹³⁴ Tipple, Anaclara Ferreira Veiga; Sá, Aliny Santana; Mendonça, Katiane Martins; Silva e Sousa, Adenícia Custódia; Santos, Silvana de Lima Vieira - *Técnica de Higienização Simples das Mãos: A Prática Entre Acadêmicos da Enfermagem*. Ciencia y Enfermeria XVI (1): 49-58, 2010. ISSN 0717-2079 http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_06.pdf acessido a 30/06/2012 às 13h30m

¹³⁵ Barbosa, Luciana Rezende - *Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva neonatal*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-05102010-103307/pt-br.php> acessido a 25/06/2012 às 12h25m

de saúde afim de que se obtenha melhoria nos índices de adesão dos profissionais às regras de se higienizar as mãos em todas as oportunidades recomendadas.”.

Sendo a higienização uma medida fundamental no controlo das IACS, é primordial que quando se alcançam resultados positivos se partilhem as estratégias utilizadas.

Segundo COLLIÈRE¹³⁶ (1999:260) “ *É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional.*”, como tal pareceu-nos pertinente a criação do blog “M@os Limp@s” que, sendo o instrumento de apresentação do relatório de estágio, contribuirá não só para a divulgação do trabalho realizado e a desenvolver, como para a recolha de comentários e/ou sugestões passíveis de serem utilizados na melhoria das práticas e na partilha de experiências.

Uma outra estratégia implementada complementar à criação do blog é a disponibilização de bibliografia sobre o tema, organizada sob a forma de pasta disponibilizada nos computadores do SANE permitindo o acesso a qualquer elemento da equipa, fomentando assim a actualização de conhecimentos.

¹³⁶ Collière, M. – *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas 1999

6 – O OLHAR DO MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA NO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO *VERSUS* COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

“O Comandante deverá ter as virtudes de sabedoria, honestidade, benevolência, coragem e rigor.”

Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:10)¹³⁷

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”¹³⁸. Foi com esta responsabilidade que realizamos este empreendimento e dinamizamos este projeto de melhoria das práticas nos cuidados de saúde prestados no SANE.

Assim com a execução e implementação de algumas atividades realizadas no âmbito deste trabalho de projeto, consideramos que se desenvolveu uma prática profissional especializada e ética no respetivo campo de intervenção, pois ao potenciarmos a prestação de cuidados seguros, proporcionamos não só o desenvolvimento da primeira competência comum aos enfermeiros especialistas, em que nos é solicitado que desenvolvamos uma prática profissional e ética no nosso campo de intervenção, como a segunda, na qual existe a responsabilidade de promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos, não comprometendo a sua segurança e dignidade, pois se diminuirmos o risco de potenciais situações que possam perigar a sua vida ou aumentar o seu sofrimento, estamos a atuar como preconiza a segunda competência. Para isso, colaboramos na gestão de programas de melhoria contínua da qualidade, em que se dinamiza a criação de um ambiente terapêutico seguro.

Como inicialmente foi referido no âmbito do relatório de trabalho de projeto, apenas estamos a contemplar a equipa de enfermagem, mas este programa abrange todos os intervenientes nos cuidados que se prestam no SANE, por isso quando realizamos as observações e os questionários o fizemos a todas as equipas que irão ser contempladas com as estratégias de intervenção a realizar, indo ao encontro da competência comum

¹³⁷ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

¹³⁸ Regulamento n.º 122/2011, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf> acedido a 02/04/2011 às 21h 50m

três, em que nos é solicitado que realizemos uma gestão de cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Pois só assim conseguimos a melhoria das práticas visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Ao impulsionarmos este programa, sabíamos que era fundamental a aquisição de conhecimentos científicos, pois tínhamos a responsabilidade de os partilhar com os nossos pares. Só assim é que ocorrem ganhos tanto para quem usufrui dos cuidados, como para quem os presta, pois fá-los com consciência e base científica. Como tal, primeiro desenvolvemos conhecimento, para que prestemos cuidados sólidos e com válidos padrões de conhecimento atuando como formador em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em ambiente formativo formal, avaliando os resultados das respetivas aprendizagens, identificando também a necessidade de futuras formações no serviço.

Pensamos que o controlo de infeção é transversal a qualquer prática da enfermagem, logo tem que estar presente sempre que um enfermeiro esteja no desempenho da sua atividade, seja ela diretamente com o doente em contexto hospitalar, domicílio, centro de saúde, ou em contexto formativo, como formando ou formador.

Como nos define o Regulamento n.º 124/2011¹³⁹, das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, *“A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”*, o nosso contexto é um misto de pessoa em situação crítica, e situação crónica. Como temos um número de postos de diálise atribuídos a IRC, os restantes são utilizados tal como já referimos para receber doentes vindos referenciados, quer pela urgência do nosso hospital, como dos hospitais ou centros da nossa área de influência. Muitos destes doentes vêm instáveis e a necessitar de cuidados altamente qualificados, que são os que se prestam na nossa unidade, pois quando recebemos um doente que está a viver um processo de falência renal, a necessitar de realizar uma técnica de substituição da função renal, temos que mobilizar todos os nossos conhecimentos e, agora, de uma forma mais consciente e responsável como é inerente à nossa responsabilidade como enfermeira especialista, estando assim a dar resposta à primeira competência específica, que nos responsabiliza

¹³⁹ Regulamento n.º 124/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011
<http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf> acedido a 02/04/2011 às 22h

por “*cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica*”, como vem descrito no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica¹⁴⁰.

Pensamos que no decorrer do projeto realizado, foi a competência três que desenvolvemos mais profundamente, pois como vem descrita na mesma, “*Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.*”¹⁴¹. Ao dinamizarmos a adesão à prática da higienização das mãos, estamos a desenvolver esta competência em pleno, como se pode constatar pelo atual relatório de trabalho de projecto.

No âmbito deste relatório de trabalho de projecto, fez-nos sentido olhar para o desenvolvimento do mesmo á luz das competências desenvolvidas no sentido de garantir o grau de Mestre como vem descrito no Decreto-lei 74/2006 de 24 de março no seu Artigo 15.º¹⁴², em que vem referido o que confere o Grau de Mestre:

“1— O grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:

i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;

ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;

c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

¹⁴⁰ Regulamento n.º 124/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf> acedido a 02/04/2011 às 22h

¹⁴¹ *Ibidem*

¹⁴² Regulamento n.º 122/2011, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf> acedido a 02/04/2011 às 21h 50m

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

2— O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessário, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.”.

Sabemos que é nossa responsabilidade ser detentores de saberes mais aprofundados, ancorados em estudos científicos, integrando-os nos cuidados executados e promover a disseminação dos resultados obtidos das pesquisas realizadas, mas para isso fomos aprofundar o que é um Mestre, Agostinho da Silva (1944) ¹⁴³ refere a propósito da nossa dúvida, “...o mestre é o homem que não manda; aconselha e canaliza, apazigua e abranda; não é a palavra que incendeia, é a palavra que faz renascer o canto alegre do pastor depois da tempestade; não o interessa vencer, nem ficar em boa posição; tornar alguém melhor – eis todo o seu programa; para si mesmo, a dádiva contínua, a humildade e o amor do próximo. [...] há de pois ter o espírito aberto a todas as correntes, nau pronta a sulcar todos os mares; mais do que a ninguém compete-lhe ter uma ideia do mundo tão perfeita quanto possível; como o havemos de imaginar completamente ignorante neste ou naquele domínio? Esta exigência lhe assegura uma vida de trabalho, horas todas ocupadas e férteis e contínuos projetos; por consequência a mocidade, o entusiasmo e a alegria que requer a missão pedagógica.”.

Ao conhecermos as competências de Mestre, refletimos sobre as mesmas integrando os aportes obtidos, na frequência das unidades curriculares do curso, da experiência clínica decorrente da realização dos estágios e do aperfeiçoamento do conhecimento acerca da problemática desenvolvida no trabalho de projeto. Assim analisaremos as competências Mestre em EMC na sua globalidade.

Ao sentirmos a inquietação por este problema que são as IACS, estamos a demonstrar competências clínicas, pois estamos a garantir que os cuidados de saúde que se prestam no SANE, são seguros, profissionais, eticamente adequados, logo está assegurada a qualidade que é preconizada pelo nosso mandato social como enfermeiros e que nós Mestres ainda temos mais responsabilidade de fazer cumprir. Ao termos entusiasmado inicialmente a equipa de enfermagem e subsequentemente as restantes equipas que prestam cuidados, foi sendo desenvolvida uma motivação multidisciplinar para a melhoria das práticas, em que fomos chamados a colaborar na formação das outras

¹⁴³Silva, Agostinho - *Projeto de um mestre Considerações*. [1944], in *Textos e Ensaios Filosóficos*, I, Lisboa, Âncora Editora, 1999, pp. 104-105. http://www.pedro-fonseca.com/pt/amor/o_que_e_1_mestre.html acedido a 01/10/2012 às 22h

equipas. Como tal, realizámos as mesmas atividades para as equipas médicas, assistentes operacionais e técnicos, o que fez com que neste projeto se integrassem proactivamente todos os envolvidos nos cuidados que prestamos. Isto só foi possível pois ao detetarmos o problema da adesão e sendo ele, transversal a todas as equipas, haveria proveito se todos sentissem que estavam envolvidos e que de todos dependia o êxito do que tínhamos planeado executar para que o SANE fosse também nesta área um serviço de referência.

Para sustentarmos este projeto que para nós é empreendedor, vamos anualmente diagnosticando, planeando novas intervenções, formando, criando novas dinâmicas e avaliando desde a formação até aos dados recolhidos das observações, e assim estamos a mobilizar mais uma das competências de Mestre. Nesta fase como nos refere o filósofo português acima citado, temos que estar sempre prontos para novas iniciativas, que nos vão ocupar muitas horas de trabalho que em muitas ocasiões não tem qualquer reconhecimento, pois inúmeras vezes ouvimos, “ *Estão outra vez a ver se lavamos as mãos?*”, ou “ *Todos os anos temos formação da higienização das mãos?*”. etc., etc., mas é com a divulgação deste resultados que damos visibilidade ao nosso investimento na promoção de boas práticas, e que contribuímos para o desenvolvimento da nossa profissão como ciência.

Tudo isto é possível pois tem ocorrido um desenvolvimento, pessoal em formação, tal como já referimos este processo iniciou-se com a formação em enfermagem, seguido do Complemento de Formação em Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica elenco de Cuidados Paliativos e subsequentemente com o CPLEE MC (**Apêndice 9**), culminando agora com o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas tudo isto teria pouco interesse se não fosse partilhado com os nossos pares, a reforçar o que sentimos. Angerami (1993:19)¹⁴⁴ refere, “*O esperado reconhecimento profissional depende de nossa inserção política e social e da execução de uma prática de enfermagem que facilite a meta – a saúde para todos. Ao abandonarmos o rotineiro e assumirmos uma postura crítica de nossa participação no setor saúde, teríamos uma nova visão dos fatos, mais abrangente, o que facilitaria o desenvolvimento do conceito de saúde apoiado em novos paradigmas que conduziriam ao desenvolvimento do ser humano e à paz.*”.

¹⁴⁴ Angerami, Emília Luígia Saporiti - *O mister da investigação do enfermeiro*. Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto - v. 1 - n. 1 - p. 11-22 - Janeiro 1993 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a03.pdf> acedido a 01/09/2012 às 22h

Esta nossa postura deverá ser proativa, para que seja mobilizadora de mudanças, pelo que pensamos ter conseguido isso, quer por termos realizado sempre formações dinâmicas, diversificadas e atuais, como se pode constatar pelos Apêndices 3, 8 e 10, e pelos excelentes resultados obtidos no que respeita à adesão dos enfermeiros á prática da HM, como cita Gir *et al* (2004:252)¹⁴⁵, “*A desconstrução da percepção de invulnerabilidade a infeções no exercício profissional deve ser trabalhada para que o comodismo e as práticas de risco sejam substituídos por comportamentos que resultem em assistência de qualidade ao usuário e na maior proteção possível ao trabalhador da saúde.*”.

No final desta etapa iremos proceder à divulgação destes dados numas Jornadas de Enfermagem a decorrer em novembro de 2012, sob a forma de um *Poster* e assim contribuámos para a visibilidade dos trabalhos de investigação realizados na prática pela Enfermagem. (Apêndice 11)

Como Enfermeiros Mestres é nos solicitada a colaboração com outras entidades ou organizações de saúde, assim como com outros profissionais, é por nós concretizado com a continuação de troca de experiências com as colegas de outras unidades de ambulatório de nefrologia, (Apêndice 12). Ocorre também uma estreita colaboração da nossa unidade com a CCI, partilhando as nossas práticas e sendo serviço de referência, para a implementação do programa da OMS “*Salve Vidas: Higienize as Mãos*” em unidades de ambulatório.

¹⁴⁵ Gir, Elucir; Takahashi, Renata Ferreira; Oliveira, Maria Amélia Campos; Nichiata, Lucia Yasuko Izumi; Ciosak, Sueli Itsuko - *Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2004, vol.38, n.3, pp. 245-253. ISSN 0080-6234. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342004000300002&script=sci_arttext acedido a 06/07/2012 às 12h30m

7 – CONCLUSÃO

*“ A arte da guerra é regida por cinco fatores constantes,
que devem ser considerados quando se procura
determinar as conquistas a obter no campo de batalha.
Estes fatores são: A Lei Moral, Tempo, Terreno,
O Comandante, Método e Disciplina.”*
Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:9)¹⁴⁶

Este projeto além de ser um empreendimento institucional, nacional e internacional, é também uma preocupação que nos acompanha no nosso dia a dia. Assim no desenvolvimento deste identificamos excelentes resultados, como nos refere Mendes (2009: 167)¹⁴⁷ *“A pessoa realiza-se a si própria, quando pelo seu agir ela instaura três tipos de relações primordiais. Primeiro, a relação consigo mesmo que gera eticamente a estima por si própria. É o reconhecimento de si mesmo como válido. Segundo, aquilo que constitui a pessoa ética é a relação de respeito pelo outro, pela pessoa dos outros. Terceiro viver em instituições justas. A relação com o mundo dos desconhecidos torna-se uma tarefa pessoal.”*

Com este projeto tínhamos como questões de base, será que se mantêm as boas práticas observadas? Se não, onde podemos intervir? Se sim, onde podemos melhorar de modo a atingir os cem por cento de boas práticas, e cumprir uma das exigências para uma prestação de cuidados de excelência no serviço.

Podemos concluir que a importância da higienização das mãos é reconhecida por todos os enfermeiros do SANE. No entanto observamos que há ações que têm de ser continuamente monitorizadas pois, por vezes, as práticas são descontinuadas, e aí é fundamental que se reforce a formação formal ou informal.

Consideramos relevante contemplar, com maior incidência, as áreas sobre as quais se verifica um maior incumprimento, de modo a que estas situações sejam menos frequentes. Após a análise dos resultados dos momentos de observação realizados, constatamos que a percentagem de adesões entre outubro de 2010 e outubro de 2011, aumentou significativamente com é possível observar no quadro 8. Da leitura que fizemos dos dados recolhidos nas observações, tendo duas sido previamente avisadas e

¹⁴⁶ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

¹⁴⁷ Mendes, Goreti - *A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem*. “Texto e Contexto Enfermagem” [Em linha]. 18:1 (Jan./Mar. 2009) 165-169. [Consult. 18 Fev. 2011] Disponível em WWW <URL:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>>. ISSN 0104-0707
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11779/1/v18n1a20.pdf> acessado a 01/06/2012 às 22h30m

outra não, podemos ser levados a pensar como nos, salienta Neves *et al*¹⁴⁸ (2009:744) “*Acreditamos que a adesão à higienização das mãos está intimamente relacionada com os aspetos comportamentais de cada indivíduo, pois estes são determinantes na atitude de execução ou não do ato de higienizar as mãos.*”.

Este aumento da adesão é resultado da adequação dos planos formativos às necessidades diagnosticadas na equipa de enfermagem que presta cuidados no SANE, permitindo colmatar falhas e alcançar melhores resultados, ao nível da adoção das melhores práticas. Para podermos colmatar esta lacuna, pensamos que facultando mais conhecimentos e realizando mais formação, podemos contribuir para a mudança destes comportamentos.

Com o intuito de atingir os cem por cento de boas práticas, e cumprir uma das exigências para uma prestação de cuidados de excelência no serviço, no decorrer do projeto pensámos ser oportuno realizar e distribuir um panfleto (apêndice 6), alusivo ao dia mundial da higienização das mãos, o que não estava inicialmente em plano. No entanto, foi uma atividade que serviu para mobilizar nos elementos da equipa, o relembrar dos conhecimentos e melhorar a adesão à higienização das mãos, como nos relembra Martini e Dall’Agnol¹⁴⁹ (2005:99) “*O êxito das medidas preventivas e de controle depende do envolvimento, da assimilação e aplicação das mesmas por todos os profissionais, no exercício de suas atividades e, certamente, a parceria dos profissionais membros do serviço de controle de infeção hospitalar com os profissionais da assistência é fundamental para colocar em prática essas estratégias em prol da lavagem das mãos.*”. Foi com esta motivação que fomos e vamos desenvolvendo este projeto, para que todos os elementos da equipa estejam imbuídos da vontade de realizar nas suas práticas diárias os cuidados de excelência, e estes só o são se forem o mais seguros possível. Por parte da organização, os meios são disponibilizados, pois como foi referido, este programa está inserido numa estratégia mundial, nacional, organizacional e interna do SANE e para que tenha o sucesso que todos pretendemos, só precisa que cada um de nós esteja motivado e desperto para a prática de cuidados isentos de risco de disseminação de infeções associadas aos cuidados de saúde.

¹⁴⁸ Neves, Zilah Cândida P. *et al.* - *Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos.* Revista Eletrônica de Enfermagem. V.11, n.3, p. 738-745. Jul./set. 2009. <http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/29/1/v11n3a36.pdf> acedido em 15/02/2011 às 23h 25m

¹⁴⁹ Martini, A. C; Dall’agnol, C. M. - *Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem.* Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 abr;26(1):88- 101 <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4544/2474> ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447, acedido em 13/01/2011 às 22h 30m

O presente projeto mobiliza diferentes intervenientes e é suportado por diferentes áreas de conhecimento pelo que precisamos manter-nos atentos às dinâmicas organizacionais e comportamentais, por forma a prosseguirmos com o mesmo.

A reforçar a esta ideia Moncaio (2010: s.p.)¹⁵⁰ salienta, “ *A dinâmica desta mudança é complexa e multifacetada, envolvendo a combinação simultânea de estratégias educacionais, ambientais e organizacionais, mas é de vital importância quando se pensam nestas para elevar a adesão às práticas de higiene das mãos a consideração das fontes de experiência vicária, de domínio, das persuasões sociais, e especialmente, o estado somático e emocional do profissional.*”

Com a execução do planeado, com o realizado e com os dados obtidos, pensamos ter atingido o objetivo que nos propusemos que é o de, *Aumentar a adesão dos Enfermeiros à Higienização das Mãos, a fim de evitar/reduzir as IACS no SANE,*

Assim, contribuiu para a prossecução do objetivo de uma das nossas metas, que foi *Auditar a adesão dos enfermeiros à higienização das mãos nos Cinco passos do programa “Salve Vidas: Higienize as Mãos”*, concretizada através da realização de um questionário. Associado ao questionário tomámos conhecimento do quanto era significativo para os enfermeiros do SANE a higienização das mãos, e assim conseguimos delinear estratégias de operacionalização e intervenção para desenvolver o projeto.

Deste modo a concretização da atividade, no mês de setembro de 2011, que consistiu na observação de um filme ilustrativo da correta higienização das mãos e posterior visualização com o aparelho de luz negra, em que pretendemos que os enfermeiros tomassem consciência de que existiam locais nas nossas mãos que não são expostos uma correta higienização. Queremos acreditar que com esta constatação fomos capazes de alterar e aperfeiçoar comportamentos de modo a ser possível *Reduzir o número de potenciais práticas de risco causadoras de infeções associadas aos cuidados de saúde, ocasionadas por realização inadequada da higienização das mãos.* Este facto foi comprovado pelos bons resultados na última observação realizada.

Tendo por base a aprendizagem e difusão do conhecimento entre indivíduos, grupos e as organizações, a literatura enfatiza fortemente a importância das unidades de saúde se tornarem locais seguros, em que a partilha de informação e conhecimento assenta na

¹⁵⁰ Moncaio, Ana Carolina Scarpel - *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspetiva da autoeficiência de Albert Bandura* <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-160516/pt-br.php> acedido a 17/05/2012 às 18h45m

difusão das vantagens de procedimentos seguros, para a organização e seus trabalhadores.

Partindo do pressuposto de que a participação individual e coletiva implica a utilização dos meios que são facultados de modo a que todos os membros da equipa de saúde caminhem na melhoria contínua, pensamos ter sido alcançado outro dos objetivos a que nos propusemos, o de *Contribuir para a formação da equipa de saúde do SANE*. Com a realização de formações e conseqüente criação de uma pasta disponível para consulta com toda a recolha bibliográfica realizada para a execução do projeto e que vai sendo sempre atualizada com os estudos mais recentes de prática baseada na evidência, foi notório um aumento de adesão dos enfermeiros. Como tal, é nosso compromisso proceder à atualização desta pasta com mais artigos que possam surgir e que contribuam para a melhoria das práticas e o enriquecimento dos conhecimentos científicos na área.

Em jeito de sugestão apontamos a pertinência de se começar a realizar o relato de incidente de risco, tendo sempre presente que não deverá ser pela coação que se passará a efetuar as boas práticas, mas sim porque os enfermeiros estão despertados para a prática de cuidados seguros. *“É aos enfermeiros, sem dúvida, que cabe a responsabilidade por uma melhoria contínua na realização do seu exercício profissional. Para que a dignidade da pessoa doente, foco dos cuidados e razão de qualquer intervenção, seja o referencial último e inadiável”*, como nos comprova Mendes (2009; 169)¹⁵¹

Com a colocação deste relatório no blog “M@os Limp@s”, pretendemos chamar a atenção para a problemática, proporcionar um espaço de partilha de experiências, onde é abordado o tema da higienização das mãos.

Também a realização de um artigo onde divulgaremos o percurso por nós realizado, poderá ajudar a demonstrar que com persistência, formação/informação e trabalhando comportamentos se consegue a adesão a boas práticas neste caso específico dos Enfermeiros (Apêndice 13).

Terminamos com asseveração de que como Enfermeiros Especialistas e Mestres temos responsabilidades acrescidas de responder de uma maneira mais diligente às necessidades de cuidados solicitadas pela população alvo dos mesmos, promovendo um ambiente seguro, onde as práticas sejam cada vez mais de maior excelência. Pois como

¹⁵¹ Mendes, Goreti - *A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem*. “Texto e Contexto Enfermagem” [Em linha]. 18:1 (Jan./Mar. 2009) 165-169. [Consult. 18 Fev. 2011] Disponível em WWW <URL:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>>. ISSN 0104-0707
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11779/1/v18%281%29%20jan-mar%202009.pdf> acessado a 01/06/2012 às 22h30m

mencionou o Prof. Dr. Luís Sebastião, “*O que se opõe à excelência é a negligência.*”¹⁵², e não é com essa postura que nós enfermeiros no SANE prestamos cuidados. Assim referindo Mendes (2009;169)¹⁵³, concluímos que, “*Assegurando, na sua prática, a especificidade da natureza dos cuidados de enfermagem adequados às necessidades reais e potenciais da pessoa ou grupo, suportadas na evidência científica, na ética e deontologia profissional pode garantir-se cuidados de qualidade.*”, pois só assim é que se vai ao encontro do desafio lançado pela OMS “*Clean Care is Safer Care*”.

¹⁵² Da conferência proferida pelo Prof. Dr. Luís Sebastião no 8º Encontro Regional da Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (APEDT) em 2010 em Évora subordinada ao tema - *Continuidade de Cuidados: A responsabilidade do enfermeiro à pessoa com IRC*

¹⁵³ Mendes, Goreti - *A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem.* “Texto e Contexto Enfermagem” [Em linha]. 18:1 (Jan./Mar. 2009) 165-169. [Consult. 18 Fev. 2011] Disponível em WWW <URL:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>>. ISSN 0104-0707
<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11779/1/v18%281%29%20jan-mar%202009.pdf> acessado a 01/06/2012 às 22h30m

8 - REFERÊNCIAS

“O conhecimento sobre a organização do inimigo só pode ser obtido a partir de outros homens.”
Sun Tzu, in *A Arte da Guerra* (2010:9)¹⁵⁴

Aleixo, A.; Galeano, A.; et al. *Manual de Controlo de Infeção Hospitalar do Hospital de S. Francisco Xavier*. Lisboa. 1996.

Amendoeira, José - *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem. Uma transição inacabada 1950-2003. Um contributo socio-historico.*
<http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/92/1/Entre%20Preparar%20Enfermeiros%20e%20educar%20em%20Enfermagem%5b1%5d.%20Uma%20transi%20c3%a7%20c3%a3o%20inacabada.pdf> acedido a 25/09/2012 às 23h

Andrade, Alexandre; Rocha, Dulcireni Schwinden; Vavassori, Marilene - *Proposta de elaboração de uma página eletrônica para a Escola de educação básica Arno Sieverdt*
<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=5&ved=0CEEQfjAE&url=http%3A%2F%2Fnead.riogrande.ifs.edu.br%2Fmidias%2FCiclo%2520Basico%2520-%25202008%2520-%25202%2520turma%2FSC%2520-%25204%2FAlexandre%2520Andrade%2C%2520Dulcireni%2520Rocha%2520e%2520Marilene%2520Vavassori.%2520Projeto%2520Proposta%2520de%2520elabora%25207%2520de%2520uma%2520p%2520gina%2520eletr%2520nica.doc&ei=simCUYWVDsPE7AbO9ID4BQ&usg=AFQjCNH1m9gxOWxmYOycOEslNg9FIQpEzw>
acedido a 30/04/2013 às 23h

Andrade, Denise; Oliveira, Gustavo Faria; Ezaias, Gabriela Machado; Shimura, Camila M. Naka; Giordani, Anecy Tojeiro - *Experiência vicária entre profissionais de saúde na higiene das mãos* http://www.revista-api.com/2011/pdf/02/API_02_11_D.pdf
acedido a 06/06/2012 às 11h

Angerami, Emília Luigia Saporiti - *O mister da investigação do enfermeiro*. Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto - v. 1 - n. 1 - p. 11-22 - Janeiro 1993
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a03.pdf> acedido a 01/09/2012 às 22h

Araujo, Monica Martins Trovo; Silva, Maria Júlia Paes - *A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo*
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/17.pdf> acedido a 10/05/2011 às 01h 30m

Baldessin, P.e Anísio – *Como Organizar a Pastoral da Saúde*. São Paulo: Edições Loyola, 2007. ISBN 978-85-15-03310-2.

Barbier, Jean-Marie. *A Avaliação em Formação*. Porto: Edições Afrontamento, 1985.

¹⁵⁴ Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

Barbier, Jean-Marie. *Elaboração de Projetos de Ação e Planificação*. Porto: Porto Editora, Lda., 1996. ISBN972-0-34-06-8.

Barbosa, Luciana Rezende - *Correlação entre métodos de mensuração da adesão à higienização das mãos em unidade de terapia intensiva neonatal*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2010
<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-05102010-103307/pt-br.php>
acedido a 25/06/2012 às 12h25m

Barreto, Regiane Aparecida dos Santos Soares; Rocha, Larissa Oliveira; Souza, Adenícia Custódia Silva; Tipple, Anaclara Ferreira Veiga; Suzuki, Karina; Bisinoto, Sergiane Alves – *Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica*
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/pdf/v11n2a14.pdf> Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009;11(2): 334-40
acedido em 12/01/2011 às 22h 30m

Barros, Marizeth; Batista-dos-Santos, Ana Cristina - *Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos*. Revista Espaço Académico- nº 112- setembro de 2010. Mensal- Ano X – ISSN 1519-6186
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/10818> acessido a 10/09/2012 às 22h35m

Bolick, Diana; et al. *Segurança e Controle de Infecção*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2000.

Botelho, José Rodrigues. *O Trabalho de Projeto na Prática do Enfermeiro*. Enfermagem em Foco, SEP Ano VI maio/julho 96, Nº23, Pg. 43-46.

Braga, E. M.; Ferraciol, K. M.; Carvalho, R. C; Figueiredo, G. L. A. - *Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal* - Investigação, v. 10, n. 1, p. 26-31, 2010: ISSN 2177-4080 (on-line)
<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/viewFile/150/107> acessido a 22/01/2011 às 12h 35m

Carmo, Hermano; Ferreira, Manuela Malheiro – *Metodologia da Investigação. Guia para a autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998.

Cardoso, Celso Luiz; Mimica, Lylia Mara Jenné - *Aspetos microbiológicos da pele*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.
http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessido em 25/01/2011 às 21h45m

Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – *Relatório de contas* [Em linha]. Setúbal, 2008.
http://www.hsbsetubal.minsaude.pt/media/Relatorio_de_Atividades_CHS_2008.pdf
acedido a 20/09/2010 às 23h

Clinco, Sandra D. O. - *O hospital é seguro? Perceções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente*; São Paulo 2007
<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4900/106674.pdf?sequence=1> acessido em 11/01/2011 às 17h 30m

Coleta; Marília Ferreira Dela - *Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares*. Mudanças – Psicologia da Saúde, 18 (1-2), Jan-Dez 2010, 69-78p <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.../2417> acessido a 30/09/2012 às 13h

Collière, M. – *Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas 1999

Correia, Maria da Conceição Batista - *A observação participante enquanto técnica de investigação* http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf acessido em 15/01/2011 às 19h 55m

Cruz, Elaine Drehmer de Almeida; et al. *Higienização de mãos: 20 anos de divergências entre a prática e o idealizado*. *Cienc. enferm.* [online]. 2009, vol.15, n.1, pp. 33-38. ISSN 0717-9553. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n1/art05.pdf> acessido em 02/01/2011 às 21h

Dantas, Rodrigo Assis Neves; Dantas, Daniele Vieira; Mendonça, Ana Elza Oliveira; Costa, Isabel Karolyne Fernandes; Freire, Marília de Moura Café - *Higienização das mãos como profilaxia das infecções hospitalares: Uma Revisão* Ano 3 - N ° 13 maio/junho – 2010
<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/view/136/158> acessido a 12/10/2010 às 22h30m

De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, Mônica Cecilia; Takahashi, Renata Ferreira; Bertolozzi, Maria Rita. *Revisão sistemática: noções gerais*. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2011, vol.45, n.5, pp. 1260-1266. ISSN 0080-6234.
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a33.pdf> acessido a 07/05/12 às 16h 55m

Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro 1996 - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), *Diário da República, I Série - A nº. 205 de 04 -09-1996*
<http://www.dre.pt/pdf1s/1996/09/205A00/29592962.pdf> acessido a 01/10/2012 às 22h55m

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, Diário da República— I Série - A N.º 60 — 24 de março de 2006 - http://alfa.fct.mctes.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf acessido a 31/08/2012 às 10h

Direção-Geral da Saúde - Circular Normativa Nº: 13/DQS/DSD de 14/06/2010 - *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*
<http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf> acessido a 15/10/2010 às 22h 30m

Direção Geral da Saúde - *A estratégia nacional para a melhoria da higiene das mãos em 10 perguntas*

<http://www.somos.pt/publicdocs/acampanhanacionaldehigienedasmaosem10perguntas.pdf> acedido em 25/01/2011 às 9h

Dornelas, José - *Como fazer o Planejamento Estratégico do Negócio do seu Plano de Negócios* <http://www.planodenegocios.com.br/www/index.php/informcao/2957-como-fazer-o-planejamento-estrategico-do-negocio-do-seu-plano-de-negocios> acedido a 20/01/2011 às 9h

Figueiredo, Rita Maria de Sousa de Abreu - *A pessoa em fim de vida no hospital: Modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem* <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7149/2/A%20PFV%20no%20hospitalModelos%20de%20cuidados%20que%20emergem%20da%20documentao%20de%20enfermagem.pdf> acedido a 14/02/2010 às 18h

Flório, Maria Cristina Simões; GALVÃO, Cristina Maria. *Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.5, pp. 630-637. ISSN 0104-1169. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a10.pdf> acedido a 10/05/2011 às 11h 30m

Fortin, Marie Fabienne – *O processo de investigação – da conceção à realização*. Loures: Lusociência, 1999.

Galpin, Timothy – *O Lado Humano da Mudança*. 1.ªed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2000. ISBN: 927-618-221-1.

Galvao, Cristina Maria; Sawada, Namie Okino; Trevizan, Maria Auxiliadora - *Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol.12, n.3, pp. 549-556. ISSN 0104-1169. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n3/v12n3a14.pdf> acedido a 07/05/2012 às 19h

George, Júlia; *et al* – *Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática de Enfermagem*. 4º edição:Porto Alegre: ArtMed Editora, 2000.

Gir, Elucir; Takahashi, Renata Ferreira; Oliveira, Maria Amélia Campos; Nichiata, Lucia Yasuko Izumi; Ciosak, Sueli Itsuko - *Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções*. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2004, vol.38, n.3, pp. 245-253. ISSN 0080-6234. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342004000300002&script=sci_arttext acedido a 06/07/2012 às 12h30m

Guedes, Matilde; Miranda, Fernanda Moura D'Almeida; Maziero, Eliane Cristina Sanches; Cauduro, Fernanda Leticia Frates; Cruz, Elaine Drehmer de Almeida - *Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde*. Cogitare Enfermagem, Vol. 17, No 2 (2012). ISSN Impresso: 1414-8536. ISSN Eletrônico: 2176-9133
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/27886/0> acessado a 10/06/2012 às 12h35m

Henriques, Sebastião P. “*Acessos Vasculares para Hemodiálise*” in Manual de Hemodiálise. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997

<http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00380049A>
[AAAAAAAAAAAAAAAAAA](#) acessado a 10/01/2011 às 15h

<http://dicionario.babylon.com/panfleto/> acessado a 16/12/2012 às 12h

<http://nmc.biterite.ae/displaynewsevents.aspx?newsid=47&catid=7> acessado a 21/06/2012 às 02h 30m

<http://qualiblog.wordpress.com/2009/05/05/joseph-moses-juran%E2%80%93o-pai-da-qualidade/> acessado a 02/05/2011 às 16h

[http://www.crc-
ce.org.br/crcnovo/download/PLANEJAMENTO_SISTEMAS_E_METODOS.pdf](http://www.crc-
ce.org.br/crcnovo/download/PLANEJAMENTO_SISTEMAS_E_METODOS.pdf)
acessado a 11/12/2012 às 22h

<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABrnAAK/as-teorista-enfermagem> acessado a 01/06/2011 às 10h 30m

<http://www.eurooscar.com/frases5.htm> acessado a 01/02/2011 às 2h30m

http://www.historiadaadministracao.com.br/jl/index.php?option=com_content&view=article&id=50:philip-crosy&catid=10:gurus&Itemid=10 acessado a 02/05/2011 às 16h 10m

http://www.hsbsetubal.minsaude.pt/pages/comissao_controle_infeccao/PDF/folheto%20profissionais%20%20momentos.pdf
acessado a 20/01/2012 às 21h30m

http://www.infectologia.org.br/anexos/%C3%89%20poss%C3%ADvel%20taxa%20zero%20de%20infec%C3%A7%C3%A3o%20hospitalar_Estev%C3%A3o%20Urbano%20Silva.pdf acessado a 20/10/2010 às 22h

<http://www.youtube.com/watch?v=1kimksAWJCA> acessado a 10/05/2011 às 23h

<http://www.youtube.com/watch?v=PwhK9MELT14> acessado a 10/05/2011 às 23h 10m

Júnior, João Nóbrega de Almeida; Boszczowski, Ícaro; Costa, Silvia Figueiredo - *Controle da disseminação de microrganismos multirresistentes*. In MUSSI, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessido em 25/01/2011 às 21h45m

Júnior, João Nóbrega de Almeida; Costa, Silvia Figueiredo - *Evidência da transmissão de patógenos por meio das mãos*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessido em 25/01/2011 às 21h45m

Kawagoe, Julia Yaeko - *Efeitos adversos provocados pelos produtos utilizados para a higienização das mãos*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos* / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessido em 25/01/2011 às 21h45m

Lima, J. P. B. – *A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas*. Guimarães: Universidade do Minho, 2008. Tese de Mestrado.

http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9160/1/Disserta%25C3%25A7%25C3%25A3o_Jorge_Lima_01.03_frente_verso.pdf acessido a 07/05/2012 às 19h55m

Lobos, Ana Vila - “*Adequação em Hemodiálise*”, in *Manual de Hemodiálise*. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997

Martini, Ângela C. – *Lavagem das mãos no olhar dos trabalhadores de enfermagem*

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5028/000418996.pdf?sequence=1> acessido em 15/02/2011 às 23h 45m

Martini, A. C; Dall’agnol, C. M. - *Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem*. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005 abr;26(1):88- 101

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4544/2474> ISSN 0102-6933 E-ISSN 1983-1447, acessido em 13/01/2011 às 22h 30m

Melo, Dulcelene de Sousa - *Adesão dos enfermeiros as precauções padrão à luz do modelo da crenças em saúde*. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2005

http://www.bdt.d.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf acessido a 23/06/2012 às 20h30m

Mendes, Goreti - *A dimensão ética do agir e as questões da qualidade colocadas face aos cuidados de enfermagem*. “Texto e Contexto Enfermagem” [Em linha]. 18:1 (Jan./Mar. 2009) 165-169. [Consult. 18 Fev. 2011] Disponível em WWW <URL:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a20.pdf>>. ISSN 0104-0707 <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11779/1/v18%281%29%20jan-mar%202009.pdf> acedido a 01/06/2012 às 22h30m

Mendonça, Adriana de Paula; Fernandes, Maria Sandra de Carvalho; Azevedo, Jane Mary Rosa; Silveira, Wilka de Castro Rabelo; Souza, Adenícia Custódia Silva - *Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal*. <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/lavagem.pdf> acedido em 02/01/2011 às 21h 30m

Moncaio, Ana Carolina Scarpel - *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da autoeficiência de Albert Bandura* <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-160516/pt-br.php> acedido a 17/05/2012 às 18h45m

Nangino, Glaucio de Oliveira; Oliveira, Cláudio Dornas; Correia, Paulo César; Machado, Noelle de Melo; Dias, Ana Thereza Barbosa - *Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais*. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24(4):357-361 <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v24n4/a11v24n4.pdf> acedido a 28/04/2013 às 23h

Nascimento, Nadia Bomfim; Travassos, Cláudia Maria de Rezende - *O erro médico e a violação às normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente*. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [2]: 625-651, 2010 <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a16v20n2.pdf> acedido a 09/12/12 às 11h

Neves, Zilah Cândida P. et al. - *Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos*. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. V.11, n.3, p. 738-745. Jul./set. 2009. <http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/29/1/v11n3a36.pdf> acedido em 15/02/2011 às 23h 25m

Ordem dos Enfermeiros - *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003

Ordem dos Enfermeiros – *Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional*. http://www.cogitare.forumenfermagem.org/wpcontent/uploads/2010/02/Caderno_Tem%C3%A1tico_MDP_SIEC_VF_08_02_2010.pdf, acedido a 5 de junho de 2010 às 22h e 30m

Ordem dos Enfermeiros - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa. 2002 Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf> acessido a 16/11/2011 às 21h

Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza; Borenstein, Miriam Süsskind - *O método de pesquisa histórica na enfermagem*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2005 Out-Dez; 14(4):575-84 <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a15v14n4.pdf> acessido a 09/09/12 às 11h

Pai, Daiane Dal; Schrank, Guisela; Pedro, Eva Neri Rubim. *O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado*. Ata paul. enferm. [online]. 2006, vol.19, n.1, pp. 82-87. ISSN 0103-2100. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a13v19n1.pdf> acessido a 25/08/2012 às 12h

Pedrolo, Edivane; Danski, Mitzy Tannia Reichembach; Mingorance, Priscila; Lazzari, Luciana Souza Marques; Méier, Marineli Joaquim; Crozeta, Karla - *A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro*. Cogitare Enfermagem. ISSN Impresso: 1414-8536. ISSN Eletrônico: 2176-9133 <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/1639> acessido a 07/05/12 às 16h 45m

Persegona; K.R.; Rocha; D. L. B.; Lenardt, M. H.; Zagonel, I. P.S. - *O conhecimento político na atuação do enfermeiro*. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jul-set; 13 (3): 645-50 <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a27.pdf> acessido a 09/012/2012 às 21h

Préve, Altamiro Damian - UFSC/CSE/CAD – disciplina: cad 5213 – osm – *Organização, sistemas e métodos prof.* http://health.cat/open.php?url=http://www.cad.cse.ufsc.br/cad/Apostila_OSM_2008_2.pdf acessido a 09/12/2012 às 21h 30m

Quinn, R. E. – *Behind Rational Management Mastering the Paradoxes and Performance*. S. Francisco: Jossey-Bass Pub., 1988

Ramos, Sérgio - *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projeto* - outubro 2007 http://agpjmagalhaes-m.ccems.pt/file.php/1/Manuais_do_Moodle/TIC-Metodologia_Projeto_1_.pdf acessido a 10/11/2010 às 18h

Regulamento n.º 122/2011, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf> acessido a 02/04/2011 às 21h 50m

Regulamento n.º 124/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011 <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf> acessido a 02/04/2011 às 22h

Ribeiro, Olivério de Paiva – *Educação, Ciência e Tecnologia* [Em linha]. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/millennium32/13.pdf> acessido a 11/06/2010 às 19h

Ribeiro, Sílvia. “*Opções Terapêuticas da Insuficiência Renal Crónica Terminal*”, in Manual de Hemodiálise. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.

Rosa, Luciana Martins; Sebold, Luciara Fabiane; Arzuaga, Maria Angélica; Santos, Viviane E. Pereira; Radünz, Vera - *Referenciais de enfermagem e produção do conhecimento científico*. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jan/mar; 18(1):120-5. <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a21.pdf> acessido a 14/06/2012 às 8h30m

Santos, Adélia Aparecida M. - *Higienização das mãos no controle das infeções em serviços de saúde*; RAS _ Vol. 4, Nº 15 – Abr-Jun, 2002 <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS15.pdf> acessido em 02/01/2011 às 22h 30m

Santos, João Pinto. “*O Futuro da Hemodiálise como Terapêutica de Substituição Renal*”. Manual de Hemodiálise. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.

Senna, Kátia Marie Simões - *Conhecimentos, Atitudes e Práticas dos Profissionais de Saúde Relacionados À Higiene de Mãos*. Rio de Janeiro 2010. http://www.unirio.br/progp/posgrad/stricto_paginas/site%20Enfermagem/SiteENFv3/dissertacoes/Dissertacoes%202010/DISSERTA%C7%C3O_KATIA_SENNA.pdf acessido a 19/05/2012 às 19h

Serrano, Maria Teresa Pereira - *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho* http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf acessido a 10de setembro de 2010 às 16h 15m

Silva, Agostinho - *Projeto de um mestre Considerações*. [1944], in Textos e Ensaios Filosóficos, I, Lisboa, Âncora Editora, 1999, pp. 104-105. http://www.pedrofonseca.com/pt/amor/o_que_e_1_mestre.html acessido a 01/10/2012 às 22h

Silva, Ana Lúcia; Ciampone, Maria Helena Trench. *Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2003, vol.37, n.4, pp. 13-23. ISSN 0080-6234. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/02.pdf> acessido a 01/06/2012 às 22h

Silva, Daniel Marques; Batoca, Ernestina Maria Veríssimo – *O conhecimento científico e a enfermagem* <http://www.ipv.pt/millennium/millennium27/13.htm> acessido a 14/08/2012 às 8h30m

Silva, Teresa Cristina Ferreira - *Eixo temático: ensino e pesquisa análise swot potencializando as ações de planeamento do enfermeiro* <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I16002.E8.T3853.D4AP.pdf> acessido a 02/01/2011 às 22h

Silvestrin, E.S.; Lima, H.M.; Messias, C.A.; Silva, R.M.C. – *Higiene das mãos: conhecimento dos profissionais de Saúde em um hospital universitário*. *Rer. Inst. Ciênc. Saúde*. 2007; 25(1): 7-13

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/01_jan_mar/V25_N1_2007_p7-13.pdf acessido a 22/06/2012 às 16h30m

Sousa, Fabiana Cristina; Rodrigues, Isabela Pereira; Santana, Heiko Thereza - *Perspetiva histórica*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) – *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessido em 25/01/2011 às 21h45m

Sousa, Fabiana Cristina; Santana, Heiko Thereza – *Higiene das mãos*. In Mussi, Camilo; Santi, Leandro Queiroz (Coordenação) - *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília: Anvisa, 2009.

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fe8c2c80421b0d7f916ddbde10276bfb/Seguran%C3%A7a_do_Paciente_Higienizacao_das_maos_web_completo.pdf?MOD=AJPERES acessido em 25/01/2011 às 21h45m

Sun Tzu – *A Arte da Guerra*. junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

Tipple, Anaclara Ferreira Veiga; Mendonça, Katiane Martins; Melo, Myllena Cândida; Silva e Souza, Adenícia Custódia; Pereira, Milca Severino; Santos, Silvana de Lima Vieira - *Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde*.

<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1079> acessido a 17/05/2012 às 19h

Tipple, Anaclara Ferreira Veiga; Sá, Aliny Santana; Mendonça, Katiane Martins; Silva e Sousa, Adenícia Custódia; Santos, Silvana de Lima Vieira - *Técnica de Higienização Simples das Mãos: A Prática Entre Acadêmicos da Enfermagem*. *Ciencia y Enfermeria XVI* (1): 49-58, 2010. ISSN 0717-2079 http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_06.pdf acessido a 30/06/2012 às 13h30m

Vergara, Sylvia Constant - *Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração*. São Paulo: Atlas, 1997.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Questionário para diagnóstico da situação

Questionário para diagnóstico da situação



Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Este questionário está inserido no âmbito da análise diagnóstica dos projectos de intervenção, elaborados em contexto de Estágio, de duas alunas do Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal. Tem como objectivo o apuramento da importância atribuída pelos enfermeiros do Sector Ambulatório de Nefrologia (SANE) às temáticas dos respectivos projectos: Implementação da higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade e Implementação do plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico nesta unidade

1 – Considera indispensável para a qualidade dos cuidados de enfermagem, no SANE, a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?

Sim Não

2 - Se respondeu sim, numa escala de 0 a 5 (sendo 0 nenhuma e 5 absoluta importância), que valor atribui a este procedimento.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5

Nenhuma Pouca Alguma Relativa Muita Absoluta

3 – Executa sempre a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?

Sim Não

4 – Se não, onde considera que as suas falhas são mais frequentes e quais as razões?

4 – Considera indispensável para a qualidade dos cuidados, no SANE, a existência de um plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico?

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE

Sim Não

2 – Realiza sempre o plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico?

Sim Não

3 – Se não, porque não o faz?

Agradecemos a sua participação

Aluna do CPLEE de MC

Aluna do CPLEE de MC Maria do Carmo Carnot

Apêndice 2 - Cronograma do projecto- Higienização das Mãos uma
prioridade no SANE

Cronograma do Projecto de Intervenção " Higienização das mãos uma prioridade no SANE"

Atividade	Mês	2011										2012						
		Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Escolha do tema e formulação do problema		Diagnóstico	Diagnóstico															
Revisão bibliográfica		Diagnóstico	Diagnóstico	Planeamento	Planeamento	Planeamento							Planeamento	Planeamento	Planeamento	Planeamento	Planeamento	
Reuniões com orientadora de estágio		Diagnóstico	Diagnóstico	Planeamento	Planeamento													
Reuniões com orientadora de estágio e professora		Diagnóstico				Planeamento												
Construção do questionário, com pré-teste		Diagnóstico																
Realização do questionário			Diagnóstico															
Obsevação participante para realização do formulário				Planeamento							Planeamento							
Tratamento dos dados, sistematização e análise das informações			Planeamento	Planeamento							Planeamento						Planeamento	
Formações em Serviço			Planeamento						Planeamento								Planeamento	
Contacto com Delegada da Bbraum				Planeamento	Planeamento													
Estagio opcional nouro Hospital				Planeamento														
Formações fora do serviço				Planeamento														
Avaliação do estágio					Planeamento													
Redacção final do relatório de estágio				Planeamento	Planeamento	Planeamento												
Início do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirurgica													Planeamento					
Reuniões com orientadora de Mestrado														Planeamento	Planeamento			
Redacção do relatório de Mestrado															Planeamento	Planeamento	Planeamento	Planeamento


Diagnóstico



Planeamento

Apêndice nº 3 - Formação em Serviço de 26 de fevereiro de 2011

Plano de Formação do dia 26/02/2011			
Modulo I - Implementação dos projectos de intervenção no SANE, integrados no âmbito académico			
Título - Higienização das mãos/ adesão dos Profissionais			
Objectivos: Apresentação dos questionários Apresentação do projecto a desenvolver		Duração: 1h	
		Destinatários: Equipa de Enfermagem do SANE	
Assuntos a Abordar	Orientação Metodológica	Recursos	Avaliação
Breve Snipose Histórica	Método Expositivo Power Point	Computador e Vídeo Projector	Observação directa Participação dos Enfermeiros Preenchimento de Ficha de Avaliação
Apresentação dos Gráficos com os resultados dos questionários			
Apresentação dos objectivos da implementação do Projecto			
Informação de novo momento de observação para preenchimento do formulário			



Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Unidade Curricular Enfermagem


“Higienização das mãos uma prioridade no SANE”

Realizado por Enf.ª Carmo, Ceres, nº 2140
Estudante de 1.º Curso Pós Licenciatura em
Enfermagem de Especialização em Médico Cirúrgica
Orientador Enf.ª Ana Loureiro, Prof.ª Elsa
Monteiro

Instituição: Centro Hospitalar do Setúbal
Serviço: Sector de Ambulatório de Neurologia - Hospital de São Bernardo

A OMS menciona, *“A cada momento, mais de 1,4 milhões de pessoas sofrem infeções adquiridas no hospital. Estima-se que, nos países desenvolvidos, 5 a 10% dos doentes admitidos em hospitais de cuidados agudos vêm a adquirir uma infeção;”* (Manual Observadores Projecto “Clean Care is Safer Care”). Para minorar a ocorrência destas situações basta que se tomem medidas simples, tais como implementar e fazer cumprir as Precauções Básicas, estas englobam todos os princípios essenciais de controlo de infeção, criam um ambiente limpo e promovem a segurança na prestação dos cuidados de saúde.

03-05-2013



Em 1846, Ignaz Semmelweis, médico húngaro, referiu a redução no número de mortes no pós-parto por infecção puerperal, após a estabelecimento da prática da lavagem das mãos num hospital em Viena. Desde então, esse procedimento tem sido recomendado como medida primária no controle da disseminação de agentes infecciosos.



03-05-2013

Como precursora da enfermagem moderna, destaca-se Florence Nightingale e sua equipe de enfermeiras que introduziram uma série de medidas para organizar a enfermagem, como a higiene pessoal de cada paciente, utensílios de uso individual, preparação da dieta indicada, lavandaria e desentupimento de esgotos (RODRIGUES, 1997). Com a implantação dessas medidas básicas, conseguiram reduzir sensivelmente a taxa de mortalidade.



03-05-2013

É de salientar a importância das mãos na cadeia de transmissão das IACS e os efeitos da higienização na diminuição das taxas de infecção, muitos profissionais são passivos diante do problema, enquanto que os serviços tentam adoptar formas mais eficazes para envolver os profissionais para a prática da Higienização das Mãos.



03-05-2013

O QUE É HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS?

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa, para prevenir a propagação das infecções relacionadas aos cuidados de saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos”, devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antiséptica e a fricção com SABA.



03-05-2013

Evidência da Transmissão de Agentes Patogénicos através das Mãos

Vírus, bactérias e fungos, particularmente leveduras, podem ser transmitidos pelas mãos dos profissionais de saúde. Estudos demonstraram, que a transmissão ocorreu após contacto directo com o doentes ou superfícies contaminadas, e que foram isoladas nas mãos dos profissionais que prestam cuidados.

(HALL; DOUGLAS; GEIMAN, 1980)



03-05-2013

Para prevenir a transmissão de microrganismos pelas mãos, três elementos são essenciais para essa prática: agente tóxico com eficácia antimicrobiana; procedimento adequado ao utilizá-lo, com técnica adequada e no tempo preconizado e adesão regular ao seu uso, nos momentos indicados, pelos profissionais de saúde.

(ROTTER, 1996)



03-05-2013

ESTRATÉGIAS PARA PROMOVER A ADESÃO ÀS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Os factores que procuram explicar a baixa adesão às práticas de higienização das mãos são actualmente conhecidos graças a estudos observacionais, inquéritos epidemiológicos, entre outros tipos de estudos, nos quais os profissionais de saúde apontam as razões para não perfilharem as recomendações preconizadas pelas CCI.



03-05-2013

Tendo como propósito futuro alcançar estes dois objectivos:

- ★ *“É Possível Taxa ZERO de Infecção”*
- ★ 100% de adesão á higienização das mãos.



03-05-2013

Questionário para diagnóstico da situação

1 – Considera indispensável para a qualidade dos cuidados de enfermagem, no SANE, a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?

Sim Não

2 – Se respondeu sim, numa escala de 0 a 5 (sendo 0 nenhuma e 5 absoluta importância), que valor atribuiu a este procedimento.

0 ----- 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5
Nenhuma Pouca Alguma Relativa Muita Absoluta

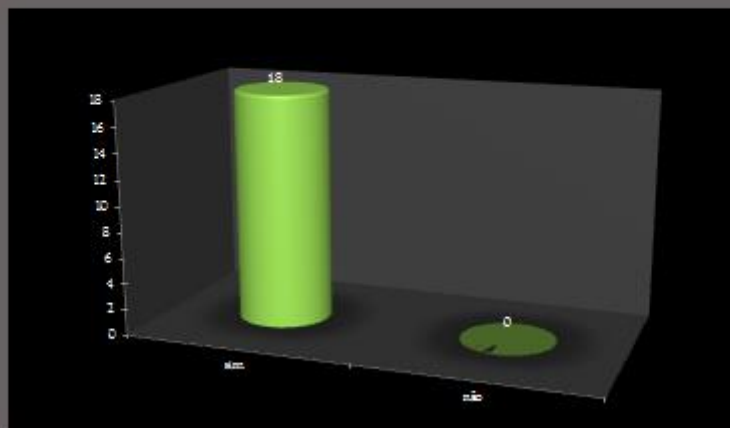
3 – Executa sempre a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?

Sim Não

4 – Se não, onde considera que as suas falhas são mais frequentes e quais as razões?

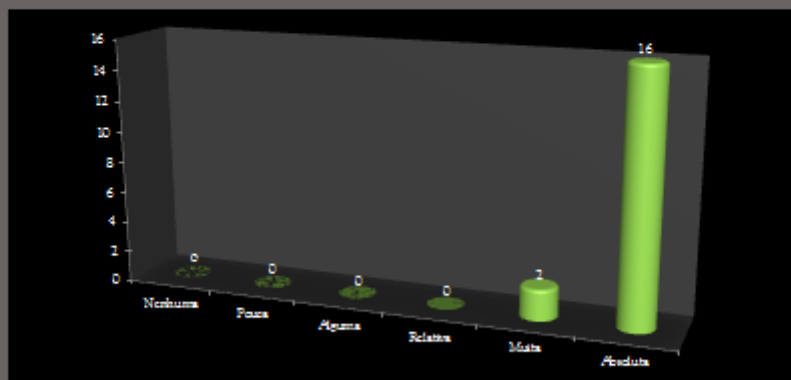
03-05-2013

1 – Considera indispensável para a qualidade dos cuidados de enfermagem, no SANE, a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?



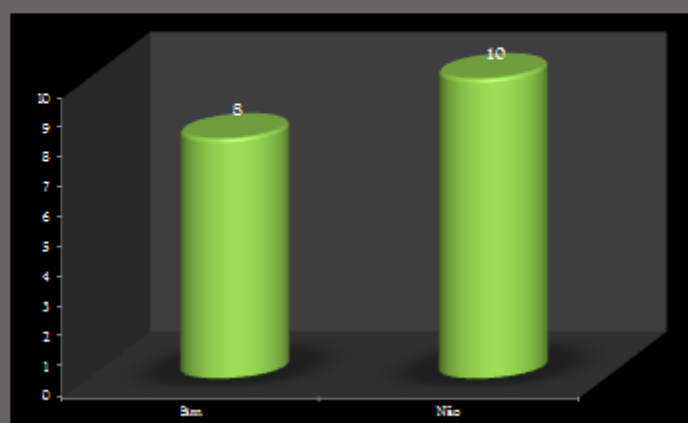
03-05-2013

2 – Se respondeu sim, numa escala de 0 a 5 (sendo 0 nenhuma e 5 absoluta importância), que valor atribuiu a este procedimento.



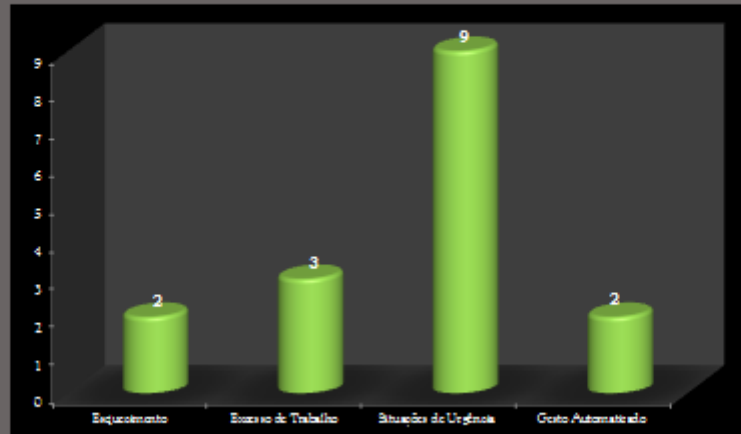
03-05-2013

3 – Executa sempre a higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade?



03-05-2013

4 – Se não, onde considera que as suas falhas são mais frequentes e quais as razões?



05-05-2015

A dinâmica da mudança comportamentos é complexa e multifacetada, envolvendo a combinação de múltiplos factores tais como, educação, formação, motivação e alterações no sistema, mas é de vital importância quando se pensa em estratégias para levar os profissionais de saúde a aderir às práticas de higienização das mãos.



05-05-2015

Os indicadores de desempenho devem ser utilizados pela CCI e pelos elementos de ligação, para a aumentar a adesão às práticas de higienização das mãos no SANE:

★ A contabilização do número de episódios de higienização das mãos realizados pelos profissionais de saúde/número de oportunidades ocorridas, deverá ser novamente monitorizado.

★ O retorno da informação aos profissionais sobre este desempenho deverá ser promovido.



03-05-2013

Com a identificação dos problemas parcelares:

- Diminuição das infecções associadas aos cuidados de Saúde;
- Adesão dos profissionais à Higienização das Mãos.

Vou elaborar o meu projecto de intervenção no âmbito do Curso Pós Licenciatura Enfermagem Médico–Cirúrgica



03-05-2013

OBJECTIVO GERAL

- Manter e melhorar a adesão dos profissionais de saúde do SANE ao programa de Higienização das Mãos



OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Promover estratégias de adesão à higienização das mãos;
- Aumentar as adesões aos cinco momentos preconizados no programa de Higienização das Mãos;
- Melhorar os indicadores das taxas de infecção associadas aos cuidados de saúde, relacionadas com as práticas de cuidados no SANE.



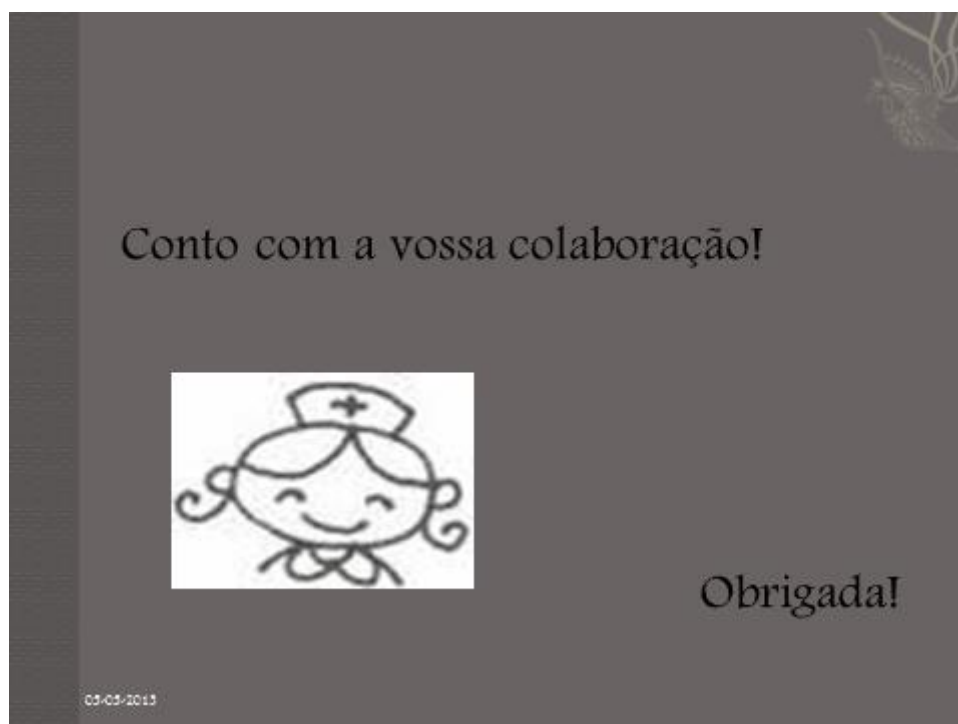
03-05-2013

Determinação de prioridades:

- Realização dos questionários as equipas que prestam cuidados no SANE
- Realização da observação participante para comparação de dados
- Análise dos questionários
- Pesquisa bibliográfica, para suporte teórico e fundamentação da pertinência do projecto
- Estabelecimento de estratégias de adesão ao projecto
- Avaliação do projecto



03-05-2013





Ficha de Avaliação da Formação

IDENTIFICAÇÃO DO CURSO	
Curso/Ação:	MÓDULO I - "IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJECTOS DE INTERVENÇÃO NO SANE, INTEGRADOS NO ÂMBITO ACADÉMICO"
Título:	Higienização das mãos/adesão dos Profissionais
Data (s):	26/ 02/2011
Duração:	9/10 horas - 1 h

PROGRAMA DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Objectivos da Acção	Confusos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 1 4 Muito claros
Conteúdo da Acção	Inadequado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 1 4 Completamente adequado
Utilidade do Tema	Inaplicável <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Totalmente aplicável

FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Motivação e participação	Ausente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Muito aberto
Instalações	Más <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Excelentes
Meios Audiovisuais	Escassos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Excelentes
Documentação	Inadequada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Adequada na totalidade
Utilização dos suportes	Inadequada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Muito adequada

QUALIDADE DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Disponibilidade	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Muito bom
Conhecimento	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 5 Muito bom

MPR/SP

SUGESTÕES / CRÍTICAS / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO
Temas a desenvolver mais profundamente: Não ocorreram sugestões.
Outros temas a incluir em Acções deste tipo: Não ocorrem sugestões
Aspectos mais positivos na Acção: - A partilha de experiências.
Aspectos a melhorar: Sem referências
Sugestões: - Que ocorram mais momentos para esclarecimento de dúvidas.

Avaliação Global da Formação
Foram atingidos os objectivos que nos tínhamos proposto, a adesão da equipa foi de 100%, estando todos os elementos motivados e participantes, referindo algumas sugestões, que irão ser tidas em conta no decorrer do projecto. A equipa mostrou-se muito disponível para colaborar no desenvolvimento do projecto. Como se pode constatar pelos dados acima referidos por parte dos participantes a formação também foi positiva, nos três aspectos avaliados.

Formador: Maria do Carmo Carnot Morgado

Apêndice 4 - Apresentação para os elementos dinamizadores da CCI

Programa de Higienização das Mãos no SANE

Implementação, apresentação de
resultados e projectos futuros



Enf^{as} Carmo Carnot
e Susana Salgado

CHS-HSB-SANE

05-05-2013

Assinatura do protocolo de adesão à
Campanha Nacional de Higiene das Mãos,
por parte do sector de Ambulatório de
Nefrologia no ano de 2010.



05-05-2013

2

Os dois elementos da equipa de enfermagem (elos de ligação da CCI na unidade) aprofundam o tema e fazem formação como observadores dos momentos que são preconizados pela campanha implementar no SANE.



05-05-2013

3

Foram realizadas três sessões de formação visando abranger quase a totalidade das equipas que prestam cuidados no SANE, não realizaram a formação apenas uma enfermeira e duas médicas por estarem de baixa por maternidade e um técnico por impossibilidade de horário.



05-05-2013

4

Foram colocados em todas as unidades de diálise dispersores de SABA, no intuito de se iniciar esse procedimento, revista a existência de cartazes alusivos ao procedimento e repostos quando em falta. Pois só após se reunirem as condições que eram preconizadas faria sentido realizar a observação para avaliar a adesão dos profissionais de saúde à Higienização das Mãos.



05-05-2013

5

Nos dias 20, 21, 23 e 25 de Outubro de 2010 foram realizadas as observações pelos 3 elementos Dinamizadores da CCI no SANE com um total de 220 acções avaliadas, as mesmas foram executadas às quatro equipas (enfermeiros, auxiliares, médicos e técnicos), que prestam cuidados aos utentes durante a sessão de hemodiálise. Foram cobertos os vários momentos de prestação de cuidados, ligar e desligar do doente, fornecimento de alimentação, observação médica, entre outros procedimentos.



05-05-2013

6

Tal como preconiza o programa utilizou-se o formulário de observação, fornecido para a realização das mesmas e utilizada a codificação recomendada.



05-05-2013

Foram executadas observações nos cinco momentos em que incide a campanha. Com o seguinte resultado... ..



05-05-2013

Um total de 151 adesões em 220 acções, o que dá **68,6%**



05-06-2013

9

Esta percentagem está distribuída pelos cinco momentos



05-06-2013

10

Antes do contacto com o doente
num total de 71 oportunidades, realizaram-se
39 acções no que resulta uma adesão de
54,9%



Antes de procedimentos limpos ou assépticos
num total de 20 oportunidades, realizaram-se
17 acções no que resulta uma adesão de
85%



Após risco de exposição a fluidos orgânicos num total de 21 oportunidades, realizaram-se 19 acções no que resulta uma adesão de **90,5%**



Após contacto com o doente num total de 60 oportunidades, realizaram-se 46 acções no que resulta uma adesão de **76,7%**



Após contacto com o ambiente envolvente do doente num total de 48 oportunidades, realizaram-se 30 acções no que resulta uma adesão de **62,5%**



5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente

05-05-2013

15

Só foram conseguidos estes valores com:

- ★ Formação facultada aos prestadores de cuidados sobre a importância da higienização das mãos;
- ★ Disponibilização de meios para que se possa proceder á higienização das mãos, colocando dispersores de SABA e lavatórios em locais de fácil acesso;
- ★ Com o empenho que todos os profissionais do SANE têm em querer prestar cuidados seguros e de qualidade.



05-05-2013

16

Planos para o futuro: “É Possível Taxa ZERO de Infecção”

Starling

100% de adesão á higienização das
mãos.



05-05-2013

17

Como?



- ★ Voltar a realizar observações, para se monitorizar se a taxa de adesão se mantém;
- ★ Realizar um questionário onde cada elemento da equipa valora qual a importância que atribui á higienização das mãos na prestação de cuidados;
- ★ Realizar reforço da formação.



05-05-2013

18

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE



Apêndice 5 - Pedido de Autorização aos Órgãos de Gestão da Instituição

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE



Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde
Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica



Estando a frequentar o 1º Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Setúbal, como é de vosso conhecimento, estamos a realizar estágio no Sector de Ambulatório de Nefrologia desta instituição. De acordo com o plano de estudos deste curso devemos elaborar um projecto de intervenção que se aloca às temáticas, respectivamente, “Implementação da higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua unidade” e “Implementação do plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico nesta unidade”. No âmbito da análise diagnóstica dos projectos de intervenção é nossa intenção aplicar os questionários em anexo e, no caso do primeiro projecto, realizar colheita de dados através da observação directa das práticas desenvolvidas. Para podermos concretizar esta intenção é-nos necessária a vossa autorização de acordo com os procedimentos ético-legais inerentes a um trabalho desta natureza.

Pede deferimento
Atenciosamente
Setúbal, 24 de Janeiro de 2011

Aluna do CPLEE de MC Maria do Carmo Carnot

Aluna do CPLEE de MC

Apêndice 6 - Panfleto dia mundial da higiene das mãos distribuído no
SANE

Higienização das mãos uma prioridade no SANE



Tendo como propósito futuro alcançar estes dois objectivos:
- "É Possível Taxa ZERO de Infecção".
Starling

- 100% de adesão á higienização das mãos.

Mãos limpas é o nosso lema



Realizado por En^o Carmo Carrot
Estadante do 1^o Curso Pós Licenciatura em Enfermagem de Especialização em
Medicina Cirúrgica

Dia Mundial de Higiene das Mãos



5 de Maio

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE

A Organização Mundial da Saúde instituiu o dia 5 de Maio como o Dia Mundial de Higiene das Mãos, pois a prática ainda é a uma das principais formas de prevenção contra a disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar.

As mãos são consideradas as principais vias de disseminação de infeções relacionadas com os cuidados saúde.



Uma eficaz higienização das mãos é uma medida muito importante para evitar essas infeções.

O QUE É HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS?

É a medida individual mais simples e menos dispendiosa, para prevenir a propagação das infeções relacionadas aos cuidados de saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos”, devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização antiséptica e a fricção com SABA.



A data associa o quinto dia do quinto mês aos cinco momentos da Higiene das Mãos. Quais são então os 5 MOMENTOS para a Higienização das Mãos?

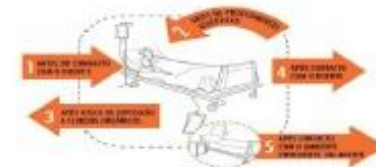
..Antes do contacto com o doente

..Antes de procedimentos assépticos

..Após o risco de exposição a fluidos orgânicos

..Após contacto com o doente

..Após contacto com o ambiente envolvente do doente



Apêndice 7 - Disponibilidade da máquina de luz negra por parte da Bbraun

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE

Exma Senhora
Enf.^a Carmo Carnot,

Em resposta ao V/ e-mail do passado dia 18 do corrente, somos por este meio a confirmar a disponibilidade da máquina de luz negra, durante a campanha de desinfeção e higienização das mãos que decorrerá no Hospital de [REDACTED] nos dias 23 e 24 de Setembro.

O aparelho será entregue no dia 22 de Setembro e será recolhida no dia 26 de Setembro.

Melhores cumprimentos,

[REDACTED]
Assistente de Marketing
Divisão Hospital Care & OPM
Tel. 214 368 226
Fax. 214 368 285

Apêndice 8 - Formação em Serviço de 21 de maio de 2011

Plano de Formação do dia 21/05/2011			
Módulo I - Implementação dos projectos de intervenção no SANE, integrados no âmbito académico			
Título - Higienização das mãos uma prioridade no SANE			
Objectivos: Consciencializar para o aumento da adesão à higienização das mãos		Duração: 1h	
Apresentação dos dados da observação realizada no decorrer do estágio		Destinatários: Equipa de Enfermagem do SANE	
Sugestões de projectos futuros para melhoria das práticas			
Assuntos a Abordar	Orientação Metodológica	Recursos	Avaliação
Apresentação dos cinco momentos do programa	Método Expositivo Power Point	Computador e Video Projector	Observação directa Participação dos Enfermeiros Preenchimento de Ficha de Avaliação
Apresentação comparativa dos dados observados no 1º e 2º Momento			
Apresentação de projectos futuros			

“Higienização das mãos uma prioridade no SANE”.

Realizado por Enf.ª Carmo Campos, nº 2140
Estudante do 1.º Curso Pós Licenciatura em
Enfermagem de Especialização em Médico Cirúrgica
Orientador Enf.ª Ana Lourenço, Prof.ª Elsa
Monteiro

objectivo geral:

- **Aumentar a adesão dos enfermeiros á Higienização das mãos.**

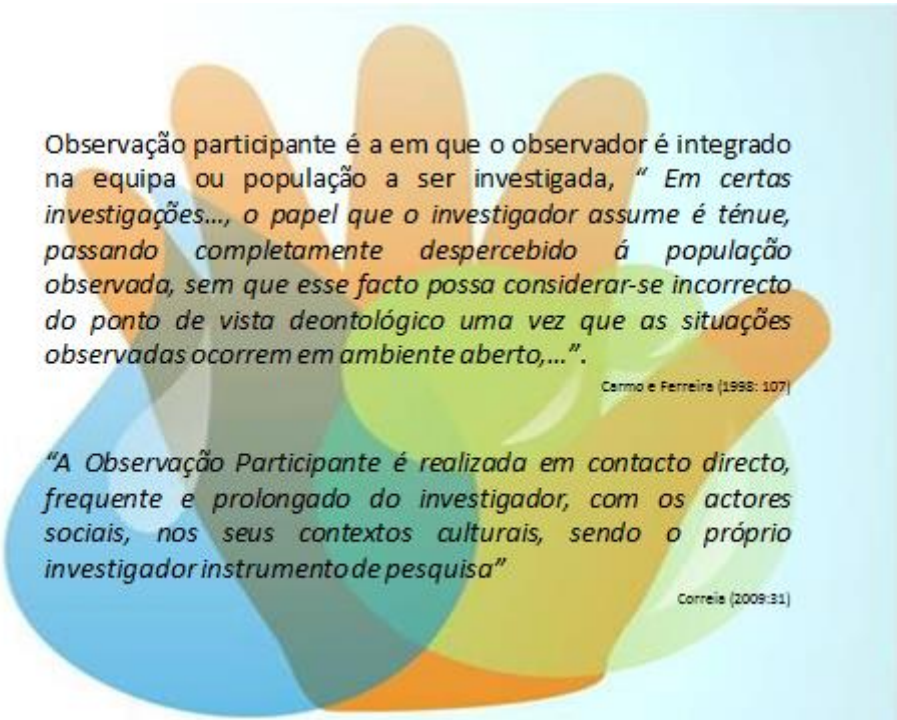
objectivos intercalares:

- **Monitorizar qual a valoração que é dada á Higienização das mãos pelos enfermeiros no SANE;**
- **Reduzir o número de potenciais práticas de risco causadoras de infecções associadas aos cuidados de saúde, ocasionadas por prática incorrecta na higienização das mãos.**



TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE AS INDICAÇÕES E GUIDELINES DA OMS

Indicações	Correspondência entre as indicações (WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care - Advanced Draft - p. 95).
Antes do contacto com o doente	a) antes e após o contacto directo com doentes.
Antes de procedimentos assépticos	c) antes de manipular um dispositivo invasivo para um doente, independentemente do uso de luvas. e) na mudança de um local do corpo contaminado para outro que esteja limpo durante a prestação de cuidados.
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	d) após contacto com fluidos ou excreções orgânicas, mucosas, pele com solução de continuidade, pontos de feridas. e) na mudança de um local do corpo contaminado para outro que esteja limpo durante a prestação de cuidados. b) após remover luvas.
Após contacto com o doente	a) antes e após ter contacto directo com doentes. b) após remover luvas.
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	f) após contacto com objectos inanimados (incluindo equipamento médico) na vizinhança imediata do doente. b) após remover luvas.

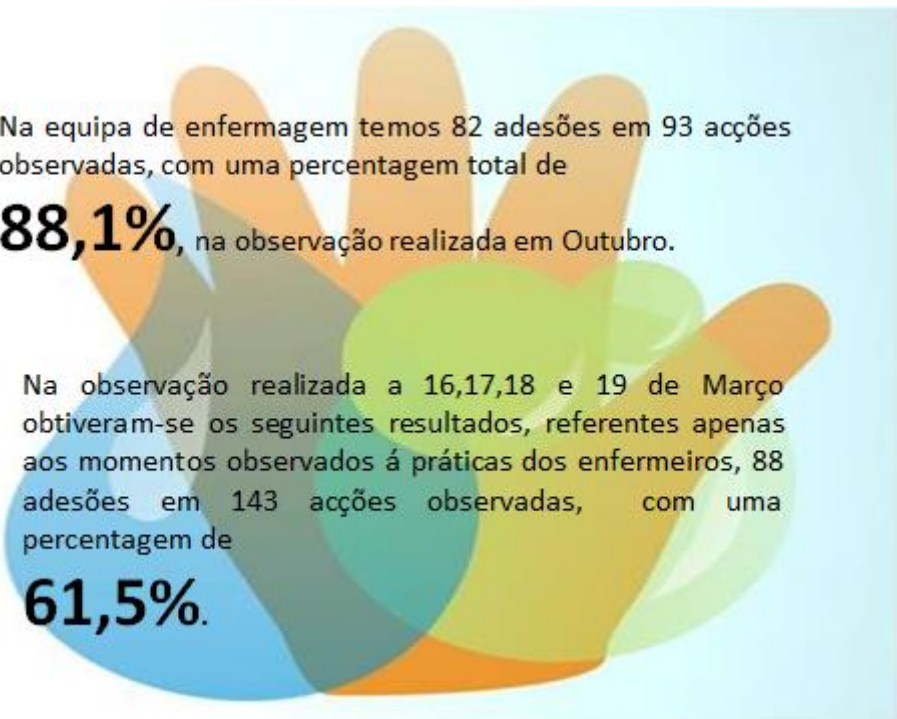


Observação participante é a em que o observador é integrado na equipa ou população a ser investigada, “ Em certas investigações..., o papel que o investigador assume é ténue, passando completamente despercebido á população observada, sem que esse facto possa considerar-se incorrecto do ponto de vista deontológico uma vez que as situações observadas ocorrem em ambiente aberto,...”.

Carmo e Ferreira (1998: 107)

“A Observação Participante é realizada em contacto directo, frequente e prolongado do investigador, com os actores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento de pesquisa”

Correia (2009:31)

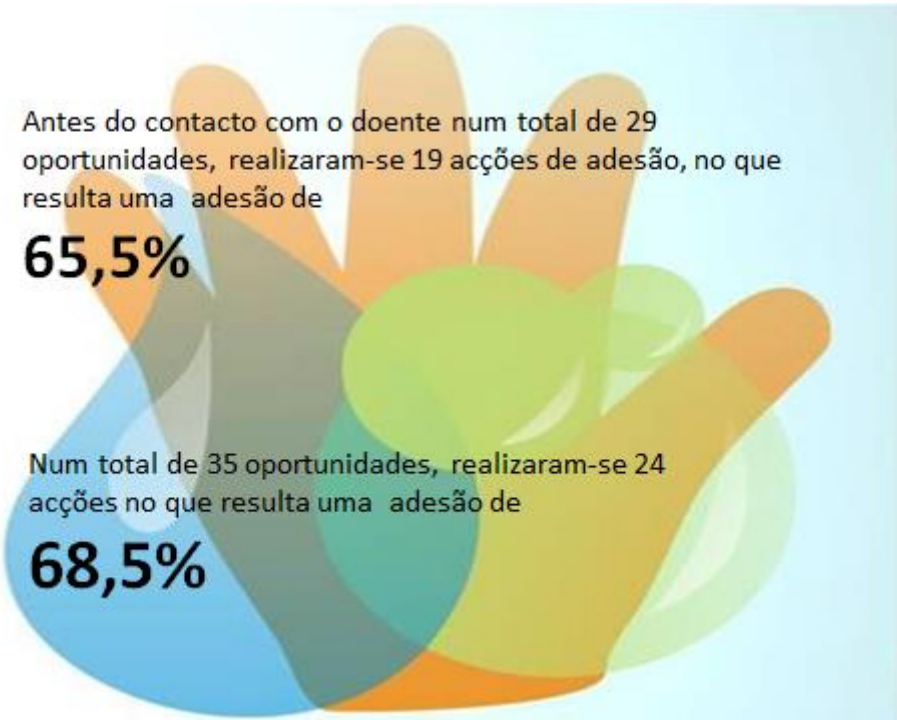


Na equipa de enfermagem temos 82 adesões em 93 acções observadas, com uma percentagem total de

88,1%, na observação realizada em Outubro.

Na observação realizada a 16,17,18 e 19 de Março obtiveram-se os seguintes resultados, referentes apenas aos momentos observados á práticas dos enfermeiros, 88 adesões em 143 acções observadas, com uma percentagem de

61,5%.



Antes do contacto com o doente num total de 29 oportunidades, realizaram-se 19 acções de adesão, no que resulta uma adesão de

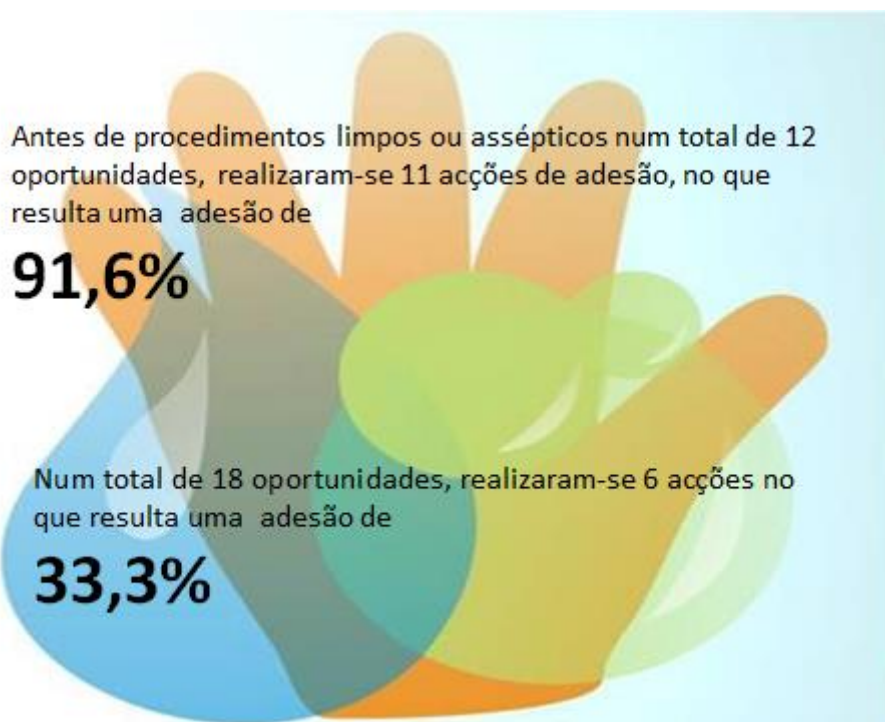
65,5%

Num total de 35 oportunidades, realizaram-se 24 acções no que resulta uma adesão de

68,5%

Subida ligeira, de 3%, é neste momento que tal como nos refere Cruz *et al* (2009:36), “...o hábito pode suplantar a intenção de realizar determinada acção. Neste sentido, para os pesquisadores embora os profissionais valorizem e reconheçam a importância da HM, o hábito inadequado resulta em não adesão.”, é aqui que se insere o gesto automatizado referido nos questionários, que faz com que este valor não seja ainda melhor.





Tentando encontrar uma justificação para esta ocorrência, poderá ser por o enfermeiro considerar que como já se encontra dentro da unidade do doente, vulgarmente chamada de *Bolha*, quando vai realizar o procedimento não se apercebe que o ambiente envolvente pode conter microrganismos nocivos e que podem ser transmitidos antes do procedimento a realizar.



Após risco de exposição a fluidos orgânicos num total de 14 oportunidades, realizaram-se 11 acções de adesão, no que resulta uma adesão de

78,5%

Num total de 20 oportunidades, realizaram-se 18 acções no que resulta uma adesão de

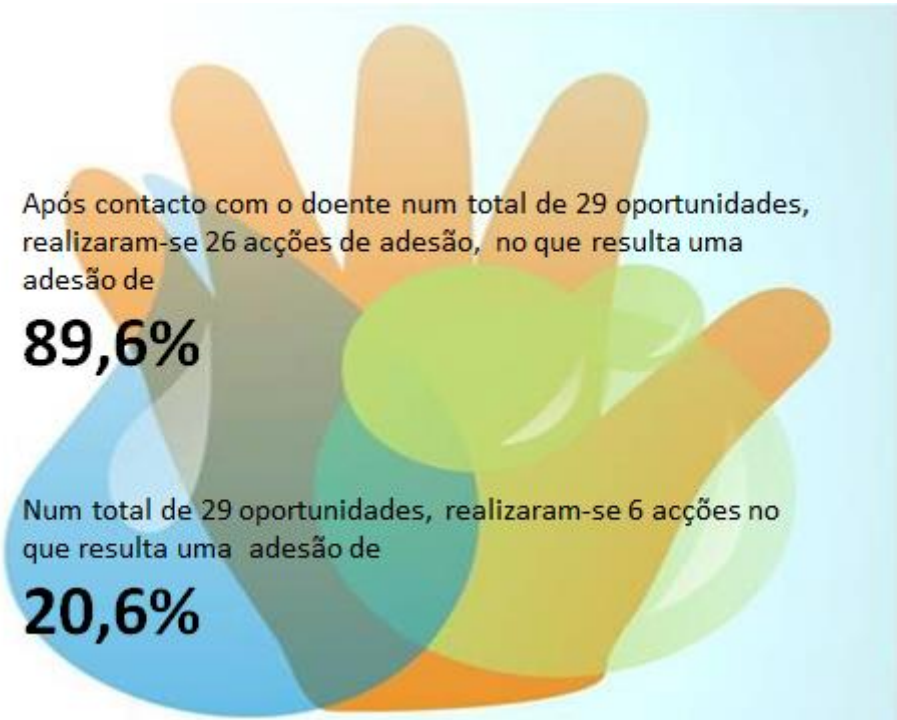
90%



Aumento significativo de 11,5% de adesão, sendo o SANE um local onde quase todos os procedimentos observados têm contacto com sangue, é muito importante que os enfermeiros estejam sensibilizados para após o contacto com o mesmo, utilizando como é preconizado luvas estando no entanto despertos para realizar a higienização das mãos.

“Quando? Após qualquer procedimento que potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico independentemente de se usarem luvas ou não. Porquê? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente”.

DGS (2010:28)



Após contacto com o doente num total de 29 oportunidades, realizaram-se 26 acções de adesão, no que resulta uma adesão de

89,6%

Num total de 29 oportunidades, realizaram-se 6 acções no que resulta uma adesão de

20,6%

Este momento na nossa prática é muitas vezes ligado ao quinto momento, pois após procedemos á punção do doente, e antes de inserir os parâmetros no monitor ou realizar qualquer outro procedimento, deveríamos higienizar as mãos e só depois então executar a tarefa seguinte, pois só assim o profissional de saúde e o ambiente de prestação de cuidados estão protegidos.



Após contacto com o ambiente envolvente do doente num total de 17 oportunidades, realizaram-se 15 acções de adesão, no que resulta uma adesão de

88,2%.

Num total de 37 oportunidades, realizaram-se 34 acções no que resulta uma adesão de

91,8%.

Quanto a esta oportunidade, ocorreu um ligeiro aumento de adesão, também era uma que tinha tido melhor anuência na primeira observação, os enfermeiros com a colocação das SABA na unidade do doente, que no nosso caso é aos pés da cadeira do doente, tiveram grande facilidade em aderir á execução deste procedimento.



Projectos futuros:

- Investir na sensibilização, através da formação
- Realizar novas monitorizações
- Motivar para a adesão



<http://www.youtube.com/watch?v=PwhK9MELT14>





Ficha de Avaliação da Formação

IDENTIFICAÇÃO DO CURSO	
Curso/Ação: MÓDULO 1- "IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJECTOS DE INTERVENÇÃO NO SANE, INTEGRADOS NO ÂMBITO ACADÉMICO"	
Título: <i>"Higienização das mãos uma prioridade no SANE"</i> .	
Data (s): 22/ 05/2011	
Duração: 11/12 horas – 1 h	

PROGRAMA DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Objectivos da Acção	Confusos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 Muito claros
Conteúdo da Acção	Inadequado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 3 Completamente adequado
Utilidade do Tema	Inaplicável <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Totalmente aplicável

FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Motivação e participação	Ausente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Muito aberto
Instalações	Más <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Excelentes
Meios Audiovisuais	Escassos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Excelentes
Documentação	Inadequada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Adequada na totalidade
Utilização dos suportes	Inadequada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Muito adequada

QUALIDADE DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Disponibilidade	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Muito bom
Conhecimento	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 4 Muito bom

AGP/SF

SUGESTÕES / CRÍTICAS / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO
Temas a desenvolver mais profundamente: Não ocorreram sugestões.
Outros temas a incluir em Acções deste tipo: Não ocorrem sugestões
Aspectos mais positivos na Acção: - Tomada de consciência que nem sempre o que se executa está correcto; esclarecimento de dúvidas.
Aspectos a melhorar: Sem referências
Sugestões: - Pedir à farmácia a mudança da SABA, pois esta é de má qualidade o que faz diminuir a adesão à sua utilização.

Avaliação Global da Formação
Foram atingidos os objectivos propostos para da apresentação, a adesão da equipa foi de 93%, apenas faltou uma colega que por impossibilidade pessoal avisou que não iria estar presente, estando todos os elementos presentes motivados e participantes, referindo algumas sugestões, que tomaremos em consideração, pois como elemento de ligação da CCI, tenho a responsabilidade de providenciar que os factores adversos às boas práticas sejam precocemente corrigidos. Assim contactarei o mais breve possível a farmácia e a CCI para que seja repostos a SABA pré existente, e será feita a notificação de risco não clínico, ao serviço da gestão do risco, pois esta solução está a fazer com que diminua a adesão à higienização das mãos. Por toda esta partilha e sugestões a avaliação que faço da formação é muito positiva, o que vai ao encontro, com a avaliação realizada pelas colegas. Como se pode constatar pelos dados acima referidos por parte dos participantes a formação também foi positiva, nos três aspectos avaliados.

Formador: Maria do Carmo Carnot Morgado

Apêndice 9 - Reflexão do trabalho realizado na pós-graduação &
mobilização de competências do EEEPSC

REFLEXÃO DO TRABALHO REALIZADO NA PÓS-GRADUAÇÃO & MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO EEEPSC

“Não há mais que cinco notas musicais, e, entanto, as melodias que as suas combinações podem produzir não têm fim”

Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:34)¹⁵⁵



Durante o exercício da actividade de enfermagem temo-nos debruçado sobretudo em duas áreas de interesse, nomeadamente o Controlo de Infecção e os Cuidados Paliativos as quais têm sido mais desenvolvidas por nós.

Deste modo, equacionando a realização de um estudo de caso durante o percurso académico, foi pertinente optar por um caso que incidisse sobre a nossa área de intervenção – cuidados paliativos.

No nosso contacto diário deparamo-nos com pessoas e famílias a vivenciar situações em que, por falta de apoio da comunidade, tomam a decisão de sujeitar os seus familiares a um internamento hospitalar e/ou em lar, devido à grande lacuna no que diz respeito ao apoio domiciliário.

Ao desempenhar funções concomitantemente no SANE e num Lar de idosos em que nos é solicitado este tipo de apoio, pensou-se que o estudo de caso poderia servir de base para a concretização do que já era uma preocupação - os cuidados domiciliários, “nascendo” assim o tema do estudo de caso: **“A Pertinência da Criação de Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliários”**.

¹⁵⁵ SUN TZU – *A Arte da Guerra*. Junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

¹⁵⁶ http://www.google.pt/imgres?imgurl=http://peribal.hi-pi.com/blog-images/504388/gd/1219971766/Pelas-Maos-de-uma-Crianca.jpg&imgrefurl=http://paradise.fotosblogue.com/47058/Pelas-Maos-de-uma-Crianca/&usq=__wf183y7WmTrFSrENpl7ARrTHM9w=&h=399&w=600&sz=103&hl=pt-PT&start=160&zoom=1&tbnid=LG7baHDKxZ9DUM:&tbnh=124&tbnw=165&ei=J-jwTZzrF9GHhQexouQp&prev=/search%3Fq%3Dm%25C3%25A3os%26hl%3Dpt-PT%26sa%3DG%26biw%3D1345%26bih%3D560%26gbv%3D2%26tbnid%3Dsch&itbs=1&iact=hc&vpx=111&vpy=266&dur=47&hovh=183&hovw=275&tx=156&ty=82&page=8&ndsp=24&ved=1t:429,r:0,s:160&biw=1345&bih=560 acedido a 22/05/2011 às 12h 35m

Como nos refere Braga *et al*¹⁵⁷ (2010: 29), citando (Oliveira; Sá; Silva, 2007) “*A enfermagem parece reconhecer que os cuidados paliativos vêm preencher uma lacuna existente no cuidado prestado ao enfermo grave à medida que procura atenuar ou minimizar os efeitos de uma situação fisiológica desfavorável. Prezar pelo não abandono, pelo acolhimento espiritual do doente e de sua família, além do respeito à verdade e à autonomia do doente, parece favorecer a participação do enfermo no tratamento, não esquecendo de que o tratamento não pertence aos profissionais de saúde, mas sim ao próprio enfermo. A não possibilidade de cura parece romper com os limites terapêuticos, mas de forma alguma com as possibilidades de cuidar e proporcionar dignidade e respeito aos limites de quem não quer viver sofrendo*”. E porque não esse cuidado ser proporcionado no domicílio se for a vontade do doente e sua família? Não é nossa obrigação como cidadãos sermos intervenientes e mobilizarmo-nos para a cidadania? Foi com essa motivação que desenvolvemos este estudo de caso.

Baldessin¹⁵⁸ (2007:142) a propósito das famílias como unidades de saúde, menciona “*A família tem um papel fundamental e insubstituível no cuidado e promoção da saúde, na prevenção e alívio da enfermidade. A família é o lugar natural onde nasce, cresce, amadurece, declina e se apaga a vida. Ela é o templo da vida, pois é na família que a vida é cuidada, protegida e amada. Por isso, é chamada a ser uma comunidade de saúde...*”.

Temos doentes/famílias a viver processos complexos de doença, pode não ser crítica pois neste momento não se preconiza, protocolos terapêuticos complexos, não são emergentes as manobras de suporte avançado de vida, entre outras competências que como enfermeiros especialistas, temos que desenvolver no desempenho das funções que nos estão atribuídas.

Por outro lado, deparamo-nos com doentes/famílias cuja gestão da dor é pedra basilar dos nossos cuidados, assim como o apoio á família no qual mobilizamos os conhecimentos sobre gestão da ansiedade e medos, dignificação da morte e dos processos de luto.

Em reflexão realizada anteriormente, referiu-se que os cuidados que prestamos estão mais vocacionados para o doente crónico, contudo, defendemos que esta é uma área

¹⁵⁷ BRAGA, E. M.; FERRACIOL, K. M.; CARVALHO, R. C; FIGUEIREDO, G. L. A. - *Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal* - Investigação, v. 10, n. 1, p. 26-31, 2010: ISSN 2177-4080 (on-line)

<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/viewFile/150/107> acedido a 22/01/2011 às 12h 35m

¹⁵⁸ BALDESSIN, P.e Anísio – *Como Organizar a Pastoral da Saúde*. São Paulo: Edições Loyola, 2007. ISBN 978-85-15-03310-2.

mais “vocacionada” ao doente paliativo pois a especificidade de cuidados difere, em muito, do que é solicitado para um doente crítico em que nos é solicitado que mobilizemos uns cuidados mais interventivos, com o objectivo da cura ou melhoria do estado de saúde. É nesta etapa que nós, futuros enfermeiros especialistas e com o contributo de todos, teremos que reunir o nosso saber e conhecimento criando competências que permitem regulamentar o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica.

Assim, aquando da realização do estudo de caso mobilizámos a experiência adquirida ao longo de anos de experiência profissional nesta área do cuidar, tal como nos refere Serrano¹⁵⁹ (2008:24) *“Na enfermagem, o cuidar tem sido reconhecido como o ponto fulcral. É definido como uma característica necessária para o bem da humanidade e essencial para a profissão”*.

¹⁵⁹SERRANO, Maria Teresa Pereira - *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*
http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/91/1/Tese%20PHD_T_Serrano.pdf acedido a 10de Setembro de 2010 às 16h 15m

Apêndice 10 - Formação em Serviço de 21 de setembro de 2012

Maria do Carmo Carnot
 Higiene das mãos uma prioridade no SANE

SERVIÇO DE GESTÃO DA FORMAÇÃO

SERVIÇO: Nefrologia (SANE) - Plano Provisório
 DATA: __30_/__01_/ 2012

ANO __2012__

PLANO DE FORMAÇÃO PROVISÓRIO

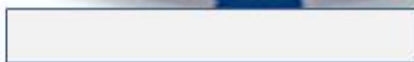
MODALIDADE DE FORMAÇÃO: __Formação em Serviço__ CICLO FORMATIVO: SISTEMAS DESENVOLVIMENTO (IN)FORMAIS: CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL - Ano 2º												
Serviço	N.º da Ação	Denominação da Formação	Destinatários	Data(s) de Realização	N.º de Formandos por Ação		Identificação dos Formadores	N.º de Formadores por Ação		Duração Horas	Local de Realização	
					Internos	Externos		Internos	Externos			
Sector de Ambulatório de Nefrologia - (SANE)	22	Reabilitação	Enfermeiros do SANE	16-06-2012	19	0		2	0	1	Sala de Reuniões	
	23	Equipamento						3		1		
	24	Carro de urgência/ Mala de transporte						3		0		1
	25	Acolhimento						3		1		
	26	Reflexão sobre contextos da prática					Equipa de Enfermagem	A determinar		1		
	27	Traçados Electrocardiográficos no SANE					1	0		2		
	28	Sessão prática de ECG/ Carro de Urgência										
	29	CAMPANHA DE HIGIENE DAS MÃOS (2012)		Enf. Carmo Carnot			2			1		
	30	Ambientes seguros: expectativas e intervenção					2			1		
	32	Reflexão sobre contextos da prática		Equipa de Enfermagem			A determinar			1		

Plano de Formação do dia 29/09/2012			
CICLO FORMATIVO: SISTEMAS DESENVOLVIMENTO (IN)FORMAIS: CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL Ano 2			
Título - CAMPANHA DE HIGIENE DAS MÃOS (2012)			
Objectivos: Apresentação dos questionários Apresentação do projecto a desenvolver		Duração: 1h	
		Destinatários: Equipa de Enfermagem do SANE	
Assuntos a Abordar	Orientação Metodológica	Recursos	Avaliação
Breve introdução ao tema	Método Expositivo Apresentação de filmes alusivos ao tema	Computador e Vídeo Projector	Observação directa Participação dos Enfermeiros Preenchimento de Ficha de Avaliação
Apresentação dos Filmes			
Comentarios informativos do filme a apresentar			
Informação de novo momento de observação para preenchimento do formulário			

Higienização das Mãos no SANE



Enf^a Carmo Carnot



<http://www.youtube.com/watch?v=JS5h8dGf1Uo>



<http://www.youtube.com/watch?v=qagmw3oGOVg>



<http://www.youtube.com/watch?v=uXoFBpAUSqc>



<http://www.youtube.com/watch?v=VQisWTz02c>



<http://www.youtube.com/watch?v=fCi0JATJw04>

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE



<http://www.youtube.com/watch?v=bDHUfCVXriY>



<http://www.youtube.com/watch?v=1kDiumuQCGE>





Ficha de Avaliação da Formação

IDENTIFICAÇÃO DO CURSO	
Curso/Ação: CICLO FORMATIVO: SISTEMAS DESENVOLVIMENTO (IN)FORMAIS: CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE ORGANIZACIONAL Ano 2	
Título: <i>CAMPANHA DE HIGIENE DAS MÃOS (2012)</i>	
Data (s): 29/ 09/2012	
Duração: 9 às 10 horas – 1 h	

PROGRAMA DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Objectivos da Acção	Confusos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 Muito claros
Conteúdo da Acção	Inadequado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Completamente adequado
Utilidade do Tema	Inaplicável <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Totalmente aplicável

FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Motivação e participação	Ausente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Plena
Relacionamento entre participantes	Fechado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Muito aberto
Instalações	Más <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Excelentes
Meios Audiovisuais	Escassos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Excelentes
Documentação	Inadequada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Adequada na totalidade
Utilização dos suportes	Inadequada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Muito adequada

QUALIDADE DA ACÇÃO	
	1 2 3 4
Disponibilidade	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Muito bom
Conhecimento	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Muito bom
Clareza de exposição	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Muito bom
Esclarecimento de dúvidas	Insuficiente <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 2 Muito bom

MPRSF

SUGESTÕES / CRÍTICAS / NECESSIDADES DE FORMAÇÃO
Temas a desenvolver mais profundamente: Não ocorreram sugestões.
Outros temas a incluir em Acções deste tipo: Não ocorrem sugestões
Aspectos mais positivos na Acção: - Originalidade na apresentação do tema, sabendo motivar e captar a atenção.
Aspectos a melhorar: Sem referências
Sugestões: Sem sugestões

Avaliação Global da Formação
Foram atingidos os objectivos propostos para da apresentação, a adesão da equipa foi de 66%, pois ainda temos elementos de férias, os elementos presentes estavam motivados e participantes. Ocorreu muito dinamismo no decorrer da sessão pois tentamos ser originais apresentado estes filmes e músicas no intuito de motivar a equipa para a manutenção dos bons resultados. A avaliação que faço da formação é muito positiva, o que vai ao encontro, com a avaliação realizada pelas colegas. Como se pode constatar pelos dados acima referidos por parte dos participantes a formação também foi positiva, nos três aspectos avaliados.

Formador: Maria do Carmo Carnot Morgado

Apêndice 11 - Poster das Jornadas de Enfermagem

Resumo para submissão de *Poster* às I Jornadas de Enfermagem do (

“Salve Vidas: Higienize as Mãos” – A Intervenção do Enfermeiro Especialista no sucesso da sua aplicação

Um dos campos de ação dos cuidados seguros é o Controlo de Infeção, área que cada vez mais deve ser evidenciada e trabalhada pois está na base da redução de custos e no topo da qualidade dos cuidados. Atualmente as medidas economicistas e a avaliação dos profissionais e organizações são um imperativo. Com tudo isto é premente que se diminuam a ocorrência de infeções na sequência da prestação dos cuidados de saúde.

“Salve Vidas: Higienize as Mãos” é um projeto abraçado pelo SANE, que por sua vez está integrado num projeto da organização e este tem âmbito nacional e internacional.

Como a melhoria dos cuidados constitui para todos os profissionais desta unidade uma preocupação, achou-se pertinente partilhar os bons resultados obtidos aquando da observação da prática da higienização, para a recolha de dados e colocação na plataforma da Direção Geral de Saúde se mantinham, pois empiricamente parecia-nos que essas boas práticas estavam um pouco descuidadas, o que vem de encontro com o que está descrito na literatura e que não era o que nós constatávamos.

Assim surge a nossa inquietação.

Será que se mantêm as boas práticas observadas? Se não, onde podemos intervir? Se sim, onde podemos melhorar de modo a atingir os cem por cento de boas práticas, e cumprir uma das exigências para uma prestação de cuidados de excelência no serviço: **“Higienização das Mãos uma prioridade no SANE”**.

Focalizámo-nos na higienização das mãos dos Enfermeiros que prestam cuidados no SANE.

Questionamo-nos acerca do exercício profissional como Enfermeira Especialista, integrada numa equipa multidisciplinar e de como a nossa prática e agir, poderá influenciar a alteração de comportamentos de adesão a práticas de cuidados de excelência.

São os resultados deste projecto que evidenciamos neste *Poster*.

Apêndice 12 - Estágio opcional numa unidade de ambulatório de nefrologia

ESTÁGIO OPCIONAL NA UNIDADE DE AMBULATÓRIO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL [REDACTED]

*“Ainda que beneficiando dos meus conselhos,
o general deverá retirar proveito da circunstâncias imprevistas”*

Sun Tzu, in A Arte da Guerra (2010:11)¹⁶⁰

Pensamos ser pertinente no decorrer do estágio visitar uma unidade idêntica, quer no tipo de actividade, quer por estar integrada num hospital em que a estrutura da unidade também foi adaptada para funcionar como centro de Hemodiálise. Mais tarde transformou-se numa unidade de ambulatório de Nefrologia, com valência semelhantes às que praticamos na nossa Unidade. Por isso a escolha recaiu sobre o Hospital do [REDACTED] na Unidade de Ambulatório de Nefrologia.

Foi previamente feito o contacto com a Sr.^a Enf.^a Chefe, que se disponibilizou, para nos receber e tentar colaborar na concretização dos objectivos que pretendíamos alcançar com a realização deste estágio de observação. Após partilhar com a Sr.^a Enf.^a o que pretendíamos do estágio, achou-se por bem contactar a Sr.^a Enf.^a A. E., pois sendo a responsável pela CCI no hospital seria quem melhor poderia contribuir para a partilha de experiências.

Assim os objectivos deste estágio são os seguintes:

- Perceber quais as dificuldades sentidas na implementação do programa de higienização das mãos no Sector de Ambulatório de Nefrologia;
- Como tinham conseguido contornar as dificuldades de implementação do programa.

Sabíamos que o hospital tinha aderido ao programa da Higienização das Mãos também logo na fase inicial.

A equipa do hospital revelou-se estar muito motivada e receptiva, sendo que houve disponibilidade por parte de todos os elementos tanto da equipa de serviço de nefrologia, como por parte da colega da CCI. Mas fomos confrontados com a não implementação do programa no serviço, pois os obstáculos tinham sido muito difíceis de ultrapassar, e

¹⁶⁰ SUN TZU – A Arte da Guerra. Junho 2010. Bertrand Editora, Lda. Lisboa. 978-972-25-1988-5

como acontece na maior parte dos serviços a implementação destes programas é conseguido muitas vezes graças á boa vontade e disponibilidade fora das horas de serviço dos enfermeiros, o que por insuficiência dos mesmos e por estarem envolvidos em mais projectos, aliado a dificuldades logísticas, não conseguiram implementar o provaram como tinham previsto.

Sendo assim, a visita que tinha como objectivo a partilha, teve um carácter de formação e ensino acerca das estratégias e procedimentos adaptados para a implementação do programa. Após o término das obras que estão a ser realizadas no serviço, será a altura mais adequada para lançar mais este desafio à equipa, segundo a opinião das Sr.^{as} Enf.^{as} do serviço.

Pensamos que seria muito interessante, lançar um desafio á Unidades de Ambulatório de Nefrologia da região sul, para que se concretiza-se quer a partilha de quem implementou este projecto, quer para quem não o desenvolveu tente reunir as condições para a sua implementação. Após algum tempo aferiríamos ganhos em saúde para quem usufrui dos cuidados que prestamos, a monitorização concretizava-se através da comparação das taxas infecções antes e após a implementação do programa, e a divulgação dos dados.

Ficamos muito motivados para este projecto, e vamos voltar a reunir com as colegas para concretizar este projecto.

Por tudo isto, a ida á Unidade de Ambulatório de Nefrologia do Hospital [REDACTED] [REDACTED] foi muito positiva, mesmo tendo em conta o não cumprimento dos objectivos propostos inicialmente. No entanto, a partilha que realizámos e os desafios que levamos para concretizar, são de grande mais valia para o nosso crescimento como futuras enfermeiras especialistas. No Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, é-nos solicitada a colaboração na criação e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e que efectuemos a sua disseminação para que passem a fazer parte das práticas diárias na prestação de cuidados. Que se desencadeie e participe em projectos institucionais na área da qualidade, que se contribua na execução de actividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições e que os resultados das actividades institucionais na área da qualidade sejam comunicados aos enfermeiros e gestores.¹⁶¹

Foram estes os ganhos dos dois dias de estágio opcional.

¹⁶¹ DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf> acedido a 02/04/2011 às 21h 50m

Apêndice 13 - Artigo - M@os Limp@s é o nosso lema “*Higienização das
mãos uma prioridade no SANE*”

M@os Limp@s é o nosso lema

"Higienização das mãos uma prioridade no SANE"

Maria do Carmo Carnot¹⁶², Lurdes Martins¹⁶³

Resumo

O enfermeiro é o profissional que por mais tempo desenvolve actividades junto do doente, o que o torna responsável, por desempenhar um papel fundamental na prevenção das infecções associadas aos cuidados de saúde, mas também o torna potencialmente veículo de transmissão das mesmas. O insuficiente renal crónico em programa de diálise, convive diariamente com o facto de ser portador de uma doença crónica, que o obriga a um tratamento doloroso, de longa duração que provoca, juntamente com a evolução da doença, alterações de grande impacto, tanto na sua vida como na dos seus familiares, logo é fundamental que seja cada vez mais importante a criação de ambientes que sejam potenciadores de bem estar, pois esses, são os verdadeiros ambientes seguros.

A higienização das mãos é identificada mundialmente como uma medida básica, mas fundamental, no controle de infecções associadas aos cuidados de saúde, logo é considerada como um dos pilares da prevenção e do controle de infecções nos serviços de saúde.

Com o impulso dado pelo programa da OMS, "**Salve Vidas: Higienize as Mãos**", e a realização de momentos de observação, iremos tentar monitorizar os momentos onde será necessário alterar as práticas, aumentando os momentos de formação, pois a prática da enfermagem exige ao longo do seu percurso um processo contínuo de aprendizagem e actualização para que os cuidados sejam de excelência, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade de conceber estratégias que visem reduzir as infecções que podem ocorrer na prestação de cuidados.

Palavras-chave: Higienização das Mãos; Enfermeiros; Adesão; Ambulatório de Nefrologia.

Cle@n H@nds is our motto

"Hand hygiene a priority in SANE"

Summary

The nurse is a professional who develops longer employed by the patient, making it responsible for playing a key role in preventing infections associated with health care, but also makes it potentially a vehicle for transmitting them. The chronic renal impairment undergoing dialysis, live daily with the fact of being a carrier of a chronic disease that requires a painful treatment, which causes long-term, along with the evolution of the disease, changes big impact, both in his life and in his family, so it is essential that it is increasingly important to create environments that

¹⁶² Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Saúde de Setúbal
E-mail: mcarmo.carnot@gmail.com

¹⁶³ Prof^a Doutora Maria de Lurdes Martins, Prof^a Adjunta da ESS do IPS.

are welfare enhancing, because these are the true safe environments. Hand hygiene is identified worldwide as a basic measure, but fundamental in controlling infections associated with health care, so it is considered as one of the pillars of prevention and infection control in health services. With the impetus given by the WHO program, "Save Lives: Sanitize Your Hands", and conducting observation moments, we will try to monitor the moments where you need to change practices, increasing training time, since the practice of nursing requires the along your route a continuous process of learning and updating for that care are of excellence, being the nurse responsible for designing strategies to reduce infections that can occur in care.

Keywords: Hand Hygiene; Nurses; Accession; Clinic of Nephrology

M@nos Limpi@s es nuestro lema

"Higiene de las manos una prioridad en SANE"

resumen

La enfermera es un profesional que desarrolla ya de trabajar por el paciente, por lo que es responsable de desempeñar un papel clave en la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, pero también hace que sea potencialmente un vehículo para su transmisión. La insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis, viven a diario con el hecho de ser portador de una enfermedad crónica que requiere un tratamiento doloroso, lo que provoca a largo plazo, junto con la evolución de la enfermedad, los cambios de gran impacto, tanto en su vida y en su familia, por lo que es esencial que cada vez es más importante la creación de entornos que incrementa el bienestar, ya que estos son los verdaderos entornos seguros.

La higiene de manos es identificado a nivel mundial como una medida básica, pero fundamental en el control de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, por lo que es considerado como uno de los pilares de la prevención y control de infecciones en los servicios de salud.

Con el impulso dado por el programa de la OMS, "Salva Vidas: Desinfecte sus manos", y la realización de los momentos de observación, vamos a tratar de controlar los momentos en que es necesario cambiar las prácticas, lo que aumenta el tiempo de formación, ya que la práctica de enfermería requiere de la a lo largo de su ruta de un proceso continuo de aprendizaje y actualización de dicha atención son de excelencia, siendo la enfermera responsable de diseñar estrategias para reducir las infecciones que pueden ocurrir en la atención.

Palabras clave: higiene de las manos; Enfermeras adhesión; Clínica de Nefrología.

Introdução

É com alguma frequência que lemos nas primeiras páginas dos jornais de maior circulação ou vemos nos telejornais notícias sobre descabros assistenciais ocorridos nas unidades hospitalares, quer por "erro clínico", ou unidades que tiveram que ser temporariamente encerradas por aumento de infecções, entre outras situações críticas para utentes ou de para quem presta os cuidados.

Enquanto enfermeira inserida numa unidade de saúde e consciente de que a área do Controlo de Infecção se encontra a adquirir cada vez maior relevância, entre elas a Higienização das Mãos (HM), surgiu a nossa preocupação para a concretização deste trabalho.

Qualquer organização é compreendida e apreendida por aqueles que com ela interagem através de uma determinada representação, que pode ser favorável ou desfavorável, real ou idealizada, com implicações na sua identidade, a qual cumpre um processo evolutivo de constante construção.

Este projecto a realizou-se em âmbito académico, mas está integrado num projecto do serviço, que por sua vez está integrado num projecto da organização e este tem âmbito nacional e internacional. A melhoria dos cuidados constitui para todos os profissionais do Serviço de Ambulatório de Nefrologia (SANE) uma preocupação, cremos ser pertinente verificar se os resultados obtidos aquando da observação da prática da higienização, para a recolha de dados e colocação a plataforma da Direcção Geral de Saúde (DGS) se mantinha, pois empiricamente parecia-nos que essas boas práticas estavam um pouco descuradas, o que vem de encontro com o que está descrito na literatura, Santos (2002: 6)¹⁶⁴ "Em um estudo conduzido por

Pittet e sua equipe, no Hospital Universitário de Genebra, a adesão dos profissionais à prática da lavagem das mãos foi considerada moderada, com média de 48% de aplicação da medida nas oportunidades geradas durante o dia de trabalho."

Assim surge a nossa inquietação.

Será que se mantêm as boas práticas observadas? Se não, onde podemos intervir? Se sim, onde podemos melhorar de modo a atingir os cem por cento de boas práticas, e cumprir uma das exigências para uma prestação de cuidados de excelência no serviço: "**Higienização das Mãos uma prioridade no SANE**".

Assim temos como objectivo geral:

- Aumentar a adesão dos Enfermeiros á Higienização das Mãos, com o intuito de evitar/reduzir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) no Serviço de Hemodiálise do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) EPE.

Para a sua concretização delineámos dois objectivos intercalares:

- Contribuir para a formação da equipa de saúde do Serviço de Hemodiálise do CHS EPE;

- Auditar a adesão dos enfermeiros à higienização das mãos nos Cinco passos do programa "**Salve Vidas: Higienize as Mãos**". Fig.1



Fig.1 - Cinco passos do programa ¹⁶⁵

¹⁶⁴ SANTOS, Adélia Aparecida M. - *Higienização das mãos no controlo das infecções em serviços de saúde*; RAS _ Vol. 4, Nº 15 – Abr-Jun, 2002

<http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS15.pdf>
acedido em 02/01/2011 às 22h 30m

¹⁶⁵ <http://www.ebah.com.br/content/ABAAAetaMAC/5-momentos> acedido a 25/05/2012 às 22h 35m

Ancoraremos a nossa intervenção numa teoria de enfermagem em que teremos em atenção o todo, pois o controlo de infecção é algo muito amplo e influenciador, da qualidade de vida tanto do cuidador, como de quem usufrui dos cuidados de saúde.

Myra Estrin Levine desenvolveu a Teoria da Conservação de Energia e da Enfermagem Holística, sugere a enfermagem clínica como forma de pensar o ser humano como uma Unidade Corpo-Mente, um "todo", em permanente interacção com o ambiente dinâmico.

Os estudos revelam que os profissionais têm alguma dificuldade em usufruir das oportunidades que lhes são disponibilizadas como nos expõe Melo (2005:25)¹⁶⁶ referindo-se, a *"Jimenez et al (1999) ao observarem, em uma unidade de hemodiálise, as potenciais oportunidades para implementação das PP e o número de vezes que os profissionais as colocaram em prática, concluíram que o uso de luvas foi observado somente em 18,7% das situações em que foram necessárias; e a lavagem das mãos se deu em somente 32,4% das oportunidades, apresentando insatisfatória adesão, conduta que com certeza fragiliza a segurança, tanto do profissional quanto do paciente."* Esta conduta tem que ser percebida à luz de algumas teorias comportamentais, como tal seleccionamos por nos parecer o que mais se adequava ao problema que estamos a estudar, a Teoria da Autoeficácia que está contida na Teoria Social Cognitiva a qual lhe dá suporte e sentido, desenvolvida por Albert Bandura e o Modelo de Crenças em Saúde que considera as crenças em saúde de uma pessoa, o fruto de suas ideias,

conjunturas e atitudes sobre saúde e doença.

Dada a continuidade da dinamização do projecto, e por forma a podermos (quase que em tempo real) actualizar, enriquecer, comentar e validar os seus resultados, optámos por apresentar o respectivo relatório do estágio que serviu de base a este estudo, sob a forma de *blog* que, tendo em conta a temática do projecto, será denominado " M@os Limp@s"¹⁶⁷, título que pensamos ser sugestivo e apelativo.

Desenvolvimento, apresentação e discussão dos dados

O desenvolvimento do projecto decorreu no SANE, onde o alvo dos nossos cuidados são IRC em programa de hemodiálise, podendo no entanto também surgir situações em que teremos que recorrer a alguma técnica de substituição da função renal para resolução ou alívio dos sintomas do doente. Santos¹⁶⁸ (1997: 267), refere, *"A história da hemodiálise como terapêutica artificial de substituição da função renal começa na Holanda, no início de 1940, com os trabalhos de Willem Kolff, no sentido de desenvolver o primeiro "rim artificial". ... "...Kolff tratou 15 doentes sofrendo de Insuficiência Renal Aguda, com o seu rim artificial e em 1945 apresentou-o à comunidade científica."*

A população alvo deste estudo foram os dezoito enfermeiros que prestam cuidados aos doentes a realizar sessão de hemodiálise. Fig 2

¹⁶⁶MELO, Dulcelene de Sousa – *Adesão dos enfermeiros as precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde*. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2005
http://www.btdt.ufg.br/te-desimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf acedido a 23/06/2012 às 20h30m

¹⁶⁷ <http://stopmaoslimpas.blogspot.pt/>

¹⁶⁸ SANTOS, João Pinto. *"O Futuro da Hemodiálise como Terapêutica de Substituição Renal"*. Manual de Hemodiálise. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.

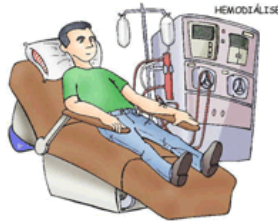


Fig.2 - Sessão de hemodiálise ¹⁶⁹

Foi utilizado o Formulário de Observação preconizado pelo programa da OMS, "Salve Vidas: Higienize as Mãos". Para aplicação deste formulário optamos pela observação dos procedimentos inventariados no mesmo. Como nos menciona Correia (2009:32) ¹⁷⁰, referindo-se a Leininger (1991) o investigador pode tal utilizar "...um modelo O-P-R, observação, participação e reflexão, ...", como tal optou-se pela técnica de investigação Observação Participante. Quanto ao observador com este tipo de técnica, tem como vantagem estar integrado na população a ser observada e assim as alterações de comportamento são reduzidas dando menor margem de enviesamento dos comportamentos.

Das ocasiões observadas a segunda não foi informada, pois era importante perceber se ocorriam diminuição na adesão, assim como alterações de comportamento.

Como se pode constatar temos uma alta percentagem de adesão aos momentos, é no entanto importante salientar que o momento um e dois são muitas vezes sobrepostos pois quando se entra no ambiente envolvente do doente, enumeras vezes é para a realização de procedimentos limpos ou assépticos, como o punccionar, conectar ou verificar o funcionamento do acesso vascular, ao nos aproximarmos da cadeira do doente a higienização das mãos é realizada, calçando-se de

¹⁶⁹ <http://www.transdoreso.org/hemodialise.shtm>

¹⁷⁰ CORREIA, Maria da Conceição Batista; A observação participante enquanto técnica de investigação http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf acedido em 15/01/2011 às 19h 55m

seguida luvas de procedimentos ou esterilizadas, consoante a acção a realizar é limpa ou asséptica. Estes resultados mostram que a equipa tem conhecimento e está mobilizada para a realização da higienização das mãos, como se pode comprovar pelo quadro 1, ocorreu uma evolução muito positiva na anuência aos cinco momentos. No terceiro momento a adesão foi de 100%, na última observação realizada, o que nos pode levar a pensar que os enfermeiros já interiorizaram a importância desta prática.

Momentos	% de Adesões de Outubro 2010	% de Adesões de Março 2011	% de Adesões de Outubro 2011
Antes do contacto com o doente	65,5	68,5	85,70
Antes de procedimentos limpos ou assépticos	91,6	33,3	60
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	78,5	90	100
Após contacto com o doente	89,6	20,6	97,1
Após contacto com o ambiente envolvente do doente	88,2	91,8	92,3

Quadro. 1 - Comparação de resultados das Adesões das três observações

Foi enquadrada na teoria desenvolvida por Levine em que os quatro metaparadigmas – pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem.

São definidos:

➤ Pessoa, como um todo dinâmico, em constante interacção e adaptação com o ambiente.

➤ Saúde e doença geram respostas sistémicas da pessoa ao meio ambiente mantendo e defendendo o seu todo, no seu próprio conceito de saúde.

➤ Ambiente, pode ser operacional, perceptivo e conceitual, sendo de difícil mensuração. As alterações internas e externas estimulam fisiologicamente os níveis de resposta do organismo.

➤ Cuidados de Enfermagem têm como objectivo cuidar do outro quando ele está necessitado, esta relação tem como princípio ser temporária, procurando manter íntegros os mecanismos de defesa biológica fundamentais da pessoa.

Pois na prática diária temos que estar atentos a tudo o que possa ocorrer e que seja possibilitador de alterar este equilíbrio do organismo humano, como reforça Silva e Ciampone (2003:16)¹⁷¹, "*Lidar com as incertezas deve ser um exercício diário na enfermagem. É exemplo de holismo/pensamento sistêmico na enfermagem: o cuidado integral, ou seja, assistir a todas necessidades humanas básicas, à sua totalidade: as necessidades bio-psico-sócio-espirituais.*"

Socorremo-nos de duas teorias comportamentais para justificarmos estes resultados, como tal seleccionamos por nos parecer as que mais se adequavam ao problema que estamos a estudar, a Teoria da Autoeficácia que está contida na Teoria Social Cognitiva a qual lhe dá suporte e sentido, desenvolvida por Albert Bandura e o Modelo de Crenças em Saúde proposto por Rosenstock, que considera as crenças em saúde de uma pessoa, o fruto de suas ideias, conjunturas e atitudes sobre saúde e doença.

Segundo algumas pesquisas como nos refere Guedes *et al* (2012: 308)¹⁷² "*Estudos demonstram que a*

maior adesão dos profissionais à HM após o cuidado ao paciente e contato com fluidos corporais representa mais uma prática de autocuidado do que uma prática de cuidado com o paciente.", esta reflexão vem ao encontro do comportamento referido no MCS, em que ao se entender a severidade e o benefício percebido é possível um aumento de adesão a determinada prática.

Uma das razões a que é atribuída mais ênfase é o que é valorizado por cada individuo, equipe ou organização, tal como nos refere Andrade *et al* (2011: 30)¹⁷³ "*A adoção de um comportamento envolve aspectos individuais, colectivos e institucionais que variam de um indivíduo para o outro; e a sua manutenção vincula-se à expectativa de êxito ou na crença de autoeficácia. Assim, segundo Bandura essa crença consiste na expectativa que um indivíduo tem de que pode executar um comportamento necessário para obter um resultado desejado. O comportamento não necessita ser directamente reforçado para ser adquirido, o indivíduo aprende e adquire experiências observando as consequências dentro do seu ambiente, assim como as vivências das pessoas à sua volta, considerando que pensamentos, convívios e expectativas fazem parte de um processo conhecido como experiências vicárias.*", assim podemos depreender que este aumento de adesão à prática da HM pode resultar das pressões internas para uma melhoria das práticas. O que vai ao encontro TSC, desenvolvida por Bandura, logo a experiência, o êxito de observações anteriores, a pressão social, são factores que motivam para sustentar a crença de autoeficácia. É também fundamental esta mensuração, pois avaliações positivas como as que

¹⁷¹ SILVA, Ana Lúcia; CIAMPONE, Maria Helena Trench. *Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2003, vol.37, n.4, pp. 13-23. ISSN 0080-6234.

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/02.pdf> acessido a 01/06/2012 às 22h

¹⁷² GUEDES, Matilde; MIRANDA, Fernanda Moura D'Almeida; MAZIERO, Eliane Cristina Sanches; CAUDURO, Fernanda Leticia Frates; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida - *Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde*. Cogitare Enfermagem, Vol. 17, No 2 (2012). ISSN Impresso: 1414-8536. ISSN Eletrônico: 2176-9133

<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/coqita>

[re/article/view/27886/0](http://www.revista-api.com/2011/pdf/02/API_02_11_D.pdf) acessido a 10/06/2012 às 12h35m

¹⁷³ ANDRADE, Denise; OLIVEIRA, Gustavo Faria; EZAIAS, Gabriela Machado; SHIMURA, Camila M. Naka; GIORDANI, Annecy Tojeiro - *Experiência vicária entre profissionais de saúde na higiene das mãos* http://www.revista-api.com/2011/pdf/02/API_02_11_D.pdf acessido a 06/06/2012 às 11h

foram obtidas podem ainda levar a melhores desempenhos.

Salientamos o que nos refere Moncaio (2010: s.p.)¹⁷⁴ a propósito do conceito de autoeficácia, "...como a capacidade que o indivíduo tem de organizar e executar uma sequência de acções necessárias para produzir um determinado resultado, o que sem dúvida poderá ser aplicado à prática de HM entre os profissionais de saúde.", e foi essa prossecução de actividades que levou á obtenção destes resultados.

Está descrito se não ocorrer um reforço da informação/formação, esta tende a ser descurada pois este é um processo que é adquirido e que deve estar integrado e envolver os profissionais, como cita Melo (2005: 28)¹⁷⁵ "... ao falarmos de educação como estratégia de adesão, necessário se faz que revisemos as estruturas de actividades empreendidas, com a finalidade de situarmos a prática das mesmas, como instrumento de transformação."



Fig. 3 – Cartaz do Dia Mundial da Higienização das mãos¹⁷⁶

¹⁷⁴ MONCAIO, Ana Carolina Scarpel- *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da autoeficiência de Albert Bandura* <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-160516/pt-br.php> acedido a 17/05/2012 às 18h45m

¹⁷⁵ MELO, Dulcelene de Sousa – *Adesão dos enfermeiros as precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde*. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2005

http://www.bdtf.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf acedido a 23/06/2012 às 20h30m

¹⁷⁶ <http://blog.saobernardosaude.com.br/grupo-sao-bernardo-2/higiene-das-maos/> acedido a 21/09/2012 às 12h

É com este dinamismo que vamos desenvolvendo este projecto, seguimos as directrizes do programa emanado pela OMS, mas vamos reforçando-as quer em momentos formais de formação, como noutros mais informais. Fig.3

Considerando que os valores atingidos são francamente bons, pois a adesão por parte dos enfermeiros do SANE foi muito positiva, o que vai contra o que está descrito na maior parte da literatura por nós consultada. A corroborar o que expusemos, Tipple *et al* refere a propósito num estudo realizado (2007:111)¹⁷⁷, "*Percebe-se que existe um hiato entre o reconhecer a necessidade de uma prática e sua adesão, pois conhecem sobre a importância das mãos como veículo de contaminação cruzada (89,9%) e conhecem a técnica (92,6%), mas a adesão referida é baixa.*". Também Silvestrin, *et al* (2007:9)¹⁷⁸ mencionam que, "*Na literatura tem-se registado baixa adesão ao procedimento de higiene das mãos. O Guideline do Centers for Disease Control (CDC, 2002), contém uma análise retrospectiva de 34 estudos observacionais sobre adesão à higiene das mãos, e relata taxas de adesão que variaram de 5% a 81% (com média de 40%).*".

Só com uma atitude proactiva, se consegue mobilizar para mudanças, com a realização de formações dinâmicas, diversificadas e actuais, envolvendo todos os intervenientes assim como partilhando os excelentes

¹⁷⁷ TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; MENDONÇA, Katiane Martins; MELO, Myllena Cândida; SILVA E SOUZA, Adenícia Custódia; PEREIRA, Milca Severino; SANTOS, Silvana de Lima Vieira - *Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde.* <http://educem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1079> acedido a 17/05/2012 às 19h

¹⁷⁸ SILVESTBIN, E.S.; LIMA, H.M.; MESSIAS, C.A.; SILVA, R.M.C. – *Higiene das mãos: conhecimento dos profissionais de Saúde em um hospital universitário*. *Rer. Inst. Ciênc. Saúde*. 2007; 25(1): 7-13

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ic/edicoes/2007/01_jan_mar/V25_N1_2007_p7-13.pdf acedido a 22/06/2012 às 16h30m

resultados obtidos no que respeita à adesão dos enfermeiros à prática da HM, como cita Gir et al (2004:252)¹⁷⁹, "A desconstrução da percepção de invulnerabilidade a infecções no exercício profissional deve ser trabalhada para que o comodismo e as práticas de risco sejam substituídos por comportamentos que resultem em assistência de qualidade ao usuário e na maior proteção possível ao trabalhador da saúde."

Considerações finais

A importância da higienização das mãos é reconhecida por todos os enfermeiros do SANE. No entanto observamos que há acções que têm de ser continuamente monitorizadas pois, por vezes, as práticas são descontinuadas, aí é fundamental que se reforce a formação.

É relevante contemplar, com maior incidência, as áreas sobre as quais se verifica um maior incumprimento, de modo a que estas situações sejam menos frequentes.

A adequação dos planos formativos às necessidades diagnosticadas, permitirá colmatar falhas e alcançar melhores resultados, ao nível da adopção das melhores práticas.

Tal como nos refere Neves (2009: 744)¹⁸⁰, "Acreditamos que a adesão à higienização das mãos está intimamente relacionada com os aspectos comportamentais de cada

indivíduo, pois estes são determinantes na atitude de execução ou não do ato de higienizar as mãos."

Angerami (1993:11)¹⁸¹ expõe-nos o que determina uma profissão, como tal "O que caracteriza uma profissão é Ter um corpo de conhecimento específico e instrumentos de trabalho que lhe permitam desempenhar suas atribuições com independência, competência e responsabilidade."

No decorrer do desempenho da profissão de enfermagem, as acções que desenvolvemos assentaram num referencial teórico e o que pretendemos era que o ambiente não interferisse negativamente no equilíbrio Saúde/Doença da pessoa ou grupo alvo dos nossos cuidados, assim como no prestador dos cuidados, o que segundo os resultados apresentados denota que se prestam no SANE cuidados cada vez mais seguros.

Segundo COLLIÈRE¹⁸² (1999:260) "É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional.", como tal pareceu-nos pertinente a criação do blog "M@os Limp@s" que, sendo o instrumento de apresentação do relatório de estágio, irá contribuir não só para a divulgação do trabalho realizado e a desenvolver, como para a recolha de comentários e/ou sugestões passíveis de serem utilizados na melhoria das práticas e na partilha de experiências.

A higienização das mãos como principal medida de controlo de infecção, é muitas vezes negligenciada, por parte dos profissionais que prestam cuidados de

¹⁷⁹ GIR, Elucir; TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos; NICHIIATA, Lucia Yasuko Izumi; CIOZAK, Sueli Itsuko - *Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2004, vol.38, n.3, pp. 245-253. ISSN 0080-6234.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342004000300002&script=sci_arttext acessido a 06/07/2012 às 12h30m

¹⁸⁰ NEVES, Zilah Cândida P. et al. - *Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos*. Revista Eletrônica de Enfermagem. V.11, n.3, p. 738-745. Jul./set. 2009. <http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/29/1/v11n3a36.pdf> acessido em 15/02/2011 às 23h 25m

¹⁸¹ ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti - *O mister da investigação do enfermeiro*. Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto - v. 1 - n. 1 - p. 11-22 - janeiro 1993

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a03.pdf> acessido a 01/09/2012 às 22h

¹⁸² COLLIÈRE, M. - *Promover a Vida - Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas 1999

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE

saúde, foi com o intuito de tentar alterar esta prática que se desenvolveu este projecto.

Nunca é demais abordar esta temática, pois com a adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais pode-se reduzir a mortalidade e morbilidade dos doentes, assim como reduzir os gastos com os cuidados de saúde.

A higienização das mãos é transversal a todas as profissões, com a constituição do blog criamos mais um espaço de partilha de experiências, que poderão ser mobilizadas, por cada um para os seus contextos de prestação de cuidados e assim se melhorar os mesmos.

Então fica um desafio pendente, ao qual muitos de nós que prestamos cuidados já aderimos, M@OS LIMP@S é o nosso lema.


Referências:

- ANDRADE, Denise; OLIVEIRA, Gustavo Faria; EZAIAS, Gabriela Machado; SHIMURA, Camila M. Naka; GIORDANI, Anney Tojeiro - *Experiência vicária entre profissionais de saúde na higiene das mãos* http://www.revista-api.com/2011/pdf/02/API_02_11_D.pdf acessado a 06/06/2012 às 11h
- ANGERAMI, Emília Luígia Saporiti - *O mister da investigação do enfermeiro*. Rev. Latino Am. Enf. - Ribeirão Preto - v. 1 - n. 1 - p. 11-22 - janeiro 1993 <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v1n1/v1n1a03.pdf> acessado a 01/09/2012 às 22h
- COLLIÈRE, M. - *Promover a Vida - Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa. Lidel, Edições Técnicas 1999
- CORREIA, Maria da Conceição Batista; *A observação participante enquanto técnica de investigação* http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf acessado em 15/01/2011 às 19h 55m
- GIR, Elucir; TAKAHASHI, Renata Ferreira; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos; NICHIIATA, Lucia Yasuko Izumi; CIOSAK, Sueli Itsuko - *Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2004, vol.38, n.3, pp. 245-253. ISSN 0080-6234. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342004000300002&script=sci_arttext acessado a 06/07/2012 às 12h30m
- GUEDES, Matilde; MIRANDA, Fernanda Moura D'Almeida; MAZIERO, Eliane Cristina Sanches; CAUDURO, Fernanda Leticia Frates; CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida - *Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde*. Cogitare Enfermagem, Vol. 17, No 2 (2012). ISSN Impresso: 1414-8536. ISSN Eletrónico: 2176-9133 <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/27886/0> acessado a 10/06/2012 às 12h35m
- <http://blog.saobernardosaude.com.br/grupo-sao-bernardo-2/higiene-das-maos/> acessado a 21/09/2012 às 12h
- <http://stopmaoslimpas.blogspot.pt/>
- <http://www.ebah.com.br/content/ABAAetAMAC/5-momentos> acessado a 25/05/2012 às 22h 35m
- <http://www.transdoreso.org/hemodialise.shtml>
- MELO, Dulcelene de Sousa - *Adesão dos enfermeiros às precauções padrão à luz do modelo de crenças em saúde*. Universidade Federal de Goiás. Goiânia 2005 http://www.bdttd.ufg.br/teedesimplificado/tde_arquivos/15/TDE-2006-09-04T194405Z-31/Publico/Dulcelene%20Melo.pdf acessado a 23/06/2012 às 20h30m
- MONCAIO, Ana Carolina Scarpel- *Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da autoeficiência de Albert Bandura* <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-27092010-160516/pt-br.php> acessado a 17/05/2012 às 18h45m
- NEVES, Zilah Cândida P. et al. - *Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos*. Revista Eletrônica de Enfermagem. V.11, n.3, p. 738-745. Jul./set. 2009. <http://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/123456789/29/1/v11n3a36.pdf> acessado em 15/02/2011 às 23h 25m
- SANTOS, Adélia Aparecida M. - *Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde*; RAS _ Vol. 4, Nº 15 - Abr-Jun, 2002 <http://www.cqh.org.br/files/ARTIGORAS15.pdf> acessado em 02/01/2011 às 22h 30m
- SANTOS, João Pinto. *“O Futuro da Hemodiálise como Terapêutica de Substituição Renal”*. Manual de Hemodiálise. Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais, 1997.
- SILVA, Ana Lúcia; CIAMPONE, Maria Helena Trench. *Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem: um caminhar para o cuidado complexo*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2003, vol.37, n.4, pp. 13-23. ISSN 0080-6234. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/02.pdf> acessado a 01/06/2012 às 22h
- SILVESTRIN, E.S.; LIMA, H.M.; MESSIAS, C.A.; SILVA, R.M.C. - *Higiene das mãos: conhecimento dos profissionais de Saúde em um hospital universitário*. Rer. Inst. Ciênc. Saúde. 2007; 25(1): 7-13 http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/01_jan_mar/V25_N1_2007_p7-13.pdf acessado a 22/06/2012 às 16h30m
- TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; MENDONÇA, Katiane Martins; MELO, Myllena Cândida; SILVA E SOUZA, Adenícia Custódia; PEREIRA, Milca Severino; SANTOS, Silvana de Lima Vieira - *Higienização das mãos: o ensino e a prática entre graduandos na área da saúde*. <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1079> acessado a 17/05/2012 às 19h


ANEXOS


Anexo 1 - Formulário de Observação

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE



WORLD ALLIANCE
FOR PATIENT SAFETY





FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS		Cidade		Código do Hospital	
Observador			Período N.º		Serviço/Departamento
Data (dd/mm/aaaa)			Sessão N.º		Enfermaria
Hora de início (h:m)			Formulár. N.º		
Duração da sessão (mm)					
Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número		Cat. Profissional Código Número	
Op	Indicações	Acção	Op	Indicações	Acção
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sep.	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sep.
	<input type="checkbox"/> Antes Assép.	<input type="checkbox"/> Lavagem		<input type="checkbox"/> Antes Assép.	<input type="checkbox"/> Lavagem
2	<input type="checkbox"/> Após Sg Fluid	<input type="checkbox"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Após Sg Fluid	<input type="checkbox"/> Não realizado
	<input type="checkbox"/> Após Doente			<input type="checkbox"/> Após Doente	
3	<input type="checkbox"/> Após Amêbi.		3	<input type="checkbox"/> Após Amêbi.	
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sep.	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sep.
	<input type="checkbox"/> Antes Assép.	<input type="checkbox"/> Lavagem		<input type="checkbox"/> Antes Assép.	<input type="checkbox"/> Lavagem
5	<input type="checkbox"/> Após Sg Fluid	<input type="checkbox"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Após Sg Fluid	<input type="checkbox"/> Não realizado
	<input type="checkbox"/> Após Doente			<input type="checkbox"/> Após Doente	
6	<input type="checkbox"/> Após Amêbi.		6	<input type="checkbox"/> Após Amêbi.	
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sep.	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sep.
	<input type="checkbox"/> Antes Assép.	<input type="checkbox"/> Lavagem		<input type="checkbox"/> Antes Assép.	<input type="checkbox"/> Lavagem
8	<input type="checkbox"/> Após Sg Fluid	<input type="checkbox"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Após Sg Fluid	<input type="checkbox"/> Não realizado
	<input type="checkbox"/> Após Doente			<input type="checkbox"/> Após Doente	
	<input type="checkbox"/> Após Amêbi.			<input type="checkbox"/> Após Amêbi.	

Anexo 2 - Questionário da Cultura Organizacional

CULTURA ORGANIZACIONAL

Cada um dos itens que se seguem traduz quatro descrições de organizações. Distribua 100 pontos pelas quatro descrições conforme a semelhança que apresentem com o seu próprio serviço. Nenhuma das descrições é melhor que a outra, são apenas diferentes. Para cada questão use por favor 100 pontos.

Por exemplo no item 1, se a organização A é muito semelhante à minha, a organização B apresenta algumas semelhanças e a C e D têm qualquer semelhança com a minha, eu devo dar 70 pontos à A e os restantes 30 pontos à B.

1. CARACTERISTICAS DOMINANTES

- a. ---- A organização A tem características muito próprias, é como uma família alargada. As pessoas parecem dar muito de si próprios.
- b. ---- A Organização B é muito dinâmica. As pessoas são capazes de tomar iniciativas e correr riscos.
- c. ---- A Organização C é muito estruturada e formal. Aquilo que as pessoas fazem é na sua generalidade regido por processos burocráticos.
- d. ---- A Organização D tem uma orientação competitiva. a sua principal preocupação é a obtenção de resultados. As pessoas são orientadas para a produtividade e para o sucesso.

2. O LIDER ORGANIZACIONAL

- a.--- O líder de topo da Organização A é considerado de um modo geral como mentor, um facilitador, uma figura parental.
- b. ---- O líder de topo da Organização B é considerado de um modo geral como um empreendedor, um inovador, um indivíduo que corre riscos.
- c. ---- O líder de topo da Organização C é considerado de um modo geral como um coordenador, um organizador, um especialista eficiente.
- d. ---- O líder de topo da Organização D é considerado de um modo geral como um indivíduo muito exigente, produtivo, competitivo.

3. A INTEGRAÇÃO ORGANIZACIONAL

- a. ---- Aquilo que contribui para a integração organizacional da Organização A é a lealdade e empenhamento. A coesão e espírito de equipa são características desta organização.
- b. ---- Aquilo que contribui para a integração organizacional na Organização B é o acento tónico na inovação e desenvolvimento. O ênfase e estar na crista da onda.

- c. ---- Aquilo que contribui para a integração organizacional na Organização C são os procedimentos formais, as regras ou as políticas. O mais importante é a manutenção de uma organização sem sobressaltos.
- d. ---- Aquilo que contribui para a integração organizacional na Organização D é o ênfase na produção e realização de objectivos. A agressividade do mercado é uma preocupação constante.

4. O CLIMA ORGANIZACIONAL

- a. ---- O clima interno da Organização A é participativo e confortável. Existe um elevado grau de confiança e abertura.
- b. ---- O clima interno da Organização B realça o dinamismo e a capacidade para enfrentar novos desafios. São comuns o ensaiar coisas novas e a aprendizagem tentativa-erro.
- c. ---- O clima interno da Organização C realça a permanência e a estabilidade. Tudo o que diz respeito a regras é claro e seguido à risca.
- d. ---- O clima interno da Organização D é competitivo e de confronto. Ênfase em bater a concorrência.

5. CRITERIOS DE SUCESSO

- a. ---- A Organização A define o sucesso em termos de desenvolvimento dos recursos humanos, espírito de equipa e respeito pelas pessoas.
- b. ---- A Organização B define o sucesso em termos de possuir produtos únicos no mercado ou os mais recentes. É um inovador e um líder de produto.
- c. ---- A Organização C define o sucesso em termos de eficiência. É dada a maior importância à produção a baixo custo, prazos flexíveis e entregas atempadas.
- d. ---- A Organização D define o sucesso em termos de penetração no mercado e respectivas quotas. O seu objectivo principal é a competição.

6. ESTILO DE GESTÃO

- a. ---- O estilo de gestão da Organização A é caracterizado pelo espírito de equipa, o consenso e a participação.
- b. ---- O estilo de gestão da Organização B é caracterizado pela iniciativa individual, inovação, liberdade e inventividade.
- c. ---- O estilo de gestão na Organização C é caracterizado pela segurança de emprego, tempo na função e previsibilidade.
- d. ---- O estilo de gestão na Organização D é caracterizado pela grande exigência, produtividade e sucesso.

Anexo 3 - Tabela de Cálculo dos Resultados

Escala Interpretativa do Modelo de Quinn

Tabela de Calculo dos resultados

Total de Pontos		Pontuação Média
<hr/> Total do Itens A	dividido por 6	Organização A
<hr/> Total do Itens B	dividido por 6	Organização B
<hr/> Total do Itens C	dividido por 6	Organização C
<hr/> Total do Itens D	dividido por 6	Organização D

Anexo 4 - Autorização para aplicação do questionário

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE



Exma. Senhoras Enfermeiras




Serviço de Nefrologia

V/Ref.:

Ref.: *Dir. Enfermagem*

2010-07-11

Assunto: Autorização para aplicação de um instrumento de colheita de dados, para Projecto de Intervenção – Curso Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

Em resposta ao solicitado em 24-01-2011 vimos informar que, após parecer da Comissão de Ética para a Saúde, se encontra autorizada a aplicação dos questionários remetidos, para o desenvolvimento do Projectos de Intervenção “Implementação da higienização das mãos no contacto directo com o doente e a sua Unidade” e “Implementação do plano de cuidados de enfermagem para os doentes crónicos em programa dialítico nesta unidade”, a desenvolver no Ambulatório do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar 

Com os nossos melhores cumprimentos,

A Enfermeira Directora



*Telef. 265 549 075
Fax: 265 238 066*

Anexo 5 - Filme apresentado em setembro de 2011

Maria do Carmo Carnot
Higienização das mãos uma prioridade no SANE



<http://www.youtube.com/watch?v=PwhK9MELT14>



<http://www.youtube.com/watch?v=1kimksAWJCA>