



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

A perceção dos profissionais de saúde sobre Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: o papel do enfermeiro gestor

Tânia Catarina Vaz Moreira

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

A perceção dos profissionais de saúde sobre Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde: o papel do enfermeiro gestor

Tânia Catarina Vaz Moreira

Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas

2015



AGRADECIMENTO

Agradeço a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho, em especial ao Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas pela orientação e disponibilidade que sempre manifestou, aos profissionais do serviço de Ortopedia do Hospital Fernando da Fonseca, pela disponibilidade sem os quais esta dissertação não seria possível.

E por fim, aos meus pais, a quem devo tudo o que sou.

RESUMO

Objetivos: Este estudo pretende analisar a percepção dos profissionais de saúde a as suas práticas relativamente à higienização das mãos e sua influência nas IACS; Identificar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas com a higienização das mãos e analisar em que medida as variáveis socioprofissionais influenciam essa prática.

Metodologia: É um estudo de caso, definiu-se como observacional com corte transversal, utilizando uma metodologia quantitativa e com recurso à análise descritiva, sendo também retrospectivo. A colheita de dados efetuou-se através da aplicação de um questionário, baseado no “Questionário básico sobre a percepção de profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos”, disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde. Um total de 47 profissionais de saúde do serviço de Ortopedia do Hospital Fernando da Fonseca respondeu ao questionário. O tratamento de dados efetuou-se através do SPSS (*Statiscal Package for the Social Sciences*), versão 21.0.

Resultados: Denota-se que os profissionais de saúde percecionam as IACS como tendo impacto na evolução clínica do cliente e que a higienização das mãos será eficaz na prevenção das IACS. De uma forma geral, os profissionais percecionam que os gestores dão prioridade à higienização das mãos e possuem conhecimentos relativamente à técnica de higienização das mãos e aos momentos em que é necessário realizá-la. Verifica-se que os profissionais com mais anos de atividade profissional consideram necessário um maior esforço para realizar a higienização das mãos e os auxiliares empreendem um maior esforço para a realização desta técnica.

Conclusões: Os profissionais de saúde detêm conhecimentos sobre IACS e higienização das mãos, porém, de acordo com a literatura existente, a adesão à higienização das mãos é baixa, tal leva a concluir que os profissionais desvalorizam a prática de higienização das mãos.

Palavras- Chave: Gestão em Enfermagem; Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: This work intends to analyze the healthcare professionals' perception and their practices relatively to hand hygiene and its influence on Health Care Associated Infections (HAI); identify the healthcare professionals practices related to hand hygiene and analyze to what extent the socio-economic variables influence these practices.

Methodology: It is a case study, defined as an observational cross-sectional, using a quantitative methodology and use a descriptive analysis and is also retrospective. Data sampling was executed by applying a questionnaire, based on "Basic Questionnaire of the perception of healthcare professionals of associated infections to health care and hand hygiene", made available by the World Health Organization. A total of 47 healthcare professionals that working in Orthopedics in a Fernando da Fonseca Hospital. Data processing made up of SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 21.0.

Results: Denotes that healthcare professionals' perception the HAI as having a big impact on the clinical evolution of the patient and that hand hygiene is effective in preventing HAI. In general, professionals' perception those managers give priority to hand hygiene. It appears that healthcare professionals have knowledge regarding the cleaning technique of hands and times when it is necessary to do it. It appears that professionals with more years of profession consider necessary a greater effort to perform hand hygiene and nurse assisting undertake greater efforts to hand hygiene.

Conclusions: Healthcare professionals hold knowledge on HCAI and hand hygiene, however, according to the literature, adherence to hand hygiene is low and this leads to the conclusion that professionals devalue the practice of hand hygiene.

Key-words: Nursing Management; Health Care Associated Infections; Health Quality.

SIGLAS

CCI – Comissão de Controlo da Infeção

CDC - *Center for Disease Control and Prevention*

CHKS- *Caspe Healthcare Knowledge System*

DGS- Direção Geral da Saúde

ECDC - *European Center for Diseases Prevention and Control*

ESBL- Gram negativos produtores de beta-lactamase de espectro alargado

HOPE - *European Hospital and Healthcare Federation*

IACS- Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

JCI - *Joint Commission Internacional*

MRSA - *Staphylococcus aureus* metilina-resistente

OMS- Organização Mundial da Saúde

PBE- Prática Baseada na Evidência

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

PNS- Plano Nacional de Saúde

PQCE- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

SABA - Solução antisséptica de base alcoólica

SPSS - *Statiscal Package for Ihe Social Sciences*

UCI - Unidades de Cuidados Intensivos

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
<u>PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	6
1- QUALIDADE EM SAÚDE 7	
1.2- Modelos Teóricos de Enfermagem	14
2- INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	18
2.1- Revisão Sistemática da Literatura.....	29
3- GESTÃO EM ENFERMAGEM	32
<u>PARTE II- TRABALHO EMPÍRICO</u>	40
1- METODOLOGIA	41
2- TIPO DE ESTUDO	42
3- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	43
4- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
4.1- Caracterização socioprofissional dos profissionais de saúde	45
4.2- Análise da percepção e das práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde	48
4.3- Relação entre as variáveis socioprofissionais e as práticas de higienização das mãos.....	59
5- CONCLUSÃO	64

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

APÊNDICE I- Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II- Pedido de autorização para recolha de dados

APÊNDICE III- Poster científico apresentado no IV Congresso da Ordem dos Enfermeiros

APÊNDICE IV- Poster científico apresentado no V Congresso da Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Caracterização dos profissionais de saúde.....	45
Gráfico 2. Tempo de atividade segundo o grupo profissional.....	46
Gráfico 3. Habilitações Profissionais.....	47
Gráfico 4. Eficácia da higienização das mãos na prevenção das IACS.....	48
Gráfico 5. Importância dada à higienização das mãos por parte das chefias.....	52
Gráfico 6. Importância dada à higienização das mãos por parte dos colegas.....	52
Gráfico 7. Importância dada à higienização das mãos por parte dos clientes.....	53
Gráfico 8. Frequência com que os profissionais praticam a higienização das mãos em cada momento.....	56
Gráfico 9. Relação entre a eficácia da higienização das mãos na prevenção das IACS e o grupo profissional.....	59
Gráfico 10. Relação entre o grau de concordância relativamente ao esforço para a higienização das mãos e o grupo profissional.....	60
Gráfico 11. Relação entre a frequência de realização dos passos da higienização das mãos e o grupo profissional (enfermeiros)	61
Gráfico 12. Relação entre a frequência de realização dos passos da higienização das mãos e o grupo profissional (auxiliares)	62
Gráfico 13. Relação entre a frequência de realização da higienização das mãos em cada momento e o grupo profissional (enfermeiros)	62
Gráfico 14. Relação entre a frequência de realização da higienização das mãos em cada momento e o grupo profissional (auxiliares)	63

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Modelo de estrutura, processo e resultado de Donabedian.....	12
Quadro 2. Procedimento de pesquisa.....	30
Quadro 3. Dimensões do questionário.....	43
Quadro 4. Ações com influência no aumento da adesão à higienização das mãos.....	50
Quadro 5. Frequência da realização dos passos da higienização das mãos.....	55

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um tema crescente da atualidade e uma fonte de preocupação mundial. Em cada ano, centenas de milhares de clientes em todo o mundo são afetados por estas infeções.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2007) reconhece que as IACS são um problema nacional de grande importância, afetando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas, também, a qualidade de vida dos clientes e a segurança dos mesmos e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do Sistema de Saúde Português.

Também segundo o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015), as IACS dificultam o adequado tratamento do cliente e são uma causa significativa de morbilidade e mortalidade, assim como de um consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários. A mesma fonte afirma que cerca de um terço, são certamente evitáveis. A mesma ideia é defendida por Graves, Harbarth, Beyersmann, Barnett, Halton & Cooper (2010) ao elaborarem um artigo sobre os custos das IACS, estes afirmam que as IACS estão associadas a grandes custos para o sistema de saúde, assim, os gestores e os profissionais que trabalham no controlo de infeção deverão elaborar argumentos económicos válidos, com o intuito de os usar para a construção de um plano de controlo de infeção que seja eficaz e de baixo custo.

A *World Health Organization* (WHO) (2009) refere que as IACS são um grande problema para a segurança do cliente e a sua vigilância e prevenção deverão ser uma prioridade para as instituições, uma vez que o impacto das IACS passa por um prolongamento dos internamentos hospitalares, incapacidades nos clientes a longo prazo, aumento da resistência aos antibióticos, um enorme encargo financeiro adicional e taxas de mortalidade mais elevadas.

A mesma fonte afirma que cerca de 1,4 milhões de clientes em todo o mundo, poderão ser afetados pelas IACS a qualquer momento e que nos países desenvolvidos cerca de 5 a 15% dos clientes internados são afetados por IACS e cerca de 9 a 37% dos clientes internados em unidades de cuidados intensivos serão atingidos pelas IACS. Está estimada a ocorrência de aproximadamente 5 milhões de IACS anualmente nos hospitais Europeus, representando 25 milhões de dias extra

de internamento hospitalar e um custo económico de cerca de 13 a 24 biliões de euros.

Esta temática é pertinente uma vez que as IACS, não sendo um problema novo, assumem cada vez maior relevância em Portugal e em todo o mundo. À medida de que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, a esperança de vida aumenta e existe um maior número de clientes em terapêutica imunossupressora, assim, aumenta também o risco de infeção.

Para a prevenção, deverá existir uma forte adesão por parte dos órgãos de gestão, formação de todos os profissionais de saúde envolvidos, comunicação no seio das equipas e uma mudança de paradigma, ou seja, em vez de se abordar as IACS como uma consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico, podemos acreditar que a prevenção é possível.

A *Joint Commission Internacional* (JCI) (2009) afirma que aderir á prática de higienização das mãos é a medida mais efetiva para prevenir as IACS e que nos serviços em que a adesão tende a ser menor, a vulnerabilidade dos clientes à infeção é maior.

A importância deste tema fica ainda mais destacada quando se verificou que diversas regulamentações e manuais internacionais, elaborados por associações profissionais ou órgãos governamentais internacionais, são direcionados para a higienização das mãos, reconhecendo as evidências sobre o valor dessa ação básica de controlo.

Em Outubro de 2002, o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) publicou as *Guidelines* de Higienização das Mãos, tendo a expressão “lavagem de mãos” sido substituído por “higienização das mãos”, que engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica, uso de preparações alcoólicas e a antissepsia cirúrgica (Barreto, Rocha, Souza, Tipple, Suzuki & Bisinoto, 2009).

A atenção com a segurança do cliente, enfatizando o tema da higienização das mãos tem sido tratada como prioridade, a exemplo da “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS). A criação dessa aliança realça o facto de que a segurança do cliente deve ser reconhecida como uma questão global. As mãos são consideradas as principais

ferramentas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, uma vez que são as executoras das atividades (ANVISA, 2009).

Os enfermeiros são o grupo profissional mais numeroso nos hospitais portugueses, logo, são os profissionais clínicos que permanecem mais tempo junto dos clientes. Devido às competências e características do seu desempenho profissional, com uma intervenção clínica decisiva, encontram-se muitas vezes entre a tomada de decisão e a concretização, ou seja, o que pensam, dizem e fazem, interfere em definitivo com a cultura de segurança do cliente. Assim, cada enfermeiro tem um papel deveras importante a desempenhar na sua organização.

Por outro lado, a gestão é também verdadeiramente importante neste âmbito, é imprescindível a adoção de novas formas de gestão que valorizem resultados de qualidade. Os gestores nas instituições devem inovar e buscar ferramentas que assegurem a superação das expectativas dos clientes. Isto porque, as instituições de saúde, para se manterem no mercado competitivo, têm de associar baixos custos com excelência de qualidade.

Exemplo da importância que esta problemática ocupa atualmente nos modelos de gestão das instituições de saúde, é o facto de ser um indicador da qualidade dos cuidados e integrar os requisitos mínimos dos programas de acreditação e certificação das instituições de saúde.

Devido ao que foi anteriormente referido e porque a evolução da prevenção e controlo da infeção em Portugal decorreu com algumas décadas de atraso, comparativamente à maioria dos países europeus, se enaltece a importância de aprofundar a temática da higienização das mãos e sua influência nas IACS, compreendendo qual a perceção dos profissionais de saúde sobre esta temática e qual o papel que o enfermeiro gestor terá neste processo.

E a perceção dos profissionais de saúde sobre esta temática surge como um problema a abordar, uma vez que vários estudos internacionais como o de Aziz (2013) ou o de Barreto et al. (2009) afirmam que a adesão dos profissionais à higienização das mãos é baixa. Assim, carece-se de obter mais conhecimentos sobre qual a perceção que os profissionais possuem sobre a higienização das mãos, IACS e a influência da primeira nas IACS, tentando perceber as possíveis causas da baixa adesão à higienização das mãos.

A opção desta problemática ocorreu também porque, são os profissionais de enfermagem que desenvolvem várias intervenções durante a realização dos cuidados prestados e torna-se necessária a utilização da técnica correta da higienização das mãos, visto que, as mãos dos profissionais de saúde são as vias mais frequentes de transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar, além de serem reservatórios para os microrganismos multirresistentes. Devido ao facto de os profissionais de enfermagem terem múltiplas intervenções no cuidado ao cliente, a utilização dos processos da técnica e dos conhecimentos sobre a higienização das mãos torna-se imprescindível na prática do cuidado

Esta conjuntura de factos motivou a escolha desta problemática para o estudo do qual emerge a questão de investigação: **“Qual a percepção dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos e a sua influência nas IACS em contexto hospitalar?”**

Para dar resposta à questão formulada, delineámos para este estudo, os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde e as suas práticas relativamente à higienização das mãos e sua influência nas IACS.

Objetivos Específicos

- Identificar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas com a higienização das mãos;
- Analisar em que medida as variáveis socioprofissionais influenciam as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde.

As teorias de enfermagem são construções de uma prática idealizada, com a finalidade de guiar as ações de enfermagem, assim Florence Nightingale, Callista Roy e Doran pelos trabalhos que desenvolveram nortearão o presente trabalho.

Com a finalidade de dar resposta à questão formulada e atingir os objetivos traçados, foi efetuado um estudo de caso. O estudo em causa definiu-se como observacional com corte transversal, utilizando uma metodologia quantitativa e com recurso à análise descritiva, sendo também retrospectivo.

A população alvo do presente estudo, compreendeu a equipa de enfermagem e auxiliares de ação médica do serviço de Ortopedia do Hospital Fernando da Fonseca.

A estrutura desta dissertação apresenta-se organizada em duas partes, sendo a primeira parte correspondente ao enquadramento teórico e a segunda parte ao trabalho empírico.

A primeira parte encontra-se dividida em três capítulos. O primeiro capítulo é o da Qualidade em Saúde, tendo este um subcapítulo dos modelos teóricos de enfermagem, o segundo capítulo o das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, na qual se encontra o subcapítulo da Revisão Sistemática da Literatura e por fim o terceiro capítulo respeita à Gestão em Enfermagem.

A segunda parte encontra-se dividida em quatro capítulos. O primeiro refere-se à Metodologia, o segundo capítulo ao Tipo de Estudo, o terceiro capítulo ao Instrumento de Colheita de Dados, o quarto capítulo à Apresentação, Análise e Discussão dos resultados, seguindo-se ainda a Conclusão e por fim as Referências Bibliográficas. O quarto capítulo encontra-se ainda dividido em três subcapítulos, a caracterização socioprofissional dos profissionais de saúde, a análise da perceção e das práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde e a relação entre as variáveis socioprofissionais e as práticas de higienização das mãos.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- QUALIDADE EM SAÚDE

A problemática das IACS insere-se conceptualmente na área da Qualidade em Saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012-2016) define qualidade em saúde, citando Saturno et al. (1990), como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que consiga a adesão e satisfação do cliente, tendo em conta os recursos disponíveis, reconhecendo que qualidade em saúde implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cliente, assim como o acesso a cuidados de saúde de qualidade, como um direito fundamental do cliente a quem é reconhecida legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.

A qualidade também pode ser entendida segundo Hesbeen (2001) como a excelência ou ainda como o que há de melhor, constituindo uma linha em constante evolução. Assim, uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz mais sentido para a situação do cliente e tem como intuito o alcance da saúde por parte do mesmo, utilizando coerentemente os diversos recursos de que a equipa de enfermagem dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais.

O conceito de qualidade pode ser definido com precisão, segundo Donabedian (2003) o que é essencial para a sua monitorização e que é a base para a sua garantia. Assim, para este autor, a qualidade em saúde é o produto da interação de dois fatores, um é a ciência e tecnologia dos cuidados de saúde, e o segundo é a aplicação desse conhecimento e tecnologia na prática.

Atualmente, existem vários processos que conduzem ao desenvolvimento da qualidade, um dos quais, segundo o PNS (2012-2016), são os processos de acreditação dos serviços, orientados por critérios de qualidade e com o objetivo de acreditar e impulsionar a melhoria contínua da gestão e da qualidade, valorizar o seu desempenho e fortalecer a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Estabelecem padrões, definindo e promovendo as melhores práticas, baseando-se em critérios de qualidade, nas recomendações para a prática clínica baseada na evidência e na avaliação das tecnologias em saúde.

O programa de acreditação, que inicialmente muitos hospitais portugueses adotaram, baseou-se na metodologia *King's Fund*. Esta metodologia é baseada na

autorregulação da organização e na auditoria por pessoas qualificadas e externas à mesma, usando normas e critérios e testando de forma rigorosa a conformidade da organização para com estas normas. Porém, o Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de Dezembro, veio conferir à DGS as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português. Assim, cabe à DGS prosseguir e desenvolver a cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do cliente e a disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais (DGS, 2009).

Segundo a mesma fonte, para o efeito, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, através da Portaria n.º 155/2009 de 15 de Fevereiro, com vista a responder ao conjunto das competências anteriormente referidas e nessa medida, através do Despacho n.º 14223/2009, de 24 de Junho, foi aprovada a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Apesar destas novas competências da DGS, os modelos desenvolvidos para a acreditação no sector da saúde, vigentes em muitos hospitais portugueses, são o CHKS (*Caspe Healthcare Knowledge System*) e a JCI (*Joint Commission Internacional*) e a norma ISO 9001.

A implementação e certificação do sistema da qualidade de uma organização pela ISO 9001 significa que esta deseja produzir de maneira sistemática e preocupada com a qualidade, e que os seus colaboradores saibam o que executar para tal. A implementação e a certificação são o culminar de um processo dividido em três etapas: a certificação ISO, a certificação de produtos e a certificação de pessoal.

Demonstra que o sistema da qualidade da empresa encontra-se estruturado num padrão internacional, ou seja, que as atividades relativas à fabricação de um produto ou realização de um serviço estão dispostas a assegurar um determinado nível de qualidade crescente, atendendo aos requisitos dos clientes. Traz como benefícios às empresas, dentre outros: a solução de problemas, a eliminação de desperdícios e a melhoria da produtividade.

O PNS (2012-2016) no eixo estratégico da qualidade em saúde, reconhece a Segurança como uma das fundamentais dimensões da Qualidade e a Gestão do Risco um instrumento para a sua garantia. A mesma fonte citando Fragata & Martins (2004) refere que a complexidade dos tratamentos, a interdependência das tarefas e

as infecções são fatores que tornam a prestação de cuidados, uma atividade de elevado risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos, com possibilidade de indução de danos.

A segurança do cliente é atualmente um grande desafio para as organizações, sendo um componente crítico da qualidade dos cuidados prestados. Esta consiste na redução dos riscos associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável (WHO, 2011).

Existem atualmente iniciativas desenvolvidas para a segurança do cliente:

- O Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos;
- Avaliação da cultura de segurança;
- O Programa de Formação em Segurança do Doente dirigido aos Profissionais de Saúde;
- Observatório da Segurança do Doente.

Segundo Pina, Ferreira, Marques & Matos (2010) contribuindo para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, estar-se-á a contribuir para a melhoria continua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a segurança do cliente.

À medida que as organizações de saúde tentam continuamente melhorar, reconhece-se cada vez mais a importância de estabelecer uma cultura de segurança. A publicação de *“To err is human: building a safer health system”* em 1999 pelo *Institute of Medicine*, sublinhou a importância da cultura de segurança.

Assim, a WHO (2011) define a cultura de segurança como uma cultura em que todos os trabalhadores dos cuidados de saúde assumem a responsabilidade pela segurança de si mesmos, dos seus colegas de trabalho, clientes e visitantes; uma cultura que priorize a segurança acima de questões financeiras e metas operacionais; uma cultura que incentiva e premia a identificação, comunicação e resolução de questões de segurança; uma cultura onde se aprenda com os acidentes; e uma cultura que forneça os recursos e estrutura apropriados com o intuito de manter a segurança eficaz.

Foi elaborado um estudo, por Fernandes & Queirós (2011), que avaliou a forma como a cultura de segurança era percebida pelos enfermeiros. Esta apresenta-se como um fator crítico da Qualidade dos Cuidados de Saúde Hospitalares e a necessitar de melhoria, uma vez que é caracterizada pelo

paradigma da punição e ocultação do erro, com os enfermeiros convictos de que quando notificado, são eles o centro da atenção e não o evento, e preocupados com o facto de ser registado no processo pessoal, podendo ser usado contra si.

O mesmo estudo, revela que o investimento na aprendizagem organizacional e melhoria contínua da cultura de segurança do cliente, ainda que, existente e percebida como boa, afigura-se ineficaz, uma vez que, não é conduzida a partir da identificação e análise do erro, devido à subnotificação ou não notificação deste, e ao insuficiente *feedback* e informação sobre o erro que os enfermeiros recebem.

Sendo a gestão do risco, um instrumento essencial para a segurança do cliente, o European Hospital and Healthcare Federation (HOPE) (2013) define gestão do risco como sendo um processo sistémico de identificação, análise e avaliação de riscos reais ou potenciais, com o intuito de estimar os custos e esforços que esses riscos solicitem às organizações. Ao nível hospitalar, a gestão do risco é feita para proteger o cliente, reduzir e prevenir os eventos adversos, através da análise das causas dos eventos já existentes.

A avaliação do risco engloba diversos componentes. Uma abordagem proactiva de todos os riscos a que os clientes estão sujeitos durante a prestação de cuidados, incluindo a análise dos incidentes e deteção precoce, investigação e controlo de surtos. No caso concreto das IACS deverá existir uma monitorização contínua com busca ativa de casos de infeção, não se limitando apenas à notificação feita pelos serviços. Esta monitorização constitui um método poderoso, de grandes potencialidades, para uma identificação ativa de incidentes e aprendizagem para a sua prevenção. A mesma permite identificar o tipo de clientes com maior risco, de forma a definir protocolos para a sua identificação precoce, tratamento apropriado e contenção, a fim de evitar a transmissão cruzada (Pina et al., 2010).

De acordo com Aziz (2014) a ocorrência de IACS irá levar a uma diminuição da cultura de segurança do cliente, esta autora refere também que a cultura de segurança é de suma importância para a qualidade em saúde e irá levar ao alcance de resultados positivos. A monitorização da higienização das mãos e a melhoria das práticas deverão estar presentes na cultura de segurança com o intuito da redução das IACS.

Encontram-se em desenvolvimento vários programas resultantes de orientações internacionais na área da qualidade em saúde e especificamente na área das IACS, de acordo com o PNS (2012-2016), tais como: o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (DGS, 2007); Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (DGS, 2010); Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos e Observatório da Segurança do Doente (DGS, 2012); Campanha Nacional de Higiene das Mãos (WHO *World Alliance for Patient Safety. Clean Care is Safer Care*).

Porém, em 2013 o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde e o Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos fundiram-se, dando origem ao Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos, uma vez que são duas faces da mesma moeda, com estratégias de intervenção comuns e/ou complementares. Esta fusão é sinérgica e multiplicadora de resultados, uma vez que em Portugal a taxa de IACS é elevada, assim como, a resistência aos antimicrobianos e o uso destes (DGS, 2013).

A promoção da melhoria contínua da Qualidade em Saúde, deverá realizar-se através da identificação sistemática de problemas e oportunidades com o intuito de os resolver ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e operar sobre os pontos críticos, planear e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar. Estes processos devem ser multidisciplinares, não punitivos e da iniciativa dos profissionais e estarem associados a planos de desenvolvimento profissional e das instituições (PNS, 2012-2016).

Neste seguimento importa abordar a componente dos resultados obtidos nos clientes, resultados esses sensíveis às práticas de enfermagem, tais como a não ocorrência de eventos adversos, nesta categoria se enquadram as IACS, daí a sua importância.

A medição de resultados no cliente, sujeito aos cuidados é uma importante fonte de evidências sobre a eficácia dos cuidados de enfermagem (Doran et al., 2006). Os resultados da prestação de cuidados de enfermagem são um componente essencial da avaliação da qualidade e eficácia desses cuidados e, dados os constrangimentos a nível dos recursos, torna-se fundamental compreender até que ponto os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos.

De acordo com Doran et al. (2006) têm sido desenvolvidos recentemente dois modelos para explicar a natureza da relação entre as intervenções de enfermagem e os resultados nos clientes. Um é o *Quality Health Outcomes Model*, que conceptualiza as intervenções de enfermagem como influenciando os resultados nos clientes através da mediação do sistema de saúde e das variáveis dos clientes. Este modelo considera cinco categorias de resultados para os clientes sensíveis aos cuidados de enfermagem: o autocuidado, comportamentos de promoção da saúde, qualidade de vida, percepção dos clientes de terem tido bons cuidados e a gestão de sintomas.

O segundo modelo foi proposto por Irvine et al. (1998), o *Nursing Role Effectiveness Model*. Este modelo faculta uma disposição para descrever a relação entre estrutura, processo e resultado e o papel do enfermeiro nos resultados obtidos no cliente. Neste modelo identificaram-se seis resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem: o estado funcional, o autocuidado, a gestão de sintomas, a segurança ou a não ocorrência de eventos adversos, satisfação com os cuidados e os custos (Doran et al., 2006).

Quadro 1. Modelo de estrutura, processo e resultado de Donabedian

Estrutura	Processo	Resultado
Enfermeiros	Funções independentes dos enfermeiros	Estado de saúde dos clientes
Clientes	Funções dependentes dos enfermeiros	Percepção dos clientes
Variáveis do serviço	-	Custos

Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem são definidos como cuidados de enfermagem direcionados para as necessidades das pessoas ou grupo, nos seus determinantes da saúde, que têm por base fatores organizacionais, de experiência, e o nível de conhecimento elevado, com impacto direto no estado funcional, auto cuidado, controle de sintomas, segurança/ocorrências adversas e satisfação do cliente. Desenvolvem-se na mesma estrutura de qualidade proposta por Donabedian (1980) e está relacionada com variáveis do cliente (idade, género, educação, tipo de doença e co morbilidades), variáveis dos enfermeiros (nível de ensino, experiência, rácios, organização e carga de trabalho). Este processo

engloba as ações independentes (intervenções de enfermagem) e ações interdependentes (comunicação em equipa, coordenação de casos e sua gestão) (Doran, 2011).

O estudo elaborado por Covell & Sidani (2013) permitiu concluir que as características dos enfermeiros, tais como, a preparação académica, o grau académico e a experiência, estão associados a uma melhor qualidade dos cuidados prestados.

Refletir sobre resultados sensíveis às práticas de enfermagem é analisar quais os resultados no estado de saúde do cliente que se modificam de acordo com os cuidados de enfermagem prestados (Doran et al., 2006). Por sua vez, Donabedian (1980) refere que são os resultados que permitem analisar a eficiência, a efetividade e a satisfação dos clientes face aos cuidados que receberam.

A avaliação dos resultados sensíveis à prática de enfermagem irá fornecer informação sobre a forma como os clientes reagem aos cuidados de enfermagem e serão usados como indicadores de base para o planeamento de futuros cuidados de enfermagem (Doran, 2011).

Em 2001, a Ordem dos Enfermeiros publicou os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PQCE), enaltecendo a qualidade dos cuidados de enfermagem em todas as suas vertentes e reforçando a necessidade de estar desperto para os resultados da prática, com vista à melhoria constante da sua qualidade. Os Padrões de Qualidade constituem-se como uma matriz concetual que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros, proporcionando a reflexão sobre os cuidados pelo confronto com as situações no contexto de ação, orientando a tomada de decisão em enfermagem e dando visibilidade à dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem.

Os PQCE permitem a definição de indicadores de qualidade, que possibilitam a identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e a promoção de programas de melhoria contínua da qualidade, assim, um dos indicadores que se poderá definir é relativo à prevalência e incidência das IACS, mas existem outros relativos às úlceras de pressão e prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Tendo em conta os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei N.º 104/98 de 21 de Abril alterado pelo Decreto-Lei N.º 111/2009 de 16 de Setembro) o

enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

De acordo com Tafreshi, Pazargadi & Saeedi (2007) citados por Fradique & Mendes (2013) a qualidade dos cuidados de enfermagem consiste na prestação dos cuidados com segurança, baseada em padrões de enfermagem como a satisfação do cliente, cuidados mínimos otimizados e cuidados seguros para os clientes.

Evidencio que para alcançar a qualidade de cuidados e os resultados pretendidos, tem que se optar por uma prática baseada na evidência (PBE), uma vez que esta se afigura como uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão. Assim, Pereira, Cardoso & Martins (2012) afirmam que a PBE leva a melhores cuidados e práticas clínicas, associando esta dimensão a um maior desenvolvimento profissional. Os mesmos autores dizem que os gestores necessitam de determinar a capacidade dos enfermeiros em implementar efetivamente a PBE no seu contexto de trabalho, documentando a efetividade das iniciativas futuras que visem promover uma prática de enfermagem baseada em evidências científicas.

1.2- Modelos Teóricos de Enfermagem

Uma das referências teóricas que norteiam o presente trabalho é Florence Nightingale, uma vez que na sua teoria ambiental refere que o ambiente tem as condições de prevenir doenças, suprimi-las ou contribuir para elas. Assim, tal como refere George (2000) Nightingale dava grande importância à higiene pessoal e aos cuidados com a pele, referindo mesmo que cada enfermeira deveria lavar as mãos com muita frequência durante o dia, no sentido da prevenção das doenças. Florence Nightingale, que em meados do século XIX demonstrou grande preocupação com a interferência da contaminação do ambiente hospitalar na disseminação das infeções, instituiu o cuidado individualizado, a limpeza, a diminuição de leitos por enfermaria e a redução na circulação de pessoas estranhas, como medidas de redução de desenvolvimento das infeções no ambiente hospitalar. Florence solicitava que as

enfermeiras mantivessem um sistema de relato dos óbitos hospitalares com o objetivo de avaliar o serviço, essa atitude provavelmente foi a primeira referência à vigilância epidemiológica, tão usada atualmente nos Programas de Controle de Infecção Hospitalar.

Florence Nightingale, na guerra da Crimeia, postulou sobre a importância de pequenas enfermarias, ligadas por corredores abertos. Da mesma forma, introduziu a necessidade de ambientes assépticos e muito limpos, bem como explicitou a transmissão da infecção especialmente por contacto com substâncias orgânicas. Em vista disso, organizou treino para as enfermeiras sobre limpeza e desinfecção e orientou a construção de hospitais de maneira a possibilitar maior separação entre os clientes. Como pesquisadora com grandes habilidades de estatística, foi responsável pelo mais notável projeto de melhoria da qualidade de um hospital (George, 2000).

Estas práticas foram desenvolvidas com uma abordagem epidemiológica para a prevenção e controle de doenças infecciosas e infecções hospitalares, durante o período ainda da pré-descoberta da bacteriologia.

Florence Nightingale contribuiu, na sua época, para a melhoria e o desenvolvimento da saúde, mantendo-se, até aos dias atuais, como fonte de inspiração e alvo de pesquisa para estudiosos em todo o mundo. Os seus feitos e escritos influenciaram diversas áreas além da enfermagem, tais como a estatística, a gestão em saúde, a saúde pública, a fisioterapia e a espiritualidade. A mudança introduzida por Florence na gestão hospitalar levou a que o hospital tivesse a saúde como o maior bem produzido e a melhoria da qualidade de vida como uma busca constante, tendo sido considerada como uma pioneira na gestão hospitalar. Os planos de Florence para o cuidado de enfermagem transcendem o seu tempo e incitam a vislumbrar o presente e o futuro quando ela, tornou clara as relações entre o ser humano, o ambiente e a natureza, como um meio de aprendizagem para o crescimento profissional por meio da conexão entre saúde, cuidado e cura (Frello & Carraro, 2013).

Também Callista Roy, se insere na presente temática. Esta construiu um modelo adaptativo que serve de eixo orientador para a prática de enfermagem, onde quatro paradigmas são considerados: a pessoa, definida como indivíduo, família, grupo ou comunidade; o ambiente, o mundo interno ao redor da pessoa como um

sistema adaptativo, em constante transição, gerando respostas adaptativas; a saúde, resultante da adaptação da pessoa ao ambiente em constante mudança; e a meta de enfermagem, a promoção da adaptação ao ambiente, minimizando respostas ineficazes. Callista Roy ainda descreve uma classe de estímulos, oriundos do ambiente, que interagem com as pessoas, sejam estes de natureza focal, contextual ou residual. O Modelo de Roy apresenta então o ambiente, bem como suas influências e transformações, como fator crucial na prática de enfermagem, subsidiando a avaliação, as intervenções e os resultados. Portanto, o principal objetivo da enfermagem segundo este modelo é uma adaptação bem-sucedida. Para Callista Roy a adaptação consiste no processo e resultado da forma como os clientes pensam, de forma individual ou em grupo, usando a consciência e a escolha para criar uma integração humana e ambiental (George, 2000).

Segundo a mesma fonte, o surgimento constante de estímulos desperta a necessidade de respostas adaptativas ou ineficazes por parte do indivíduo que são observadas a partir de quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função de papel e interdependência. O modo de adaptação fisiológico está associado à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente, sendo o comportamento a manifestação das atividades fisiológicas do organismo, neste se englobam as IACS. Assim, para a implementação deste modelo na prática, Roy elaborou seis passos, onde pode ser visualizado o processo de enfermagem, a avaliação do comportamento, a avaliação de estímulos, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento de objetivos, intervenção e avaliação.

O modelo de Adaptação de Roy enquadra-se neste âmbito uma vez que segundo George (2000) este modelo refere que a intervenção do enfermeiro na gestão do risco clínico pretende promover a adaptação do indivíduo a estímulos que possam alterar o seu estado, melhorando conseqüentemente a sua interação com o meio ambiente. Assim, à semelhança do modelo de Roy, na gestão do risco clínico a avaliação do enfermeiro foca-se nos resultados que pretende obter, sabendo, à partida, que os caminhos que levam à ocorrência de eventos adversos nem sempre são claros e evidentes. Assim, cabe ao enfermeiro avaliar os estímulos que podem desencadear respostas ineficazes, planejar intervenções, aplicá-las e avaliar as respostas comportamentais do sistema.

Uma vez que neste âmbito a atuação de enfermagem é crucial, torna-se necessário mencionar o trabalho de Diane Doran, uma vez que foca os resultados da prática de enfermagem.

Assim, Irvine et al. (1998), elaboraram, tal como já foi referido no capítulo precedente, o *Nursing Role Effectiveness Model*. Este modelo conceptual foi elaborado com o intuito de avaliar o contributo dos enfermeiros para os cuidados de saúde. O mesmo foi baseado no modelo de processo, estrutura e resultado dos cuidados de qualidade (Doran, Sidani, Keatings & Doidge, 2002).

A componente de estrutura refere-se aos enfermeiros (experiência profissional e nível de formação), aos clientes (diagnóstico médico, duração do internamento, idade, género e escolaridade) e às variáveis dos serviços (tensões internas e autonomia profissional) que influenciem o processo e os resultados dos cuidados de saúde. A componente de processo refere-se às funções independentes, dependentes ou interdependentes dos enfermeiros. As funções independentes realizadas pelos enfermeiros são aquelas de que apenas os enfermeiros são responsáveis, tais como, a avaliação do cliente, tomada de decisão e intervenções; as funções dependentes estão relacionadas com atividades clínicas e tratamentos médicos; as funções interdependentes relacionam-se com a partilha de responsabilidade dos enfermeiros com outros membros da equipa de saúde. A componente dos resultados refere-se ao estado de saúde dos clientes, a perceção dos clientes dos benefícios provenientes dos cuidados de enfermagem e os custos diretos e indiretos associados aos cuidados de enfermagem (Doran et al., 2002).

Assim, de acordo com Doran (2011) os resultados sensíveis às práticas de enfermagem representam as consequências ou efeitos dos cuidados prestados pelo enfermeiro e são manifestados nos clientes por meio das alterações verificadas no seu estado de saúde, no seu comportamento, na sua perceção e também por meio da resolução de problemas reais ou potenciais. Doran foca a sua teoria nos resultados, tais como, os custos, tempo de permanência no internamento dos clientes e taxas de mortalidade, todos relevantes para a temática das IACS.

2- INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

As IACS segundo a DGS (2007) são infeções adquiridas pelos clientes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que podem, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

Uma definição similar é apresentada pela WHO (2009) ao referir que as IACS são infeções que afetam os clientes durante o internamento hospitalar, mas também em outras instituições de saúde, e que, não estavam presentes nem em incubação na altura da admissão. Também estão englobadas as infeções que os clientes adquiriram durante o internamento, mas que apenas se manifestam após a alta e também as infeções que atingem os profissionais de saúde durante a prestação de cuidados.

As IACS constituem, presentemente, uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, uma vez que a sua prevalência oscila entre os 5 e os 10% na maioria dos países da Europa. Como indicador bem revelador desta preocupação, é o facto das IACS se constituírem como uma das maiores causas de morte em todo o mundo (DGS, 2007).

As mesmas não surgem na lista das 136 doenças como causas de morte que foram avaliadas, devido ao facto do seu diagnóstico ser complexo, precisando de vários critérios e não exclusivamente de um único exame de laboratório. Porém, estima-se que na Europa as mortes que são devidas a IACS rondam os 1% (50 000 mortes por ano), por outro lado, as IACS podem não ser a principal causa da morte, mas irão contribuir para elevar as taxas de mortalidade em cerca de 2,7% (135 000 mortes por ano) (WHO, 2009).

De acordo com, Tan & Olivo (2015) as IACS são responsáveis por aumentar a mortalidade e morbilidade dos clientes, por um prolongamento dos internamentos, por aumento de custos associados aos cuidados de saúde e aumento da resistência aos antibióticos.

Para avaliar e seguir os encargos das doenças relacionados com as infeções associadas aos cuidados de saúde em toda a Europa, o *European Center for Diseases Prevention and Control* (ECDC) (2012) desenvolveu protocolos para inquéritos repetidos de prevalência pontual sobre as IACS e a utilização de

antimicrobianos nos hospitais com cuidados agudos, tendo sido detetada uma prevalência de IACS de 7,1% em 66 hospitais de 23 países.

Mais recentemente, segundo o ECDC (2013) na União Europeia os dados comprovam que são afetados cerca de 3.2 milhões de clientes todos os anos, ou seja, um em cada dezoito clientes internados nos hospitais é atingido por uma das IACS.

De acordo com Pina et al. (2010) as infeções urinárias são as mais frequentes, por outro lado, as infeções da corrente sanguínea e as pneumonias estão associadas a maior mortalidade e custos associados. Assim, uma vez que grande parte das IACS estão associadas a dispositivos invasivos, tal facto implica que os profissionais de saúde conheçam de modo aprofundado as características e indicações de cada um deles e que os utilizem tendo por base tanto uma análise de custo-efetividade como de custo-benefício.

Verifica-se a emergência de microrganismos multirresistentes como causadores das IACS, tais como, o *Staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA) e os Gram negativos produtores de beta-lactamase de espectro alargado (ESBL). As manifestações clínicas deste tipo de infeção podem não ser mais graves, mas complicam a sua abordagem estreitando o leque de opções terapêuticas, logo, representam um aumento significativo de morbi-mortalidade e dos custos associados (Pina et al., 2010).

De acordo com o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 1400-A/2015) Portugal apresenta uma taxa elevada de resistência bacteriana aos antimicrobianos, e encontra-se também entre os países da Europa com a taxa mais elevada de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, de *Enterococcus faecium* resistente à vancomicina e de *Acinetobacter* com resistência combinada a antimicrobianos. Tal facto pode dever-se, às evidentes dismorfias no que diz respeito ao consumo de antimicrobianos, como uma excessiva duração da profilaxia antibiótica cirúrgica e, provavelmente, uma excessiva prescrição e duração de terapêutica antimicrobiana.

Este consumo acrescido de antimicrobianos, está relacionado com os elevados custos das IACS, uma vez que alguns deles têm um preço alto, assim como, material relacionado com o isolamento do cliente, quando necessário. O

número de camas que são ocupadas devido a uma IACS constitui um *outcome* importante para se verificar os custos atribuídos às IACS (Graves et al., 2010).

É essencial a existência de protocolos que permitam seguir uma definição de infeção e uma interpretação uniforme dos casos a estudar. Sempre que possível, devem ser seguidos os protocolos preconizados pela DGS e contribuir para a monitorização das infeções a nível nacional. As unidades de saúde podem desta forma comparar os seus dados com os dados nacionais ou com unidades similares. Outros protocolos podem ser utilizados tendo como referência instituições reconhecidas a nível nacional ou internacional. O importante é que todos os intervenientes no processo de vigilância compreendam e sigam o mesmo protocolo (Geada & Pedro, 2010).

Assim, para dar seguimento ao que foi referido e para minimizar e controlar o risco das IACS em Portugal, a DGS (2007) determina a constituição/operacionalização das Comissões de Controlo de Infeção (CCI) em todas as unidades de saúde públicas e privadas, dotadas de recursos humanos e logísticos necessários ao cumprimento das vertentes essenciais de um Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção, nomeadamente:

- Vigilância epidemiológica (de processo, de estrutura e de resultado);
- Elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas;
- Formação e informação a profissionais de saúde, clientes e visitantes;
- Consultadoria e apoio.

As resoluções para os problemas das IACS baseiam-se frequentemente em medidas de prevenção e controlo de infeção, como a higienização das mãos, que sendo medidas simples, de baixo custo e efetivas, requerem contudo a responsabilização e a modificação de comportamentos (Costa, 2011). Esta ideia é também alicerçada pela DGS (2010) que refere que a higienização das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde, sendo consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os clientes, através das mãos, é uma realidade incontornável.

Também Aziz (2013) alude ao facto, de que a higienização das mãos é uma medida simples e a mais efetiva na prevenção de infeções, todavia, muitas vezes não é aplicada na prática clínica, uma vez que a adesão dos profissionais de saúde

à higienização das mãos é baixa, apesar das medidas de controlo e prevenção de infeções efetivadas.

A DGS (2007) indica que 30% a 40% das IACS são resultado da colonização e infeção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde. Assim, refere que para se conseguirem diminuições nas taxas de prevalência das IACS, são necessários pelo menos cinco anos de uma campanha de higiene das mãos sustentada.

A higienização das mãos, tem sido a pedra angular da prevenção e controlo de infeção e uma das principais medidas na redução da IACS (*Center for Disease Control*, 2010).

A falta de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde é a mais importante causa das IACS (Fitzpatrick, Everett-Thomas, Nevo, Shekhter, Rosen, Scheinman, Arheart, & Birnbach, 2011).

De acordo com Primo, Ribeiro, Figueiredo, Sirico, & Souza (2010) a importância da prática da higienização das mãos é baseada na capacidade que estas têm em abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto por meio de objetos. O controlo dessas infeções por meio da higienização cuidadosa e frequente das mãos, promove a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao cliente.

É fundamental que, em todos os momentos da prestação de cuidados ao cliente, existam ações que atuem simultaneamente, quer na prevenção, quer no controlo da transmissão cruzada de microrganismos. Este conjunto de ações e recomendações, aos quais se dá o nome de Precauções Básicas e Isolamento, constituem os alicerces do controlo de infeção, contribuindo para a prevenção e controlo da transmissão cruzada das IACS, para a melhoria continua da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para a segurança dos clientes. (Pina et al., 2010).

A higienização das mãos é parte integrante das Precauções Básicas. As mãos contaminadas dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos e a higienização das mãos constitui uma medida simples, acessível, rápida e que continua a ser uma das principais medidas para reduzir as IACS em todo o mundo. Contudo a adesão às práticas de higienização das mãos é baixa em todos os níveis de cuidados de saúde. Vários

profissionais de saúde lavam as suas mãos menos de metade das vezes que deviam, e quando há maior restrição de tempo e maior carga de trabalho, a adesão pode atingir apenas os 10 %. Apesar de se ter verificado um consumo de solução alcoólica superior à média europeia, esta não teve tradução na redução das infeções, o que questiona a sua adequada utilização (Pina et al., 2010).

De facto, a resistência dos profissionais de saúde em realizar procedimentos relacionados com a prevenção da infeção permanece. Este facto, foi verificado por Barreto et al. (2009) num estudo que objetivou verificar a frequência da higienização de mãos e analisar a técnica utilizada pelos profissionais de saúde. Este estudo mostrou baixa adesão à higienização das mãos, tanto prévia como posterior aos procedimentos realizados, em todas as oportunidades, no período observado. Assim, torna-se primordial implementar estratégias de intervenção que propiciem o aumento da adesão dos profissionais a esta e outras práticas da prevenção da infeção.

A mesma conclusão foi obtida por Primo et al. (2010) num estudo que objetivou avaliar a adesão dos profissionais de saúde quanto à prática de higienização das mãos. Neste estudo verificou-se que há baixa adesão à higienização das mãos pelos profissionais de saúde, e que quando realizada, não se utiliza corretamente a técnica recomendada.

Apesar da ênfase colocada sobre a higienização das mãos, muitos profissionais de saúde ainda não conseguem aderir a esta prática básica (Birks, Coyle, Porter & Mills, 2011).

De acordo com Pina et al. (2010) as auditorias às práticas de higienização das mãos têm como intuito, por um lado determinar as taxas de adesão, criando indicadores de qualidade, e por outro avaliar a qualidade de desempenho dos procedimentos e das unidades de saúde. Para além disso, a observação constitui uma forma de alertar os profissionais de saúde para a importância do ato, conseguindo-se ainda um efeito imediato de promoção simplesmente pelo facto de se estar a observar, demonstrando interesse na higienização das mãos.

Em 2004, através do *World Alliance for Patients Safety*, emanou o *Global Patients Safety Challenges*, que se refere a um conjunto de desafios de segurança do cliente e respetivas áreas de melhoria dos cuidados de saúde em todo o mundo. Do primeiro desafio da OMS constava, entre outras áreas de melhoria, a promoção

da higiene das mãos. Desta forma, a OMS estabeleceu como desafio a redução do problema da IACS, tendo como mensagem principal “*Clean Care Is Safer Care*”, visando a vigilância e controlo da IACS através da melhoria das práticas de higiene das mãos (OMS, 2006). Portugal aderiu à Campanha Mundial de Higiene das Mãos em 2008, resultando uma adesão das organizações de saúde bastante alargada.

Esta prática integrada no conjunto das precauções básicas, constitui a medida mais significativa na prevenção e no controlo da infeção. É, também, considerada uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos (DGS, 2010).

Segundo a mesma fonte, os profissionais de saúde devem higienizar as mãos tendo em conta o modelo conceptual dos “*Cinco Momentos*” que foi proposto pela OMS, aos quais correspondem as indicações ou tempos em que é obrigatória a higienização das mãos durante a prática de cuidados.

Esses “*cinco momentos*” para a higienização das mãos são os seguintes:

1. Antes do contacto com o cliente;
2. Antes de procedimentos limpos/assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o cliente;
5. Após contacto com o ambiente envolvente do cliente (DGS,2010).

A DGS (2010) define os três métodos para a higienização das mãos, de acordo com os procedimentos a efetuar. Assim, temos:

- a) Lavagem: consiste na higiene das mãos com água e sabão. Esta técnica aplica-se às situações em que as mãos estão manifestamente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a clientes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições e após usar as instalações sanitárias. O procedimento demora cerca de 60 segundos.
- b) Fricção antisséptica: consiste na aplicação de um antisséptico de base alcoólica para fricção das mãos. Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam manifestamente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 15-30 segundos.

- c) Preparação pré-cirúrgica das mãos: consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório, com o objetivo de eliminar a flora transitória e de reduzir significativamente a flora residente. O procedimento demora entre 2-3 minutos.

De realçar, que o uso de luvas não altera as indicações para higienização das mãos e, sobretudo, não substitui a sua necessidade, e se apropriado, a indicação para higienização das mãos pode implicar a remoção das luvas para efetuar a ação. É de salientar que, se o uso de luvas impedir o cumprimento da higiene das mãos no momento correto, então representa um fator de risco major para a transmissão cruzada das IACS (Pina et al., 2010).

A higienização das mãos torna-se essencial uma vez que a transmissão de microrganismos também ocorre através da pele íntegra do cliente, da sua roupa, roupa da cama e da mobília e objetos que se encontrem no ambiente envolvente do cliente. Esta transmissão ocorre mais frequentemente com *Staphylococci*, *Enterococci* ou *Clostridium Difficile*, que são mais resistentes à desinfeção (WHO, 2009).

Doran (2011) refere que um trabalho cada vez mais precoce e dirigido aos resultados da prática de enfermagem tem sido um objeto de interesse. Consequentemente importa refletir nos efeitos específicos de intervenções de enfermagem sobre os *outcomes* no âmbito das IACS.

A segurança do cliente relaciona-se com a prevalência de eventos adversos que possam ocorrer durante a prestação de cuidados, entre os quais, as IACS. De acordo com Doran (2011), um dos *outcomes* de enfermagem relaciona-se com a diminuição destes eventos adversos. Refere que como profissionais de saúde que estão com os clientes vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, os enfermeiros desempenham um papel importante na prevenção dos mesmos.

Paralelamente, verifica-se uma relação entre o nível de formação dos enfermeiros e a evolução favorável do *outcome* mortalidade (Doran, 2011). Sendo as IACS responsáveis por elevadas taxas de mortalidade, importa que o enfermeiro e os outros profissionais de saúde se mantenham atualizados sobre a temática, assim como o reforço desta nos planos de estudos das profissões de saúde.

Um estudo realizado por Gatell, Roig, Vian, Santin, Duaso, Moreno & Daunis (2012) assentou na aplicação de um questionário, seguido de formação sobre

prevenção da pneumonia associada ao ventilador (PAV). Os resultados que Gatell et al. (2012) obtiveram, no que respeita ao conhecimento teórico dos enfermeiros, foram que este melhorou significativamente, uma vez que o número de respostas corretas no questionário aumentou. Tal facto, significa que as formações em serviço foram eficazes e aumentaram o conhecimento teórico dos enfermeiros do serviço relativamente á PAV, no entanto, a adesão continuou a ser insuficiente.

Também Bingham, Ashley, Jong & Swift (2010) aliam a sua opinião á de Gatell et al. (2012), uma vez que elaboraram um estudo semelhante. Porém, no estudo efetuado por Bingham et al. (2010) apesar das formações efetuadas, as taxas de VAP não melhoraram significativamente. Por outro lado, contrariamente aos resultados obtidos no estudo de Gatell et al. (2012) no estudo de Bingham et al. (2010) não houve, uma grande adesão à higienização das mãos, nem às mais adequadas práticas da higiene oral e posicionamento dos clientes. Este facto, permitiu concluir aos autores, que não obstante os benefícios da formação, esta não se constituiu a melhor estratégia no sentido da facilitação da mudança. Também organizações com mudanças frequentes de profissionais e de liderança podem não ter a estrutura necessária para sustentar a mudança.

Por outro lado, Gatell et al. (2012) obtiveram resultados positivos, que servem de suporte ao reforço das formações como uma estratégia de adesão às medidas de prevenção da infeção. Assim, a formação e os protocolos baseados na evidência científica, melhoram a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente ao nível da prevenção da infeção. Deve salientar-se que os resultados obtidos em ambos os questionários mostram que os enfermeiros não aplicam na sua prática diária o conhecimento de que dispõem, o que justifica a necessidade de estratégias para reforçar a adesão às medidas de prevenção da infeção, nomeadamente a higienização das mãos.

Também Phang, Maznin & Yip (2012) conduziram um estudo com o intuito de melhorar a prática de higienização das mãos durante os cuidados às crianças, por parte dos enfermeiros que trabalham em Obstetrícia. Houve uma primeira fase que consistiu na observação direta das práticas de higienização das mãos, seguiu-se uma fase em que seria implementada a melhor prática de higienização das mãos, porém, identificaram-se duas barreiras. A primeira seria o baixo conhecimento dos enfermeiros relativamente á técnica de higienização das mãos, do tipo de

higienização a realizar e dos momentos para efetuar-las. A outra barreira identificada relaciona-se com a estrutura física do serviço, em que a disposição do lavatório não seria a mais adequada e os dispensadores de solução para fricção das mãos eram escassos. Assim, no sentido de superar estas barreiras, foram realizadas duas sessões de formação e elaborado um cartaz com a descrição da técnica da higienização das mãos e colocado nos locais de execução da mesma; por outro lado foram reposicionados os lavatórios e colocados mais dispensadores. Os resultados indicam que de facto, houve melhorias por parte dos enfermeiros, houve uma maior adesão à higienização das mãos depois dos cuidados prestados e houve uma melhoria na técnica de higienização das mãos, porém, a adesão continuou baixa de uma forma geral, e principalmente, antes do contacto com os clientes.

Os mesmos autores referem após a realização do supradito estudo, que ainda há um grande trabalho a realizar no sentido da sensibilização à higienização das mãos, contudo, mostrar os resultados aos enfermeiros do seu próprio desempenho em higienização das mãos auxilia na adesão a esta prática.

Também Alemagno, Guten, Warthman, Young & Mackay (2010) elaboraram um estudo que visava a aplicação de um questionário sobre a higienização das mãos, uma sessão de formação *online* e novamente o preenchimento do mesmo questionário. Denotou-se que o conhecimento dos profissionais de saúde sobre esta temática aumentou consideravelmente. De realçar que, no questionário aplicado antes da formação, apenas 53,5% dos profissionais estava consciente de que os mesmos higienizam as mãos menos de 50% das vezes em que se deve higienizar as mãos.

Outras medidas que também irão auxiliar no aumento da adesão a estas práticas serão, a formação sobre higienização das mãos, que englobem sessões de treino sobre as mesmas, e mesmo sessões de treino individual e haver uma comunicação efetiva sobre as medidas de controlo de infeção através de mediadores (Knoll, Lautenschlaeger & Borneff-Lipp, 2010).

No estudo realizado por White, Jimmieson, Obst, Graves, Barnett, Cockshaw, Gee, Haneman, Page, Campbell, Martin & Paterson (2015) os enfermeiros que participaram no mesmo, referem como motivadores para a higienização das mãos, a existência de formação e de sessões de treino, lembretes visuais, tais como *posters* e lembretes verbais provenientes dos supervisores e dos colegas.

De acordo com Barreto et al. (2009) a adesão à higienização das mãos é maior em procedimentos em que há exposição do profissional a medicação e fluidos corporais, mostrando preocupação na proteção individual em detrimento do cliente. Desta forma, observou-se uma relação direta entre a adesão à higienização das mãos e o tipo de cuidado prestado. Alguns procedimentos em que houve baixa adesão à higienização das mãos pelos profissionais, são fundamentais para o controle de infecção, como os relacionados com a manutenção do acesso venoso. Todos esses factos remetem à reflexão sobre o compromisso, a responsabilidade e a ética desses profissionais para com o cliente e sua profissão.

Também o estudo elaborado por Primo et al. (2010) alega que o profissional prioriza a sua própria proteção, pois após contato com matéria orgânica, apenas 0,3% não higienizaram as mãos, por outro lado, antes de procedimentos não invasivos ao cliente 24% dos profissionais não higienizaram as mãos. Estes são dados discrepantes ao pensarmos que cuidado, tratamento e proteção dos clientes são requisitos necessários para os profissionais da área da saúde.

Porém, no estudo elaborado por White et al. (2015) os enfermeiros nomearam a proteção do cliente como a principal vantagem da higienização das mãos, só depois nomearam a proteção pessoal e o controlo de infecção.

De acordo com Al-Tawfiq & Pittet (2013), a higienização das mãos é a chave para a prevenção das IACS, porém, em muitos serviços de saúde esta ainda não é praticada corretamente. Muitos fatores contribuirão para este facto:

- A falta de tempo;
- Falta de conhecimento de protocolos existentes;
- Esquecimento;
- Escassez de recursos humanos.

Os mesmos autores dizem que a qualidade dos estudos existentes atualmente para a promoção da higienização das mãos é fraca.

A WHO (2009) também indica algumas barreiras à higienização das mãos:

- A falta de uma participação ativa na promoção da higienização das mãos, tanto a nível individual como organizacional;
- A falta de prioridade organizacional para a higienização das mãos;
- A falta de sanções para os não cumpridores da higienização das mãos;

- A falta de uma cultura de segurança e de responsabilização dos profissionais pela higienização das mãos;
- A falta de conhecimentos e o ceticismo dos profissionais quanto à eficácia da higienização das mãos;
- A falta de modelos.

A transmissão da infecção ocorre através das mãos contaminadas dos profissionais de saúde. De referir que existe uma relação entre as taxas de infecção e a escassez de recursos humanos, uma vez que a segunda leva a baixa adesão à higienização das mãos (WHO, 2009).

Assim, verifica-se que a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos é baixa. Em alguns estudos mencionados, tais como o de Phang, Maznin & Yip (2012) verificou-se que havia um escasso conhecimento por parte dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos, nomeadamente a técnica e os momentos adequados para realizá-la. Por outro lado, verificou-se que em outros estudos, como os de Barreto et al. (2009) e Primo et al. (2010), os profissionais detinham conhecimento sobre a prática da higiene das mãos, porém, não a aplicavam na prática. Tal sugere, que os profissionais desconhecem ou desvalorizam a prática de higienização das mãos e a sua influência nas infeções associadas aos cuidados de saúde.

Desta forma, é necessário aumentar a adesão a esta prática. De acordo com a JCI (2009), estratégias como a educação, feedback em tempo útil, lembretes e uma abordagem estruturada para melhoria do desempenho, são necessárias.

Neste seguimento, Mauger, Marbella, Pines, Chopra, Black & Aronson (2014) aludem que embora existam evidências de estratégias disponíveis para reduzir as IACS, não existe por outro lado muita evidência sobre como estimular os profissionais de saúde a adotar essas estratégias, porém, na revisão sistemática da literatura que efetuaram, referem que as auditorias e o *feedback* são estratégias importantes para o aumento da adesão.

Também Doran (2011) refere que o *feedback* acerca dos resultados alcançados nos clientes servirá para encorajar uma reflexão crítica sobre a prática.

Porém, a adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde, segundo a JCI (2009) é difícil de avaliar e enumera alguns desafios a essa avaliação:

- O contato com o cliente e com o seu ambiente envolvente acontece em muitos locais dentro das organizações;
- As oportunidades para a higienização das mãos, ocorrem vinte e quatro horas por dia e envolve profissionais clínicos e não clínicos;
- A frequência da necessidade de higienizar as mãos varia de acordo com o tipo de cuidados prestados, do serviço e de vários fatores inerentes ao próprio cliente;
- Os profissionais ao saberem que estão a ser observados poderão alterar os seus comportamentos relativamente a esta prática.

Por conseguinte, é necessário que os enfermeiros, sejam capazes de avaliar e gerir os riscos, identificar problemas e necessidades reais e potenciais, planificar e prestar cuidados globais, individualizados, gerir recursos e avaliar resultados. Como refere Martins (2011), hábitos organizacionais e rotinas de prestação de cuidados nos serviços de saúde, podem, por vezes retirar-nos o espírito crítico e a verdadeira perceção individual dos riscos, contribuindo para que se negligenciem medidas simples que fazem toda a diferença e podem salvar vidas.

2.1- Revisão Sistemática da Literatura

Para melhor se enquadrar o tema, procedeu-se à elaboração de uma Revisão Sistemática da Literatura, com o intuito de dar resposta à questão de investigação formulada para este trabalho: **“Qual a perceção dos profissionais de saúde relativamente á higienização das mãos e a sua influência nas IACS em contexto hospitalar?”**

Analisando a supradita questão de investigação de acordo com a terminologia PICo, define-se os profissionais de saúde como a população, enquanto a perceção sobre higienização das mãos e IACS constitui o fenómeno de interesse e o contexto serão as unidades de internamento hospitalar.

Assim, procurando responder à questão enunciada, acedeu-se à plataforma EBSCO *host integrated search* com mobilização das bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* a 2 de Junho de 2014. Ao nível da base de dados CINAHL *Plus with Full Text*, a pesquisa foi direccionada através da utilização de linguagem natural em CINAHL *Headings* de forma a demarcar, através da definição dos conceitos fornecidos pela base de dados, quais os que mais se adequavam ao assunto a

pesquisar, pelo que foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Hospital Units”; “Cross Infection”; “Handwashing”; “Quality of Health Care”; “Nursing care”. No que diz respeito à base de dados MEDLINE *with Full Text*, foi seguido o procedimento referido anteriormente e, tendo em conta os conceitos definidos no MeSH 2014, foram utilizadas as palavras-chave: “Cross Infection”; “Hospital Units”; “Hand Disinfection”; “Quality of Health Care”; “Nursing Care”.

Após uma pesquisa particularizada de cada palavra-chave foram testadas várias associações entre elas, de forma a obter os estudos que mais se relacionassem com o tema, como demonstrado no seguinte quadro.

Quadro 2. Procedimento de pesquisa

Base de Dados	Palavras-Chave	Limitadores	Resultados Obtidos
CINAHL Plus with Full Text	<i>Cross Infection</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009	9299
	<i>Handwashing</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009	2251
	<i>Hospital Units</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009	25086
	<i>Cross Infection AND Handwashing AND Hospital Units</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009; <i>Full Text</i>	44
	<i>Cross Infection AND Handwashing AND Hospital Units AND Nursing Management</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009	0
	<i>Cross Infection AND Handwashing AND Hospital Units AND Quality of Health Care</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009; <i>Full Text</i>	24
	<i>Cross Infection AND Handwashing AND Hospital Units AND Quality of Health Care AND Nursing Outcomes</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009	0
	<i>Cross Infection AND Handwashing AND Hospital Units AND Quality of Health Care AND Nursing Care</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009; <i>Full Text</i>	14
	MEDLINE <i>with Full Text</i>	<i>Cross Infection AND Hospital Units AND Hand Disinfection AND Quality of Health Care AND Nursing Care</i>	Data de Publicação a partir de 01/01/2009; <i>Full Text</i>

Para a seleção dos artigos a analisar foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados nos últimos

seis anos; estudos realizados em unidades de internamento hospitalar; idioma de publicação em Português, Francês, Inglês ou Espanhol.

Relativamente aos critérios de exclusão, definiram-se os seguintes: artigos de opinião e noticiosos; artigos que descrevessem estudos que não tivessem sido desenvolvidos em unidades de internamento hospitalar; idioma de publicação não enquadrado nos mencionados anteriormente; artigos não disponíveis gratuitamente; artigos não disponíveis em *Full Text* nas bases de dados pesquisada.

Apresentamos os principais resultados e conclusões de forma resumida, assim, através da análise dos dez artigos verificou-se que a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos é baixa. Em alguns estudos verificou-se que havia um escasso conhecimento por parte dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos, nomeadamente a técnica e os momentos adequados para realizá-la. Por outro lado, verificou-se em outros estudos, que os profissionais detinham conhecimento sobre a higienização das mãos, porém, não a aplicavam na prática.

Conclui-se que, os profissionais desconhecem ou desvalorizam a prática de higienização das mãos e a sua influência nas infeções associadas aos cuidados de saúde. Assim, torna-se primordial implementar estratégias que promovam a adesão a esta prática e que consciencializem os profissionais de saúde quanto ao impacto das infeções associadas aos cuidados de saúde.

3- GESTÃO EM ENFERMAGEM

O que a saúde em Portugal verdadeiramente necessita é a inovação transposta para a sua gestão, com o intuito, de fomentar nos seus serviços, uma efetiva vantagem competitiva, desafiando as ortodoxias e assegurando a sua continuidade a longo prazo (Carvalho, 2008).

A gestão é uma área de intervenção da Enfermagem com uma grande importância estratégica. Nas equipas multidisciplinares das organizações de saúde, o enfermeiro gestor torna-se essencial para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes. Este deve promover um exercício profissional baseado na autonomia, na competência e na responsabilidade, promovendo também, as condições necessárias e imprescindíveis a um exercício profissional de qualidade em concertação com o quadro de referência da profissão.

Com os avanços tecnológicos que se vivenciam atualmente, vieram maiores incumbências e responsabilidades administrativas e de gestão para a Enfermagem. Os gestores em enfermagem devem ser diretamente responsáveis pela gestão dos serviços de enfermagem, no entanto, estão bem preparados para gerir outros serviços de saúde.

Assim, importa definir o conceito de gestão, este segundo Chiavenato (2002) é um fenómeno universal no mundo atual e cada organização requer a tomada de decisão, a coordenação de múltiplas atividades, a condução de pessoas, a avaliação do desempenho dirigido a objetivos previamente determinados e a obtenção e alocação de diferentes recursos.

Por outro lado, Teixeira (2005) refere que a gestão abrange todo o processo de se conquistar resultados através do esforço de outros.

Devido á constante mudança nas necessidades em cuidados de enfermagem da população, surgem as competências acrescidas, que segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Despacho nº 101/2015), são as competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos, certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de enfermagem e

disciplinas relacionadas. Assim, realça-se as competências acrescidas de gestão em enfermagem.

A mesma fonte define enfermeiro gestor como sendo o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, da profissão de enfermeiro, nomeadamente da gestão em enfermagem e domina a disciplina de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garantindo o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que concerne ao enunciado descritivo «A Organização dos Cuidados de Enfermagem», sendo o instigador do desenvolvimento profissional da equipa que lidera, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica de qualidade, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais e dos conflitos.

O enfermeiro gestor tem como missão principal cuidar dos que cuidam, garantindo aos enfermeiros da prática direta de cuidados as melhores condições de trabalho possíveis para que possam exercer a sua profissão com competência e satisfação, contribuindo para uma elevada qualidade dos cuidados de enfermagem. É exigido assim ao enfermeiro gestor um conjunto de competências de gestão e liderança que sirvam a finalidade dos cuidados e que facilitem a prática da arte do cuidar (Hesbeen, 2001).

Garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, é uma das competências do enfermeiro gestor, nomeadamente, assegurar a organização da qualidade dos cuidados de enfermagem, prestados pelos enfermeiros integrados na equipa, contribuir para o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência, promover a formação contínua da equipa e promover a utilização e atualização das normas de boas práticas (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, Despacho nº 101/2015).

Todas as competências supracitadas se relacionam com as IACS e a higienização das mãos, ou seja, uma PBE contribuirá para o aumento da adesão à higienização das mãos, assim como ter normas de boas práticas acessíveis, levando ao aumento da qualidade dos cuidados prestados. Tal como referem Gatell et al. (2012) ao concluírem que a formação e os protocolos baseados na evidência científica, melhoram a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente ao nível da prevenção da infeção e higienização das mãos.

O processo de gestão pressupõe a existência de uma organização, ou seja, várias pessoas a desenvolverem atividades no sentido de atingirem objetivos comuns. A gestão detém quatro funções fundamentais, o planeamento, a organização, a direção e o controlo (de entre os quais o controlo da qualidade), sendo estas interdependentes. Existem três níveis de gestão, o nível institucional que se caracteriza por uma forte componente estratégica e em que há o envolvimento da totalidade dos recursos, o nível intermédio que se caracteriza pela elaboração de planos específicos relacionados com a área do gestor, e por fim, o nível operacional em que predomina a vertente técnica e a execução de rotinas e procedimentos (Hesbeen, 2001).

Segundo Cardoso (2011) as várias formas de gestão praticadas na área da enfermagem são orientadas na ênfase das organizações ou nas necessidades de saúde, implicando diversas formas de organização dos processos de trabalho, que são determinantes para os cuidados de enfermagem prestados, sendo uma condição indispensável para a garantia da qualidade dos cuidados e para o alcance da satisfação profissional.

A mesma autora refere que compete ao enfermeiro gestor coordenar todo o processo de trabalho, sendo necessário utilizar métodos ou instrumentos de gestão, tais como, o planeamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria. Através da auditoria, o enfermeiro gestor consegue avaliar a qualidade dos cuidados e implementar melhorias, isto é, implementa uma gestão baseada em evidências.

Importa mencionar, outro tipo de gestão que é a Gestão pela Qualidade, esta segundo Cardoso (2011) prevê um sistema onde os profissionais são essenciais para o sucesso da organização, prevê também o intuito de alcançar a satisfação dos clientes, isto significa buscar melhorias contínuas no atendimento, na redução de custos e na eliminação de erros, garantindo assim, a segurança dos cuidados prestados.

A atual sociedade do conhecimento, ao originar as organizações aprendentes, recentrou a gestão, no que é de facto, mais relevante para as organizações, ou seja, o seu capital intelectual, que se constitui por aquilo que todos dentro da organização sabem, incluindo os ativos intangíveis, constituídos pela informação e o conhecimento de cada colaborador (Carvalho, 2008).

De acordo com Pina et al (2010) os órgãos de gestão de uma organização de saúde tem a responsabilidade executiva de assegurar a liderança para a criação de um plano global de controlo da infeção e a disponibilização dos meios para o seu cumprimento integral. Há evidência de que fatores organizacionais (cultura de segurança e rácios de enfermagem) influenciam a adesão dos profissionais de saúde às recomendações das práticas de controlo da infeção. Daí a necessidade do envolvimento da gestão no desenvolvimento e sustentação dos programas de controlo da infeção, nomeadamente, no financiamento adequado, implementação de mudanças na comunicação interna, alterações estruturais na organização (colocação de lavatórios ou soluções alcoólicas) e manutenção de um rácio mínimo profissional de saúde/cliente.

No estudo composto por Antunes & Queirós (2011) em que avaliaram a perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança, verificaram que os enfermeiros julgam não existir os recursos humanos necessários para fazer face ao trabalho que é exigido e admitem que há um sacrifício da segurança do cliente por haver uma maior carga de trabalho, que leva a uma assunção de uma evidência crescente de que os eventos adversos se relacionam com a falta de pessoal.

Na revisão da literatura elaborada por Valim, Marziale, Richart-Martínez & Sanjuan-Quiles (2013) puderam verificar nos 23 artigos analisados, que nos países em que os recursos humanos eram mais escassos, os profissionais de saúde tinham uma menor adesão às medidas de controlo de infeção.

Para a manutenção de uma cultura de segurança e nomeadamente no que concerne à higienização das mãos, a gestão terá uma grande importância (Birks et al., 2011).

Para Doran (2011) existem vários fatores que irão influenciar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, estes são o *skill mix*, a composição da equipa de enfermagem, o tipo de cuidados de enfermagem prestados, o nível educacional dos enfermeiros, a experiência e perícia de cada enfermeiro, o nível e o tipo de liderança para a enfermagem, coesão e comunicação no seio da equipa de enfermagem e entre enfermeiros e médicos e a relação entre todos estes fatores.

Os líderes são os principais responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço. É aos enfermeiros gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos

cuidados que são prestados no seu serviço, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atentos às necessidades do cliente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação.

Para Amaral, Ferreira, Cardoso & Vidinha (2014) os enfermeiros constituem o maior grupo profissional nas organizações de saúde, logo, o impacto e os custos das suas ações deverá ser tido em conta por parte dos gestores. As medidas de eficácia e eficiência no sistema de saúde, deverão ter em conta a contribuição dos enfermeiros.

Para garantir uma alta qualidade e um custo efetivo dos cuidados aos clientes, os gestores deverão reter os enfermeiros, através de um elevado capital humano e de um investimento na formação, nomeadamente na existência de um maior número de enfermeiros especialistas. Isto porque, no estudo de Covell & Sidani (2013) se verificou a existência de uma relação entre dotações seguras, nomeadamente o grau académico, e a ocorrência de IACS.

Os gestores deverão dar mais atenção às medidas de controlo de infeção, e com este intuito, as organizações deverão fornecer aos profissionais de saúde educação para a saúde, formação e treino em controlo de infeção e melhores condições de trabalho (Valim et al., 2013).

A atenção dos gestores públicos, dos diretores e administradores dos serviços de saúde e dos educadores deve estar voltada para o incentivo e a sensibilização dos profissionais em relação à adoção de boas práticas relativamente à higienização das mãos (Anvisa, 2009).

Assim, de acordo com a DGS (2007) a gestão têm um papel primordial no controlo da infeção, uma vez que compete aos órgãos de gestão, através das CCI, já referidas no capítulo precedente, cumprir as estratégias do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), nomeadamente:

- Elaborar o Plano Operacional de Prevenção e Controlo de Infeção e implementar um sistema de avaliação das ações empreendidas;
- Implementar políticas e procedimentos de prevenção e controlo da infeção, e monitorizá-las através de auditorias periódicas. Proceder à revisão trienal das normas e sempre que surjam níveis de evidencia que o justifiquem;

- Conduzir a vigilância epidemiológica de acordo com os programas preconizados pelo PNCI e as necessidades das unidades de saúde;
- Investigar, controlar e notificar surtos de infeção, visando a sua efetiva prevenção;
- Monitorizar os riscos de infeção associados a novas tecnologias, dispositivos, produtos e procedimentos;
- Colaborar com o serviço de aprovisionamento na definição de características de material e equipamento clínico e não clínico com implicações no controlo e prevenção das IACS;
- Proceder, em articulação com os serviços de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho e de Gestão de Risco, à avaliação do risco biológico em cada serviço e desenvolver recomendações específicas, quando indicado;
- Participar no planeamento e acompanhamento da execução de obras a fim de garantir a adequação à prevenção das IACS;
- Participar no desenvolvimento e monitorização de programas de formação, campanhas e outras ações e estratégias de sensibilização;
- Participar e apoiar os programas de investigação relacionados com as IACS, a nível nacional e internacional.

Visando o controlo da infeção, a DGS (2010) refere um conjunto de princípios que os órgãos de gestão também deverão adotar, no sentido da facilitação da higienização das mãos, por parte dos profissionais de saúde, tais como:

- Atribuição de prioridade institucional ao aumento da adesão à higienização das mãos;
- Promoção da monitorização da adesão dos profissionais a esta prática;
- Divulgação regular da informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho;
- Disponibilização de lavatórios adequados e colocados em locais estratégicos;
- Fornecimento de SABA (Solução antisséptica de base alcoólica) em todos os locais de prestação de cuidados;
- Fornecimento de 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;

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

Assim, citando a mesma fonte, os indicadores que devem ser utilizados pelos gestores, na área da higienização das mãos, são a avaliação do consumo de SABA e do sabão para a higiene das mãos (global e por serviços clínicos) e a taxa de adesão à prática da higienização das mãos.

De acordo com Fagernes & Lingaas (2011) os gestores deverão dar prioridade para a implementação e o cumprimento das orientações para a prática da higienização das mãos.

Para os gestores em enfermagem, é necessário saber as causas da baixa adesão à higienização das mãos, com o intuito de modificar esta prática. Assim, as barreiras que interferem na não adesão às práticas de higienização das mãos, de acordo com a WHO (2009) são: a falta de participação ativa na promoção da prática de higienização das mãos quer ao nível individual, quer institucional; a ausência de um modelo a ser seguido na prática de higienização das mãos; falta de prioridade da instituição em relação a esta prática; falta de sanções administrativas para não aderentes e incentivos para os que realizam adequadamente a higienização das mãos e a falta do clima de segurança institucional.

Pelo exposto, poder-se-á concluir que em cada área de prestação de cuidados de saúde a avaliação do risco de IACS tem que ser integrada no programa de gestão com envolvimento dos dirigentes e participação de profissionais familiarizados ou experientes na área clínica respetiva.

Assim como nos refere a literatura a não adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde, pode ocorrer, por reação aos produtos disponibilizados, pelo uso incorreto dos mesmos, ou por falta de formação, motivação e ainda por negligência dos prestadores de cuidados. Os fatores ambientais também podem ter impacto na fraca adesão dos profissionais a esta prática, a localização dos lavatórios desfasada dos locais onde se prestam os cuidados é um fator ambiental a ter em consideração. Por todos estes fatores considera-se que a gestão tem ainda muito a fazer no sentido do controlo das IACS e melhorar e manter a prática de higienização das mãos é um grande desafio.

PARTE II- TRABALHO EMPÍRICO

1- METODOLOGIA

A questão de investigação formulada para o presente estudo foi: “Qual a percepção dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos e a sua influência nas IACS em contexto hospitalar?”

Como objetivo geral delineou-se:

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde e as suas práticas relativamente à higienização das mãos e sua influência nas IACS.

E como objetivos específicos foram traçados os seguintes:

- Identificar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas com a higienização das mãos;
- Analisar em que medida as variáveis socioprofissionais influenciam as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde.

2- TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo utilizado neste trabalho foi o de caso quantitativo, que segundo Fortin (1999), consiste numa aprofundada investigação acerca de um indivíduo, família, grupo ou organização, este tipo de estudo é útil para a verificação de uma teoria, estudar um caso que é tido como único e explicar relações de causalidade. A mesma autora refere que uma das características do estudo de caso é a subtilidade com a qual é possível aglomerar dados sobre um caso particular. Yin (2005), acrescenta que este tipo de estudo é útil quando não se tem controlo sobre os acontecimentos e quando o foco é um fenómeno atual inserido num contexto da vida real.

O estudo em causa definiu-se como observacional com corte transversal, utilizando uma metodologia quantitativa e com recurso à análise descritiva, sendo também retrospectivo.

É observacional uma vez que, de acordo com Ribeiro (2010) um estudo é observacional quando o investigador descreve os acontecimentos que ocorrem naturalmente sem a sua intervenção; é descritivo uma vez que fornece informação sobre a população em estudo; é transversal uma vez que os dados são colhidos num único momento; é retrospectivo uma vez que se estuda um dado acontecimento depois de este já ter ocorrido.

A população alvo consistiu na equipa de enfermagem e auxiliares de ação médica do serviço de Ortopedia do Hospital Fernando da Fonseca.

3- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados efetuou-se através da aplicação de um questionário (apêndice I) baseado no “Questionário básico sobre a percepção de profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos”, disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde.

O questionário tem um total de 21 questões, ordenadas de forma contínua, que inclui questões sobre as variáveis socioprofissionais, sobre aspetos do serviço relativos à higienização das mãos e sobre as práticas e percepções da população em questão.

Quadro 3. Dimensões do questionário

Dimensões	Questões (número)
Variáveis Socioprofissionais	2,3,4,5,6,7,8
Aspetos do Serviço	15, 16, 20, 21
Percepção dos Profissionais	9,10,11,12,13,14
Prática de higienização das mãos dos Profissionais	17,18,19

As questões número 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 são relativas às variáveis socioprofissionais. As questões 15, 16, 20 e 21 referem-se aos aspetos do serviço. As questões 9, 10, 11, 12, 13, 14 avaliam a percepção dos profissionais sobre a temática em estudo e as questões 17, 18, 19 avaliam as práticas da higienização das mãos dos profissionais.

Para a avaliação das variáveis socioprofissionais foram colocadas questões abertas e de escolha múltipla e para avaliar os aspetos relativos ao serviço procedeu-se a questões unicamente de escolha múltipla.

Para avaliar as práticas dos profissionais usou-se na questão 19, uma escala tipo *Likert* de 1 a 5 pontos que avalia a frequência das práticas em que o 1 corresponde a Nunca e o 5 corresponde a Sempre, sendo as restantes avaliadas através de escolha múltipla. Para avaliar as questões relativas à percepção, utilizaram-se somente questões com escala de *Likert*, em que se avaliou o grau de concordância dos profissionais relativamente às questões colocadas, em que o 1 corresponde a Discordo Totalmente e o 5 corresponde a Concordo Totalmente, ou, o 1 corresponde a Muito Baixo e o 5 a Muito Alto.

A aplicação de questionários é segundo a JCI (2009) um dos métodos mais eficazes na avaliação da adesão à higienização das mãos, aliado à observação direta e à verificação do consumo de sabão e SABA. O questionário fornece informação sobre a perceção, as atitudes e práticas dos profissionais de saúde, relativas à higienização das mãos.

Relativamente à colheita de dados, foi pedido aos inquiridos a sua colaboração voluntária, esclarecendo o objetivo do estudo e garantindo o máximo sigilo em relação à informação constante nas suas respostas, assim como o anonimato.

No que concerne à utilização do instrumento de colheita de dados, teve-se em conta a necessidade do consentimento institucional para aplicação do mesmo, motivo pelo qual se solicitou autorização (apêndice II) à Comissão de Investigação Clínica e à Direção de Enfermagem do Hospital Fernando da Fonseca. O pedido foi efetuado em Outubro de 2014, tendo sido deferido. A aplicação dos questionários realizou-se durante os meses de Outubro e Novembro de 2014, tendo sido recolhidos na mesma altura. Todos os 47 questionários entregues foram devolvidos devidamente preenchidos.

Para o tratamento dos dados obtidos recorreu-se ao programa estatístico de SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0, tendo sido efetuada uma estatística descritiva simples. Os resultados foram organizados sobre a forma de quadros e gráficos com a respetiva descrição. O objetivo da apresentação destes quadros e gráficos, foi no sentido de reforçar os principais elementos úteis para o leitor, realçando os factos significativos e as relações significativas evidenciadas pelo estudo.

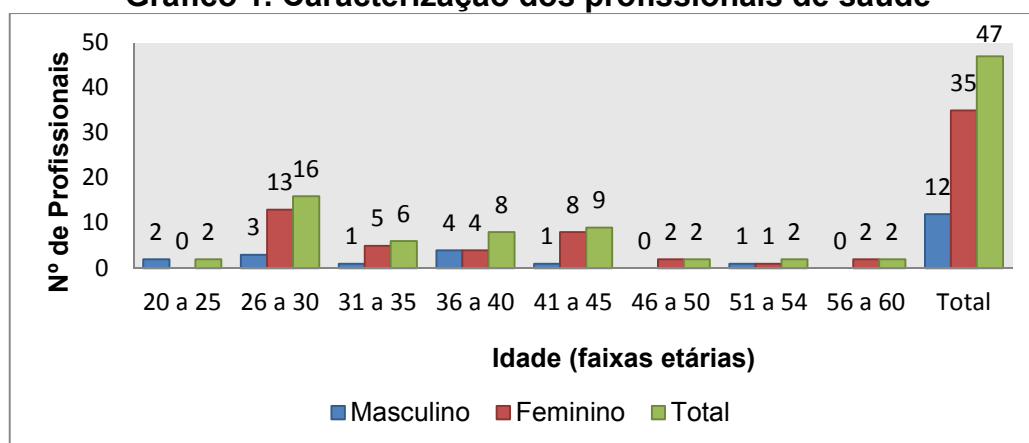
4- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos resultados são feitas numa primeira parte de uma forma descritiva, caracterizando social e profissionalmente a população em estudo e numa segunda e terceira partes, analisando a perceção e as práticas da população relativamente à higienização das mãos e relações entre estas práticas e as variáveis socioprofissionais.

4.1- Caracterização socioprofissional dos profissionais de saúde

A população que respondeu ao questionário aplicado constitui-se por um total de 47 profissionais de saúde.

Gráfico 1. Caracterização dos profissionais de saúde



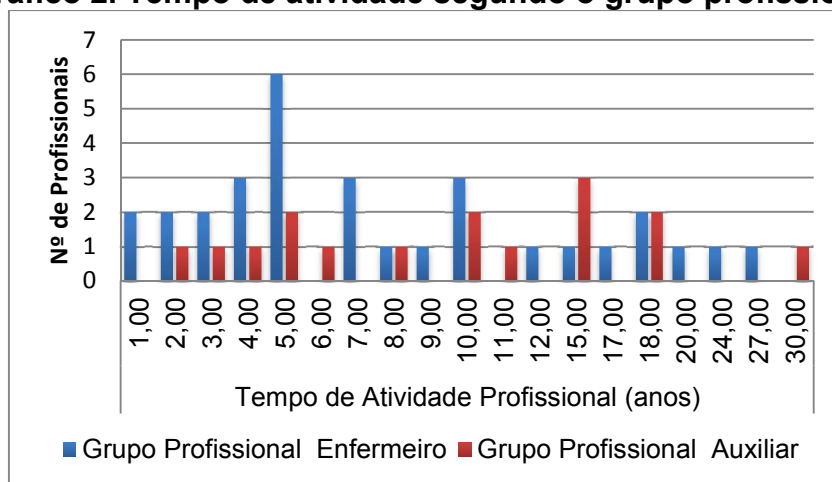
Relativamente ao género, os resultados indicam que 35 dos profissionais (74,5%) são do género feminino, dentro deste grupo verifica-se que o maior número de mulheres (27,7%) se encontra entre os 26 e os 30 anos de idade, seguindo-se o grupo entre os 41 e os 45 anos de idade (17%). Por outro lado os homens (12 profissionais) surgem em maior número, entre os 36 a 40 anos de idade (8,5%) (cf. Gráfico 1). Assim, conclui-se que a equipa, nomeadamente a equipa de enfermagem é jovem.

Também no estudo realizado por Fagernes & Lingaas (2010) se verifica que a população feminina surge em maior número, nomeadamente numa população de 465 profissionais de saúde surgem 423 mulheres e apenas 42 homens. Igualmente

no estudo de Birks et al. (2011) a maioria da amostra é do sexo feminino, tendo 98,6% de mulheres numa amostra de 142 profissionais de saúde.

Relativamente à idade, no estudo de Birks et al. (2011) verifica-se que os profissionais estudados não são tão jovens como no presente estudo, uma vez que no referido estudo a média de idades é de 37,3 anos.

Gráfico 2. Tempo de atividade segundo o grupo profissional



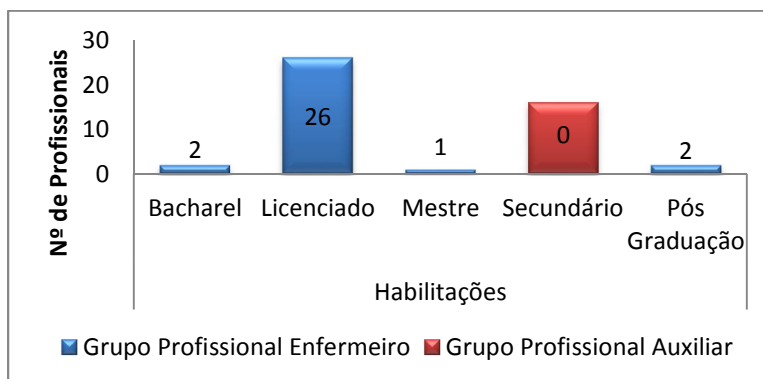
No que se refere ao grupo profissional, constata-se a existência de 31 enfermeiros (66%) e 16 auxiliares (34%). Relativamente ao tempo de atividade profissional, verifica-se que o maior número, ou seja, 6 dos enfermeiros (12,8%) tem 5 anos de experiência, seguidos por 10, 7 e 4 anos de experiência. Nos auxiliares verifica-se que 3 (6,4%) possuem 15 anos de experiência, seguidos de 18, 10 e 5 anos (cf. Gráfico 2). Assim, conclui-se que os auxiliares possuem mais experiência profissional comparativamente aos enfermeiros.

A experiência profissional reflete a habilidade de tomar decisões em situações complexas e está altamente relacionada com os resultados dos clientes e com a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Amaral et al., 2014). No estudo efetuado pelos mesmos autores, verificou-se que a média da experiência profissional dos enfermeiros é de 12 anos, este resultado aproxima-se da população do presente estudo.

No estudo elaborado por Alemagno et al. (2010) em que testaram um programa educativo *online* para aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos, a amostra (256 profissionais) foi constituída maioritariamente por enfermeiros, surgindo os auxiliares em pequeno número, tal

como acontece no presente estudo, todavia, a experiência profissional é maior nos enfermeiros, uma vez que, cerca de 45,7% possui mais de 20 anos de experiência.

Gráfico 3. Habilitações Profissionais



No que concerne às habilitações profissionais (cf. Gráfico 3), domina a licenciatura para os enfermeiros, sendo que apenas 2 (4,3%) são bacharéis. Existe apenas 1 enfermeiro mestre (2,1%) e 2 enfermeiros (4,3%) a frequentar cursos de pós-graduação. No que respeita aos auxiliares, todos possuem o nível secundário.

Também no estudo de Alemagno et al. (2010) na amostra constituída, predomina a licenciatura em enfermagem.

A maioria dos enfermeiros não possui Curso de pós-graduações, Curso de Especialização, nem Curso de Mestrado, o facto das administrações hospitalares não incentivarem a especialização desses profissionais, poderá em parte, explicar os dados obtidos.

Porém, de acordo com Amaral et al. (2014) o nível de educação, em particular uma educação avançada, é um indicador dos conhecimentos e competências de enfermagem, existindo uma forte associação entre este indicador e os resultados nos clientes.

Também Doran et al. (2002) defenderam a mesma ideia, ou seja, que o nível de formação da equipa de enfermagem está positivamente relacionado com as funções independentes e interdependentes de enfermagem.

Existe uma relação entre dotações seguras e a ocorrência de IACS, sendo esta relação mediada parcialmente pela preparação académica dos enfermeiros. Assim, unidades com um alto nível de dotações seguras, em que havia um elevado número de enfermeiros especialistas, estão associadas a uma menor ocorrência de IACS (Covell & Sidani, 2013).

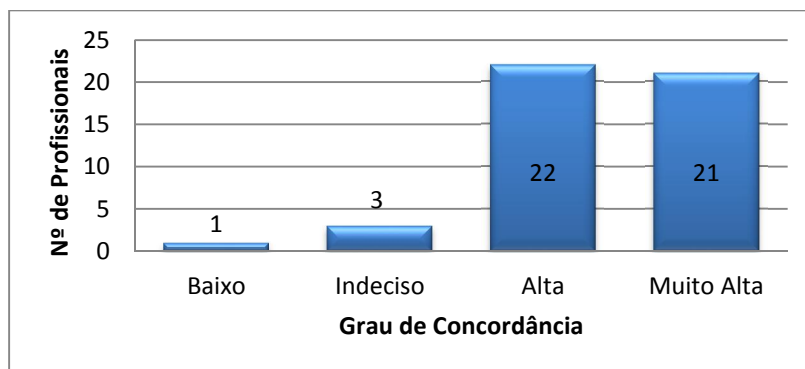
Relativamente ao tipo de contrato celebrado com a instituição, verifica-se que existem 27 enfermeiros com contrato sem termo, 2 enfermeiros em estágio profissional e 2 enfermeiros a recibos verdes. Por outro lado, todos os auxiliares possuem contrato sem termo.

4.2- Análise da perceção e das práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde

De acordo com os resultados da aplicação do questionário, denota-se que os profissionais de saúde percecionam as IACS como tendo impacto na evolução clínica do cliente, sendo que 24 profissionais (51,1%) consideram que esse impacto é alto, 20 profissionais (42,6%) consideram que é muito alto e sendo que apenas 3 profissionais (6,4%) se encontram indecisos.

Estes resultados estão de acordo com os que foram obtidos por Tan & Olivo (2015) no estudo em que utilizaram o questionário da OMS, na qual o questionário do presente trabalho foi baseado, assim, 54% dos profissionais consideram que o impacto das IACS na evolução clínica do cliente era alto e 21,8% consideram que é muito alto.

Gráfico 4. Eficácia da higienização das mãos na prevenção das IACS



De acordo com o gráfico 4, relativamente á eficácia da higienização das mãos na prevenção das IACS, 22 profissionais (46,8%) consideram que a eficácia é alta e 21 profissionais (44,7%) consideram que é muito alta, sendo que 3 profissionais (6,4%) se encontram indecisos e 1 profissional (2,1%) considera que é baixa.

Os resultados obtidos sobre a eficácia da higienização das mãos estão em consonância com o estudo de Knoll, Lautenschlaeger & Borneff-Lipp (2010) uma vez que neste, em 181 profissionais, apenas 6 referem que a higienização das mãos não é importante. Também o estudo de Tan & Olivo (2015) corrobora estes resultados,

uma vez que 56 dos 87 profissionais da amostra consideram que a eficácia da higienização das mãos na prevenção das IACS é muito alta, 30 profissionais consideram que é alta, sendo que apenas 1 profissional a considera baixa. Os mesmos resultados foram obtidos por Birks et al. (2011), num estudo que visou avaliar a percepção dos profissionais de saúde quanto à higienização das mãos, assim, da amostra de 142 profissionais, 111 consideram que a higienização das mãos é extremamente importante e 31 muito importante.

No que concerne à prioridade atribuída pelos gestores da instituição à higienização das mãos, a maioria dos profissionais, ou seja, 26 profissionais (55,3%) consideram que essa prioridade é alta, 15 profissionais (31,9%) consideram que é muito alta e 6 profissionais (12,8%) encontram-se indecisos. Portanto, de uma forma geral, neste estudo, os profissionais percebem que os gestores dão prioridade à higienização das mãos.

Tal também foi percebido no estudo de Tan & Olivo (2015) uma vez que 43,7% dos profissionais da amostra consideram que a prioridade é alta e 55,2% consideram muito alta. Todavia, esta percepção dos profissionais relativamente aos gestores não é corroborada pela WHO (2009) que refere que uma das causas da baixa adesão à higienização das mãos é a falta de prioridade dos gestores da instituição em relação a esta prática.

De acordo com os resultados obtidos por Birks et al. (2011) os profissionais percebem que os gestores dão importância à higienização das mãos, porém, consideram que entre eles próprios, os colegas, os clientes e os gestores, são os últimos que dão menos importância à higienização das mãos.

Verifica-se um grau de concordância homogéneo quanto à opinião dos profissionais de saúde relativamente a algumas ações e respetiva influência no aumento da adesão à higienização das mãos (cf. Quadro 4). Assim, foi pedido aos profissionais que atribuíssem um valor a essas ações, consoante o grau de concordância (cf. Apêndice I).

Verifica-se que grande parte dos profissionais considera importante o apoio das chefias para a higienização das mãos, sendo que 27 profissionais (57,4%) referem que concordam e 14 (29,8%) concordam totalmente, apenas 6 profissionais (12,8%) não concordam nem discordam. O facto de a instituição disponibilizar a preparação alcoólica para a higienização das mãos, faz com que a adesão a esta

prática aumente segundo os profissionais, uma vez que 9 (19,1%) concordam com esse facto e 38 (80,9%) concordam totalmente. Assim como, o facto de haver a disponibilização de informação sobre esta prática, uma vez que 21 profissionais (44,7%) concordam, 22 (46,8%) concordam totalmente e apenas 4 (8,5%) não concordam nem discordam; com um resultado semelhante está o facto de existirem instruções claras sobre esta prática para cada profissional de saúde.

Quadro 4. Ações com influência no aumento da adesão à higienização das mãos

Ações	Grau de Concordância				
	1	2	3	4	5
	Nº de Profissionais				
	Percentagem				
1 – As chefias apoiam e promovem abertamente a higienização das mãos.	0	0	6 12,8%	27 57,4%	14 29,8%
2 - O serviço disponibiliza a preparação alcoólica para higienização das mãos no local da prestação de cuidados.	0	0	0	9 19,1%	38 80,9%
3 - A informação sobre a higienização das mãos está exposta no local da prestação de cuidados.	0	0	4 8,5%	21 44,7%	22 46,8%
4 – Todos os profissionais de saúde têm formação em higienização das mãos.	0	2 4,3%	5 10,6%	15 31,9%	25 53,2%
5 - Estão visíveis instruções claras e simples sobre a higienização das mãos para cada profissional de saúde.	0	1 2,1%	0	25 53,2%	21 44,7%
6 - Os profissionais de saúde recebem regularmente os resultados do próprio desempenho em higienização das mãos.	3 6,4%	14 29,8%	14 29,8%	6 12,8%	10 21,3%
7 - Pratica uma perfeita higienização das mãos (sendo um bom exemplo para os restantes profissionais de saúde).	0	1 2,1%	6 12,8%	28 59,6%	12 25,5%
8 - Os doentes são estimulados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as suas mãos.	8 17%	13 27,7%	19	4 8,5%	3 6,4%

Também a formação sobre esta temática terá influência na adesão, uma vez que 15 profissionais (31,9%) concordam, 25 (53,2%) concordam totalmente, no entanto, 2 (4,3%) discordam e 5 (10,6%) não concordam nem discordam.

Os profissionais concordam, mais concretamente 28 profissionais (59,6%), que praticarem corretamente a higienização das mãos, sendo um exemplo para os colegas, fará aumentar a sua adesão. Por outro lado, existem duas ações em que o maior número de profissionais acha que não fazem aumentar a adesão à higienização das mãos, que são o facto de os mesmos receberem os seus próprios

resultados sobre a higienização das mãos e o facto de os clientes serem estimulados a lembrar os profissionais para esta prática. Para a primeira ação mencionada existem 14 profissionais (29,8%) que discordam e 3 (6,4%) que discordam totalmente, para a segunda ação existem 13 (27,7%) que discordam e 8 (17%) que discordam totalmente.

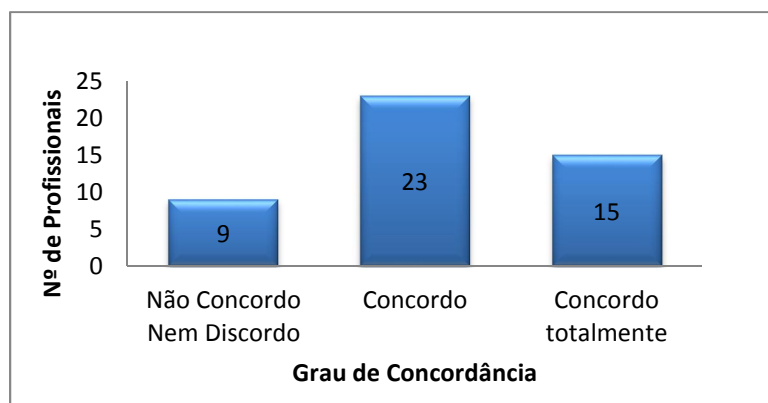
Esta perceção dos profissionais de saúde, é semelhante à perceção verificada no estudo de Tan & Olivo (2015), em que 34,5% dos profissionais consideram que o apoio por parte das chefias é muito efetivo na adesão à higienização das mãos; 60,9% dos profissionais consideram muito efetivo o facto de haver preparação alcoólica acessível; 57,5% consideram muito efetivo terem informação sobre higienização das mãos nos locais da prestação de cuidados; 40,2% referem ser efetivo o facto de terem formação sobre a temática; 52,9% consideram efetivo o facto de haver instruções claras no local da prestação de cuidados, relativas à higienização das mãos; 51,7% consideram ser um bom exemplo na higienização das mãos; 26,4% consideram que o facto de os clientes relembrem os profissionais quanto à higienização das mãos aumenta a adesão à mesma; porém, com uma menor percentagem (31%) surge o facto de os profissionais receberem os seus próprios resultados em higienização das mãos, o que é coincidente com o presente estudo.

Tanto no presente estudo, como no estudo de Tan & Olivo (2015) se denota que os profissionais não consideram que ter *feedback* sobre o seu desempenho em higienização das mãos fará aumentar a adesão a esta prática, porém, a JCI (2009) e Mauger et al. (2014) referem que uma das estratégias para o aumento da adesão à higienização das mãos é dar *feedback* aos profissionais sobre esta prática.

Um resultado distinto, foi adquirido por Birks et al. (2011), uma vez que 82 do total de 142 profissionais, consideram que o *feedback* é uma estratégia muito efetiva no aumento da adesão à higienização das mãos e 48 consideram que é moderadamente efetiva. Neste estudo a estratégia que os profissionais consideraram como sendo menos efetiva, é o facto de os clientes lembrarem os profissionais para realizarem a higienização das mãos.

No item seguinte do questionário foi abordado o grau de concordância atribuído pelos profissionais ao facto das chefias, dos colegas e dos clientes darem importância à higienização das mãos.

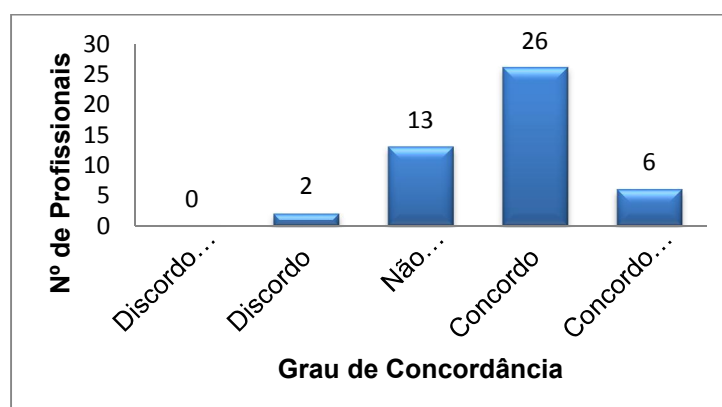
Gráfico 5. Importância dada à higienização das mãos por parte das chefias



Assim, 23 profissionais (48,9%) concordam que as chefias valorizam a higienização das mãos, 15 (31,9%) concordam totalmente, porém, 9 (19,1%) não concordam nem discordam, de acordo com o Gráfico 5.

O estudo de Thomas-Hawkins, Flynn, Lindgren & Weaver (2015) que visou identificar e descrever as práticas dos enfermeiros gestores, com o intuito de aumentar a cultura de segurança e a qualidade dos cuidados, denotou uma preocupação por parte dos mesmos com as IACS, uma vez que uma das práticas seria garantir o controle de infecção.

Gráfico 6. Importância dada à higienização das mãos por parte dos colegas

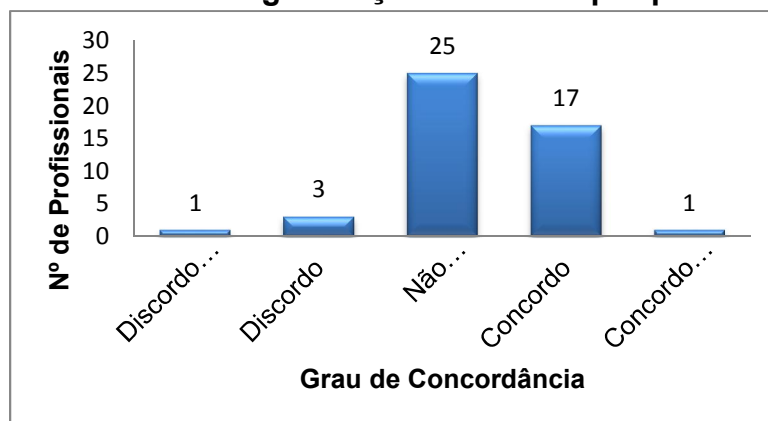


Quanto á valorização por parte dos colegas, 26 profissionais (55,3%) concordam com essa afirmação, 6 (12,8%) concordam totalmente, todavia, 13 (27,7%) não concordam nem discordam e 2 (4,3%) discordam, de acordo com o Gráfico 6.

No estudo efetuado por White et al. (2015) os enfermeiros referem que os colegas de trabalho são o principal suporte para a realização da higienização das

mãos, também consideram que as chefias apoiam esta prática, porém, menos do que os colegas de trabalho.

Gráfico 7. Importância dada à higienização das mãos por parte dos clientes



Constata-se de acordo com o Gráfico 7, que relativamente á valorização dada pelos clientes à higienização das mãos, 17 profissionais (36,2%) concordam com esta afirmação, sendo que 1 (2,1%) concorda totalmente, por outro lado, 25 profissionais (53,2%) não concordam nem discordam, 3 (6,4%) discordam e 1 (2,1%) discorda totalmente.

No estudo elaborado por White et al. (2015) os enfermeiros identificam os clientes como sendo um suporte para a realização da higienização das mãos.

Assim, conclui-se que existe uma grande quantidade de profissionais sem uma opinião definida quanto à importância dada à higienização das mãos, porém, uma parte substancial dos profissionais concorda que tanto as chefias, como os seus colegas e os próprios clientes, valorizam a prática de higienização das mãos.

Relativamente ao esforço despendido para a prática de uma boa higienização das mãos durante a prática de cuidados, 15 profissionais (31,9%) concordam que é necessário um grande esforço, sendo que 6 profissionais (12,8%) concordam totalmente. Por outro lado, 12 profissionais (25,5%) discordam do facto de ser necessário um grande esforço para uma boa higiene das mãos, 6 profissionais (12,8%) discordam totalmente, sendo que 8 profissionais (17%) não concordam nem discordam.

Um estudo levado a cabo por Knoll, Lautenschlaeger & Borneff-Lipp (2010) em que foram feitas observações da higienização das mãos e entrevistas aos profissionais que não a executavam corretamente, verificaram que um aspeto que os profissionais indicam que contribui para o esforço empreendido para executar uma

correta higienização das mãos é o tempo gasto na mesma, ou seja, 15 profissionais de 181 consideram que a higienização consome muito tempo e por isso não a praticavam.

No que concerne à formação sobre a higienização das mãos, quase a totalidade da amostra, ou seja, 45 profissionais (95,7%) referem ter tido essa formação e 2 profissionais (4,3%) referem que não tiveram.

Também no estudo de Tan & Olivo (2015) do total da amostra, 75% dos profissionais referem ter tido formação sobre esta temática nos últimos dois anos.

Relativamente à existência de preparação alcoólica no serviço, para a higienização das mãos, a resposta foi unânime, ou seja, todos os 47 profissionais responderam afirmativamente.

O produto utilizado mais frequentemente pelos profissionais para realizarem a higienização das mãos é o sabão líquido e o SABA, sendo que 7 profissionais (14,9%) utilizam maioritariamente o sabão líquido, 19 profissionais (40,4%) utilizam maioritariamente o SABA e 21 profissionais (44,7%) utilizam ambos os produtos.

No estudo de Primo et al. (2010) obtiveram-se diferentes resultados, havendo uma menor utilização de SABA, uma vez que, das 1316 oportunidades de higienização das mãos, 261 utilizaram o sabão líquido, 78 utilizaram o SABA e 26 utilizaram ambos os produtos.

Segundo o *Center for Disease Control* (2010) os profissionais preferem a utilização do SABA por demorar menos tempo a aplicar, atua mais depressa, está mais acessível do que os lavatórios e é efetivo na redução dos microrganismos.

Apesar de neste estudo, os profissionais utilizarem muito o SABA, no estudo de Alemagno et al. (2010) verificou-se que do total dos 256 profissionais, apenas 177 profissionais tinham conhecimento de que o SABA é o produto mais efetivo para a redução dos microrganismos quando as mãos não estão visivelmente sujas.

Para efetuar a secagem das mãos, 46 profissionais (97,9%) utilizam papel descartável e 1 profissional (2,1%) utiliza ar aquecido.

No sentido de aprofundar o conhecimento sobre a prática efetiva da higienização das mãos por parte dos profissionais, foram elaborados um quadro (quadro 5) e um gráfico (gráfico 8), o primeiro relativo aos passos da técnica de higienização das mãos e o outro relativo aos momentos em que a higienização era efetuada.

Quadro 5. Frequência da realização dos passos da higienização das mãos

Frequência da realização dos passos	1	2	3	4	5
Passos da higienização das mãos	Nº de profissionais Porcentagem				
1 – Retira anéis, pulseiras e relógios	2 4,3%	7 14,9%	4 8,5%	12 25,5%	22 46,8%
2 – Molha as mãos e aplica sabão suficiente para cobrir toda a superfície das mãos	0	0	1 2,1%	13 27,7%	33 70,2%
3 – Esfrega palma com palma das mãos	0	0	2 4,3%	13 27,7%	32 68,1%
4 - Esfrega palma direita com dorso esquerdo e vice-versa	0	0	4 8,5%	25 53,2%	18 38,3%
5 – Esfrega espaços interdigitais e unhas	0	1 2,1%	3 6,4%	25 53,2%	18 38,3%
6 – Esfrega punhos e polegares	0	0	5 10,6%	19 40,4%	23 48,9%
7 – Lava as mãos no sentido dos dedos para os punhos	0	2 4,3%	7 14,9%	19 40,4%	19 40,4%
8 – Seca as mãos com toalhete descartável	0	0	1 2,1%	7 14,9%	39 83%
9 – Fecha a torneira com auxílio do toalhete descartável	0	1 2,1%	7 14,9%	11 23,4%	28 59,6%

No quadro 5 verifica-se que a grande maioria dos profissionais realiza os passos da higienização das mãos muitas vezes ou sempre, o que denota que os profissionais detêm conhecimentos sobre a técnica. No segundo (gráfico 8) verifica-se que mais de metade dos profissionais executam a higienização das mãos nos vários momentos, muitas vezes ou sempre, o que também denota conhecimento por parte dos profissionais sobre os momentos da prestação de cuidados em que é necessário higienizar as mãos.

Estes resultados não se encontram em consonância com a WHO (2009), uma vez que esta considera a falta de conhecimentos dos profissionais, uma das barreiras à não higienização das mãos.

Porém, ressalva-se que segundo a JCI (2009) os profissionais de saúde tendem a sobrestimar a sua adesão às *guidelines* da prática de higienização das mãos, quando questionados sobre a mesma.

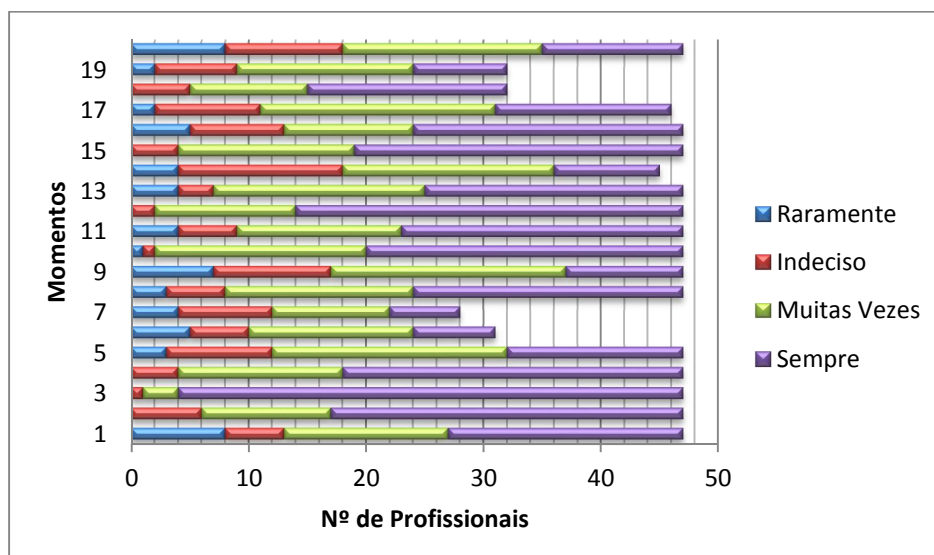
Este conhecimento de que os profissionais de saúde dispõem, poderá relacionar-se com a formação sobre a temática em estudo, uma vez que quase a totalidade dos inquiridos (95,7%), responderam que tiveram essa formação. Tal, está de acordo com o estudo de Gatell et al. (2012) em que a formação realizada aumentou os conhecimentos teóricos dos enfermeiros. Todavia, não obstante os benefícios da formação, esta poderá não ser a melhor estratégia no sentido de facilitar a mudança, uma vez que Bingham et al. (2010) elaborou um estudo que

assentava na realização de formação em serviço, porém, essa formação não contribuiu para a melhoria das práticas de higienização das mãos.

Através da análise do quadro 5, verifica-se que os passos que são efetuados menos vezes, são o 1, o 7 e o 9. Também se verificou no estudo efetuado por Primo et al. (2010) que um dos problemas relativos aos passos da higienização das mãos era o facto de os profissionais não utilizarem o papel descartável para fechar a torneira, sendo que se verificaram 48 oportunidades (em 1316 oportunidades) em que tal não foi feito. Outros passos que foram identificados no mesmo estudo, como efetuados poucas vezes, foram a não utilização de sabão (81 oportunidades) e não esfregar todas as partes das mãos (123 oportunidades). Contudo, estes dois últimos não se encontram em consonância com os resultados obtidos no presente estudo.

Segundo Fagernes & Lingaas (2011) as mãos dos profissionais que usam relógio de pulso e anéis, possuem maior quantidade de microrganismos do que quando não têm esses adereços. Este facto é relevante uma vez que 9 profissionais (19,1%) realizam raramente ou nunca o passo número 1, que se refere ao uso desses mesmos adereços.

Gráfico 8. Frequência com que os profissionais praticam a higienização das mãos em cada momento



O gráfico 8 permite-nos verificar que os momentos em que os profissionais menos higienizam as mãos, necessitando assim de melhoria, são os momentos antes do contacto com os clientes, antes da preparação de medicação, antes do uso de luvas, após o contacto com a pele íntegra do cliente e após o contacto com

superfícies próximas do cliente. Os momentos encontram-se numerados de 1 a 20 e a descrição de cada momento encontra-se no questionário (apêndice I).

Os resultados obtidos no presente estudo, estão em concertação com os resultados obtidos por Primo et al. (2010). No referido estudo, os momentos em que os profissionais menos higienizam as mãos são, antes de procedimentos não invasivos ao cliente, verificou-se que tal aconteceu em 228 de 1316 oportunidades. Também após procedimentos não invasivos ao cliente foi verificado que não existia higienização das mãos em 132 oportunidades e antes de colocar luvas verificou-se em 168 oportunidades.

Todavia, há um momento em que os resultados diferem, que consiste no contacto entre diferentes clientes. Neste, o estudo de Primo et al. (2010) mostra que existiram 108 oportunidades em que a higienização das mãos não foi efetuada, sendo que no presente estudo apenas 4 profissionais (8,5%) se encontram indecisos quanto à prática da higienização das mãos neste momento.

O facto de existir baixa adesão no momento número 20, ou seja, após contacto com o ambiente envolvente do cliente, pode ser em parte explicado por Eveillard, Raymond, Guilloteau, Pradelle, Kempf, Zilli-Dewaele, Joly-Guillou & Brunel (2011), uma vez que no seu estudo verificaram que os profissionais de saúde julgavam que o ambiente próximo aos clientes não estaria envolvido na transmissão de microrganismos. Também no estudo de White et al. (2015) os enfermeiros, de entre todos os momentos, higienizaram menos vezes as mãos após o contacto com o ambiente envolvente dos clientes.

É de realçar, que no momento número 3, relativo à exposição a fluídos orgânicos, quase a totalidade dos profissionais, ou seja, 43 profissionais (91,5%) referem higienizar sempre as suas mãos. Esta evidência, alia-se aos resultados também obtidos por Barreto et al. (2009) e Primo et al. (2010), em que a higienização das mãos era manifestamente superior nos momentos em que havia risco para o profissional.

No gráfico 8 há a fazer a ressalva de que os auxiliares não responderam aos momentos 6,7,17,18 e 19, uma vez que não executam as práticas mencionadas nos momentos assim numerados.

Relativamente aos aspetos que são considerados obstáculos a uma adequada higienização das mãos, surgem a sobrecarga de trabalho e o número

reduzido de profissionais em cada turno, sendo que 25 profissionais (53,2%) consideraram ambos os maiores obstáculos e 14 profissionais (29,8%) consideraram apenas a sobrecarga de trabalho. Quanto ao turno em que os profissionais sentem maior dificuldade na higienização das mãos, 22 profissionais (46,8%) consideram ser o turno da manhã, 6 profissionais (12,8%) consideram ser o turno da tarde e para 19 profissionais (40,4%) é indiferente.

Este resultado alia-se aos resultados obtidos no estudo de Antunes & Queirós (2011) em que avaliaram a percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança e verificaram que os enfermeiros julgam não existir os recursos humanos necessários para fazer face ao trabalho que é exigido e admitem que há um sacrifício da segurança do cliente por haver uma maior carga de trabalho.

Tal, é também corroborado por Knoll, Lautenschlaeger & Borneff-Lipp (2010) uma vez que verificaram que 24 de 181 profissionais, afirmaram que a não higienização das mãos se devia à sobrecarga de trabalho, apesar de também afirmarem terem conhecimentos sobre a importância da mesma. A causa que os investigadores apuraram para tal, foi uma má organização do trabalho e a realização de tarefas por enfermeiros que nada estão relacionadas com a enfermagem.

O facto de os profissionais possuírem conhecimentos sobre a higienização das mãos, mas não o aplicarem na prática, denota desvalorização desta prática. Porém, o estudo elaborado por Fitzpatrick et al. (2011) revelou como causa principal da não higienização das mãos a falta de conhecimentos sobre a mesma.

Esta sobrecarga de trabalho, tida como um obstáculo a uma adequada higienização das mãos, leva ao facto de a maioria dos profissionais considerar que o turno da manhã, leva a uma maior dificuldade para cumprirem uma correta higienização das mãos.

Contudo, Fitzpatrick et al. (2011) concluíram no seu estudo que grande parte dos profissionais refere que a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho não podem constituir causas para a não higienização das mãos.

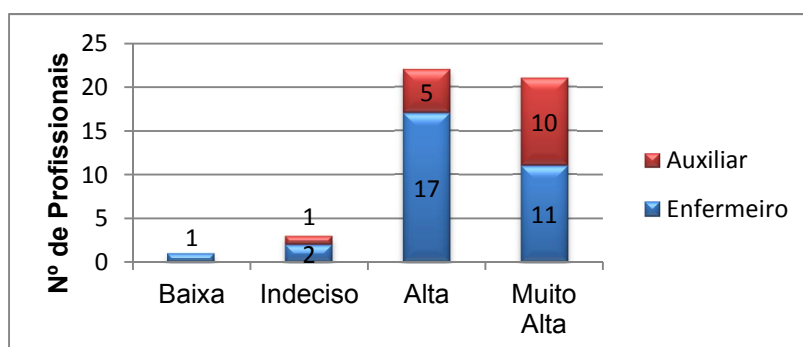
Em suma, verifica-se neste subcapítulo que de uma forma geral, os profissionais de saúde têm um elevado conhecimento sobre IACS e sobre higienização das mãos. Denota-se também que têm uma elevada percepção de que as IACS irão ter um grande impacto nos *outcomes* dos clientes.

4.3- Relação entre as variáveis socioprofissionais e as práticas de higienização das mãos

No presente subcapítulo iremos debruçar-nos maioritariamente nas variáveis socioprofissionais relativas ao grupo profissional e tempo de atividade profissional, uma vez que são duas variáveis muito relevantes para a temática em estudo e também, pelo facto de a população ser pequena, as restantes variáveis são mais homogéneas, limitando assim as conclusões.

No que respeita ao impacto de uma IACS na evolução clínica do cliente, verifica-se que tanto enfermeiros como auxiliares consideram que esta tem impacto, ou seja, 14 enfermeiros (29,8%) e 10 auxiliares (21,3%) consideram que o impacto é alto e 15 enfermeiros (32%) e 5 auxiliares (10,6%) consideram que é muito alto, porém, 2 enfermeiros (4,3%) e 1 auxiliar (2,1%) encontram-se indecisos quanto a este impacto. Relativamente ao tempo de atividade profissional verifica-se que os profissionais que consideram que o impacto das IACS é muito alto trabalham há 5 anos, que são 4 profissionais (8,5%) seguidos de 2 e 10 anos, com 3 profissionais cada (6,4%). Em suma, os enfermeiros com 5 anos de experiência aproximadamente, são os profissionais que consideram o impacto das IACS mais significativo para a evolução clínica dos clientes.

Gráfico 9. Relação entre a eficácia da higienização das mãos na prevenção das IACS e o grupo profissional



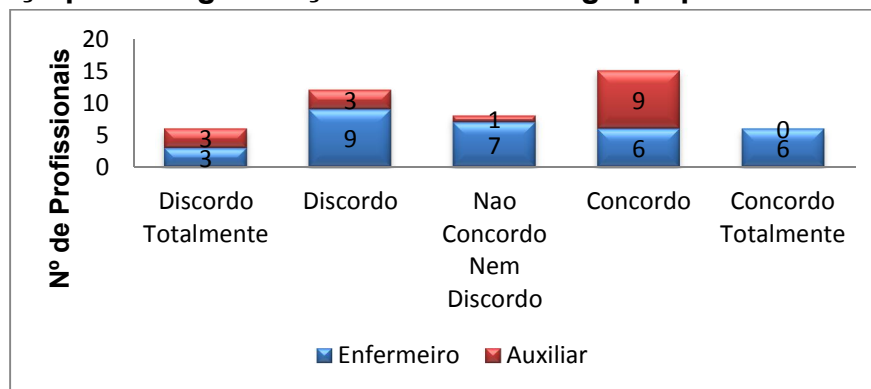
No que concerne á eficácia da higienização das mãos na prevenção das IACS, verifica-se através do gráfico 9, que os auxiliares consideram esta prática mais eficaz do que os enfermeiros. Tal pode verificar-se, uma vez que 10 auxiliares (21,3%), ou seja, mais de metade dos mesmos, consideram que a eficácia de higienizar as mãos é muito alta, 5 (10,6%) consideram que é alta e 1 auxiliar (2,1%) encontra-se indeciso. Por outro lado, 11 enfermeiros (23,4%) consideram que a

eficácia é muito alta, 17 enfermeiros (36,2%) consideram alta, 2 enfermeiros (4,3%) encontram-se indecisos e 1 (2,1%) considera que é baixa.

Todavia, estes resultados não são consonantes com os do estudo de Primo et al. (2010) uma vez que neste estudo, do total de 539 oportunidades para realizar a higienização das mãos por parte dos auxiliares, verificou-se que em 402 oportunidades a higienização das mãos não se realizava e em 109 oportunidades não se realizava corretamente. Nos enfermeiros do mesmo estudo, em 137 oportunidades, em 75 não houve higienização das mãos e em 47 oportunidades não se efetuou corretamente. Portanto, no estudo de Primo et al. (2010) a adesão à higienização das mãos é maior nos enfermeiros.

Quanto ao tempo de atividade profissional, verifica-se que 3 profissionais (6,4%) com 2 anos e 3 profissionais (6,4%) com 5 anos de atividade, consideram que a eficácia da higienização das mãos é muito alta. Também com 5 anos de atividade, 5 profissionais (10,6%) consideram a eficácia alta, assim como, 3 profissionais (6,4%) com 10 anos de atividade. No que respeita à idade dos profissionais, verifica-se resultados análogos à do tempo de atividade profissional.

Gráfico 10. Relação entre o grau de concordância relativamente ao esforço para a higienização das mãos e o grupo profissional



No questionário aplicado, foi inquirido se os profissionais julgavam ser necessário um grande esforço para a higienização das mãos, segundo o gráfico 10, verifica-se que o maior número de profissionais, ou seja, 15 profissionais (31,9%) concorda que é necessário um grande esforço para a higiene das mãos, sendo que 9 desses profissionais (19,1%) são auxiliares e 6 são enfermeiros (12,8%), existindo 6 enfermeiros (12,8%) que concordam totalmente com esse esforço. Apesar disso, 9 enfermeiros (19,1%) discordam da necessidade desse esforço e 3 (6,4%) discordam totalmente, em menor número existem 3 auxiliares (6,4%) que discordam e

igualmente 3 auxiliares (6,4%) que discordam totalmente. Verifica-se a existência de 7 enfermeiros (14,9%) e 1 auxiliar (2,1%) sem uma opinião formada. Assim, conclui-se que os auxiliares são o grupo profissional que desfere um maior esforço para a prática da higienização das mãos.

Porém, este esforço dos auxiliares para a higienização das mãos não ocorreu no estudo de Barreto et al. (2009) em que a adesão à higienização das mãos antes dos cuidados aos clientes, nos enfermeiros era de 15,93% e nos auxiliares era de apenas 2,95%, após os cuidados, assim, a taxa de adesão nos enfermeiros era de 17,70% e nos auxiliares era de 6,34%. Por outro lado, no estudo elaborado por Fagernes & Lingaas (2011) tendo os enfermeiros como referência, verifica-se que os auxiliares possuem uma maior taxa de *Staphylococcus aureus* nas mãos, contudo, não foram encontradas diferenças significativas, na contagem bacteriana total (que englobava também o *Enterobacteriaceae* e bacilos Gram-negativos) nos vários grupos profissionais.

Relativamente ao tempo de atividade profissional verifica-se que os profissionais que trabalham há mais tempo consideram que o esforço para a higiene das mãos é maior.

Este aspeto pode ser explicado pela falta de conhecimentos sobre a higienização das mãos dos profissionais mais experientes, uma vez que no estudo de Alemagno et al. (2010) 45,7% da amostra tinha mais de 20 anos de experiência e os conhecimentos dos profissionais antes do programa de formação *online* eram escassos.

Gráfico 11. Relação entre a frequência de realização dos passos da higienização das mãos e o grupo profissional (enfermeiros)

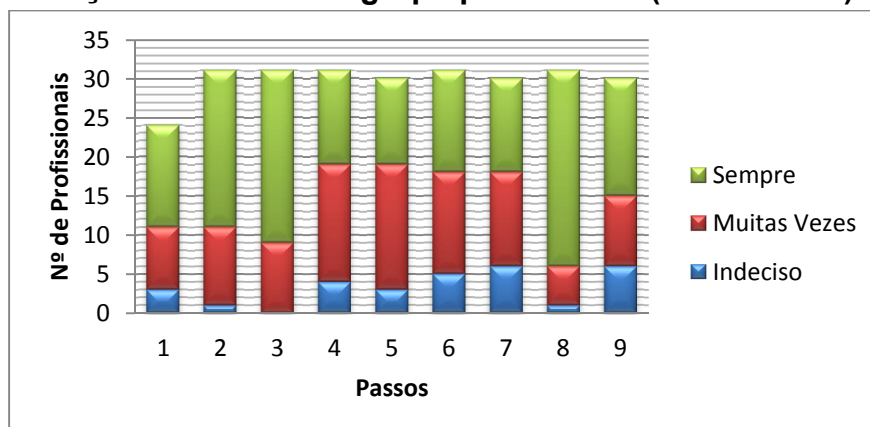
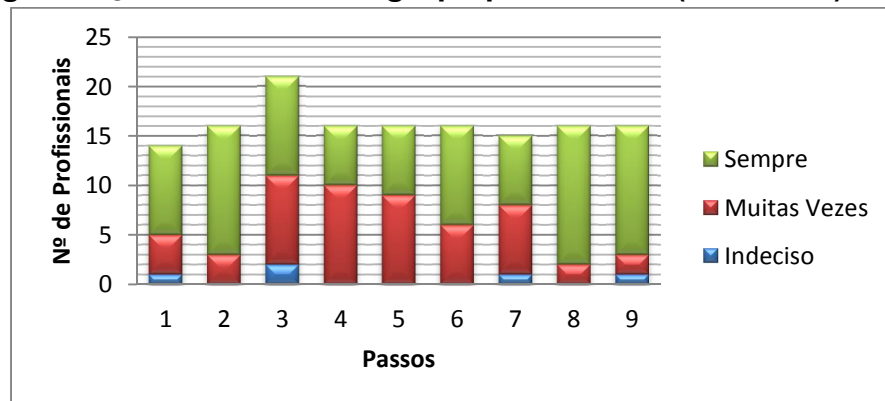


Gráfico 12. Relação entre a frequência de realização dos passos da higienização das mãos e o grupo profissional (auxiliares)



Quanto aos passos da técnica de higienização das mãos, verifica-se homogeneidade entre enfermeiros e auxiliares (cf. gráficos 11 e 12), uma vez que grande parte dos profissionais efetua todos os passos da higienização das mãos muitas vezes ou sempre, o que denota conhecimento sobre esta técnica.

Gráfico 13. Relação entre a frequência de realização da higienização das mãos em cada momento e o grupo profissional (enfermeiros)

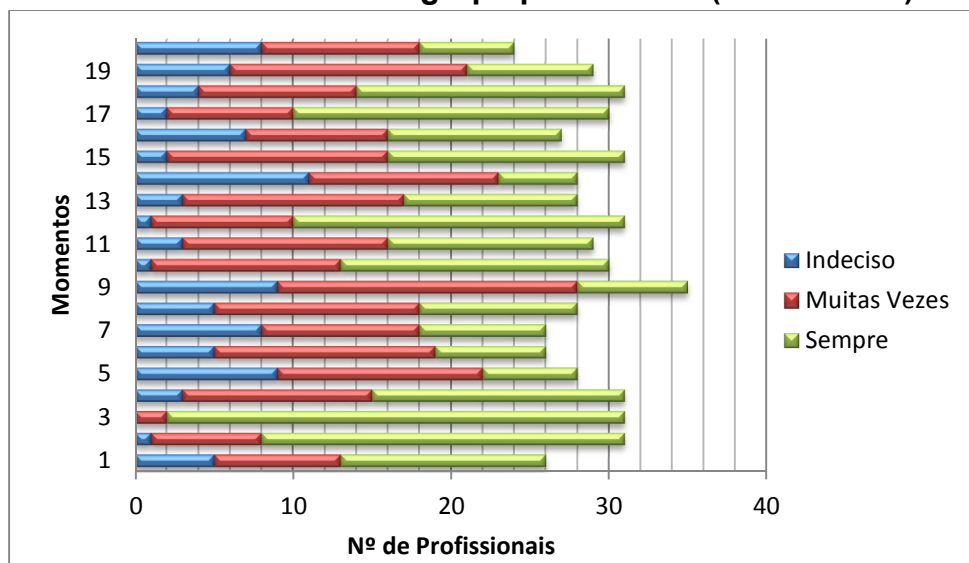
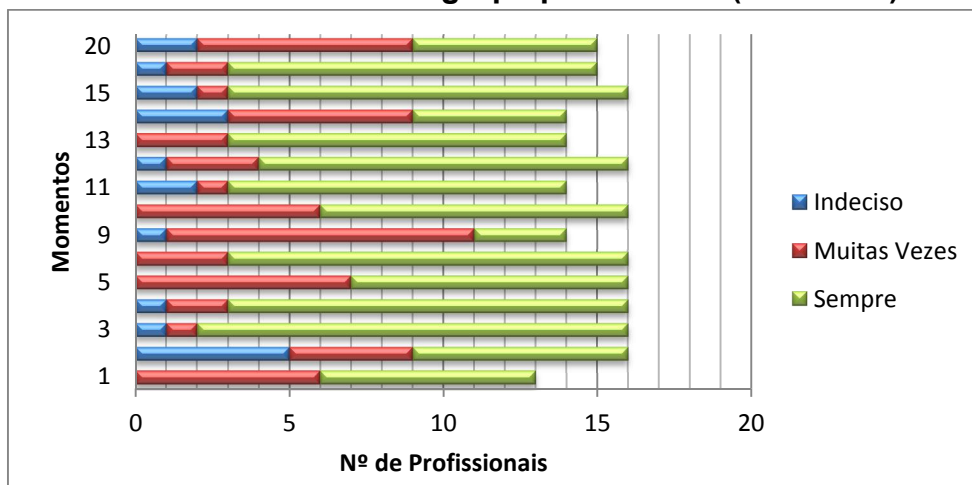


Gráfico 14. Relação entre a frequência de realização da higienização das mãos em cada momento e o grupo profissional (auxiliares)



No que concerne aos momentos para realizar a higienização das mãos (cf. gráficos 13 e 14), verifica-se que também existe homogeneidade entre enfermeiros e auxiliares, ou seja, grande parte dos profissionais higienizam as mãos muitas vezes ou sempre, o que demonstra conhecimentos sobre a prática

Assim, verifica-se que tanto enfermeiros como auxiliares dispõem de conhecimentos sobre a técnica de higienização das mãos e sobre os momentos em que é necessário executá-la. Este resultado, pode relacionar-se com o facto de os profissionais referirem ter tido formação sobre esta temática, por o serviço disponibilizar os produtos necessários para a higienização das mãos e por terem informação clara e visível sobre a higienização das mãos no local da prestação de cuidados.

Os resultados obtidos no presente estudo, aliam-se aos obtidos por Tan & Olivo (2015) em que se verificou que os profissionais possuem um elevado conhecimento sobre IACS e higienização das mãos e o impacto que a segunda tem na prevenção da primeira.

Porém, nos estudos de Barreto et al. (2009) e de Primo et al. (2010) verificou-se que a adesão à higienização das mãos era de uma forma geral baixa e que não era igual entre enfermeiros e auxiliares, sendo que no último grupo profissional foi mais baixa. Tal, leva mais uma vez a crer que os profissionais não aplicam na prática o conhecimento de que dispõem.

Porém, e mais uma vez se ressalva, que segundo a JCI (2009) os profissionais de saúde tendem a sobrestimar a sua adesão às *guidelines* da prática de higienização das mãos, quando questionados sobre a mesma

5- CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde têm um elevado conhecimento sobre IACS e sobre higienização das mãos. Denota-se também que têm uma elevada perceção de que uma IACS irá ter um grande impacto nos *outcomes* dos clientes.

A assunção supracitada verifica-se uma vez que, a grande maioria dos profissionais realiza os passos da higienização das mãos muitas vezes ou sempre, o que denota que os profissionais detêm conhecimentos sobre a técnica. De realçar, que o passo que menos praticam é o de retirar anéis, relógios e pulseiras.

Verifica-se também, que mais de metade dos profissionais executam a higienização das mãos nos vários momentos, muitas vezes ou sempre, o que também denota conhecimento por parte dos profissionais sobre os momentos da prestação de cuidados em que é necessário higienizar as mãos. A adicionar a este dado está o facto de 28 profissionais concordarem que praticam uma perfeita higienização das mãos, sendo mesmo um exemplo para os seus colegas, e 12 concordarem totalmente.

O facto dos profissionais de saúde da população estudada, afirmarem que realizam todos os passos da técnica da higienização das mãos e nos momentos necessários, tendo mesmo uma técnica perfeita de higienização das mãos, como acima referido, demonstra que detêm conhecimentos sobre a mesma, porém, a literatura existente, tal como os estudos de Barreto et al. (2009), Primo et al. (2010) e Phang, Maznin & Yip (2012), referem que a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos é baixa, o que leva a concluir que os profissionais desvalorizam a prática da higienização das mãos, mesmo considerando como já referido que a mesma irá ter um grande impacto nas IACS. Pode concluir-se também que o facto de os profissionais possuírem conhecimentos sobre esta temática, não irá corresponder necessariamente a que haja uma forte adesão à higienização das mãos, tal como afirmam Tan & Olivo (2015) no seu estudo.

Os momentos em que os profissionais menos higienizam as mãos, necessitando assim de melhoria, são os momentos antes do contacto com os clientes, antes da preparação de medicação, antes do uso de luvas, após o contacto com a pele íntegra do cliente e após o contacto com superfícies próximas do cliente.

Por outro lado, umas das conclusões a que se chega com a elaboração do presente estudo, consiste no facto dos profissionais de saúde higienizarem as mãos mais frequentemente quando existe risco de exposição para si próprio, em detrimento dos momentos que comportam risco para os clientes.

Como causas da não adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos, surgem a sobrecarga de trabalho, falta de recursos humanos, falta de tempo e falta de conhecimentos sobre o tema, sendo que as que foram apontadas pelos profissionais do presente estudo são a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos humanos.

Para se conseguir uma melhoria das práticas de higienização das mãos e assim reduzir a transmissão de microrganismos e consequentemente a IACS, o enfermeiro gestor terá que adotar estratégias. Estas, passam por formação em serviço sobre as IACS e higienização das mãos, lembretes sobre a higienização das mãos colocados em locais estratégicos, protocolos sobre esta temática acessíveis a todos os profissionais e baseados em evidência científica, *feedback* aos profissionais sobre o seu próprio resultado em higienização das mãos e auditorias regulares às práticas de higienização das mãos.

Embora o *feedback* dado aos profissionais seja uma das estratégias, no presente estudo, os profissionais não são de total acordo que esta seja muito eficaz.

Assim, o enfermeiro gestor tem um papel crucial na prevenção das IACS e no aumento da adesão à higienização das mãos. De acordo com Aziz (2014) mudar valores, crenças e atitudes não é fácil e é importante fazê-lo não apenas no pessoal clínico, mas em todos aqueles que trabalham nas organizações de saúde.

E, uma vez que o enfermeiro gestor é essencial na prevenção das IACS, seria benéfico a existência de mais estudos que objetivassem a identificação das práticas dos enfermeiros gestores na cultura de segurança e a sua relação com os resultados nos clientes.

Uma estratégia que também deverá ser adotada passa por aumentar no currículo da Licenciatura em Enfermagem a temática das IACS e da higienização das mãos, assim como, durante os ensinamentos clínicos fomentar esta prática nos estudantes, com o intuito de ser mantida posteriormente enquanto profissionais. Num estudo elaborado por Kelčíkova, Skodova & Straka (2011), concluíram que os conhecimentos dos estudantes em enfermagem sobre a temática em questão eram

escassos e que a temática das IACS e da higienização das mãos era pouco abordada na parte teórica da licenciatura.

Considera-se, que os objetivos traçados foram alcançados, assim, o objetivo geral que consiste em analisar a percepção dos profissionais de saúde a as suas práticas relativamente à higienização das mãos e sua influência nas IACS, foi alcançado, uma vez que se verificou que os profissionais de saúde têm um elevado conhecimento sobre IACS e sobre higienização das mãos e que as IACS têm um elevado impacto nos clientes.

Os objetivos específicos foram igualmente alcançados, o primeiro consiste em identificar as práticas dos profissionais de saúde relacionadas com a higienização das mãos, desta forma foram verificados os momentos e os passos da técnica da mesma que os profissionais mais e menos executavam, necessitando assim de melhoria. O segundo consiste em analisar em que medida as variáveis socioprofissionais influenciam as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde, assim, verifica-se que os profissionais com mais anos de atividade profissional, consideram necessário um grande esforço para realizar a higienização das mãos e os auxiliares empreendem um maior esforço para a higienização das mãos.

Há a salientar que no desenrolar deste estudo algumas foram as dificuldades encontradas. Um primeiro aspeto a considerar prende-se com as características da amostra, não deixando de ser uma amostra representativa pode no entanto melhorar a validade do estudo se for maior. Outra possível limitação tem a ver com o leque das variáveis em estudo que eventualmente não cobrirão a totalidade de situações envolvidas na percepção dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos e à sua influência nas IACS. Também no que respeita ao instrumento utilizado poderemos sempre questionar-nos se o mesmo foi o mais adequado. A JCI (2009) refere que é benéfico utilizar mais do que um método para a colheita de dados no que se refere à higienização das mãos.

Um aspeto que limitou a discussão dos resultados é que após a pesquisa efetuada, se verificou que poucos estudos incluem os auxiliares na sua amostra, tal devia modificar-se, uma vez que os auxiliares prestam cuidados diretos aos clientes, ainda que sob delegação de tarefas e com supervisão dos enfermeiros. Também a percepção dos profissionais de saúde sobre as IACS e sobre a higienização das

mãos, deveria ser mais estudada. Na opinião de Al-Tawfiq & Pittet (2013), a qualidade dos estudos existentes para a promoção da higienização das mãos é fraca.

A percepção dos profissionais de saúde sobre esta temática será um importante tema para abordar em futuros estudos, uma vez que segundo Valim et al. (2013) a percepção dos profissionais sobre a cultura de segurança e sobre os obstáculos para o cumprimento das medidas de controlo de infeção, são importantes variáveis preditivas da adesão dos profissionais às práticas recomendadas.

É também importante continuar a estudar os resultados sensíveis à prática de enfermagem, tal como as IACS, uma vez que segundo Doran (2011) não termos a garantia e evidência de que os cuidados de enfermagem irão influenciar diretamente os resultados obtidos pelos clientes, será danoso para a enfermagem como profissão.

Este estudo traz implicações para os cuidados de enfermagem, para a gestão e para a investigação. Para os cuidados de enfermagem no sentido em que, embora os resultados obtidos não possam ser extrapolados para um universo, fornece dados sobre os momentos em que os profissionais menos higienizam as mãos e os passos da técnica que menos cumprem, podendo assim levar a melhorias, suportando também uma reflexão sobre a prática, nomeadamente no que respeita às IACS e à higienização das mãos. Os dados obtidos poderão auxiliar os enfermeiros gestores, na medida em que, tendo conhecimentos da percepção e das práticas dos profissionais, mais facilmente se adotam medidas que suportem o aumento da adesão à higienização das mãos e a outras medidas de combate às IACS. Nas implicações para a investigação e tendo consciência que os resultados do presente estudo não podem ser extrapolados, é importante que outros estudos sejam levados a cabo nesta área, quer nos serviços, quer nas organizações, a fim de se obter um conhecimento real de cada situação.

Esperamos que este estudo, possa contribuir para um maior conhecimento nesta área e que cada vez mais os enfermeiros e os demais profissionais de saúde, adotem a atitude mais adequada na prevenção das IACS e assim contribuam cada vez mais para a diminuição da sua incidência e não sejam mais um elo na cadeia epidemiológica da infeção hospitalar, mas que quebrem essa cadeia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Tawfiq, J. & Pittet, D. (2013). Analyses/reviews of literature, Improving Hand Hygiene Compliance in Healthcare Settings Using Behavior Change Theories: Reflections. *Teaching and Learning in Medicine*, 25(4), 374–382. DOI: 10.1080/10401334.2013.827575
- Alemagno, S.; Guten, S.; Warthman, S.; Young, E. & Mackay, D. (2010). Online Learning to Improve Hand Hygiene Knowledge and Compliance Among Health Care Workers. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(10), 463-471. DOI: 10.3928/00220124-20100610-06
- Amaral, A.; Ferreira, P.; Cardoso, M. & Vidinha, T. (2014). Implementation of the Nursing Role Effectiveness Model. *International Journal of Caring Sciences*, 7(3), 757- 770. Acedido a 14.06.2015. Disponível em: www.internationaljournalofcaringsciences.org
- ANVISA (2009). Segurança do paciente em serviços de saúde higienização das mãos. Brasília: Anvisa. Acedido a 14-06-2015. Disponível em: <http://www.dgs.pt>
- Aziz, A. (2013). How better availability of materials improved hand-hygiene compliance. *British Journal of Nursing*, 22 (8), 458-463. Acedido a 3-10-2014. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&sid=14f0f0c8-bc04-4846-b4c9-21743b656cd2%40sessionmgr4003&hid=4112>
- Aziz, A. (2014). Hand hygiene compliance for patient safety. *British Journal of Healthcare Management*, 20 (9), 428-434. Acedido a 27-07-2015. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c774d084-cc04-4a6e-bd07-a8a992c8ad0c%40sessionmgr4001&hid=4112>
- Barreto, R.; Rocha, L.; Souza, A.; Tipple, A.; Suzuki, K. & Bisinoto, S. (2009). Handwashing: the adherence among nursing professional on post-anesthetic recovery room [Portuguese]. *Revista Eletronica De Enfermagem*, 11 (2), 334-340. Acedido em 14.07.2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c8ac44ae-d1d7-430d-99b4-7612570b0675%40sessionmgr110&hid=125>
- Bingham, M.; Ashley, J.; Jong, M. & Swift, C. (2010). Implementing a Unit-Level Intervention. to Reduce the Probability of Ventilator-Associated Pneumonia. *Nursing Research*, 59(1), 40-47. Acedido em 14.07.2014. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=2fb25a19-7866-40b18c77d7cb1a3484c9%40sessionmgr110&hid=121&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbG2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2010518136>
- Birks, M.; Coyle, M.; Porter, J. & Mills, J. (2011). Perceptions of hand hygiene amongst health care workers in Sibiu. *International Journal of Infection Control*, 8, 10-13. DOI: 10.3396/ijic.v8i1.003.12

- Cardoso, M. (2011). O gestor do serviço de Enfermagem. In Alves, V. & Feldman, L. (coords). *Gestores da Saúde no Âmbito da Qualidade*. (pp. 69-88). São Paulo: Martinari.
- Carvalho, M. (2008). *Gestão e Liderança na Saúde*. Porto: Vida Económica.
- Center for Disease Control (2010). Hand Hygiene in Healthcare Settings. In: Center for Disease Control and Prevention. Acedido a 16-06-2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/handhygiene/>
- Chiavenato, I. (2002). *Teoria geral da administração*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Costa, A. (2011). Controlo de infecção. *Tecno hospital*, 43, 13-16.
- Covell, C. & Sidani, S. (2013). Nursing intellectual capital theory: testing selected propositions. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (11), 2432–2445. DOI:10.1111/jan.12118
- Decreto-Lei N.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série. N.º180 (16-09-2009). 62528-6550.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes. Diário da República IIª Série N.º 28 (10-02-2015).
- Despacho n.º 101/2015 de 10 de Março (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, IIª Série N.º 48 (10-03-2015).
- Direção Geral da Saúde (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Lisboa: DGS. Acedido a 18-05-2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>.
- Direção Geral da Saúde (2009). Programa nacional de acreditação em saúde. Lisboa: DGS. Acedido a 04-06-2015. Disponível em: www.dgs.pt/...saude/.../programa-nacional-de-acreditacao-em-saude-pdf
- Direção Geral da Saúde (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: DGS. Acedido a 01-10-2014. Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>.
- Direção Geral da Saúde (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS. Acedido a 19-05-2014. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa>.
- Direção Geral da Saúde (2013). Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos - Orientações Programáticas. Lisboa:DGS. Acedido a 15 -01-2015. Disponível em: www.dgs.pt/ficheiros-de-.../ppcira-orientacoes-programaticas-pdf.aspx
- Donabedian, A. (1980). The definition of Quality and Approaches to its Assessment. *Health Administration Press*, 3, 11-32.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, the state of the science* (2ª Ed.). Sudbury: Jones & Bartlett Learning LCC.

- Doran, D.; Sidani, S.; Keatings, M. & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., Hall, L., Tourangeau, A. & Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, 61-70.
- European Centre of Disease Prevention and Control (2012). Relatório de Vigilância. Acedido em 04-06-2015. Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/pt/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf>
- European Centre of Disease Prevention and Control (2013). Annual epidemiological report, Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. DOI: 10.2900/13174.
- European Hospital and Healthcare Federation (2013). Patient safety in practice. Brussels: HOPE Publications. Acedido a 04-06-2015. Disponível em : http://www.hope.be/05eventsandpublications/docpublications/94_patient_safety/94_HOPE_Publication-Patient-Safety_December_2013.pdf
- Eveillard, M.; Raymond, F.; Guilloteau, V.; Pradelle, M.; Kempf, M.; Zilli-Dewaele, M.; Joly-Guillou, M. & Brunel, P. (2011). Impact of a multi-faceted training intervention on the improvement of hand hygiene and gloving practices in four healthcare settings including nursing homes, acute-care geriatric wards and physical rehabilitation units. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2744–2751. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03704.x
- Fagernes, M. & Lingaas, E. (2011). Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 297–307. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05462.x
- Fernandes, A. & Queirós, P. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 37-48.
- Fitzpatrick, M.; Everett-Thomas, R.; Nevo, I.; Shekhter, I.; Rosen, L.; Scheinman, S.; Arheart, K. & Birnbach, D. (2011). A novel educational programme to improve knowledge regarding health care-associated infection and hand hygiene. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 269-274. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2011.01934.x
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção á realização* (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência. (Tradução do original do Francês Le processus de la recherche: de la Conception à la réalisation, 1996, Décarie Éditeur).
- Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 10, 45-53.
- Frello, A. & Carraro, T. (2013). Contribuições de Florence Nightingale: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 17 (3), 573 – 579.
- Gatell, M.; Roig, M.; Vian, Ó.; Santín, E.; Duaso, C.; Moreno, I. & Daunis, J. (2012). Assessment of a training programme for the prevention of ventilator-associated

pneumonia. *Nursing In Critical Care*, 17 (6), 285-292. DOI:10.1111/j.1478-5153.2012.00526.x

Geada, A. & Pedro, A. (2010). Planear a vigilância epidemiológica das infeções associadas aos cuidados de saúde. *Nursing*, 255, 11-19.

George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (A. Thorell, Trad.).(4ª ed.). Porto Alegre: Artmed. (Tradução do original do inglês *Nursing theories: the base of professional nursing practice*, 1995, London: Prentice-Hall International).

Graves, N.; Harbarth, S.; Beyersmann, J.; Barnett, A.; Halton, K. & Cooper, B. (2010). Estimating the Cost of Health Care–Associated Infections: Mind Your p’s and q’s. *Healthcare epidemiology*, 50, 1017-1021. DOI: 10.1086/651110

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. (M. M. Martins, Trad.).Loures: Lusociência. (Tradução do Original do Francês *La Qualité du Soin Infirmier: Penser et Agir dans une Perspective Soignante*, 1998, Masson Éditeur).

Kelčíkova, S.; Skodova, Z. & Straka, S. (2011). Effectiveness of Hand Hygiene Education in a Basic Nursing School Curricula. *Public Health Nursing*, 29 (2), 152–159. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2011.00985.x

Knoll, M.; Lautenschlaeger, C.& Borneff-Lipp, M. (2010).The impact of workload on hygiene compliance in nursing. *British Journal of Nursing*, 19 (16), 16-22. Acedido a 03-05-2015. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&sid=4f7aa26d-8027-4476-8be34f365a7897a9%40sessionmgr4002&hid=4207>

Martins, S. (2011). Os Enfermeiros e o Controlo da Infecção. O Enfermeiro na Vanguarda do Controlo da Infecção. *Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional dos Açores*. Acedido em 17-10-2014. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoreshost/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOControlodaInfec%C3%A7%C3%A3o.aspx>.

Mauger, B.; Marbella, A.; Pines, E.; Chopra, R.; Black, E. & Aronson, N. (2014). Implementing quality improvement strategies to reduce healthcare-associated infections: A systematic review. *American Journal of Infection Control*, 42, 274-283. Acedido em 25-11-2014. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(14\)00866-9/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(14)00866-9/abstract).

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Edição Ordem dos Enfermeiros. Consultado a 18 de Maio de 2014. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Organização Mundial da Saúde (s.d.). Questionário básico sobre a perceção dos profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos. Acedido em 09-05-2014. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controlo/higienizacao_oms/Anexo%2031.pdf

- Organização Mundial de Saúde (2006). *World Alliance for Patient Safety, Global Patient Safety Challenge 2005-2006*. World Health Organization. Acedido 06-06-2014. Disponível em <http://www.who.int/patientsafety/en/>.
- Pereira, R., Cardoso, M., & Martins, M. (2012). Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 55-62.
- Phang, K.; Maznin, N. & Yip, W. (2012). Hand hygiene in the nursery during diaper changing. *International Journal Of Evidence-Based Healthcare*, 10 (4), 382-387. DOI:10.1111/j.1744-1609.2012.00297.x
- Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.
- Primo, M.; Ribeiro, L.; Figueiredo, L.; Sirico, S. & Souza, M. (2010). Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (2), 266-271. DOI: 10.5216/ree.v12i2.7656.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. (2ª ed.) Lisboa: Placebo Editora.
- Tan, K. & Olivo, J. (2015). Assessing Healthcare Associated Infections and Hand Hygiene Perceptions amongst Healthcare Professionals. *International Journal of Caring Sciences*, 8, 108-114. Acedido a 15-06-2015. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=137ac56c-6ba1-486e-a1f9-c9e6563079fa%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4107&bquery=Assessing+Healthcare+Associated+Infections+AND+Hand+Hygiene+Perceptions+amongst+Healthcare+Professionals&bdata=JmRiPXJ6aCZkYj1tbmgmdHlwZT0xJnNpdGU9ZWZvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>
- Teixeira, S. (2005). *Gestão das Organizações*. (2ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- The Joint Commission Internacional (2009). *Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges*. Illinois: Division of Quality Measurement and Research.
- Thomas-Hawkins, C.; Flynn, L.; Lindgren, T. & Weaver, S. (2015). Nurse Manager Safety Practices in Outpatient Hemodialysis Units. *Nephrology Nursing Journal*, 42 (2), 125-134. Acedido a 26-06-2015. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=9586c48d-0524-4c80-9dfb-e4f5246a24fb%40sessionmgr111&hid=118>
- Valim, M.; Marziale, M.; Richart-Martínez, M. & Sanjuan-Quiles, A. (2013). Instruments for evaluating compliance with infection control practices and factors that affect it: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1502–1519. DOI: 10.1111/jocn.12316
- White, K.; Jimmieson, M.; Obst, P.; Graves, N.; Barnett, A.; Cockshaw, W.; Gee, P.; Haneman, L.; Page, K.; Campbell, M.; Martin, E. & Paterson, D. (2015). Using a theory of planned behaviour framework to explore hand hygiene beliefs at the '5 critical moments' among Australian hospital-based nurses. *BMC Health Services Research*, 15. DOI: 10.1186/s12913-015-0718-2

- World Health Organization (2009). WHO guidelines on hand hygiene in health care. Acedido em 04-06-2015. Disponível em : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf
- World Health Organization (2011). Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition. Malta: WHO Library Cataloguing-in-Publication. Acedido a 05-06-2015. Disponível em : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf
- Yin, R. (2005). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (D. Grasse, Trad.) (3ª ed.). Porto Alegre: Bookman. (Tradução do original do Inglês Case study research: design and methods, 2nd ed., 1994, Thousand Oaks : SAGE).

Apêndices

Apêndice I- Instrumento de colheita de dados

Questionário

No âmbito da minha dissertação de mestrado, que pretende estudar a higienização das mãos e as infeções associadas aos cuidados de saúde, torna-se essencial a aplicação de um questionário aos profissionais de saúde.

As infeções associadas aos cuidados de saúde são segundo a Direção Geral da Saúde (2007) infeções adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que podem, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade.

A higienização das mãos corresponde á lavagem com água e sabão ou á fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica (Direção Geral da saúde, 2010).

Assim, por estar diariamente em contacto direto com doentes, estamos interessados na sua opinião sobre a higienização das mãos e infeções associadas aos cuidados de saúde.

O presente questionário é baseado no “Questionário básico sobre a perceção dos profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos” disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde.

Pela colaboração prestada, sem a qual este estudo seria inviável, manifesto desde já os meus agradecimentos.

Não levará mais do que 10 minutos para responder.

Por favor, leia as perguntas com atenção. As suas respostas são anónimas.

1. Data: _____

2. Género: Feminino Masculino

3. Idade: _____ anos

4. Grupo Profissional: Enfermeiro Auxiliar de ação médica

5. Tempo de atividade profissional: _____ anos

6. Tempo de atividade profissional no atual serviço: _____ anos

7. Habilitações académicas

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Outra

Qual? _____

8. Situação Contratual / Tipo de vínculo á instituição: _____

9. Na sua opinião, qual é, em geral, o impacto de uma infeção associada aos cuidados de saúde na evolução clínica do doente?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui.

1	2	3	4	5
Muito baixo	Baixo	Indeciso	Alto	Muito alto

10. Na sua opinião, qual é a eficácia da higienização das mãos na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui.

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Indeciso	Alta	Muito alta

11. De entre todos os assuntos relativos à segurança do doente, qual é a importância da higienização das mãos nas prioridades dos gestores da sua instituição?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui.

1	2	3	4	5
Muito baixa	Baixa	Indeciso	Alta	Muito alta

12. Na sua opinião, as seguintes ações teriam influência no aumento da adesão à prática de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada uma delas. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

Ações					
1 – As chefias apoiam e promovem abertamente a higienização das mãos.	1	2	3	4	5
2 - O serviço disponibiliza a preparação alcoólica para higienização das mãos no local da prestação de cuidados.	1	2	3	4	5
3 - A informação sobre a higienização das mãos está exposta no local da prestação de cuidados.	1	2	3	4	5

4 – Todos os profissionais de saúde têm formação em higienização das mãos.	1	2	3	4	5
5 - Estão visíveis instruções claras e simples sobre a higienização das mãos para cada profissional de saúde.	1	2	3	4	5
6 - Os profissionais de saúde recebem regularmente os resultados do próprio desempenho em higienização das mãos.	1	2	3	4	5
7 - Pratica uma perfeita higienização das mãos (sendo um bom exemplo para os restantes profissionais de saúde).	1	2	3	4	5
8 - Os doentes são estimulados a lembrar os profissionais de saúde a higienizarem as suas mãos.	1	2	3	4	5

13. Considere as seguintes afirmações, relativas á importância dada a higienização das mãos.

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui a cada uma delas. Para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/nem concordo	Concordo	Concordo totalmente

Afirmações					
1 - As chefias dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos	1	2	3	4	5
2 - Os seus colegas dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos	1	2	3	4	5
3 - Os doentes dão importância ao facto de praticar uma excelente higienização das mãos	1	2	3	4	5

14. Acha necessário um grande esforço para fazer uma boa higienização das mãos, ao prestar cuidados aos doentes?

Assinale com uma cruz (X) o grau de concordância que atribui.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo/nem concordo	Concordo	Concordo totalmente

15. Teve alguma formação sobre higienização das mãos?

Sim Não

16. Existe alguma preparação alcoólica disponível para higienização das mãos no seu serviço?

Sim Não

17. Qual dos produtos utiliza com mais frequência na higienização das mãos?

Sabão líquido e água

- Clorohexidina a 2%
- Álcool a 70%
- Solução antisséptica de base alcoólica (SABA)

18. Qual o material que utiliza com mais frequência para a secagem das mãos?

- Toalhas de tecido
- Toalhas de papel descartável
- Ar aquecido
- Compressas descartáveis
- Outro _____

19. Dos passos que constituem a técnica de higienização das mãos, assinale a frequência com que habitualmente os pratica.

Assinale com uma cruz (X), para o efeito utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Indeciso	Muitas vezes	Sempre

Passos da higienização das mãos					
1 – Retira anéis, pulseiras e relógios	1	2	3	4	5
2 – Molha as mãos e aplica sabão suficiente para cobrir toda a superfície das mãos	1	2	3	4	5
3 – Esfrega palma com palma das mãos	1	2	3	4	5
4 - Esfrega palma direita com dorso esquerdo e vice-versa	1	2	3	4	5
5 – Esfrega espaços interdigitais e unhas	1	2	3	4	5
6 – Esfrega punhos e polegares	1	2	3	4	5
7 – Lava as mãos no sentido dos dedos para os punhos	1	2	3	4	5
8 – Seca as mãos com toalhete descartável	1	2	3	4	5
9 – Fecha a torneira com auxílio do toalhete descartável	1	2	3	4	5

19.1. Dos momentos em que procede à higienização das mãos, assinale a frequência com que a pratica.

Momentos					
1 – Antes do contacto com o doente	1	2	3	4	5
2 – Antes de procedimentos limpos/asséticos/cirúrgicos	1	2	3	4	5
3 – Após risco de exposição a fluídos orgânicos	1	2	3	4	5

4 – Após o contacto com o doente	1	2	3	4	5
5 – Após contacto com o ambiente envolvente do doente	1	2	3	4	5
6 – Antes da preparação de medicação	1	2	3	4	5
7 – Após a preparação de medicação	1	2	3	4	5
8 – Depois de colaborar nas refeições do doente	1	2	3	4	5
9 – Antes do uso de luvas	1	2	3	4	5
10 – Após o uso de luvas	1	2	3	4	5
11 – Antes dos cuidados de higiene e troca de roupa do doente	1	2	3	4	5
12 – Após os cuidados de higiene e troca de roupa do doente	1	2	3	4	5
13 – Após a arrumação da unidade do doente	1	2	3	4	5
14 – Entre procedimentos diferentes no mesmo doente	1	2	3	4	5
15 – Entre a prestação de cuidados a diferentes doentes	1	2	3	4	5
16 – Após contacto com a pele íntegra do doente	1	2	3	4	5
17 – Antes de procedimentos invasivos	1	2	3	4	5
18 – Após o exame físico ao doente	1	2	3	4	5
19 – Após auscultar o doente	1	2	3	4	5
20 – Após o toque em equipamento ou superfícies próximas do doente	1	2	3	4	5

20. Na sua opinião, quais dos seguintes aspetos considera serem obstáculos á adequada higienização das mãos?

- Sobrecarga de trabalho
- Número reduzido de dispensadores de SABA/sabão
- Número reduzido de profissionais de saúde em cada turno
- Unhas compridas e com verniz
- Não considero importante a higienização das mãos

21. Sente maior dificuldade em realizar uma adequada higienização das mãos em que turno?

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Indiferente

Muito obrigado pela sua participação!

Tânia Moreira,

Aluna do Curso de Mestrado de Gestão em Enfermagem da ESEL

Apêndice II- Pedido de autorização para recolha de dados

Exmº Srº Presidente da Comissão de Ética

Assunto: Pedido de autorização para colheita de dados

Eu, Tânia Catarina Vaz Moreira, enfermeira do Hospital Fernando da Fonseca no serviço de Ortopedia e aluna do curso de Mestrado de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a vossa Ex^a autorização para efetuar colheita de dados, com objetivos unicamente académicos, no âmbito da dissertação de mestrado relacionada com a higienização das mãos e infeções associadas aos cuidados de saúde, através da aplicação de um questionário aos enfermeiros e auxiliares de ação médica do serviço de Ortopedia.

O questionário é baseado no “Questionário básico sobre a perceção dos profissionais de saúde sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e à higienização das mãos” disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde.

Prevê-se a aplicação deste questionário durante o mês de Outubro do presente ano.

Os dados recolhidos são confidenciais e, em momento algum, os participantes são identificados, acrescento ainda sob compromisso de honra que o funcionamento do serviço não será posto em causa.

Desde já agradeço a atenção concedida.

Lisboa, Outubro de 2014

(Tânia Catarina Vaz Moreira)

Apêndice III - Poster científico apresentado no IV Congresso da Ordem dos Enfermeiros 2015

Higienização das mãos e sua influência nas Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: um desafio para a gestão



14º CONGRESSO
DA ORDEM DOS
ENFERMEIROS

Tânia Moreira¹, Pedro Bernardes Lucas²

¹ Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E. - IC 19, 2720-276 Amadora

² Departamento de Administração em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Av. do Brasil, nº 53 - B, 1700-063 Lisboa

Introdução

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são adquiridas pelos clientes em consequência dos cuidados de saúde prestados e podem, também, afetar os profissionais de saúde (Direção Geral da Saúde, 2007).

Segundo o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (2015) as mesmas estão relacionadas com um consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários e cerca de um terço, são certamente evitáveis.

Na União Europeia, segundo o *European Center for Diseases Prevention and Control* (ECDC, 2013), os dados comprovam que são afetados cerca de 3,2 milhões de clientes todos os anos, ou seja, 1 em cada 18 clientes internados nos hospitais é atingido por uma das IACS.

As mãos contaminadas dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos e a higienização das mãos constitui uma medida simples, acessível, rápida e uma das principais medidas para reduzir as IACS (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Objetivo

Analisar a adesão dos profissionais de saúde a as suas práticas relativamente à higienização das mãos e sua influência nas IACS.

Método

Revisão Sistemática da Literatura, com pesquisa na plataforma EBSCO, mobilizando as bases de dados MEDLINE e CINAHL, com as seguintes palavras-chave: *Cross Infection, Handwashing, Hospital Units, Quality of Health Care, Nursing Care*. Foram analisados 10 artigos, publicados nos últimos 5 anos, por forma a dar resposta à seguinte questão de investigação: "Qual a adesão dos profissionais de saúde relativamente à higienização das mãos e a sua influência nas IACS em contexto hospitalar?".

Resultados

Verificou-se, que a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos é baixa, e que os mesmos ou não têm conhecimento sobre esta prática ou não aplicam o conhecimento de que dispõem, sendo que não praticam a técnica corretamente ou não a fazem nos momentos adequados.

A adesão é maior em procedimentos em que há exposição do profissional, mostrando preocupação na proteção individual em detrimento do cliente, sendo que o momento em que os profissionais menos higienizam as mãos é antes do contato com o cliente. Possíveis causas para a fraca adesão são a escassez de recursos humanos ou pessoal pouco qualificado ou ainda a desmotivação.

Conclusões

Os profissionais desvalorizam a prática de higienização das mãos e a sua influência nas IACS. Assim, cabe ao enfermeiro gestor desenvolver estratégias que propiciem o aumento da adesão a esta prática, como, mostrar os próprios resultados em higiene das mãos, fomentar a formação em serviço e a elaboração de protocolos baseados na evidência científica.

As medidas a serem adotadas devem ser direcionadas para o incentivo à adesão, no sentido de gerar mudanças nos comportamentos. É necessário que outros estudos sejam desenvolvidos, para contribuir para o aumento da higienização das mãos, assim como, estratégias para o conseguir.

Referências Bibliográficas

- ✓ Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República IIª Série Nº 28 (10-02-2015).
- ✓ Direção Geral da Saúde (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Lisboa: DGS.
- ✓ European Centre of Disease Prevention and Control (2013). Annual epidemiological report, Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data.
- ✓ Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

CONTATO: tanya_moreyra@hotmail.com

Apêndice IV- Poster científico apresentado no V Congresso da APEGEL 2015

A Perceção dos Profissionais sobre Higienização das mãos e sua influência nas Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: o papel do enfermeiro gestor



Tânia Moreira¹, Pedro Bernardes Lucas²

¹ Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E. - IC 19, 2720-276 Amadora

² Departamento de Administração em Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Av. do Brasil, nº 53 - B, 1700-063 Lisboa

Introdução

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são adquiridas pelos clientes em consequência dos cuidados de saúde prestados e podem, também, afetar os profissionais de saúde (Direção Geral da Saúde, 2007).

Segundo o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (2015) as IACS estão relacionadas com um consumo acrescido dos recursos hospitalares e comunitários e cerca de um terço, são certamente evitáveis.

Na União Europeia, segundo o *European Center for Diseases Prevention and Control* (ECDC, 2013), os dados comprovam que são afetados cerca de 3,2 milhões de clientes todos os anos, ou seja, 1 em cada 18 clientes internados nos hospitais é atingido por uma das IACS.

As mãos contaminadas dos profissionais de saúde são o veículo mais comum de transmissão cruzada de agentes infecciosos e a higienização das mãos constitui uma medida simples, acessível, rápida e uma das principais medidas para reduzir as IACS (Pina, Ferreira, Marques & Matos, 2010).

Objetivo

Analisar a perceção dos profissionais de saúde a as suas práticas relativamente à higienização das mãos e sua influência nas IACS.

Método

Estudo de caso quantitativo, do tipo descritivo, transversal e retrospectivo. Recorreu-se à aplicação de um questionário a uma amostra de 47 profissionais de saúde (enfermeiros e auxiliares). Os dados obtidos foram tratados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Resultados

- Os profissionais de saúde percebem as IACS como tendo **impacto na evolução clínica do cliente e a higienização das mãos eficaz na prevenção** das mesmas.
- Constatou-se que os profissionais possuem elevados conhecimentos relativamente à técnica de higienização das mãos e aos momentos em que é necessário realizá-la.

Os profissionais de saúde:

- com mais anos de atividade profissional consideram necessário um maior esforço para realizar a higienização das mãos.
- higienizam as mãos mais frequentemente quando existe risco para si próprio em detrimento do cliente.
- percebem que os gestores dão prioridade à higienização das mãos.

Os **momentos** em que os profissionais **menos higienizam** as mãos, são:

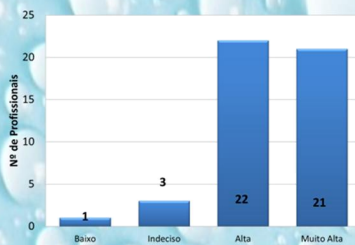


Gráfico 1- Eficácia da higienização das mãos na prevenção das IACS

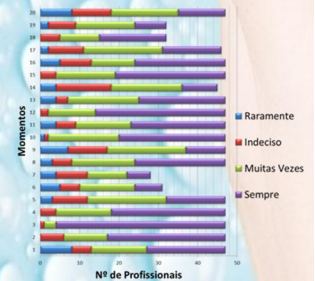
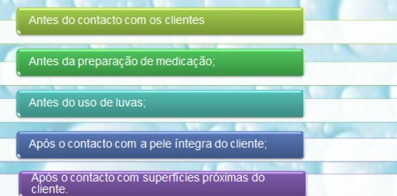


Gráfico 2- Frequência com que os profissionais higienizam as mãos em casa momento

Conclusões

Os profissionais de saúde detêm conhecimentos sobre IACS e higienização das mãos, porém, de acordo com a literatura existente, a **adesão à higienização das mãos é baixa**, tal leva a concluir que os profissionais desvalorizam a prática de higienização das mãos. Uma das causas apontadas é a **sobrecarga de trabalho**.

Assim, **enfermeiro gestor** terá que adotar **estratégias**, tais como:

- formação sobre as IACS e higienização das mãos;
- lembretes em locais estratégicos;
- protocolos acessíveis a todos os profissionais e baseados em evidência científica;
- feedback* aos profissionais sobre o seu próprio resultado em higienização das mãos;
- auditorias regulares a esta prática.

Referências Bibliográficas:

- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Diário da República Iª Série Nº 28 (10-02-2015).
- Direção Geral da Saúde (2007). Programa Nacional De Prevenção E Controlo Da Infecção Associada Aos Cuidados De Saúde. Lisboa: DGS.
- European Centre of Disease Prevention and Control (2013). Annual epidemiological report. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data.
- Pina, E.; Ferreira, E.; Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39.

CONTATO: tanya_moreyra@hotmail.com

