



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Estudo sobre perceções de grupos de profissionais de uma
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**
Aspetos facilitadores e inibidores da adesão à higiene das mãos

MARTA ISABEL FERREIRA MORGADO

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
SAÚDE E DESENVOLVIMENTO**

DEZEMBRO, 2013



Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Estudo sobre perceções de grupos de profissionais de uma
Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente**

Marta Isabel Ferreira Morgado

Orientador: Prof. Doutor Luís Lapão

Co-orientador: Prof. Doutor Paulo Ferrinho

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento

“The journey of a thousand miles
begins with one step.”

Lao Tzu, Século VI a.c.

Agradecimentos

À Direção do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental pela autorização concedida, bem como aos órgãos de gestão da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Egas Moniz, pelo apoio e colaboração prestados.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luís Lapão por ter aceitado o desafio de me orientar, e pelo apoio, dedicação, esforço e positividade com que sempre me acompanhou ao longo destes longos meses.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Paulo Ferrinho, pela competência, compreensão e acolhimento na co-orientação.

À Prof. Dr^a Luzia Gonçalves, pelo apoio que me deu na fase de análise estatística dos dados.

Aos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos do Hospital de Egas Moniz que possibilitaram a aplicação do pré-teste, para melhoria do instrumento de colheita de dados definitivo.

Às colegas da turma de Mestrado pela compreensão e empatia numa trajetória semelhante.

Ao Fábio pelo companheirismo e paciência e, por estar sempre presente.

À minha família, em particular aos meus pais e irmãos, pela compreensão e apoio inesgotáveis.

A todos, que de uma forma ou de outra, contribuíram para que eu chegasse ao fim desta caminhada.

Muito obrigada.

Resumo

As infeções associadas aos cuidados de Saúde e a higiene das Mãos

PALAVRAS-CHAVE: Infeções associadas aos cuidados de saúde; higiene das mãos; Profissionais de saúde; Unidade de Cuidados Intensivos.

Durante o processo de prestação dos cuidados de saúde pode ocorrer a transmissão de infeções denominadas por infeções associadas aos cuidados de Saúde (IACS's). Estas podem estar na base da diminuição da capacidade funcional do doente, afetando a sua qualidade de vida e a dos seus familiares/pessoas significativas, para além de estarem associadas a um aumento dos dias de internamento hospitalar e a custos económicos acrescidos. Em Portugal, em 2012, a prevalência de IACS's era de 10,6%.

Nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's), este tipo de infeções pode aumentar de forma considerável a morbimortalidade dos doentes críticos. Estima-se que, por ano, na Europa, a mortalidade atribuível por IACS's, seja de 37 000 pessoas/ano.

A higiene das mãos é considerada a medida mais custo-efetiva na redução das IACS's. A WHO (World Health Organization) foi responsável pela estratégia dos “Cinco Momentos” que inclui cinco situações, as quais correspondem às indicações ou tempos em que é mandatória a higiene das mãos na prática clínica: “Antes do contacto com o doente”; “Antes de procedimentos assépticos”; “Após risco de exposição a fluidos orgânicos”; “Após contacto com o doente” e “Após contacto com o ambiente envolvente do doente”.

A observação de práticas dos vários profissionais, processos de reflexão crítica e pesquisa bibliográfica sobre estudos realizados em populações idênticas, serviram de motivação à escolha do objeto de estudo definido.

Recorrendo a uma abordagem do tipo quantitativo, procurou-se conhecer os **aspetos facilitadores e inibidores da adesão à higiene das mãos percecionados por três grupos de profissionais de saúde de uma UCI Polivalente**. O método seguido foi o estudo de caso utilizando-se, como instrumento de colheita de dados, o questionário aplicado à população em estudo - 35 profissionais de saúde (entre os quais, médicos, enfermeiros e assistentes operacionais). A análise dos dados foi realizada através da Estatística Descritiva.

Constatou-se que, apesar de os profissionais terem conhecimentos sobre as IACS's, sentem dificuldades em incorporar as medidas preventivas das mesmas, na prestação de cuidados, devido a crenças pessoais e à necessidade de proteção pessoal. Verificou-se também que médicos, enfermeiros e assistentes operacionais variam no que toca às perceções da importância e impacto das IACS's. Existe uma correta perceção por parte dos profissionais acerca dos “momentos” de higiene das mãos que previnem a transmissão de microrganismos para o doente, mas por outro lado existe, em alguns profissionais, um conhecimento incorreto sobre os que previnem a transmissão de microrganismos para o profissional.

Os “momentos” de higiene das mãos considerados como mais e menos fáceis para a adesão à higiene das mãos variaram entre grupos profissionais. Os obstáculos a este procedimento mais apontados pelos três grupos foram: “esquecimento, turno com mais trabalho, situações de emergência”.

Ficaram a conhecer-se as atividades que os profissionais consideram mais eficazes no aumento da adesão à higiene das mãos, que irão permitir a renovação de estratégias de melhoria a implementar no local do estudo, no sentido de uma maior segurança dos doentes internados em estado crítico.

Abstract

Health care associated infections and hand hygiene

KEYWORDS: Health care associated infections; hand hygiene; health professionals, Intensive Care Unit.

During the process of providing health care, transmission of health care associated infections (HCAI's) can occur. These can be the basis of the reduced functional capacity of the patient, affecting their quality of life and their families/ significant others, in addition to being associated with an increase in hospital days and increased economic costs. In Portugal, in 2012, the prevalence of HCAI's was 10,6%.

In Intensive Care Units (ICU's), such infections can increase considerably the morbidity and mortality of critically ill patients. It is estimated that, each year, in Europe, mortality attributable to HCAI's, is 37 000 persons / year.

Hand hygiene is considered the most cost-effective measure in reducing HCAI's. The WHO (World Health Organization) was responsible for the strategy of "Five Moments" which includes five situations, which correspond to the information or time in which is mandatory hand hygiene in clinical practice: "Before contact with the patient"; "Before aseptic procedures"; "After risk of exposure to body fluids"; "After contact with the patient" and "after contact with the environment of the patient".

The observation of various professional practices, processes of critical reflection and literature on studies conducted in similar populations, provided the motivation for choosing the object defined study.

Using a quantitative approach, tried to meet up the facilitators and inhibitors aspects of adherence to hand hygiene of three groups of health professionals of a polyvalent ICU. The method used was the case study using, as an instrument of data collection, the questionnaire used in a population - 35 health professionals (including, physicians, nurses and operating assistants). Data analysis was performed using descriptive statistics.

It was found that, although professionals have knowledge about HCAI's, have difficulty in incorporating preventive measures thereof, in care due to personal beliefs and the need for personal protection. It was also found that doctors, nurses and operating assistants range with regard to the significance and impact perceptions of HAI's. There is a correct perception among professionals about the "moments" of hand hygiene to prevent the transmission of microorganisms to the patient, but on the other hand there exists, in some professionals, an incorrect knowledge about those that prevent the transmission of microorganisms to professional.

The "moments" of hand hygiene regarded as more or less easy for hand hygiene adherence varied between professional groups. The obstacles to this procedure most reported by the three groups were: "Oblivion, shift more work, emergency situations".

With this study got to know whether activities that professionals be more effective in increasing adherence to hand hygiene, which will allow the renewal of improvement strategies to be implemented at the study site, in the sense of greater security of patients admitted in critical condition.

Índice

I.	Introdução.....	1
	1.1. Contextualização.....	1
II.	As IACS's e a higiene das mãos.....	4
	2.1. Impacto e importância das IACS's.....	4
	2.2. Eficácia da higiene das mãos na prevenção da infecção cruzada.....	7
	2.3. Dificuldade ou facilidade na adesão à higiene das mãos.....	11
	2.4. Contexto.....	13
	2.5. Revisão da literatura.....	14
III.	Apresentação da problemática.....	17
	3.1. Formulação dos objetivos.....	19
IV.	Quadro de referência	21
V.	Material, população e métodos.....	24
	5.1. Desenho do estudo.....	24
	5.2. População em estudo.....	25
	5.3. Instrumento de colheita de dados.....	26
	5.4. Análise dos dados.....	33
VI.	Considerações éticas e legais.....	35
VII.	Resultados e Discussão.....	37
VIII.	Considerações finais e Recomendações.....	89
IX.	Limitações do estudo.....	98
X.	Referências Bibliográficas.....	99
XI.	Anexos.....	108
	11.1. Anexo 1.....	108
	11.2. Anexo 2.....	109
	11.3. Anexo 3.....	124
	11.4. Anexo 4.....	144
	11.5. Anexo 5.....	145
	11.6. Anexo 6.....	149
	11.7. Anexo 7.....	153

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1 - Passos sequenciais de infeção cruzada.....	9
Figura 2 – Problema de investigação.....	18
Figura 3 - Modelo conceptual da WHO para a higiene das mãos.....	21
Figura 4 - Modelo conceptual da WHO para a higiene das mãos (reform).....	85

Índice de Tabelas e gráficos

Gráfico 1: Grupo etário por grupo profissional.....	38
Gráfico 2: Habilitações literárias por grupo profissional.....	39
Gráfico 3: Nome e localidade da instituição de formação por grupo profissional.....	41
Gráfico 4: Tempo decorrido desde o fim da formação académica/profissional por grupo profissional.....	42
Gráfico 5: Experiência profissional na UCIP por grupo profissional (em anos)...	43
Gráfico 6: Formação sobre higiene das mãos (durante a formação) por grupo profissional.....	45
Gráfico 7: Formação sobre higiene das mãos (após a formação) por grupo profissional.....	48
Gráfico 8: Participação em Campanhas de Higiene das Mãos por grupo profissional.....	49
Gráfico 9: Perceção da percentagem de doentes que adquire uma IACS's nos hospitais portugueses por grupo profissional.....	50
Gráfico 10: Perceção da percentagem de doentes que adquire uma IACS's nas UCI's portuguesas por grupo profissional.....	51
Gráfico 11: Perceção da percentagem de doentes que morre devido a IACS's em hospitais europeus por grupo profissional.....	52
Gráfico 12: Perceção dos dias extra de internamento por INCS em hospitais europeus por grupo profissional.....	53
Gráfico 13: Perceção da despesa financeira anual com IACS's em países europeus por grupo profissional.....	54

Índice de Tabelas e gráficos

Gráfico 14: Percepção da principal via de transmissão cruzada de microrganismos por grupo profissional.....	55
Gráfico 15: Percepção da eficácia da higiene das mãos na prevenção das IACS's por grupo profissional.....	56
Gráfico 16: Percepção dos “momentos” que previnem transmissão de microrganismos para o doente, por grupo profissional.....	60
Gráfico 17: Percepção do tempo mínimo de higiene das mãos com água e sabão por grupo profissional.....	62
Gráfico 18: Percepção do tempo mínimo de higiene das mãos com SABA por grupo profissional.....	63
Gráfico 19: Percepção da adesão aos 5 momentos de higiene das mãos por grupo profissional (em percentagem).....	70
Gráfico 20: Percepção do esforço exigido para uma higiene das mãos “ideal” por grupo profissional.....	74
Gráfico 21: Percepção dos obstáculos à adesão à higiene das mãos.....	78
Tabela 1: Correspondência entre variáveis do estudo e perguntas do questionário..	27
Tabela 2: Percepção dos “momentos” que previnem transmissão de microrganismos para o doente, por grupo profissional.....	57
Tabela 3: Percepção dos “momentos” que previnem transmissão de microrganismos para o profissional, por grupo profissional.....	59
Tabela 4: Percepção dos aspetos a evitar pelo aumento da probabilidade de colonização das mãos.....	64
Tabela 5: Percepção da categoria profissional que deve idealmente higienizar mais as mãos.....	66
Tabela 6: Percepção da eficácia da higiene das mãos na prevenção das IACS's “por momento”.....	69

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC- Centers for Disease Control

CHLO – Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

CVC – catéter venoso central

DGS – Direção Geral da Saúde

DPOC - Doença pulmonar obstrutiva crónica

e.g. – exemplo

ECDC – *European Centers for Disease Control*

FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia

HELICS UCI - Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance

HEM – Hospital de Egas Moniz

IACS – Infecção associada aos cuidados de saúde

ICD – Instrumento de colheita de dados

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

INCS – Infecção nosocomial da corrente sanguínea

INSA - Instituto Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge

IPI – Inquérito de Prevalência de Infecção

IRC – Insuficiência renal crónica

OSYRISH - Organizational and Informational System to Improve Health Care Associated Infections in a Hospital

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

SABA – Solução antisséptica de base alcoólica

SAMR - *Staphilococcus aureus metilino-resistente*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS[®] - Statistical Package for the Social Sciences

UC- Unidade curricular

UCI's – Unidades de Cuidados Intensivos

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

WHO – World Health Organization

I. Introdução

1.1. Contextualização

No passado, os hospitais eram considerados insalubres e restringiam-se à prestação de cuidados com uma abordagem mais humanitária do que propriamente científica. “Os cuidados de saúde modernos trouxeram ganhos de saúde sem precedentes às novas gerações de doentes e seus familiares. Foram encontradas curas para situações consideradas incuráveis e aumentou o tempo de sobrevivência com melhor qualidade de vida numa escala que não se fazia prever há 50 anos” (PINA et al, 2010).

Estes cuidados tinham como objetivo a melhoria do estado clínico dos doentes, no entanto, durante o processo de prestação dos mesmos, quer em meio hospitalar quer em contexto de ambulatório, verificou-se que podia ocorrer a transmissão de infeções. Através dos trabalhos pioneiros de Semmelweis, Lister e Florence Nightingale, desenvolveram-se os primeiros contornos da prevenção e controlo da infeção hospitalar (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde - PNCI, 2007).

Em Portugal, a infeção hospitalar foi abordada pela primeira vez em 1930, pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e depois em 1979, pela Direcção-Geral dos Hospitais, quando é conhecida a Resolução (72) 31 do Conselho da Europa e divulgada a todos os serviços e unidades de saúde. O controlo da infeção foi recomendado pela Direção Geral dos Hospitais a todas as unidades de saúde, ao ter dado a conhecer uma recomendação que abordava a temática da prevenção das infeções hospitalares. Foram tomadas iniciativas diversas e inovadoras para minimizar o risco e controlar este problema nos hospitais, como foi o caso da criação de Comissões de Controlo da Infeção (CCI's) nas unidades de saúde públicas ou privadas, integradas na rede nacional de prestação de cuidados de saúde. Posteriormente, em Maio de 1999, foi criado o PNCI que foi divulgado pela DGS, com o objetivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção através da identificação e modificação das práticas de risco. Este Programa, que substituiu o Projeto de Controlo de Infeção (1988-1998), foi de seguida transferido para o Instituto

Nacional de Saúde, Dr. Ricardo Jorge (INSA). A 10 de Outubro de 2006, o PNCI foi transferido do INSA, para a DGS (PNCI, 2007).

A Infecção Nosocomial, que desde 2007 se denomina por infecção associada aos cuidados de saúde (IACS's) é “uma infecção que ocorre num doente internado num hospital, ou outra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão. Estão incluídas as infeções adquiridas no hospital que se detetam após a alta, assim como as infeções ditas ocupacionais nos profissionais de saúde” (PNCI, 2007). Trata-se de um conceito mais abrangente em relação ao termo de “infecção nosocomial”, por incluir todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, inclusive o ambulatório (PNCI, 2002). Segundo os mesmos autores, considera-se IACS, se uma infecção advier de uma reação adversa consequente à presença de um ou mais agente(s) infeccioso(s) e, se esta não estava presente ou em fase de incubação na data da admissão, manifestando-se 48 horas após esta (período de incubação “típico”).

O trabalho que se segue encontra-se organizado em nove grandes capítulos: o capítulo I refere-se à “introdução”, onde é realizada uma breve contextualização do tema; o capítulo II é dedicado às “IACS e higiene das mãos”, onde se irá conhecer o impacto e a importância das IACS's, abordando os seus critérios de diagnóstico, o seu carácter de evento adverso, dados de prevalência e sua ocorrência nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI's). Serão abordados aspetos relacionados com a eficácia da higiene das mãos na prevenção da infecção cruzada (através da exposição dos mecanismos das IACS's e das indicações para o procedimento) bem como a dificuldade ou facilidade na adesão à higiene das mãos, através dos obstáculos mais comuns apontados pelos profissionais de saúde. Serão ainda apresentados o contexto do local onde foi realizado o estudo, e algumas investigações realizadas por outros autores sobre o tema. No capítulo III é definida a “problemática”, que serviu de base ao estudo e os objetivos geral e específicos, formulados a partir do problema de investigação. No capítulo seguinte é exposto o “quadro de referência” do estudo, tendo por base o modelo dos “5 momentos” da World Health Organization (WHO). No capítulo V, é apresentada a população e o desenho de estudo bem como os métodos de recolha de dados e de análise. No capítulo seguinte, abordam-se algumas “considerações ético-legais” tomadas em conta na realização do estudo. O capítulo VII é reservado à “apresentação e

discussão dos resultados”. Por fim, os capítulos VIII e IX destinam-se às “considerações finais e recomendações” bem como à exposição de algumas “limitações do estudo”.

II. As IACS's e a higiene das mãos

2.1. Impacto e importância das IACS's

2.1.1. Os critérios de diagnóstico das IACS's

“As IACS's podem complicar muitas patologias de base e o seu diagnóstico é complexo” (PITTET; ALLEGIANZI, 2008). Existem critérios clínicos e biológicos utilizados na vigilância epidemiológica para identificar infeções nosocomiais em locais específicos (PNCI, 2002). As infeções urinárias, respiratórias, do local cirúrgico e as bacteriémias (infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS)) são os quatro tipos que “contribuem para mais de 80% das IACS's (...). As menos frequentes são as infeções da pele e tecidos moles; gastroenterites na criança e adulto; infeções dos olhos e conjuntivas; infeções no período pós-parto (FÜRSTENAU, 2012).

2.1.2. As IACS's como evento adverso

Segundo SOUSA et al (2011), “um evento adverso é um acontecimento não intencional, decorrente da prestação de cuidados de saúde que teve como consequência dano ou lesão, à altura da data, cujo impacto se refletiu num prolongamento do período de internamento ou que resultou em incapacidade temporária, permanente ou em morte”. Assim, os eventos adversos são eventos que causam danos por atos cometidos ou por uma qualquer omissão. As IACS's são uma epidemia silenciosa, na medida em que “representam o mais frequente efeito adverso decorrente da prestação de cuidados de saúde e em nenhum país se chegou ainda à sua completa resolução” (WHO, 2005).

“No que se refere aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (...) ocorrem em Portugal entre 16,063 e 80,314 episódios de eventos adversos” (MANSOA et al, 2011), sendo que “(...) a maior fatia (40 a 70%) são considerados preveníveis ou evitáveis” (FRAGATA, 2011).

2.1.3. Prevalência das IACS

A WHO (2011) citada por RANDLE; ARTHUR; VAUGHAN (2010) “identifica o risco de adquirir uma IACS, como sendo universal”. São atualmente uma das maiores preocupações dos gestores dos sistemas de saúde, apesar de não estarem incluídas nas estimativas da carga de doença global (PITTET; ALLEGIANZI, 2008).

De acordo com dados obtidos através de um inquérito de prevalência de infeção (IPI) em cinquenta e cinco hospitais de catorze países (WHO, 2005), “8,7% dos doentes internados tem possibilidade de adquirir uma IACS”, sendo que “a cada momento, 1,4 milhões de doentes hospitalizados em todo o mundo adquirem uma IACS’s” (WHO, 2005).

“As frequências mais elevadas destas infeções foram descritas em hospitais do Mediterrâneo Oriental e do Sudeste Asiático (11,8% e 10,0% respetivamente), com prevalências de 7,7 e 9,0% respetivamente na Europa e no Pacífico Ocidental” (PNCI, 2007). Sabe-se que “mais de 4 milhões de doentes são afetados por IACS’s anualmente, na Europa” (WHO, 2011).

Relativamente a Portugal, a prevalência de 10,6% de doentes com IACS foi a mais elevada, analisada no estudo do último IPI, realizado entre Maio e Junho de 2012, em 29 países europeus (PNCI, 2013).

2.1.4. Mortalidade e custos económicos associados às IACS’s

As IACS’s estão presentes, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, com consequências nefastas para os doentes e para a Saúde Pública (adaptado de PNCI, 2002). Para além de serem responsáveis pela diminuição da capacidade funcional do doente, afetando a sua qualidade de vida e a dos seus familiares/pessoas significativas, estão associadas a “estadias hospitalares prolongadas, aumento da resistência microbiana e a custos económicos elevados (...)” (WHO, 2005).

“Em muitos países, a falta de dados sobre o efeito das IACS’s é uma das principais razões pelas quais o controlo de infeção não é considerado uma prioridade de alto nível nas políticas e planos de saúde nacionais” (PITTET; ALLEGIANZI, 2008). A WHO reconhece as IACS’s (...) como uma causa importante de morbilidade e

mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade (...), isto porque além de evidenciarem uma má qualidade na prestação de cuidados de saúde, levam a gastos evitáveis (PNCI, 2007).

De acordo com o *European Centers for Disease Prevention and Control (ECDC)* (2008), “por ano existem 4 milhões de IACS, sendo que a mortalidade atribuível é de 37, 000 pessoas/ano, traduzindo-se em aproximadamente, 16 milhões de dias extra de internamento e custos directos de 5,5 biliões/ano (com uma média 334€ /dia)”. Em 2011, a WHO conseguiu apurar um aumento de permanência hospitalar entre 4 a 14 dias, no caso de INCS’s com custos adicionais, por episódio, que podem variar entre 4 200 e 13 030 euros.

Deste modo, favorece-se o aparecimento de um desequilíbrio entre os recursos atribuídos aos cuidados primários e secundários de saúde, através do desvio de fundos, já de si escassos, para a gestão de problemas potencialmente evitáveis, como são as IACS’s (PNCI, 2002).

2.1.5. As IACS’s nas UCI’s

Neste tipo de serviço em particular (UCI), de acordo com MANSOA (2010), existe “uma complexa interação homem-máquina (...), a necessidade de monitorização prolongada, (...) situações de *stress* e uma enorme imprevisibilidade de ocorrência de situações de crise, criam o ambiente propício para a ocorrência de erros”. É assim de notar que “quanto maior a complexidade (em termos tecnológicos, exigência de saberes diferenciados, com necessidade de especialistas na área) envolvida na prestação de cuidados a um doente, maior o risco de ocorrência de efeitos adversos” (WEST, 2000). Para FRAGATA (2011), “ocorrem 1,7 erros por doente internado em UCI, por dia (...)”. O impacto dos mesmos não se reflete apenas nos doentes, mas sim nos profissionais de saúde e sociedade (reputação da instituição), sendo geradores de custos acrescidos em saúde (FRAGATA, 2011). Um dos “erros” mais comuns em UCI’s reside nas infeções, sendo que “os doentes admitidos nas unidades de cuidados intensivos (...) têm uma elevada prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde” (VENKATRAM; RACHMALE; KANNA, 2010) - “¼ das IACS’s ocorrem nas UCI’s” (FÜRSTENAU, 2012).

Em Portugal, de acordo com dados do IPI (2012), nas UCI's dos hospitais englobados no estudo (n=43), existia uma prevalência de 24,5% de IACS's (PNCI, 2013).

“A incidência das IACS's nas UCI's de países em desenvolvimento é de 34,2 por cada 1000 dias de internamento, o triplo da taxa nos Estados Unidos da América” (...), implicando maiores taxas de mortalidade, prolongamento das estadias hospitalares, custos excessivos, aumento da resistência microbiana aos antibióticos e outras consequências adversas (ROSENTHAL, 2011). De facto, alguns agentes antimicrobianos estão a tornar-se menos eficazes devido a resistências e este aspeto pode decorrer da má gestão e política de antibióticos de determinada instituição/serviço hospitalar/ de saúde (causadas pela utilização generalizada e pouco criteriosa de antimicrobianos para terapêutica e profilaxia) (PNCI, 2002).

Apesar dos fatores atrás mencionados, “cerca de um terço destas infeções são evitáveis” (PNCI, 2007), daí que a forma de as encarar como resultado do tratamento, quase de carácter necessário, que predominava há alguns anos, tenha dado lugar à necessidade de rever falhas de processo ou de organização (FRAGATA, 2011). Como tal, têm vindo a ser implementadas várias medidas de controlo e prevenção, entre elas, a higiene eficaz das mãos, de forma a prevenir a infeção cruzada.

2.2. Eficácia da higiene das mãos na prevenção da infeção cruzada

2.2.1. Mecanismos das IACS's

A probabilidade de um doente adquirir uma IACS depende da existência de fatores que atuam sobre o binómio “suscetibilidade do hospedeiro/ risco de contaminação”: estado intrínseco do doente/ fatores de risco extrínsecos.

Nos fatores de risco intrínseco incluem-se: comprometimento do sistema imunitário; diminuição das barreiras naturais; gravidade da doença; idade; peso; processos de doença subjacente (diabetes; insuficiência renal crónica (IRC); doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); co-morbilidades (alcoolismo; subnutrição; doenças neoplásicas). Como fatores extrínsecos apontam-se: atuação dos profissionais (uso incorreto do equipamento pessoal de proteção; mau manuseamento de agulhas e

cortantes; falta de motivação; falta de conhecimentos; suporte desadequado; desatenção na técnica e frequência da higiene das mãos; baixa adesão aos programas de vacinação (gripe e outras doenças); número insuficiente de profissionais; procedimentos e dispositivos invasivos por facilidade de introdução de agentes infecciosos (monitorização de pressão intracraniana; dispositivos de assistência ventricular; catéter venoso central; hemodiálise; entubação traqueal; traqueostomia; drenos cirúrgicos; sonda nasogástrica; algaliação); opções terapêuticas (múltiplas transfusões sanguíneas; terapêutica antimicrobiana recente; tratamentos imunossupressores; profilaxia da úlcera de stress; sedação/relaxamento muscular; ventilação mecânica; alimentação parentérica; cirurgia) (FÜRSTENAU, 2012).

Os microrganismos que causam as IACS's podem ser adquiridos através da flora do doente (infecção endógena), flora do ambiente da instituição de saúde (infecção ambiental exógena) ou ainda através da flora de outros doentes ou dos profissionais (infecção exógena, cruzada) (PNCI, 2002).

“A infecção cruzada tem origem no contacto direto entre doentes (mãos, gotículas de saliva ou outros fluidos corporais), pelo ar (gotículas ou poeiras contaminadas) ou através dos profissionais contaminados durante os cuidados ao doente (mãos, roupa, nariz e garganta) ou através de objetos contaminados pelo doente (equipamento) (...)” (PNCI, 2002).

As pessoas constituem o centro do fenómeno epidemiológico das IACS's, na medida em que podem atuar como reservatório e fonte de microrganismos, como transmissores e como recetores, transformando-se em novo reservatório (PNCI, 2002).

2.2.2. A eficácia e indicações para a higiene das mãos

“Em cerca de 70% das IACS's estão implicados microrganismos resistentes a um ou mais antibióticos” (FÜRSTENAU, 2012). De acordo com dados do PNCI (2007), “30% a 40% das infeções provocadas por agentes resistentes são resultado da colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde”.

“As mãos são assim, o veículo mais comum de transmissão de agentes infecciosos associados às IACS” (PNCI, 2009). Este processo de um doente para o outro

implica 5 passos sequenciais (figura 1): presença de microrganismos na pele ou nas superfícies da unidade do doente (por descamação da pele) (passo 1), a sua transmissão para as mãos (passo 2), a sobrevivência de microrganismos nas mãos (passo 3), seguida da lavagem ineficaz das mãos ou manutenção das mãos contaminadas (por quantidade de produto insuficiente e/ou duração da higiene das mãos insuficiente para a descontaminação) (passo 4) e, por fim, a possibilidade de uma infeção cruzada através das mãos contaminadas (passo 5) (SAX et al, 2007).

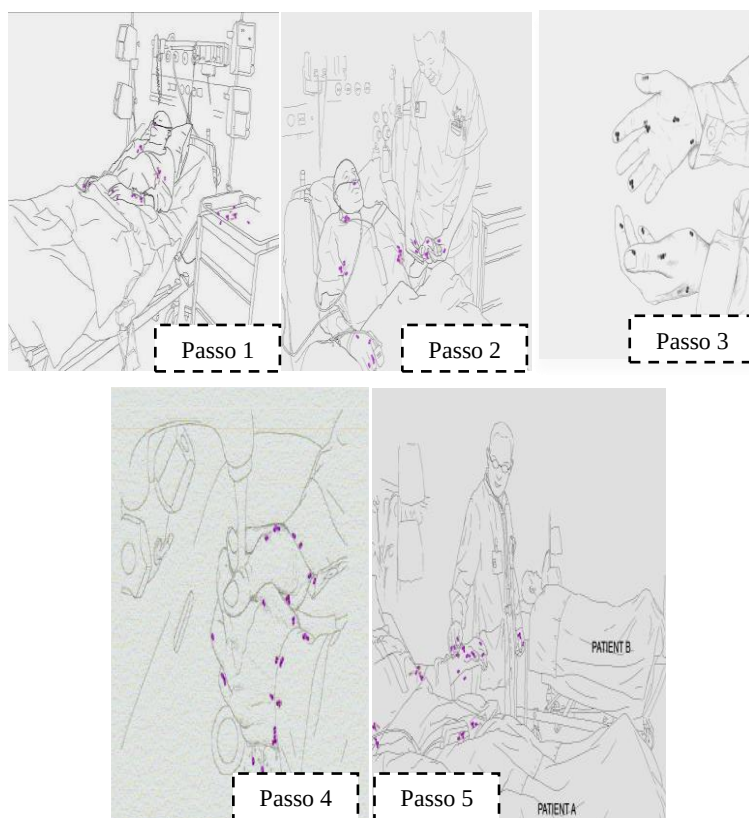


Figura 1: Passos sequenciais de infeção cruzada (adaptado de PNCI, 2009).

Estão validadas e padronizadas as estratégias preventivas para a redução das IACS (vigilância epidemiológica, precauções-padrão, medidas de isolamento, controlo da antibioterapia e medidas específicas contra infeções (de acordo com local afetado) (PNCI, 2008). Estas tornaram-se extremamente importantes, não devendo ser apenas efetivas na redução destas infeções, mas também custo-efetivas (PNCI, 2009).

“A medida de prevenção (...) mais efetiva é a higiene das mãos de forma eficaz” (CHARNEY, 2012), quer seja com o uso da água e sabão¹ (em mãos visivelmente sujas

¹ Detergente que não contém agentes antimicrobianos, ou que contém concentrações muito baixas de agentes antimicrobianos que apenas atuam como conservante do produto (PNCI, 2010).

com matéria orgânica), quer com a solução antisséptica de base alcoólica (SABA)², em mãos não visivelmente sujas³. O enfoque ao longo dos últimos anos tem sido na melhoria da adesão dos profissionais de saúde a esta medida, daí que várias iniciativas tenham sido implementadas em todo o Mundo, incluindo Portugal. A WHO, através da *World Alliance for Patient Safety*, estabeleceu o desafio da redução do problema das IACS's, tendo como mensagem principal *Clean Care is Safer Care* – Medidas simples salvam vidas, para 2005/2006 (PNCI, 2007).

A estratégia dos “Cinco Momentos” inclui, como o próprio nome indica, cinco situações, as quais correspondem às indicações ou tempos em que é mandatória a higiene das mãos na prática clínica (de acordo com as *guidelines* do *Centers for Disease Control* (CDC) e da WHO, após investigação nas áreas da Microbiologia e doenças infecciosas): “Antes do contacto com o doente” (exemplo (e.g.) auscultar o doente, posicionar, cumprimentar); “Antes de procedimentos assépticos” (e.g. procedimentos invasivos, como punções venosas, administração de terapêutica); “Após risco de exposição a fluidos orgânicos” (e.g. aspiração de secreções, realização de pensos); “Após contacto com o doente” (inclui após retirar as luvas e quando se terminam cuidados a um local contaminado do doente para outro menos contaminado, limpo ou asséptico) e “Após contacto com o ambiente envolvente do doente” (e.g. equipamento perto do doente, como sendo as seringas infusoras ou grades da cama) (*JOINT COMMISSION*, 2009).

O modelo dos “5 momentos” foi criado para colmatar as lacunas entre os resultados dos estudos científicos e as *guidelines* baseados na evidência, aliado à necessidade de criar ferramentas práticas centradas no doente. Esta estratégia de intervenção obteve bons resultados em termos de adaptabilidade e eficácia no que diz respeito à implementação em larga escala de intervenções, em contextos com diferentes culturas e níveis de recursos disponíveis (PITTET; ALLEGIANZI, 2008).

² Preparação de base alcoólica desenvolvida para aplicação nas mãos com o objetivo de inativar e/ou temporariamente reduzir o crescimento de microrganismos. Estas preparações podem conter um ou mais tipos de álcool com excipientes, outros ingredientes ativos, e emolientes (PNCI, 2010).

³ Mãos nas quais não são visíveis, macroscopicamente ou a olho nu, a sujidade ou a presença de fluidos orgânicos (PNCI, 2010).

2.3. Dificuldade ou facilidade na adesão à higiene das mãos

2.3.1. Obstáculos à higiene das mãos

A estratégia multi-modal da WHO teve como objetivo a higiene das mãos, medida de excelência na prevenção do aumento da resistência antimicrobiana e na redução das IACS's, mas a adesão dos profissionais de saúde com as práticas corretas continua muito além do recomendado (ALLEGIANZI; PITTET, 2009). A percentagem de adesão nas unidades de saúde não ultrapassa os 50%, variando entre serviços hospitalares, entre categorias profissionais e condições laborais (SAX et al, 2007). De acordo com os últimos dados, a taxa de adesão global na UCIP do HEM à higiene das mãos foi de 30,5% em 2012 (com um decréscimo acentuado de 17,3% desde 2011) (REBELO, 2012).

São várias as causas observadas para a fraca adesão a este procedimento: “profissão de médico em oposição à de enfermagem; profissão de auxiliar de ação médica/enfermagem em oposição à de enfermagem; sexo masculino; exercício de funções numa UCI; trabalho durante a semana (em oposição ao fim-de-semana); uso de luvas; grande número de oportunidades de higiene das mãos por hora (numa UCI, em média, existem 20 oportunidades de higiene das mãos, por doente, por hora). Algumas outras razões são percecionadas pelos profissionais como sendo: escassez de equipamento para a higiene; medo de danos para a pele; elevada carga de trabalho; desconhecimento; uso de luvas; esquecimento; interferência na relação profissional-doente; desacordo com as *guidelines*; comunicação ineficaz, falha na informação científica que comprove o impacto da melhoria da higiene das mãos nas taxas de IACS's. Por outro lado, a cultura do serviço organizacional com participação pouco activa na promoção do procedimento; falta de priorização institucional; inexistência de cultura de segurança e de penalizações/benefícios (adaptado de JOINT COMMISSION, 2009). Em determinados hospitais, assiste-se à ausência de *role models* que cumpram a higiene das mãos, o que leva a que os mais novos copiem o comportamento de fraca adesão ao procedimento, como é o caso dos estudantes de Medicina e seus superiores (adaptado de ERASMUS et al, 2009). Por outro lado, as questões culturais também

assumem um papel de relevo, sendo que o tipo de fé religiosa pode influenciar fortemente a adesão à prática das mãos (ALLEGIANZI; PITTET, 2009).

Sabe-se assim que apesar de a higiene das mãos ser uma medida simples e eficaz na prevenção das IACS's, fatores relacionados com a percepção dos profissionais, bem como comportamentais, organizacionais, socioculturais e socioeconómicos podem estar envolvidos no seu (in)cumprimento (JOSHI et al, 2012).

A monitorização do procedimento constitui um indicador de processo importante da qualidade dos cuidados de saúde prestados, onde é possível a tradução das *guidelines* para as intervenções práticas efetivas (adaptado de PITTET; ALLEGIANZI, 2008).

Uma das atividades de melhoria à adesão à higiene das mãos implementada no HEM foi a “Campanha da Higiene das Mãos”. No serviço onde se levará a cabo esta investigação - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), a Campanha de Higiene das Mãos teve o seu início em Agosto de 2009, coordenada pela enfermeira responsável pela CCI do hospital. Na fase posterior à formação em serviço (que abrangeu 100% dos profissionais de saúde a exercer funções nesse período) têm vindo a ser aplicadas auditorias de observação para avaliar a aplicação do correto procedimento de higiene das mãos nos “5 momentos” preconizados. De acordo com os últimos dados disponíveis para consulta (REBELO, 2012) das auditorias ao cumprimento da higiene das mãos realizadas durante o ano de 2012 e, tendo em conta as ações em cada uma das oportunidades possíveis, o grupo profissional que mais aderiu foi o dos assistentes operacionais, seguido dos enfermeiros e por último, dos médicos. Note-se que em cada um dos grupos profissionais o número de oportunidades foi diferente, sendo que os enfermeiros foram o grupo com número superior. Assistiu-se a uma maior adesão “após risco de exposição a fluidos orgânicos” (30,30%) e “após contacto com o doente” (36,63%). Nos momentos “antes do contacto” e “após o ambiente envolvente do doente”, verificou-se uma fraca adesão (24,49% e 24,32%, respetivamente).

Perante estes dados, podem-se desde já colocar várias interrogações: “Porque não aderem os profissionais a um procedimento fundamental à segurança dos doentes em estado crítico? Porque é que a taxa de adesão tem vindo a decrescer desde 2010, na UCIP do HEM?”

2.4. Contexto

O HEM encontra-se inserido no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO), criado em 29 de Dezembro de 2005, que integra para além deste, os Hospitais de Santa Cruz e de São Francisco Xavier, formando três unidades hospitalares distintas e geograficamente dispersas (adaptado de CHLO, 2011). Este hospital é composto por vários serviços de internamento, entre eles a UCIP.

A UCIP – local onde irá ser implementado o estudo, foi inaugurada com 11 camas, mas desde Julho de 2011, mantém abertas 8 camas, sendo três delas destinadas a doentes em isolamento.

A equipa multidisciplinar é composta por 1 Diretor Clínico, 4 médicos com sub-especialidade em Medicina Intensiva, 1 médico recém-especialista em Medicina Interna, 1 enfermeiro-chefe, um enfermeiro denominado por “2º elemento”, 24 enfermeiros e 9 assistentes operacionais, exercendo funções em horário rotativo (manhã, tarde e noite).

A proveniência dos doentes admitidos na UCIP é diversificada, sendo o bloco operatório, os serviços de Medicina, de urgência do Hospital de São Francisco Xavier, de doenças infecto-contagiosas, de Cirurgia Geral, alguns dos exemplos.

Por se tratar de uma unidade polivalente, as patologias dos doentes são do foro médico-cirúrgico, sendo que os diagnósticos mais frequentes são: infeção respiratória, sépsis, *status* pós paragem cardiorrespiratória, *status* pós-operatórios de cirurgias (cirurgia geral, vascular, neurocirurgia), doença pulmonar obstrutiva e insuficiência cardíaca congestiva (GASPAR, 2012).

Num estudo retrospectivo de 4 anos (entre 2008 a 2011), realizado por um elemento médico da UCIP, verificou-se que o risco de mortalidade hospitalar (no HEM) dos doentes abrangidos era de 41,9%, sendo que a taxa de mortalidade na UCIP do HEM foi de 26,2% (GASPAR, 2012). Para além das “patologias de base” presentes em muitos dos doentes da UCIP, associadas ao fator “idade avançada” (a idade média dos doentes da UCIP, entre 2008 e 2011 foi de 67 anos – Gaspar, 2012), “as IACS’s” adquiridas no internamento, podem contribuir para o aumento da mortalidade, sendo que o fator acrescido da “fraca adesão à higiene das mãos” pode ser significado de maior risco.

2.5. Revisão da literatura⁴

O tema das IACS's tem vindo a ser largamente estudado daí que, durante a pesquisa bibliográfica, tenham sido encontrados vários estudos que abordam aspetos relacionados com o objeto de estudo desta investigação. Iniciou-se a pesquisa pelo termo “HCAI” (*healthcare associated infections*) e “ICU” (*intensive care units*) em todas as bases de dados cadastradas na biblioteca virtual *Pubmed*. Posteriormente, tentou filtrar-se a pesquisa utilizando os termos “*prevention of HCAI*” com operadores booleanos como “*and*” “*or*” “*hand hygiene*”. Foram encontrados vários artigos em inglês, sendo que os únicos encontrados em língua Portuguesa foram realizados por autores brasileiros.

Entre eles, destacaram-se os de:

- ANNALEE et al. (2007) estudaram os determinantes na adesão auto-avaliada dos profissionais de saúde aos procedimentos relacionados com o controlo de infeção. Concluiu-se que a mesma está dependente de fatores ambientais e características organizacionais, para além de terem sido detetadas diferenças na adesão, de acordo com ocupações, sexo e idade dos inquiridos. Sugerem a melhoria na disponibilidade de equipamento e a necessidade de formação para a promoção de uma cultura de segurança.
- TAI et al (2009) pretenderam investigar as percepções dos médicos e enfermeiros de um hospital em Hong Kong sobre as IACS's, de forma a determinarem as variáveis que influenciam o comportamento relativo à higiene das mãos. Apesar da diminuta taxa de resposta aos questionários aplicados, concluíram que os enfermeiros consideram que higienizam mais vezes as mãos que os médicos e, o momento em que a adesão é maior, é “após o contacto com o doente”.
- ERASMUS et al (2009) realizaram um estudo qualitativo, com base em resultados obtidos em entrevistas aplicadas a enfermeiros, médicos e estudantes de Medicina de UCI's holandesas. Concluíram que, apesar do conhecimento da importância da higiene das mãos na prevenção da infeção cruzada, as crenças pessoais acerca do mesmo, a percepção de “mãos sujas” e a necessidade de

⁴ “Pretende determinar o que foi escrito sobre o tema que se propõe examinar e esclarecer a forma como um problema foi estudado” (FORTIN, 2009).

proteção pessoal são os fatores que mais contribuem para o cumprimento do procedimento.

- ALLEGRANZI; PITTET (2009) através de uma revisão sistemática de literatura apontaram a “fé religiosa” e a cultura como fatores que influenciam o comportamento relacionado com boas práticas, nomeadamente com o cumprimento da higiene das mãos.
- JANG et al (2010) num estudo qualitativo, concluíram que os profissionais de saúde de um hospital em Toronto encaram a higiene das mãos como sendo uma forma de proteção pessoal, apontando o acesso limitado aos produtos de higiene e a falta de *role models* e de espírito de esforço coletivo como fatores de desincentivo/obstáculos à higiene das mãos.
- JOSHI et al (2012) num estudo também qualitativo, usando a técnica de *focus group* abordaram temas como: as “barreiras à implementação da prática de higiene das mãos”; a “relação entre conhecimentos, crenças, motivação, práticas e necessidades” e ainda os “papéis e responsabilidade para a sustentabilidade e implementação eficiente” das intervenções definidas para aquele contexto. Obtiveram várias sugestões para o cumprimento da higiene das mãos, como sendo o envolvimento da equipa, a formulação de protocolos de controlo de infeção, a criação de CCI’s e de *check lists*, a mudança nos modelos de liderança e de *role models*, incentivos e reforços positivos.
- FERNANDES (2008) realizou um estudo qualitativo sobre percepções dos profissionais de saúde relativas à infeção hospitalar e às práticas de controlo de infeção. Neste pretendia identificar fatores de facilidade e dificuldade, identificando os principais factos, valores, ideologias e conhecimentos que afetam os comportamentos perante as ações de prevenção e controlo das infeções hospitalares. Concluiu que, apesar de os profissionais terem conhecimentos sobre as infeções hospitalares, sentem dificuldades em incorporarem as medidas preventivas das mesmas, na prestação de cuidados aos doentes. Atribuem a sua ocorrência ao acaso ou à gravidade da situação clínica (no caso dos médicos), aos procedimentos invasivos e falhas nas medidas de isolamento (caso dos enfermeiros) ou tentam encontrar um culpado direto (caso dos assistentes operacionais). Os principais obstáculos ao cumprimento das

medidas de prevenção apontados foram: deficiência de formação académica sobre o tema; dificuldade no trabalho de equipa; situações de emergência; número de funcionários insuficiente e excesso de lotação de doentes.

III. Apresentação da problemática⁵

Como **objeto de estudo** escolheu-se um dos vários procedimentos preventivos das IACS's – a Higiene das Mãos (figura 2).

Enquanto enfermeira em exercício na UCIP do HEM, a investigadora acumula funções de elemento de interligação com a CCI, desde 2007, tendo vindo a desenvolver trabalhos relacionados com a área (formação em serviço, auditorias a procedimentos, identificação de necessidades, implementação de projetos de melhoria, entre outros). A par destes, a observação de práticas dos vários profissionais, processos de reflexão crítica e pesquisa bibliográfica sobre estudos realizados em populações idênticas, serviram de motivação à escolha do objeto de estudo definido. A adicionar a isto, a gravidade das consequências das IACS's nos doentes internados e na instituição, e a possibilidade de melhoria no serviço alvo do estudo. Para além das fontes de informação documental, houve então outro tipo de conhecimentos que foi útil no decorrer desta investigação, nomeadamente, os que a investigadora foi adquirindo ao longo do exercício enquanto elemento de interligação da CCI da UCIP do HEM, e que permitiram ter uma visão mais particular de determinados aspetos abordados neste trabalho.

Tendo em conta que já existia um grupo de trabalho do qual faz parte o orientador desta dissertação – Prof. Doutor Lapão, optou-se por integrar o trabalho de tese num projeto já delineado (e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT))- OSYRISH” (Sistema Organizacional e Informacional para melhorar a comunicação na gestão das infeções adquiridas em hospitais – ver anexo 1). Este tem vindo a ser desenvolvido em várias fases, a par com a equipa de investigação do mesmo- da qual fazem parte outros docentes do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT). Surgiu da necessidade de repensar os modelos técnicos e organizacionais utilizados de momento na prevenção das IACS's em Portugal, abordando as questões comportamentais e de comunicação. Visa a criação de novas perspetivas de organização e disseminação de informação, o desenvolvimento de

⁵ “Formular um problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade com a qual nos defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características” (LAKATOS; MARCONI (1992).

atividades de vigilância, investigação e prevenção/controlado das IACS's, a nível hospitalar (LAPÃO et al, 2012).

Em consonância com o objetivo geral do Projeto OSYRISH, e particularizando numa atividade de prevenção das IACS's em específico, **a questão de investigação**⁶ foi: Qual a percepção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) da UCIP do HEM sobre a higiene das mãos, sua importância, aspetos facilitadores e inibidores?

Sabendo que a adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM é inferior a 50% (2012), que aspetos estarão a influenciar? Serão os profissionais que não sabem o procedimento? Será que os profissionais não sabem a importância do procedimento na segurança do doente? Serão aspetos relacionados com fatores organizacionais ou ambientais? Serão aspetos relacionados com gestão do local? E, por outro lado, que aspetos são percecionados pelos profissionais como sendo facilitadores à adesão?

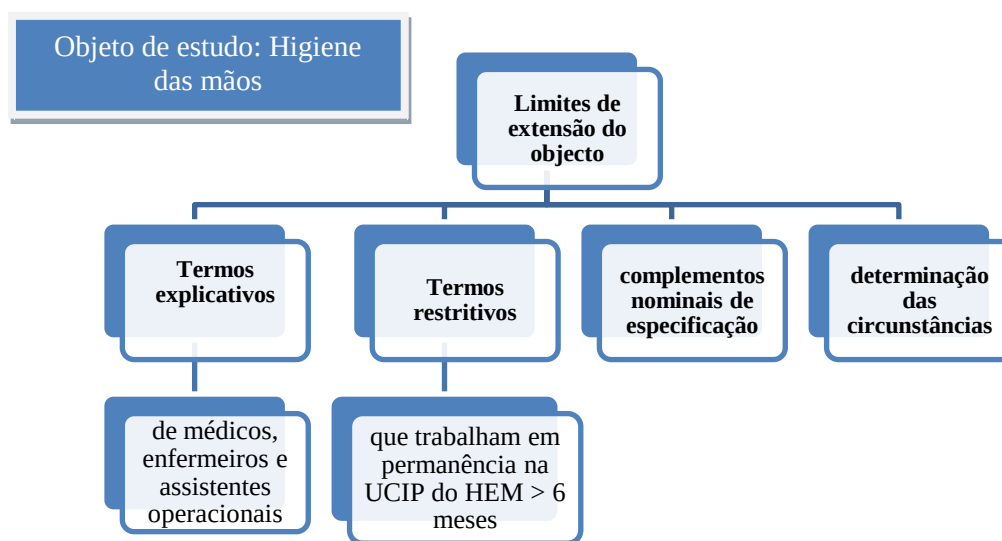


Figura 2 - Problema de Investigação (Fonte: LAKATOS; MARCONI, 1992).

⁶ "Questiona sobre as relações entre as variáveis que o investigador pretende conhecer" (CRESWELL, 2009).

3.1. Formulação dos objetivos

Definiu-se como **objetivo geral**⁷ desta investigação⁸: conhecer os aspetos facilitadores e inibidores da adesão à higiene das mãos, percecionados pelos três grupos de profissionais de saúde da UCIP do HEM.

Como objetivos específicos⁹ apontam-se:

1. Caracterizar os três grupos de profissionais de saúde a exercer funções na UCIP do HEM no momento da colheita de dados quanto a: idade; género; habilitações literárias; nome e localidade da instituição de formação académica/profissional; tempo decorrido desde formação académica/profissional; categoria profissional; anos de exercício profissional; anos de exercício profissional na UCIP; formação sobre Higiene das mãos (durante e após formação académica/profissional; e presença em Campanhas de Higiene das Mãos.
2. Descrever os conhecimentos dos três grupos de profissionais de saúde da UCIP do HEM sobre a percepção do impacto e importância das IACS's (percentagem global de doentes nos hospitais portugueses que contrai uma IACS; percentagem global de doentes nos Cuidados Intensivos que contrai uma IACS; número de doentes que morrem, anualmente, devido a uma IACS; dias extra que doentes permanecem internados ao contraírem INCS; despesa financeira com IACS.
3. Conhecer a percepção dos três grupos de profissionais de saúde da UCIP do HEM sobre aspetos da higiene das mãos (via transmissão infecção cruzada; eficácia da higiene das mãos; momentos que previnem transmissão de microorganismos para o doente; momentos que previnem transmissão de microorganismos para o profissional; tempo mínimo para a higiene das mãos com água e sabão; tempo mínimo para a higiene das mãos com SABA; aspetos a evitar pelo aumento da probabilidade de colonização das mãos; categoria profissional que deve idealmente higienizar as mãos; eficácia da higiene das mãos nos “5 momentos”).

⁷ “Um objectivo geral deve traduzir no modo mais sumário possível a objectivação das questões de investigação” (AGUIAR, 2007).

⁸ O trabalho de dissertação do Mestrado está associado aos trabalhos de pesquisa do Projeto OSYRISH.

⁹ “Compreendem etapas intermediárias que, sob aspetos instrumentais, permitem atingir o objetivo geral” (LAKATOS; MARCONI, 1992).

4. Conhecer a percepção dos três grupos de profissionais de saúde da UCIP do HEM sobre aspetos da adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM (a percentagem da adesão; a prioridade atribuída; o esforço exigido aos profissionais para o cumprimento; eficácia de actividades a implementar para aumentar a adesão).
5. Identificar os “momentos” em que os profissionais percecionam ter maior facilidade na higiene das mãos.
6. Identificar os “momentos” em que os profissionais percecionam ter maior dificuldade na higiene das mãos.
7. Identificar os obstáculos apontados pelos três grupos de profissionais de saúde à adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM.

IV. Quadro de referência¹⁰

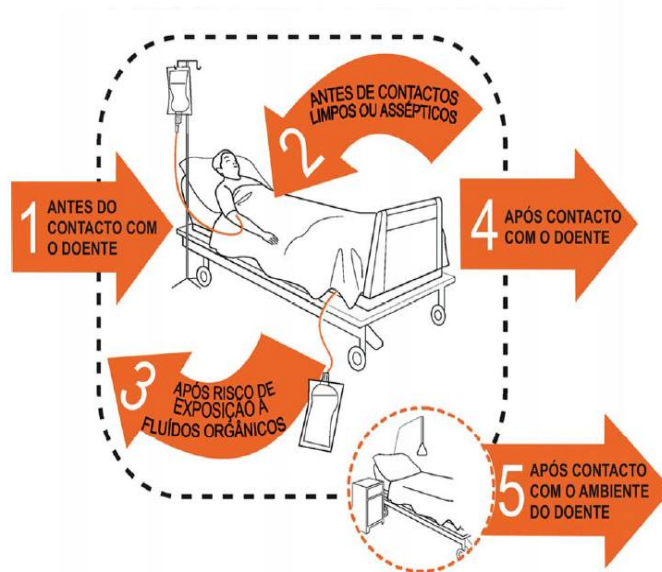


Figura 3 – Modelo conceitual da WHO para a higiene das mãos (PNCI, 2009).

O modelo dos “5 momentos” (figura 3) para a higiene das mãos, de acordo com a proposta da WHO, engloba as indicações ou tempos em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica (PNCI, 2009):

- Antes do contacto com o doente - recomendada antes e após contacto com o doente.
- Antes de procedimentos assépticos - antes de manipular um dispositivo invasivo, independentemente do uso de luvas ou na mudança de um local do corpo contaminado, para outro que esteja limpo, durante a prestação de cuidados.
- Após risco de exposição a fluidos orgânicos – após contacto com fluidos ou excreções corporais, mucosas, pele com solução de continuidade, pensos de feridas; na mudança de atividade num local do corpo contaminado para outro que esteja limpo durante a prestação de cuidados; após remover as luvas.
- Após contacto com o doente – antes e após contacto direto com doentes; após remover as luvas.

¹⁰ “Estrutura abstrata formada por uma ou várias teorias ou conceitos, que são reunidos em conjunto, devido às relações que eles têm com o problema de investigação a definir”(FORTIN, 2009).

- Após contacto com o ambiente envolvente do doente – após contacto com objetos inanimados (incluindo equipamento médico) pertencentes à unidade do doente; após remover as luvas.

Os “momentos” que previnem a transmissão de microorganismos para o doente são “antes do contacto com o doente” e “antes de procedimentos assépticos”. Por outro lado, os que previnem transmissão de microorganismos para o profissional são “após risco de exposição a fluidos orgânicos” após contato com o doente” e “após contacto com o ambiente envolvente do doente”. As recomendações alertam ainda para o que os profissionais de saúde têm necessidade de realizar, como sendo: efetuar a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde; utilizar adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão); cumprir a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento; colaborar com o responsável pelo controlo de infeção na avaliação da adesão à prática da higiene das mãos e noutras atividades relacionadas com esta prática e proceder ao ensino ao doente, visitas, voluntariado e fornecedores sobre a higiene das mãos. Existem momentos que podem ser coincidentes (e.g. após contacto com doente 1 e antes do contacto com o doente 2). Durante as atividades realizadas numa UCI, em média, existem 20 oportunidades de higiene das mãos, por doente, por hora, no entanto a adesão não ultrapassa os 50% (adaptado de SAX et al, 2007). Tal facto ocorre pelo elevado número de oportunidades para a higiene das mãos no decorrer da prestação de cuidados a um doente crítico associados a aspetos que dificultam a adesão ao procedimento.

Cabe aos órgãos de gestão atribuir prioridade institucional ao aumento da adesão à higiene das mãos; promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática; divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho; disponibilizar lavatórios adequados e colocados em locais estratégicos; fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados; fornecer sabão adequado e creme hidratante para as mãos dos profissionais, de modo a minimizar a ocorrência de dermatites de contacto associadas à higienização das mãos e a fornecer produtos para higiene das mãos alternativos aos profissionais com reações adversas aos produtos utilizados na unidade de saúde. Devem também ser designados profissionais com formação e treino em controlo de infeção para implementar programas promocionais da

prática de higiene das mãos, com o objetivo de aumentar a adesão dos profissionais de saúde a esta prática (PNCI, 2009).

V. Material, população e métodos

5.1. Desenho do estudo¹¹

Tratou-se de um **estudo de caso**¹² **descritivo**¹³ - segundo YIN (2003), “existem três condições a ter em conta na escolha da estratégia de investigação: o tipo de questão de investigação; o controlo do investigador sobre o comportamento dos indivíduos e o foco dado a fatores contemporâneos, em oposição a fatores históricos”. Com o tipo de desenho descritivo pretendeu-se “obter uma visão geral de uma situação ou de uma população, baseando-me em questões de investigação e objetivos (...). Pretendia-se “saber como se reparte uma dada população em relação aos conceitos ou às variáveis estabelecidas e medir as frequências dos diferentes valores de uma característica numa população (FORTIN, 2009).

O estudo de caso trata-se de “uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos vários fatores” (YIN, 2003). Uma vez que se “foca em fenómenos sociais (...) inseridos em algum contexto da vida real, quando se procura a compreensão de pessoas ou eventos, tenta responder a perguntas descritivas ou explicativas, do tipo “*como*” e “*porque*” (YIN, 1994) – o que remete para a questão de investigação deste estudo (aspetos relacionados com o cumprimento da higiene das mãos). Nesta estratégia de investigação não existe, por parte do investigador, controlo sobre o comportamento dos indivíduos, mas pode fornecer um conhecimento aprofundado de uma determinada situação (...) especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 1994).

De acordo com a tipologia definida por YIN (2003), este estudo de caso foi do tipo *único*, considerando o número de casos envolvidos no processo, e *holístico* na

¹¹ “O desenho de investigação é um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses e que define mecanismos de controlo, tendo por objeto minimizar os riscos de erro” (FORTIN, 2009).

¹² “Consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social (indivíduo, família ou grupo)” (FORTIN, 2009).

¹³ Visa fornecer uma descrição e identificar as características de um fenómeno determinado (adaptado de FORTIN, 2009).

perspetiva da unidade de análise (“algum evento ou entidade que é menos definido do que um único indivíduo”): a adesão ao procedimento de higiene das mãos.

Pode-se ainda dizer que é “particular”, uma vez que se centra num determinado fenómeno; descritivo, procurando descrever esse fenómeno de forma exaustiva; “heurístico”, por levar à compreensão do fenómeno em estudo; “indutivo”, por ser este o raciocínio que o orienta (adaptado de CARMO; FERREIRA, 2007).

Embora não sejam muito frequentes, “podem ser realizados estudos de caso recorrendo a abordagens preferencialmente quantitativas ou de carácter misto” (Fortin, 2009). Assim, a abordagem foi **quantitativa**¹⁴ na medida em que se pretenderam “obter a descrição quantitativa ou numérica de atitudes, tendências ou opiniões de uma população” (CRESWELL, 2009), neste caso, as percepções dos profissionais da UCIP do HEM no que concerne aos aspetos facilitadores e inibidores do cumprimento da higiene das mãos.

5.2. População em estudo

O estudo foi implementado na UCIP do HEM e a população-alvo¹⁵ incluiu **todos** os profissionais de saúde que se inseriam nos critérios de inclusão, dos quais se destacam:

- Ser profissional de saúde a exercer funções na UCIP do HEM pertencente a um dos três grupos profissionais (médico, enfermeiro ou assistentes operacional¹⁶), há mais de 6 meses no momento da colheita de dados - não se aplicou o instrumento de colheita de dados (ICD) a elementos recém-chegados ao serviço, em fase de integração.
- Ser profissional de saúde, a exercer funções permanentes na UCIP HEM (foram excluídos os profissionais que fazem serviço “ocasional” no serviço. e.g.. médicos que só trabalham aos fins-de-semana, em regime de “banco de 24 horas”).

Como critério de exclusão definiu-se: “ser profissional de saúde, em cargos de chefia” – Diretor Clínico, Enfermeiro-chefe e “2º elemento de enfermagem”.

¹⁴ “Testa teorias objetivas examinando a relação entre variáveis, medidas através de instrumentos” (CRESWELL, 2009).

¹⁵ Conjunto de valores de uma variável sobre a qual pretendemos tirar conclusões (CRESWELL, 2009).

¹⁶ Nova designação para auxiliar de ação médica.

Neste caso, não foi selecionada qualquer amostra, sendo utilizada a população-alvo total – 37 profissionais de saúde (excluindo a mestranda).

5.3. ICD

5.3.1. Selecção, construção e organização do ICD

No início da investigação foi ponderado o uso da técnica de *focus group* (muito utilizada em estudos de caso) no entanto, pelo conhecimento do local do estudo, optou-se por escolher o questionário como ICD, quer pela motivação atual dos profissionais quer pela disponibilidade temporal e psicológica dos mesmos para participarem.

O questionário¹⁷ (ver anexo 2) foi construído para o efeito, mas tendo por base a estrutura de um instrumento já utilizado pela WHO (WHO, 2009) e que já fora integrado na fase de “avaliação de base – diagnóstico” aquando da implementação da Campanha da Higiene das Mãos a nível nacional. Na altura, foram desenhados dois questionários pela WHO (disponíveis *online*): “Questionário para avaliação da percepção dos órgãos de gestão/dirigentes sobre a importância da higiene das mãos na prevenção das IACS’s” e “Questionário para avaliação da percepção e conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a importância da higiene das mãos na prevenção das IACS’s” (PNCI, 2009). O objetivo deste tipo de ICD’s era permitir que os profissionais de saúde conseguissem revelar o que sabem e pensam sobre a higiene das mãos (adaptado de *JOINT COMMISSION*, 2009). Contém elementos de teorias cognitivas sociais aplicados aos comportamentos relacionados com a saúde – “Teoria do Comportamento Planeado”, que postula que um determinado comportamento é precipitado por: uma intenção a qual é predita diretamente por facultar variáveis de atitudes (sentimentos ou afetos pelo comportamento); controlo comportamental percebido (percepções sobre ter controlo suficiente para ter o comportamento); normas subjetivas (percepção de que a pessoa importante para ele/ela considera que se deve ter esse comportamento).

A construção do questionário para esta investigação foi feita a partir da junção de questões selecionadas a partir de ambos os questionários-base e foram acrescentadas

¹⁷ “Oferecem uma descrição quantitativa de tendências, atitudes ou opiniões de uma população através de uma amostra dessa população” (CRESWELL, 2009).

outras, criadas pela mestrandia, tendo por base a pesquisa bibliográfica, de forma a responder aos objetivos do estudo. Assim, do questionário da WHO (número 1) foram removidas as questões com os números 10, 17, 18 e 20, e do questionário número 2, foram utilizadas todas as questões (apenas foi alterada a forma de resposta às questões números 16 e 17, uma vez que o modo dicotómico de resposta não se adequava à pergunta, na perspetiva da mestrandia).

O ICD foi composto por 34 perguntas, organizadas em cinco partes: introdução; secção 1 com perguntas sobre identificação do respondente; secção 2 com perguntas relativas à percepção do impacto e importância das IACS's; secção 3 com perguntas sobre percepção da higiene das mãos e secção 4 com perguntas sobre percepção da adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM.

Apresenta-se a tabela 1, de forma a apresentar a correspondência das secções/ perguntas do questionário com os objetivos respetivos do estudo de investigação:

Tabela 1 – Correspondência entre variáveis do estudo e perguntas do questionário.

Objetivos do estudo	Variáveis	Nº da pergunta	Secção
1	Identificação do respondente	A1. a A13.	Identificação do respondente
2	Conhecimentos sobre impacto e importância das IACS's	B1., B2., B3., B4., B5.	Percepção do impacto e importância das IACS's
3	Conhecimentos sobre a eficácia, método e as indicações para a higiene das mãos	C1. a C10.	Percepção do respondente sobre a higiene das mãos
4, 5, 6, 7	Percepção da prioridade, dificuldade ou facilidade e dos obstáculos individuais à adesão da higiene das mãos e das atividades de melhoria	D1., D2., D3., D4., D5., D6., D7., D8.	Percepção da adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM

Os questionários da WHO (2009) apresentavam-se em língua inglesa, daí que as questões utilizadas no ICD aplicado tenham sido traduzidas para língua portuguesa e confirmadas através da retro-tradução de forma a evitar erros de compreensão (FORTIN, 2009). Não foi feito nenhum recurso a especialista em retro-tradução, tendo sido testada a facilidade de compreensão das perguntas através do pré-teste aplicado. O facto de se fazer uso de um questionário previamente validado e publicado permitiu a comparação entre os dados que obtive com outros, de estudos já realizados (adaptado de BOYNTON; GREENHALGH, 2004).

As questões foram fechadas¹⁸ ou do tipo “dicotómico” (escolha entre duas opções de resposta) ou de “escolha múltipla” (série de respostas possíveis colocadas numa determinada ordem) ou “enumeração gráfica” (em que é pedido para indicarem a sua apreciação numa escala bipolar cujos extremos são enunciados opostos) (adaptado de FORTIN, 2009). O formato de resposta era de (“*tick box*”) - através de uma “cruz” no quadrado referente à resposta escolhida (BOYNTON; GREENHALGH, 2004) ou resposta curta (ex. pergunta A5).

As perguntas de resposta fechada podem limitar o respondente, levando o mesmo a selecionar uma resposta ao acaso quando a sua situação pessoal não está contemplada ou inclusivamente fazer com que não responda. Daí que se tenham apresentado, em algumas questões, as hipóteses de resposta “outro”, “outra”, “não me lembro”. Nas perguntas sobre conhecimentos (perguntas da secção 2 – “percepção do impacto e importância das IACS’s” e na pergunta D1 da secção 4) foi dada a hipótese de resposta “não sei”, de forma a evitar uma seleção de resposta ao acaso/não resposta, pelo receio de embaraço do desconhecimento (adaptado de FORTIN, 2009).

Apesar de se ter optado, quase exclusivamente, por questões de resposta fechada - o que facilitou a recolha de informação de forma objetiva e posterior codificação e análise das respostas - também existiram algumas questões abertas. Estas foram utilizadas apenas para alguns dados quantitativos (e.g. idade, nome e localidade da instituição de formação), cujas gamas de valores de resposta eram imprevisíveis.

De forma a quantificar as respostas, os tipos de escalas¹⁹ usadas foram: a Escala de Likert, onde é “oferecida aos respondentes uma lista de afirmações ou questões e é

¹⁸ Questão em que o respondente escolhe entre respostas alternativas fornecidas pelo autor” (CRESWELL, 2009).

¹⁹ “Quantificam as respostas ao transformarem respostas em variáveis numéricas” (FORTIN, 2009).

pedido para selecionarem a que melhor representa o grau, classificação ou gravidade da resposta”, e a “Escala de Likert forçada” (TOTTEN; PANACEK; PRICE, 1999) que oferece um número mais distribuído de pontos de resposta e que força o respondente a escolher por um dos polos de resposta (TOTTEN; PANACEK; PRICE, 1999).

Optou-se por ser um questionário de auto-preenchimento, o que permitiu garantir a privacidade do respondente durante a aplicação do mesmo, evitando possíveis embaraços nas respostas que poderiam surgir mediante a temática da investigação. Para além disto, foi fundamental a possibilidade de os respondentes poderem preencher o questionário no domicílio, no horário que mais lhes conviesse, sem ter de prejudicar o horário laboral no serviço (adaptado de FORTIN, 2009).

Foi realizada uma primeira secção referente à introdução, da qual constava a exposição de vários elementos, como sendo: motivo de seleção do respondente; apresentação do tema do questionário; objetivo do questionário; identificação da instituição académica/científica promotora do estudo; formas de divulgação do estudo previstas; estimativa do tempo para preenchimento; garantia da participação voluntária; carácter individual e confidencial do questionário; garantia de tratamento confidencial dos dados recolhidos; espaço para comentários, ideias, questões ou outros aspetos; modo de procedimento para entrega do questionário preenchido.

Tentou-se usar um vocabulário simples e acessível a todos os respondentes (com formações académicas distintas), para além de que foi apresentado um pequeno glossário com o significado de alguns termos expostos ao longo do questionário.

No início de cada secção de perguntas, foi elaborada uma identificação da mesma, bem como dadas instruções sobre o seu devido preenchimento, nomeadamente nas perguntas com várias possibilidades de resposta em que foi indicado o número de respostas a assinalar e sublinhados os termos mais importantes) (FORTIN, 2009).

O aspeto estético foi tido em conta, optando-se por apresentá-lo na horizontal, de forma a ter número um pouco mais reduzido de páginas, mas mantendo-se um espaço adequado entre as perguntas devidamente numeradas. No final foi agradecida a colaboração e apresentada a bibliografia do questionário-base.

5.3.2. Pré-teste²⁰

O questionário foi testado em indivíduos idênticos aos da população do estudo, como tal foi aplicado um pré-teste, uma vez que a população-alvo do questionário que serviu de base eram os “*senior managers*”, e não os três grupos profissionais, que foram a população neste estudo. O local escolhido para aplicação do pré-teste foi a UCIC (Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos) do HEM, pelo facto de ser um serviço com características similares ao local onde foi desenvolvido o estudo.

Foi pedido aos respondentes para acrescentarem comentários sobre o questionário na sua generalidade num dos *itens* do questionário – “anotações extra” – como sendo: questões que não considerassem pertinentes ou que levantassem dúvidas (com respetivas razões); aspetos a melhorar no questionário (e.g. número de páginas, aspeto visual do questionário, espaço para resposta); ou outras dificuldades no seu preenchimento. A adicionar a isto, foi também pedido para os respondentes entregarem o pré-teste em envelope fechado à Enfermeira- chefe do serviço, que fora previamente informada da finalidade e âmbito deste pré-teste e a qual autorizou a sua aplicação.

Foram respondidos onze questionários (apesar de terem sido entregues vinte), nomeadamente por uma médica anestesiologista, um assistente operacional e nove enfermeiros (três deles com especialidade em áreas da Enfermagem). Não foi possível saber o tempo despendido por cada pessoa para preenchimento do questionário.

Deste processo de ajustes, resultaram algumas anotações e sugestões por parte dos respondentes:

- Pergunta A6 – considerada mal formulada;
- Perguntas A6 e A8 - consideradas questões repetidas sobre aspeto da experiência profissional;
- Perguntas C3/C4 – consideradas questões mal formuladas – respostas não compatíveis com questões do tipo dicotómico (Sim/Não);
- Pergunta C9 – respostas possíveis consideradas pouco concretas, visto que os “5 momentos” principais se podem repetir na mesma hora e dependendo do contacto com o doente;

²⁰ Serve para “verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo (...) para descobrir defeitos e fazer as correções que se impõem” (FORTIN, 2009).

- Perguntas D2/D3/D4 - consideradas questões repetidas;
- Pergunta D8 (alínea p) - finalidade da pergunta considerada pouco perceptível;
- Documento demasiado extenso, com sensação de repetição de perguntas;
- Trabalhar apenas um grupo profissional;
- Melhorar o português, relacionando melhor as questões para a resposta que se pretende obter;
- Perguntas com dificuldade de compreensão, por não serem diretas;
- Utilizar a escala de Likert com menos opções de resposta;
- Assinar o consentimento informado no início e não no final do questionário.

Secundariamente a estas sugestões foram realizados ajustes nas questões consideradas mal formuladas, tentando tornar o questionário menos extenso (através de eliminação de algumas questões) e mais perceptível. Não foi considerada a sugestão de abordar apenas um grupo profissional, uma vez que esse não era o objetivo deste estudo.

À parte de estas pessoas, numa segunda fase, o questionário foi ainda revisto pelo orientador desta investigação, pela responsável pela CCI do HEM, e ainda por profissionais não pertencentes à instituição hospitalar do estudo - um médico interno de Anestesiologia, uma jornalista e uma enfermeira generalista. Todos os respondentes do pré-teste foram excluídos do estudo final.

5.3.3. Definição e operacionalização de variáveis²¹

Segundo CRESWELL (2009), uma variável “refere-se a uma característica ou atributo de um indivíduo ou organização que pode ser medida ou observada e que varia na população ou organização estudada (e.g. sexo, idade, atitudes, comportamentos, etc.).

A variável dependente²² deste estudo é aquela que procura como resposta na investigação, sendo neste caso, os aspetos facilitadores e inibidores da adesão à higiene

²¹ “Enuncia os procedimentos a aplicar para medir a variável” (FORTIN, 2009).

das mãos na UCIP do HEM e trata-se de uma variável qualitativa²³, nominal²⁴. Como variáveis independentes²⁵ apontam-se todas as outras patentes no questionário e que se relacionam com as variáveis socio-demográficas, percepções sobre o impacto e importância das IACS's, percepção sobre a higiene das mãos e percepção sobre a adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM.

Não pretendi perceber quais os efeitos das variáveis independentes na dependente (dado o tamanho da amostra e o tipo de análise estatística escolhido), analisando apenas alguns dados de forma a perceber onde poderia intervir para alterar a situação relativa ao cumprimento da higiene das mãos.

A partir da definição das variáveis, é apresentado o quadro de operacionalização das mesmas (adaptado de HILL; HILL, 2002) (ver anexo 3).

5.3.4. Implementação do estudo

O questionário foi entregue em suporte de papel, em envelope fechado a cada um dos profissionais, entre 26 de Julho e 20 de Agosto de 2013 pela própria mestrand, o que permitiu eliminar intermediários, e esclarecer quaisquer dúvidas. Por ser um período de férias para muitos profissionais, tentou-se aplicar o ICD entre duas quinzenas deste período. No caso dos profissionais em licença por doença ou maternidade foram efetuados contactos telefónicos, com combinação de data e local de entrega do instrumento de colheita de dados (ICD) e respetiva data limite de retorno. Foram realizadas duas tentativas de contacto em dois momentos diferentes, sob pena de não se incluir esse profissional, se não fosse obtida nenhuma resposta de retorno – este caso ocorreu com um dos profissionais, que acabou por não ser incluído no estudo. A entrega e posterior recolha foram realizadas pela mestrand, em cada passagem de turno (8h-15h30-22h30), para abranger os profissionais no período em que estavam de serviço simultaneamente.

Um aspeto de salientar é o de que durante o período de colheita de dados não foram realizadas formações em serviço, nem a distribuição de nenhum material

²² “Dependem da variável independente, sendo os resultados da influência das variáveis dependentes”(CRESWELL, 2009).

²³ “Se os valores que pode assumir correspondem a categorias de nomes” (CUNHA et al, 2007).

²⁴ “Assume valores que correspondem a categorias de nomes” (CUNHA et al, 2007).

²⁵ “Provavelmente causam, influenciam ou afectam os resultados” (CRESWELL, 2009).

relacionado com o tema da Higiene das Mãos – inclusivamente, foi adiada a entrega aos profissionais de saúde, do Relatório Anual de Atividades no qual consta o resultado das auditorias ao procedimento da Higiene das Mãos, elaborado pelos elementos de interligação com a CCI.

5.4. *Análise dos dados*

5.4.1. Dados omissos

Foram considerados os casos em que não houve preenchimento no local para resposta. Só houve uma pergunta onde os respondentes assinalaram mais do que uma resposta, quando era apenas indicado que apontasse uma ou menos opções – respetivamente perguntas C9 e D7. No tratamento dos dados, estas situações foram tidas em conta, e analisadas de forma mais específica, como se poderá ver no capítulo seguinte.

5.4.2. Análise estatística²⁶

Os dados colhidos foram quantitativos, daí que para este tipo de abordagem tenha sido utilizada uma base de dados com posterior recurso ao programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS[®]) (versão 21) e ao *Microsoft Office Excel* 2007 para tratamento dos dados.

Foi utilizada a Estatística Descritiva, começando-se pela observação dos dados (e ordenação dos mesmos) bem como a verificação da existência de valores em falta, de forma a não comprometer o seu tratamento (através do *Microsoft Excel* 2007). Este tipo de Estatística permitiu “descrever, de forma sumária, alguma característica de uma ou mais variáveis” (HILL; HILL, 2002), para responder às questões de investigação.

A primeira análise estatística a ser efetuada foi uma análise descritiva univariável, que permitiu ter uma fotografia sumária das características dos indivíduos intervenientes no estudo, assim como de alguns resultados de maior interesse para o estudo (Aguiar, 2007). Para resumir as principais características de um conjunto de

²⁶ Identifica os tipos de análise estatística que será utilizada durante a investigação (adaptado de CRESWELL, 2009).

dados, usaram-se parâmetros (uma vez que se referem à população do estudo) (Cunha & Oliveira, 2007). Esta análise de dados foi realizada através de tabelas de distribuição de frequências (frequências absolutas (N) e frequências relativas (%)), determinação de medidas estatísticas de tendência central (média, aritmética, mediana, moda); medidas de posição (quantis); medidas de dispersão (desvio-padrão, amplitude de variação com mínimo e máximo); representação gráfica (gráficos de barras, circulares, histogramas e *box-plots*) (adaptado de CUNHA et al, 2007).

Seguidamente à análise de estatística descritiva surgiu a necessidade de definir que técnicas de estatística inferencial vão ser utilizadas, fundamentalmente nas associações que se pretendiam provar (adaptado de AGUIAR, 2007). No entanto após discussão com estatista, e devido ao número de respondentes (com a amostra-alvo a corresponder à população total), apenas foi possível realizar a análise descritiva dos dados.

Em algumas das variáveis, foi necessária a recategorização das mesmas, em um número específico de categorias, nomeadamente na variável “idade” e na variável “experiência profissional na UCIP”.

VI. Considerações éticas e legais

Este estudo implicou o cumprimento de determinados princípios éticos, legais e institucionais²⁷. Antes da aplicação do questionário, em Fevereiro de 2013, foi realizado um pedido de autorização remetido à Presidente do Conselho de Administração do CHLO (ver anexo 4), onde foi identificada a mestrandia, a instituição académica de ensino, explicitado o objetivo do estudo, o seu enquadramento e o ICD que iria ser aplicado. Para além disto foi pedido consentimento para utilização dos resultados das últimas auditorias referentes à Campanha de Higiene das Mãos na UCIP do HEM (2012). Este pedido foi aprovado em Março de 2013, após tomada de conhecimento do Diretor Clínico (na pessoa do profissional substituto, uma vez que o primeiro se encontrava de licença por doença) e do Enfermeiro-Chefe da UCIP do HEM.

A todos os respondentes foi garantido o direito de exercer o seu direito ao consentimento livre e esclarecido²⁸. Deste modo, na segunda página do questionário, figurava o consentimento informado, onde foi identificada a autora do estudo, os direitos que o respondente tinha e o local para assinatura, confirmando os mesmos (FORTIN, 2009).

No momento de análise dos dados, de forma a garantir o anonimato e confidencialidade dos dados, foram desagregados os consentimentos informados, onde figuravam os nomes dos respondentes (no caso da pessoa ter optado por responder) dos questionários propriamente ditos por forma aos respondentes não serem identificados pela mestrandia. Apesar de os indivíduos terem sido alertados para esse fato, houveram alguns que optaram por não assinar.

Para além disto, foram atribuídos códigos numéricos a cada um dos questionários, aos quais apenas a mestrandia teve acesso. Por último, durante a análise e interpretação, os dados foram armazenados num local restrito a qualquer outra pessoa que não fazia parte da investigação (com recurso a *password* de acesso individual).

Foi tida em conta a garantia de respeito da privacidade e de anonimato dos informadores (não foi pedido o nome do profissional no questionário) e da proteção dos

²⁷ “Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida no respeito dos direitos da pessoa” (FORTIN, 2009).

²⁸ “O consentimento é considerado como livre e voluntário se a pessoa, que dá a sua concordância, usufrui de todas as suas faculdades mentais e não foi sujeita a nenhuma forma de manipulação, coersão ou pressão” (FORTIN, 2009).

dados (recolhidos só dados com relevância para a investigação; os processos de acesso, de utilização, de conservação/destruição dos dados serão apresentados). Como a participação deve ser voluntária, foi elaborado um documento de consentimento informado, de onde constava informação adequada sobre os objetivos da investigação, os responsáveis, os métodos, a utilização dos resultados e as modalidades de transmissão dos resultados (IHMT, 2012). Este consentimento garantia os direitos ao participante de: “Solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre este trabalho de investigação; Sigilo absoluto sobre nomes, apelidos, datas de nascimento, bem como quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal; Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais à sua integridade física, moral e social; Desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo” (MANSOA, 2010).

6.1. Conflitos de interesse

O facto de a mestrandia trabalhar no local de colheita de dados, acumulando o papel de colega de trabalho e responsável pelo estudo. No entanto, denote-se que este aspeto não interferiu com o desenvolvimento do estudo.

Não houve necessidade de outros recursos financeiros adicionais, nomeadamente para deslocações ao local do estudo, uma vez que a investigadora realizou a colheita de dados em dias de cumprimento de funções profissionais.

VII. Resultados e Discussão

Neste capítulo são apresentados os dados obtidos após implementação do ICD, de acordo com as dimensões das seções do ICD, discutindo os mesmos à luz do conhecimento anterior.

7.1. Taxa de resposta ao questionário

Dos trinta e sete questionários que foram entregues, obtiveram-se **trinta e cinco** foram respondidos, ou seja, obteve-se uma taxa de resposta de 94,6%. Um dos profissionais (do grupo profissional de enfermagem) recusou responder com a justificativa de ter “receio de ser exposto /identificado através das respostas”, apesar de ter sido alertado para a proteção de dados (explicado no consentimento informado do questionário). O outro profissional não entregou o questionário no tempo definido, apesar de terem sido estabelecidos os contactos telefónicos pré-definidos na metodologia deste estudo, argumentando que o questionário era “demasiado extenso” – este era o único elemento do sexo masculino do grupo dos assistentes operacionais, o que poderia ter permitido algum tipo de diferença nos dados obtidos pelo fator “género”.

De notar que as taxas de resposta foram mais baixas por parte dos assistentes operacionais, grupo que demorou também mais tempo na entrega dos questionários preenchidos.

7.2. Secção A: Identificação dos respondentes

Os respondentes foram trinta e cinco: vinte e dois enfermeiros (14 enfermeiros e 8 enfermeiros especialistas²⁹), oito assistentes operacionais e cinco médicos.

²⁹ Foram separadas as categorias de enfermeiro e enfermeiro especialista pelas possíveis diferenças de dados causadas pelas diferenças formativas.

A.1. Grupo etário³⁰

A média de idades no total dos três grupos profissionais é de 38,9 anos.

Os médicos e os assistentes operacionais são os grupos profissionais com mais pessoas acima dos 56 anos de idade. A categoria profissional onde o grupo etário dos “28 aos 34” anos prevalece é a dos enfermeiros.

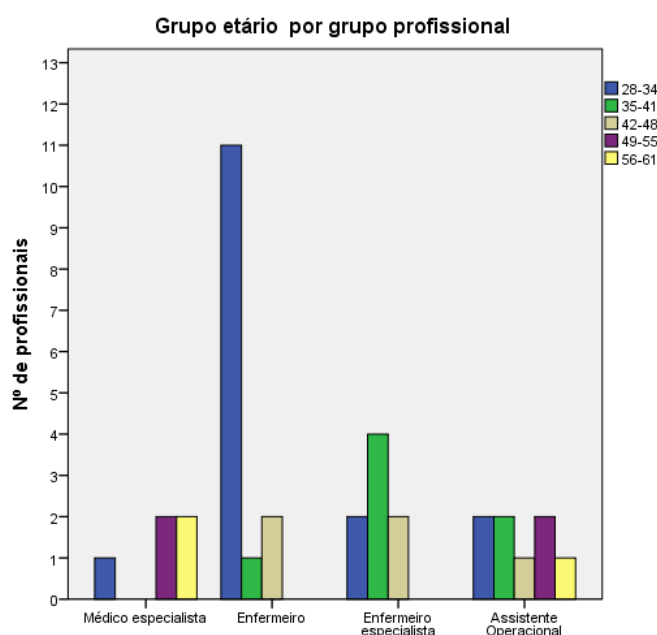


Gráfico 1: Grupo etário por grupo profissional.

Como se pode verificar através do gráfico 1, todos os médicos (exceto um profissional que está no grupo etário mais jovem) se inserem no grupo etário dos “49 aos 61” anos. Nos enfermeiros, existem apenas três profissionais que estão no grupo etário entre os “35 e 48” anos. Os restantes onze são todos mais jovens. Dos enfermeiros especialistas, há duas pessoas com idade entre os “28 e os 34 anos”, quatro dos 35 aos 41 anos e duas dos 42 aos 48 anos. No grupo dos assistentes operacionais, existem profissionais que se inserem em todos os grupos etários, sendo que apenas uma está no grupo dos “42 aos 48” anos e uma no grupo dos “56 aos 61” anos.

³⁰ Optou-se por recategorizar esta variável numérica numa nova variável categórica, pela possibilidade desta assumir muitos valores diferentes.

A.2. Género

A maioria dos respondentes é do sexo feminino (30 feminino e 5 do sexo masculino). No grupo dos médicos, apenas há um médico do sexo masculino, nos enfermeiros há dois, nos enfermeiros especialistas há dois, e nos assistentes operacionais não há nenhum.

A.3. Habilitações literárias

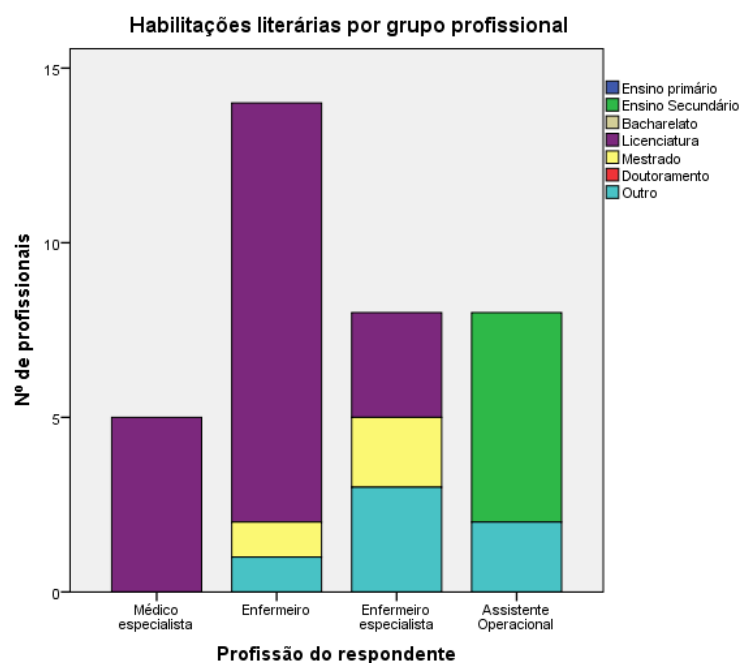


Gráfico 2: Habilitações literárias por grupo profissional.

Os cinco médicos são todos licenciados em Medicina, assistentes graduados de Medicina Interna, com sub-especialidade de Medicina Intensiva, exceto o médico mais jovem (que é médico assistente de Medicina Interna, ainda sem sub-especialidade) – gráfico 2.

Os enfermeiros também são todos licenciados (no grupo etário dos “28 aos 34” anos, a licenciatura já foi de quatro anos, ao passo que os restantes formaram-se primeiramente como bacharéis e só depois de 1998, como licenciados). Existem também enfermeiros com mestrados (três) e quatro (designado no gráfico como “outro”)

com pós graduações e pós-licenciaturas de especialização (na área da enfermagem de reabilitação, médico-cirúrgica e comunitária). As últimas são ofertas formativas recentes, em várias universidades (e.g. Universidade Católica Portuguesa-UCP) que permitem aos profissionais o aprofundamento de competências profissionais e académicas com recurso à investigação, com a hipótese de obterem o grau de Mestre, se optarem por defesa pública do relatório final. Como estas pós-licenciaturas não conferem grau académico mas apenas uma atualização na cédula profissional, é de notar que houveram alguns enfermeiros especialistas, que apontaram que tinham apenas uma Licenciatura e outros que consideraram como “outro” quando responderam.

Os assistentes operacionais têm o ensino secundário (seis) e dois (designadas como “outro” no gráfico) têm o 9º ano.

NOTA: Uma das incorreções no questionário aplicado surgiu na questão referente às habilitações literárias, em que não foi colocada a hipótese de grau de ensino a seguir ao ensino primário (“2º ciclo”). Como existem duas pessoas com o 9º ano, estas tiveram que responder na opção “outro”.

A.4. Nome/ localidade da instituição de formação³¹

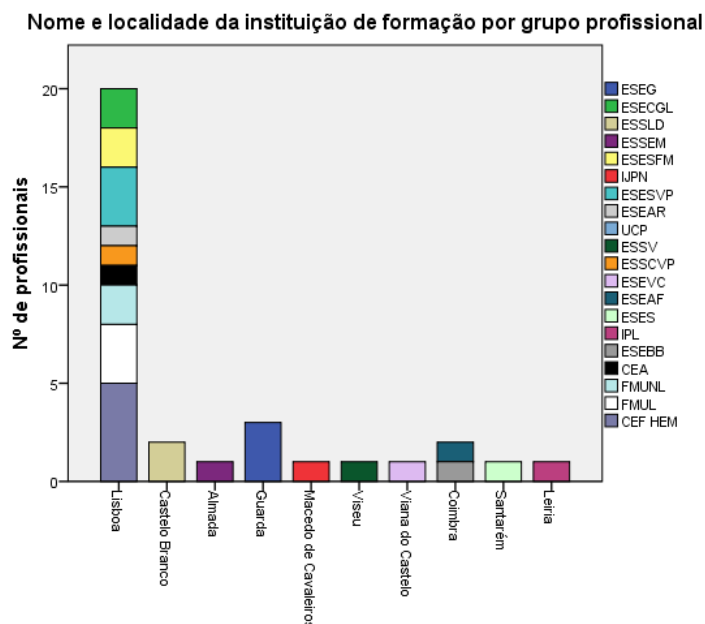


Gráfico 3: Nome e localidade da instituição de formação por grupo profissional.

Grande parte dos respondentes (20/35) frequentou instituições em Lisboa durante a sua formação académica/ profissional (gráfico 3).

Todos os médicos frequentaram faculdades de Medicina em Lisboa – as duas únicas existentes (com diferenças curriculares entre elas). Alguns dos enfermeiros frequentaram escolas de enfermagem em outros locais do país, nomeadamente, Castelo Branco, Guarda, Macedo de Cavaleiros, Viseu, Viana do Castelo, Coimbra, Santarém e Leiria, vindo depois trabalhar para o HEM. Também nestas, existem diferenças curriculares (nomeadamente na carga horária atribuída a questões relacionadas com o controlo de infeção e com o grau de exigência na avaliação em contexto prático), sendo

³¹ ESEG- Escola Superior de Enfermagem da Guarda; ESECGL - Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian Lisboa; ESS LD - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias; ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz; ESESFM - Escola Superior de Enfermagem São Francisco Misericórdias; IJPN - Instituto Jean Piaget Nordeste; ESESVP - Escola Superior de Enfermagem São Vicente Paulo; ESEAR - Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara; UCP - Universidade Católica Portuguesa; ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu; ESSCVP - Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa; ESEVC - Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo; ESEAF - Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca; ESES - Escola Superior de Enfermagem de Santarém; IPL - Instituto Politécnico de Leiria; ESEBB - Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto; CEA - Centro de Emprego de Alcântara (curso técnico de apoio à comunidade); FMUNL - Universidade Nova de Lisboa (Faculdade de Ciências Médicas); FMUL - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; CEF HEM.

algumas instituições privadas. É de notar que os assistentes operacionais obtiveram a sua formação em Lisboa, mais concretamente no HEM (CEF), na medida em que era aí que se procedia à formação de profissionais (alguns deles oriundos de outras profissões não relacionadas com a área da saúde), há alguns anos. Dois dos assistentes operacionais não responderam a esta questão.

NOTA: No que se refere às instituições de formação dos médicos e enfermeiros não foi possível conhecer o caráter de aprovação das disciplinas, ou seja, qual a possibilidade de transitar sem frequência de aulas, e.g., onde é abordada a temática da higiene das mãos.

A.5. Tempo desde a formação base

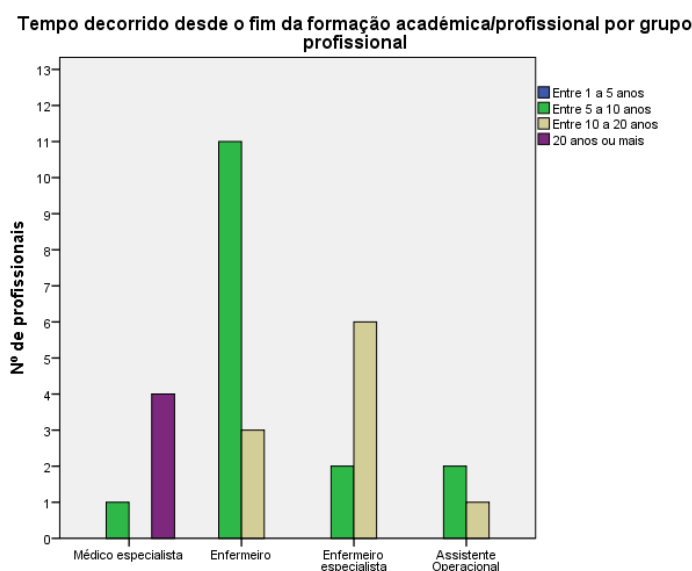


Gráfico 4: Tempo decorrido desde o fim da formação académica/profissional por grupo profissional.

Através da análise do gráfico 4, repara-se que quatro dos cinco médicos já concluíram a sua formação de base há “mais de 20 anos”. No grupo dos enfermeiros, denota-se que existem onze profissionais formados há menos de 10 anos. No grupo dos enfermeiros especialistas, existem duas pessoas entre os “5 e os 10 anos” de profissão e seis entre “10 a 20 anos” de profissão. Das assistentes operacionais respondentes (cinco não responderam), duas têm entre “5 a 10 anos” de profissão e uma entre “10 a 20 anos” (só responderam três num total de 8).

O que é de notar é, que se trata de uma equipa de profissionais (principalmente a dos médicos e a dos assistentes operacionais) mais experiente, o que pode ser sinónimo de uma valorização formativa da higiene das mãos como aspeto preventivo das IACS's na altura da formação de base diferente da atual. Daí que se coloque a questão: Será que as pessoas mais velhas são as que têm maiores dificuldades na adesão ou sabem menos em relação à importância deste procedimento? Por outro lado, todos os grupos profissionais acabam por ir alargando a sua formação (e.g. pós-licenciaturas, pós-graduações, mestrados, sub-especialidades, formações em serviço, congressos, seminários,...), onde pode estar contemplada a temática da higiene das mãos e as IACS's.

A.6. *Experiência profissional na UCIP*³²

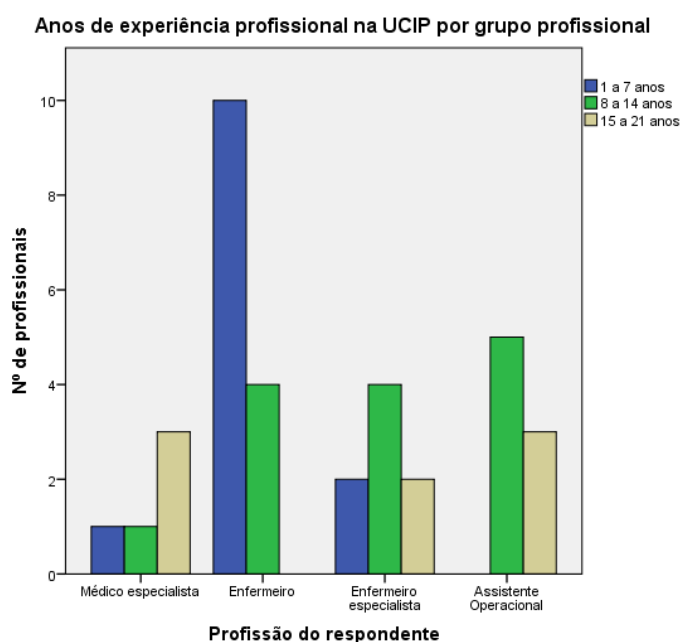


Gráfico 5: Experiência profissional na UCIP por grupo profissional (em anos).

Os grupos em que há profissionais com mais anos de experiência (“15 a 21 anos”) são os médicos, os enfermeiros especialistas e os assistentes operacionais. Denota-se ainda que na equipa de enfermagem há doze elementos entre “1 a 7 anos” de experiência na UCIP do HEM (gráfico 5).

³² Optou-se também por recategorizar esta variável numérica numa nova variável categórica, pela possibilidade desta assumir muitos valores diferentes.

Em todos os grupos profissionais, existem alguns elementos que iniciaram a sua vida profissional após conclusão dos cursos de base imediatamente na UCIP, permanecendo até ao momento no mesmo serviço.

Esta variável pode estar relacionada com a atitude perante o procedimento de higiene das mãos – com o decorrer dos anos, os profissionais podem eventualmente cair em comodismo (atitude mais “descontraída/relaxada”) e se não houver algum tipo de estímulo ou medida, esta pode ser facilmente uma atividade com pouca prioridade nas funções profissionais diárias. Ou seja, “o facto de se trabalhar em equipa, e de muitos profissionais não adotarem a higiene das mãos como medida de controlo de infeção, faz com que haja uma certa desmotivação” (MARTINI, 2004).

Nota: Nesta questão houve mais uma incorreção no questionário aplicado que pode, eventualmente, ter induzido os respondentes em erro. A UCIP teve a sua abertura em 2006 (há 7 anos), resultando da fusão de duas UCI's do HEM. Por este facto, todos os respondentes responderiam 7 anos no que toca aos “anos de experiência profissional na UCIP do HEM”. No entanto, na medida em que todos os profissionais responderam de acordo com os anos em que exercem funções (antes e após a construção da UCIP, nomeadamente na UCIG e na UCINTE), optou-se por alterar a variável na análise de dados, utilizando-os independentemente da UCI onde os profissionais iniciaram a sua actividade em Cuidados Intensivos. Outro aspecto que não foi tido em conta na realização do questionário, foi a opção de resposta para quem trabalha na UCIP entre 6 meses a 1 ano (incluindo-se nos critérios de selecção), mas que ainda não completaram mais de um ano de exercício profissional. Este aspecto ocorreu em dois profissionais – uma enfermeira e um médico com, respetivamente 9 e 18 meses de exercício profissional.

A.7. Formação sobre HM durante a formação

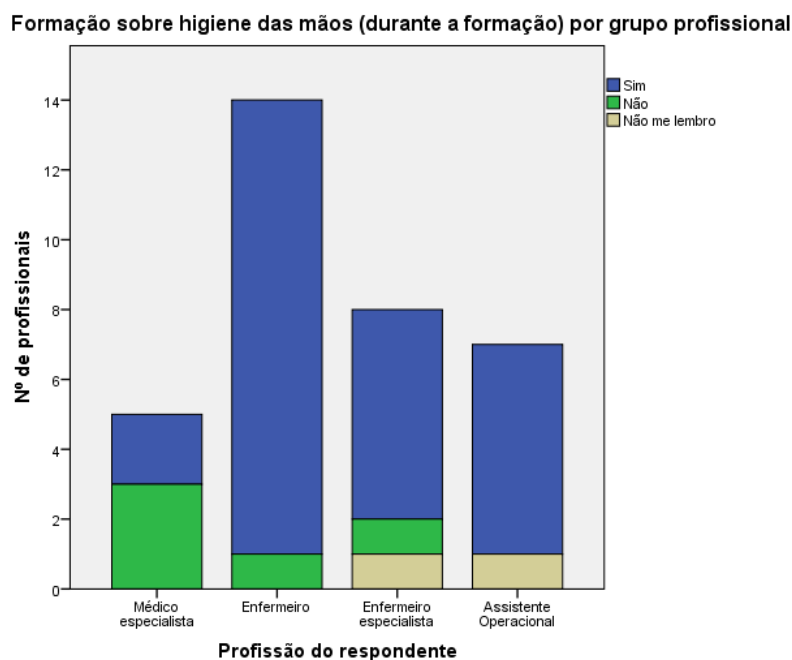


Gráfico 6: Formação sobre higiene das mãos (durante a formação) por grupo profissional.

No grupo dos médicos (gráfico 6), três disseram que não tinham tido formação sobre a higiene das mãos (incluindo o médico mais jovem, que terminou a sua especialidade há menos tempo) durante a formação – o que seria de esperar, uma vez que esta temática, normalmente não faz parte do programa curricular (teórico) no curso de medicina. Nas duas faculdades de Medicina onde os médicos respondentes frequentaram o curso, há poucas disciplinas nas quais possam ter tido algum tipo de contato teórico sobre higiene das mãos e sua importância. Na Faculdade de Medicina de Lisboa (tendo em conta o programa curricular de 2012-2013), as possibilidades onde eventualmente possa ter existido esse contato são: no 1º ano um estágio de “Cuidados de enfermagem”, no 2º ano a UC (Unidade Curricular) de “Microbiologia/Infeção/Imunidade”, no 4º ano a UC de “Cirurgia” ou as UC’s opcionais de “Saúde ocupacional” ou de “Medicina Intensiva”. No caso da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa as hipóteses poderão ser: no 3º ano, as UC’s de “Microbiologia e Parasitologia”, no 4º ano “Cirurgia”, e no 6º ano (como opcional) as UC’s de “Doente crítico”, “Riscos Ocupacionais em Profissionais de Saúde”. Em ambas as faculdades, a iniciação à prática clínica dá-se no 3º ano do curso, local onde podem

eventualmente ser alertados/formados para a importância da higiene das mãos, em algum contexto específico de situação de estágio. No entanto, a componente teórica sobre este tema é escassa. Repare-se que, a maioria dos médicos respondentes, concluíram o curso há mais de uma década, podendo ser a estrutura curricular da altura um pouco diferente da atual – no entanto, após discussão com alguns médicos de idades semelhantes à dos respondentes (que não foram incluídos no estudo), confirmou-se que o mesmo ocorre nos cursos mais recentes, não sendo a higiene das mãos tema de grande destaque na parte curricular do Curso de Medicina.

Existem vários estudos até à data focados nos profissionais de saúde dos hospitais, mas tem-se subestimado o papel dos estudantes no controlo de infeção enquanto futuros profissionais de saúde.

“Uma vez que os estudantes de Medicina podem um dia vir a influenciar a adesão futura à higiene das mãos, a importância da higiene das mãos deve ser incorporada no curriculum escolar das faculdades” (LANKFORD et al, 2003). A fraca adesão à higiene das mãos pode estar relacionada com as lacunas na aprendizagem deste comportamento nas faculdades de medicina, onde a influência dos orientadores e *outros role models* pode ser crítica (KAUR; RAZEE; SEALE, 2013).

Denota-se que, no grupo dos enfermeiros, dois deles disseram não ter tido formação sobre a higiene das mãos durante a formação e um chegou mesmo a responder na opção “não me lembro” – em ambas as situações pode ter sido efetivamente o fator esquecimento a influenciar a resposta, uma vez que na maioria dos cursos de enfermagem (mesmo antes de o curso ter iniciado em formato de licenciatura) é um tema que é sempre abordado no programa curricular das escolas, em vários momentos letivos. Assim, não se pode dizer que os respondentes que têm mais anos de formação académica são os que têm mais conhecimentos ou os que têm menos dificuldade na adesão à higiene das mãos.

Quer os médicos, quer os enfermeiros, têm referências de personalidades pioneiras no controlo de infeção (Semmelweis e Nightingale, ambos do século XIX), mas mesmo assim a importância dada à higiene das mãos é diminuta. No entanto, muitos estudos reportam uma maior adesão a este procedimento por parte da enfermagem do que da equipa médica (RANDLE; ARTHUR; VAUGHAN, 2010). Uma explicação possível pode residir na ênfase dado à prevenção de infeção nas escolas de

enfermagem, ao passo que o diagnóstico e o tratamento são mais enfatizados nas escolas de medicina.

Por seu lado, todas as assistentes operacionais (exceto uma pessoa que não respondeu – 7/8) afirmaram ter tido formação sobre esta área. Isto pode ter ocorrido no programa de formação de integração no HEM, em que é um tema sempre abordado, a par de outros aspetos relacionados com controlo de infeção.

“Viabilizar o contato do estudante com todas as normas e legislação orientadora e reguladora da prevenção e controle de infeção é um importante caminho e quanto mais precoce isso for feito na graduação, maior a chance do futuro profissional em assimilar estes ensinamentos (...). Para o aluno recém-ingresso num curso superior na área de saúde, não se preconiza nenhum conhecimento específico das competências que compõem o perfil esperado desse profissional. A graduação é o momento propício de formação (maneira pela qual se constitui uma mentalidade, um caráter ou um conhecimento profissional) ao ensino do controle de infeção para os alunos da área da saúde” (PEREIRA et al, 2005). Na UCIP este aspeto pode ser uma das causas de base para a fraca adesão à higiene das mãos e algo a tentar colmatar com formação durante o momento de integração no serviço de trabalho, nomeadamente apostando nos estudantes de medicina e de enfermagem.

A.8. Formação sobre HM após formação

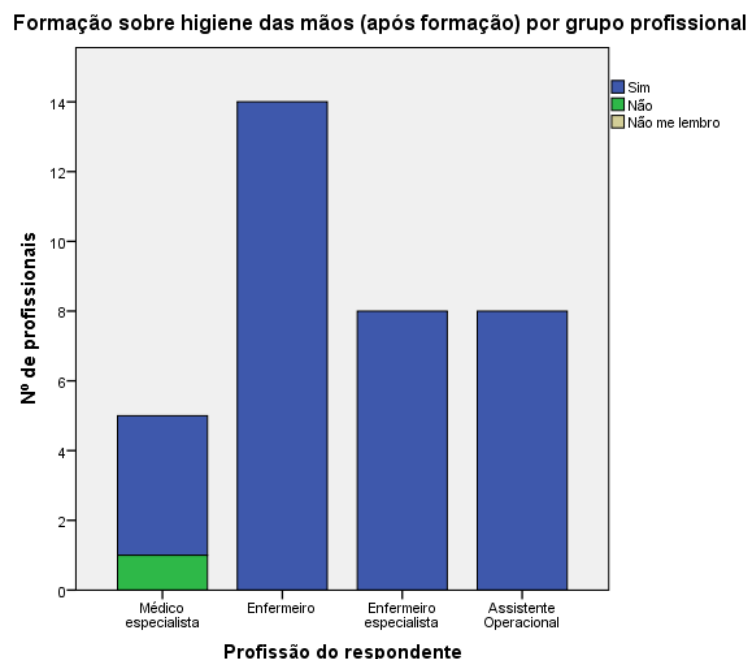


Gráfico 7: Formação sobre higiene das mãos (após a formação) por grupo profissional.

Todos os profissionais de saúde afirmaram ter tido formação sobre HM após a sua formação de base – exceto um dos médicos (recém-especialista) (gráfico 7). Este aspeto pode se ter prendido com a Campanha de higiene das mãos que foi levada a cabo na UCIP em 2009, altura em que este médico ainda não exercia funções na UCIP. No entanto, já houveram três pessoas que entraram no serviço após esta Campanha de Higiene que foram respondentes e que responderam “sim” a esta questão – este facto pode dever-se à formação sobre o tema nos seus serviços de origem.

Outro local/âmbito em que os profissionais de todos os grupos profissionais possam eventualmente ter tido formação sobre a higiene das mãos após a sua formação de base, é a formação em serviço (sessões em que um elemento de um grupo profissional realiza uma formação sobre um tema, onde considera haver necessidade formativa). Para além destas formações, anualmente existe um Plano de Formação anual para profissionais do CHLO (disponível na *Intranet*) onde a higiene das mãos é tema de formação inserida, no curso de Controlo de infeção, dirigida a médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, mas que requer um processo de inscrição e seleção posterior dos formandos.

“Ensinar os profissionais de saúde “no trabalho” serve para criar e manter a consciencialização para o tema de controlo de infeção (...). A promoção da higiene das mãos ao longo dos anos mostrou ser uma ferramenta eficaz para aumentar a adesão à higiene das mãos” (KAMPF, 2004).

A.9. Participação em Campanhas de Higiene das Mãos

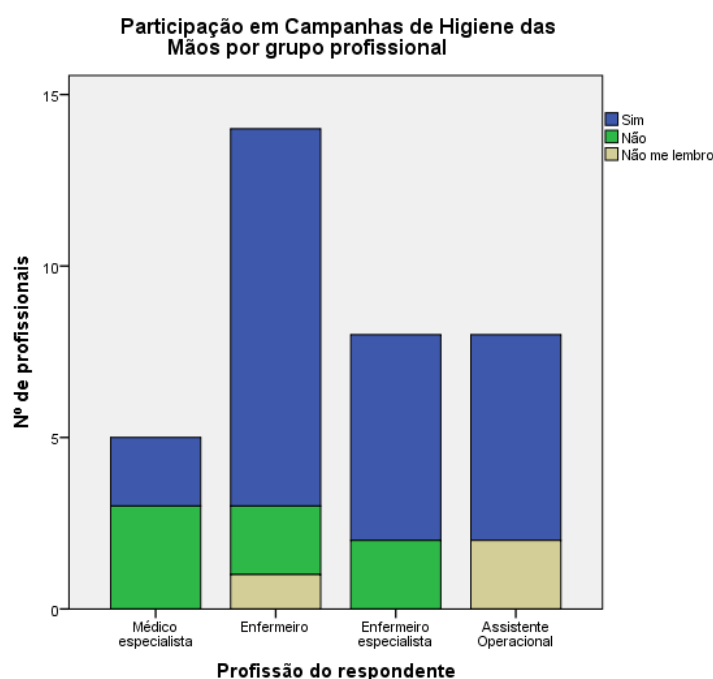


Gráfico 8: Participação em Campanhas de Higiene das Mãos por grupo profissional.

Em 2009, foi implementada na UCIP a Campanha de Higiene das Mãos, com formação a 100% dos profissionais.

Com o objetivo de reduzir as IACS's e o aumento da resistência antimicrobiana, a WHO lançou a primeira “*Global Patient Safety Challenge*”, tendo como lema: “*Clean Care is safer care*”. A meta era a diminuição, em pelo menos, 5 % das IACS, através da melhoria da prática da higiene das mãos. Um dos elementos do desafio foi o desenvolvimento de novas *guidelines* baseadas em evidência científica, para a promoção da higiene das mãos nos cuidados de saúde, por um grupo de consultores internacionais e grupos consultivos específicos de trabalho. Por outro lado, a formação dos profissionais (PNCI, 2009). No HEM, esta Campanha incluiu, para além da

formação profissional (em 5 dias diferentes), a distribuição de cartazes e *posters* em locais estratégicos e de canetas e *pins* alusivos ao tema com frases-chave.

Há pessoas que disseram que não participaram nesta campanha (gráfico 8). No total dos profissionais, apenas três não estavam a exercer funções na UCIP no ano de 2009, ao passo que os restantes quatro estariam, mas possivelmente não se lembravam ou não compreenderam a questão.

Assim, no caso dos médicos (3/5) afirmaram não ter participado em nenhuma Campanha da Higiene das Mãos- um deles (o recém-especialista ainda não estava na UCIP). No grupo dos enfermeiros, dois afirmaram que não participaram e um não se lembrava. Nos enfermeiros especialistas, dois num total de oito também afirmam não ter participado. Nos assistentes operacionais, apenas dois não se recordam desta participação.

7.3. Secção B: Perceção do impacto e importância das IACS's³³

B.1. Conhecimentos sobre doentes que adquirem IACS's

Perceção da % de doentes que adquire uma IACS's nos hospitais portugueses por grupo profissional

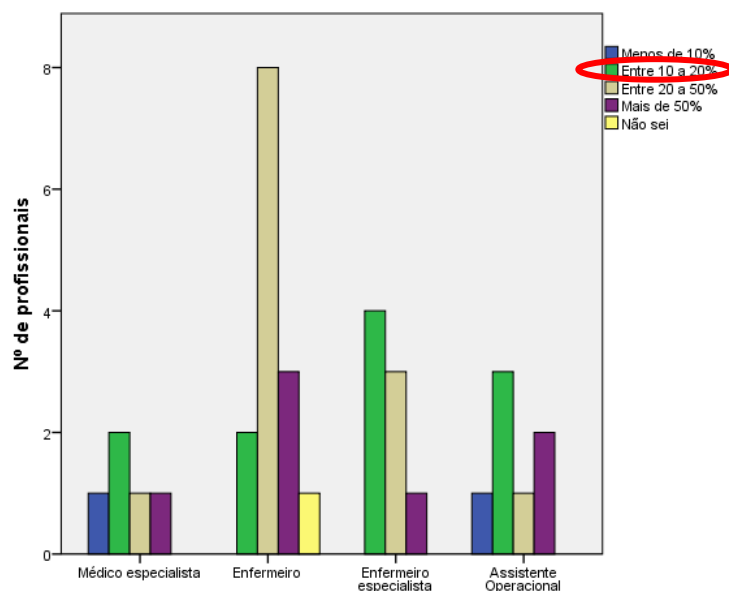


Gráfico 9: Perceção da percentagem de doentes que adquire uma IACS's nos hospitais portugueses por grupo profissional.

³³ Esta seção inclui questões relacionadas com opiniões/perceções, o que pode não espelhar perfeitamente a visão correta dos conhecimentos/ resposta ao acaso/aleatórias.

A resposta correta seria “entre **10 a 20%**” (mais concretamente, 10,6%) – segunda resposta mais dada pelos profissionais respondentes (32,4%).

Tendo em conta o gráfico acima apresentado (gráfico 9), nos grupos profissionais a resposta correta dada como mais frequente ocorreu nos médicos, enfermeiros especialistas e assistentes operacionais (o que não seria de esperar para este grupo, uma vez que estes dados são pouco divulgados a esta categoria profissional e não têm formação nesta área) Só uma pessoa (enfermeiro) é que respondeu “não sei” a esta questão. Houve uma assistente operacional que não respondeu (7/8).

B.2. Conhecimentos sobre doentes que adquirem IACS's em UCI's

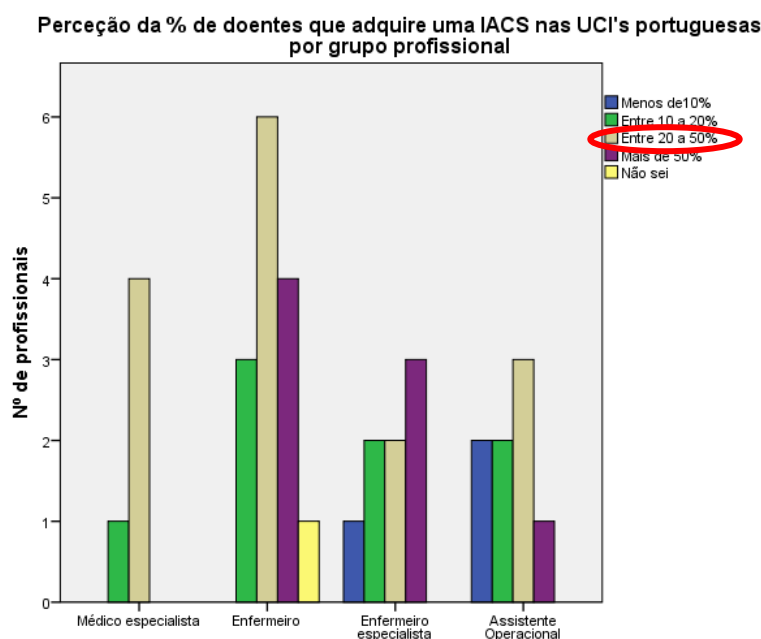


Gráfico 10: Percepção da percentagem de doentes que adquire uma IACS's nas UCI's portuguesas por grupo profissional.

Através da análise dos dados (gráfico 10), pode-se perceber que 42,9% dos profissionais respondentes souberam dizer que a percentagem de doentes que adquire uma IACS em UCI's está entre os 20 e os 50% (mais precisamente nos **24,5%**). De acordo com os grupos profissionais, a resposta correta mais frequente ocorreu no caso dos médicos, enfermeiros e assistentes operacionais. De notar que os médicos da UCIP realizam o preenchimento de processos clínicos destinados ao HELICS (*Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance*) UCI. Os enfermeiros

especialistas (3/8) responderam que a percentagem era de mais de 50%. Mais uma vez, só uma pessoa (o mesmo enfermeiro) é que respondeu “não sei” a esta questão.

B.3. Conhecimentos sobre doentes que morrem devido a IACS's

Percepção da % de doentes que morre devido a IACS's em hospitais europeus por grupo profissional

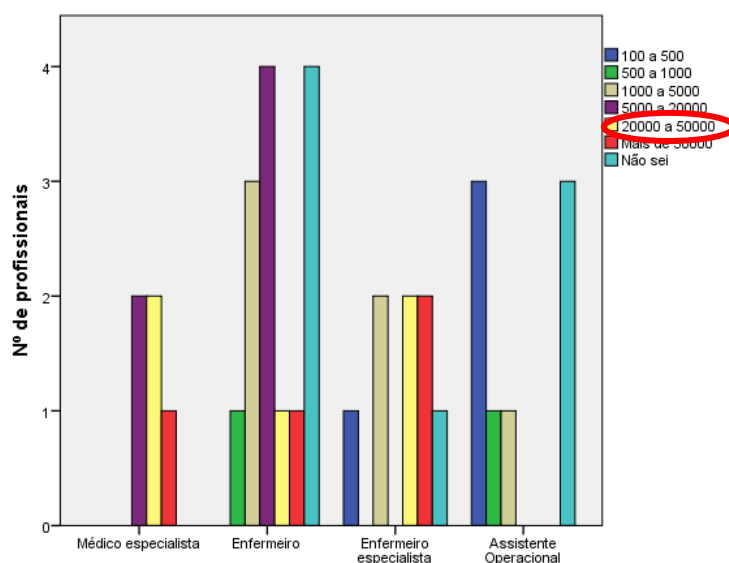


Gráfico 11: Percepção da percentagem de doentes que morre devido a IACS's em hospitais europeus por grupo profissional.

Na totalidade dos grupos profissionais, apenas 14,3% dos profissionais deu a resposta correta à questão, sendo que 40% dos médicos e 25% dos enfermeiros especialistas tiveram esta resposta. 4/14 (28,5%) dos enfermeiros e 3/8 (37,5%) dos assistentes operacionais responderam que “não sabiam” a resposta (gráfico 11).

Tendencialmente, os enfermeiros (8/14- 57,1%) e os assistentes operacionais (5/8- 62,5%) mostram ter a percepção de que menos doentes morrem devido a IACS's. No caso dos médicos, nota-se a tendência contrária – 40% (2/5) são os que pensam haver menos mortos por IACS's, do que na realidade existe – este aspeto pode estar relacionado com a formação/maior alerta para a mortalidade atribuível por doença.

O facto de os profissionais de saúde não saberem o impacto das IACS's na mortalidade dos doentes críticos, pode ser um aspeto de desvalorização para a higiene das mãos como medida preventiva destas. De notar, no entanto, que estes doentes têm

outras co-morbilidades (patologias grave de base, tratamento prolongado com antimicrobianos, ...).

B.4. Conhecimentos sobre dias extra que doentes permanecem internados ao contraírem INCS (relacionada com catéter venoso central - CVC)

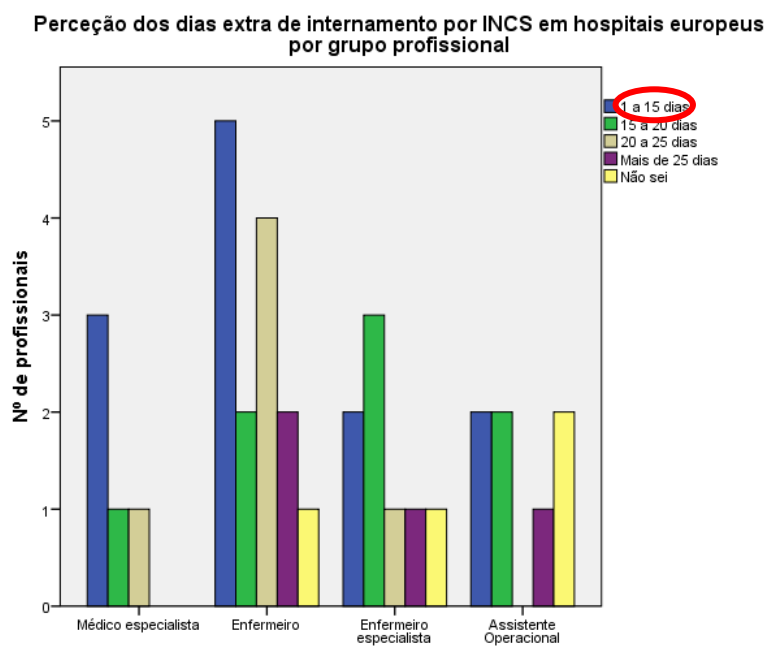


Gráfico 12: Percepção dos dias extra de internamento por INCS em hospitais europeus por grupo profissional.

Através do gráfico 12, denota-se que 35,3% dos profissionais responderam “**1-15 dias**”, que corresponde à resposta correta. No grupo dos médicos e dos enfermeiros é onde se verifica maior número de profissionais a responderem acertadamente.

Houve uma boa percentagem de profissionais (9% dos enfermeiros e 25% (2/8) dos assistentes operacionais – houve uma AO que não respondeu) que têm a percepção de não saberem a resposta a esta questão.

B.5. Conhecimentos sobre despesa financeira adicional com IACS's

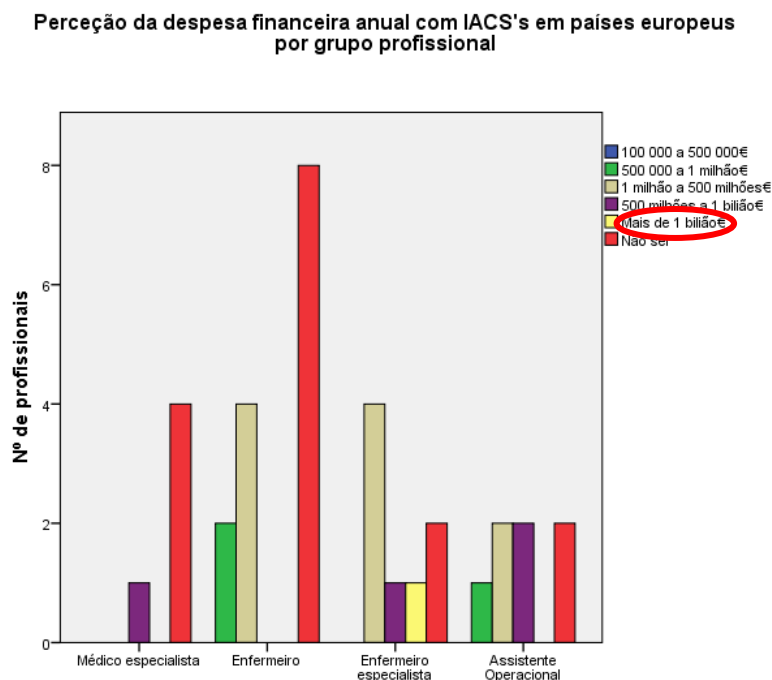


Gráfico 13: Percepção da despesa financeira anual com IACS's em países europeus por grupo profissional.

A maior percentagem de profissionais respondeu não saber (nas perguntas anteriores, os médicos nunca disseram que “não sabem”) e quando responderam, a resposta denotou que a percepção geral é de que a despesa financeira com as IACS's, para estes profissionais é inferior à real (gráfico 13). Apenas um dos profissionais (2,9%) acertou na resposta correta, o que seria de esperar pela ausência de formação sobre aspetos mais específicos. Houve uma assistente operacional que não respondeu.

7.4. Secção C: Percepção da higiene das mãos³⁴

C.1. Conhecimentos sobre via de transmissão de infeção cruzada

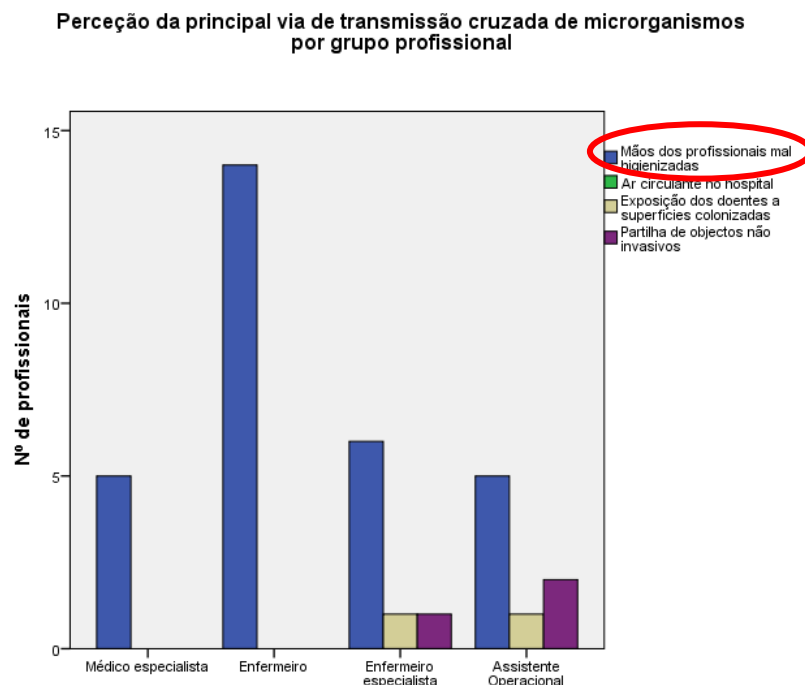


Gráfico 14: Percepção da principal via de transmissão cruzada de microrganismos por grupo profissional.

Através da análise dos dados, podemos perceber que 85,7% dos profissionais respondentes disseram que as mãos dos profissionais mal higienizadas são a principal via de transmissão de microrganismos potencialmente patogénicos. Apesar de no grupo dos médicos e dos enfermeiros esta ter sido a resposta para todos, no grupo dos enfermeiros especialistas (2/8 – 25%) e dos assistentes operacionais (3/8 -37,5%), as opções “exposição de doentes a superfícies colonizadas” e “partilha de objetos não invasivos” ainda foram tidas como respostas (gráfico 14). Este facto pode mostrar falta de conhecimentos e falha de percepção do que pode estar realmente na base da infeção cruzada (gráfico 14). Para haver infeção cruzada tem de haver uma ordem sequencial de acontecimentos: “microrganismos presentes na pele ou nas superfícies da unidade do doente-transmissão para as mãos-sobrevivência dos microrganismos nas mãos (dependendo da ausência de higienização das mãos; duração dos cuidados; grau do risco

³⁴ Nesta secção não foi analisada a questão relativa ao método de higiene exigível de acordo com determinada situação (questão C5).

de contaminação das mãos) -lavagem das mãos ineficaz/ manutenção das mãos contaminadas; mãos contaminadas / infecções cruzadas (PNCI, 2009). No entanto, ao fim ao cabo, as mãos são a principal via de transmissão cruzada, aspeto abordado nas formações da “Campanha da Higiene das Mãos”. Por outro lado, verificou-se que nenhum profissional apontou o ar circulante do hospital como possível via de transmissão de infeção cruzada – apesar de, em alguns momentos, atualmente na UCIP, alguns profissionais atribuírem as IACS’s que muitos doentes contraem (com consequente necessidade de isolamento) ao ar condicionado. Isto vem mostrar que estas percepções, por vezes não são sentidas e podem ser vistas como formas dos profissionais tentarem atribuir a causa das infeções a outros fatores, que não o próprio profissional de saúde.

C.2. Conhecimentos sobre eficácia da higiene das mãos

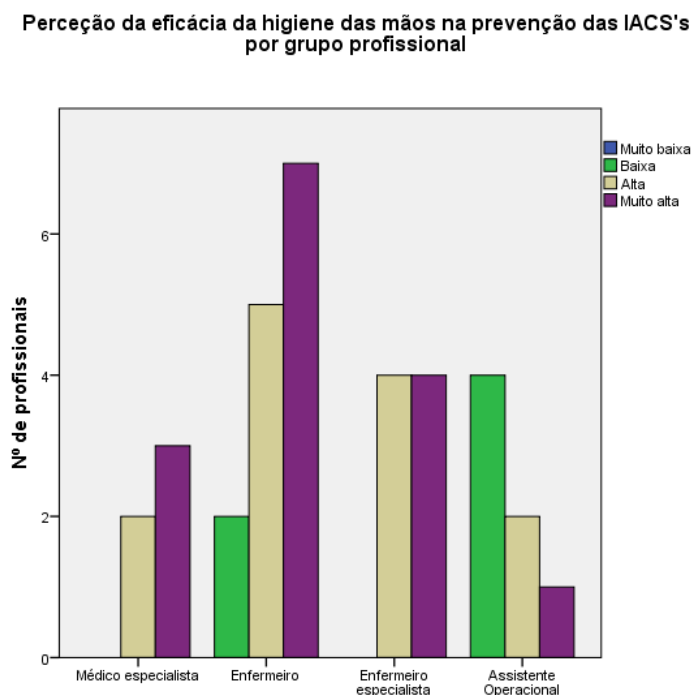


Gráfico 15: Percepção da eficácia da higiene das mãos na prevenção das IACS's por grupo profissional.

Da análise dos dados, pode-se verificar que 44,1% dos profissionais respondentes considera a eficácia da higiene das mãos na prevenção das IACS's como “**muito alta**”, mas através do gráfico 15 acima apresentado pode-se verificar que existem profissionais (nomeadamente dois enfermeiros e quatro assistentes operacionais

– houve um assistente operacional que não respondeu) que consideram que a eficácia é baixa – este aspeto pode ser importante no que toca às razões para a não adesão à higiene das mãos.

C.3. Conhecimentos sobre momentos que previnem transmissão de microorganismos para o doente

Tabela 2: Perceção dos “momentos” que previnem transmissão de microorganismos para o doente, por grupo profissional³⁵.

Grupo profissional	Antes do contacto com o doente	Após contacto com o doente	Antes de procedimentos assépticos	Após risco de exposição a fluidos orgânicos	Após contacto com o ambiente envolvente do doente
Médicos	100%	60%	80%	60%	40%
Enfermeiros	86,4%	68,2%	90,9%	54,5%	50%
Assistentes Operacionais	62,5%	50%	37,5%	37,5%	37,5%
Total dos profissionais	82,9%	62,9%	77,1%	51,4%	45,7%

Através da análise dos dados, pode-se verificar que 82,9% (29/35) dos profissionais respondentes consideraram o momento de higiene das mãos “**antes do contacto com o doente**” como o mais preventivo da transmissão de microorganismos para o doente. Destes: 100% dos médicos; 86,4% dos enfermeiros e 62,5% dos assistentes operacionais (tabela 2).

No que diz respeito ao momento de higiene das mãos “**após contacto com o doente**” 62,9% (22/35) dos profissionais respondentes apontaram-no como preventivo

³⁵ O total não foi 100% uma vez que os profissionais podiam escolher mais do que uma opção de resposta.

da transmissão de microrganismos para o doente. Destes: 60% dos médicos; 68,2% dos enfermeiros; 50% dos assistentes operacionais.

Através da tabela pode-se ainda verificar que 77,1% (27/35) dos profissionais respondentes consideram o momento de higiene das mãos “**antes de procedimentos assépticos**” como preventivo da transmissão de microrganismos para o doente (80% dos médicos; 90,9% dos enfermeiros e 37,5% dos assistentes operacionais).

O momento de higiene das mãos “**após risco de exposição a fluidos orgânicos**” foi apontado por 51,4% (18/35) dos profissionais respondentes. Dos quais: 60% dos médicos; 54,5% dos enfermeiros e 37,5% (3/8) dos assistentes operacionais.

Por último, 45,7% dos profissionais respondentes consideram o momento de higiene das mãos “**após contacto com o ambiente envolvente do doente**” como preventivo da transmissão de microrganismos para o doente. Dos quais 40% dos médicos; 50% dos enfermeiros e 37,5% dos assistentes operacionais.

De acordo com o que os respondentes disseram como sendo a sua percepção/opinião), os momentos apontados por mais profissionais, como preventivos para a transmissão de microrganismos para o doente, foram: “antes do contacto com o doente” e “antes de procedimentos assépticos”. Os “momentos”, de acordo com a DGS que de fato previnem a transmissão de microrganismos para o doente são: “antes do contacto com o doente” (para proteger o doente dos microrganismos que os profissionais de saúde transportam nas mãos) e “antes de procedimentos assépticos” (para proteger o doente dos microrganismos que os profissionais de saúde transportam nas mãos e os da sua própria flora) (PNCI, 2010). Assim, a percepção dos profissionais da UCIP está de acordo com o correto.

O facto de o momento “antes de procedimentos assépticos” ter surgido como resposta em mais profissionais médicos pode estar relacionado com a responsabilidade deste grupo de profissionais em diversos procedimentos com necessidade de técnica asséptica na UCIP, nomeadamente, canalização de acessos venosos e arteriais, colocação de drenos, entre outros. Ainda, no caso dos médicos, repara-se no entanto que os momentos “após contacto com o doente e após risco de exposição a fluidos orgânicos” também foram encarados como importantes na prevenção para o doente.

No grupo dos enfermeiros (no geral, considerando especialistas e não especialistas), o momento “antes de procedimentos assépticos” esteve presente mais vezes, no que diz respeito a esta questão. Tal facto pode prender-se com o que foi

referido para os médicos – os enfermeiros são responsáveis por vários procedimentos assépticos (e.g. algáliação, punção venosa, aspiração de secreções brônquicas, realização de pensos,...).

Já com os assistentes operacionais, o momento “antes de procedimentos assépticos” já não foi tão percecionado como importante na prevenção da transmissão microbiana para o doente – talvez porque este grupo não ser responsável por este tipo de procedimentos em tão grande escala como os médicos e enfermeiros.

C.4. Conhecimentos sobre momentos que previnem transmissão de microorganismos para o profissional

Tabela 3: Perceção dos “momentos” que previnem transmissão de microrganismos para o profissional, por grupo profissional³⁶.

Grupo profissional	Após contacto com o doente	Antes de procedimentos assépticos	Após risco de exposição a fluidos orgânicos	Após contacto com o ambiente envolvente do doente
Médicos	80%	20%	80%	80%
Enfermeiros	100%	18,2%	86,4%	63,7%
Assistentes Operacionais	50%	62,5%	37,5%	37,5%
Total dos profissionais	85,7%	28,6%	74,3%	60%

Através da análise de dados, verifica-se que 85,7% dos profissionais respondentes consideram o momento de higiene das mãos “**após contacto com o doente**” como preventivo da transmissão de microrganismos para o profissional. Dos quais: 80% dos médicos; 100% dos enfermeiros e 50% dos assistentes operacionais.

³⁶ O total não foi 100% uma vez que os profissionais podiam escolher mais do que uma opção de resposta.

Através da tabela 3 pode-se ainda verificar que 28,6% dos profissionais respondentes consideram o momento de higiene das mãos **“antes de procedimentos assépticos”** como preventivo da transmissão de microrganismos para o profissional. Destes: 20% dos médicos; 18,2% dos enfermeiros e 62,5% dos assistentes operacionais.

Pode-se verificar que 74,3% dos profissionais respondentes consideram o momento de higiene das mãos **“após risco de exposição a fluidos orgânicos”** como preventivo da transmissão de microrganismos para o profissional. Destes: 80% dos médicos; 86,4% dos enfermeiros e 37,5% dos assistentes operacionais.

Por fim, o momento **“após contacto com o ambiente envolvente do doente”** verificar que 60% dos profissionais respondentes consideram o momento de higiene das mãos como preventivo da transmissão de microrganismos para o profissional. Destes: 80% dos médicos; 63,7% dos enfermeiros e 37,5% dos assistentes operacionais.

Os “momentos”, de acordo com a DGS que de facto previnem a transmissão de microrganismos **para o profissional de saúde** são: “após contacto com o doente” (para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente); “após risco de exposição a fluidos orgânicos” (para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente) e “após contacto com o ambiente envolvente do doente” (para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente) (PNCI, 2010). Deste modo, de forma global, a percepção dos profissionais da UCIP está de acordo com o correto.

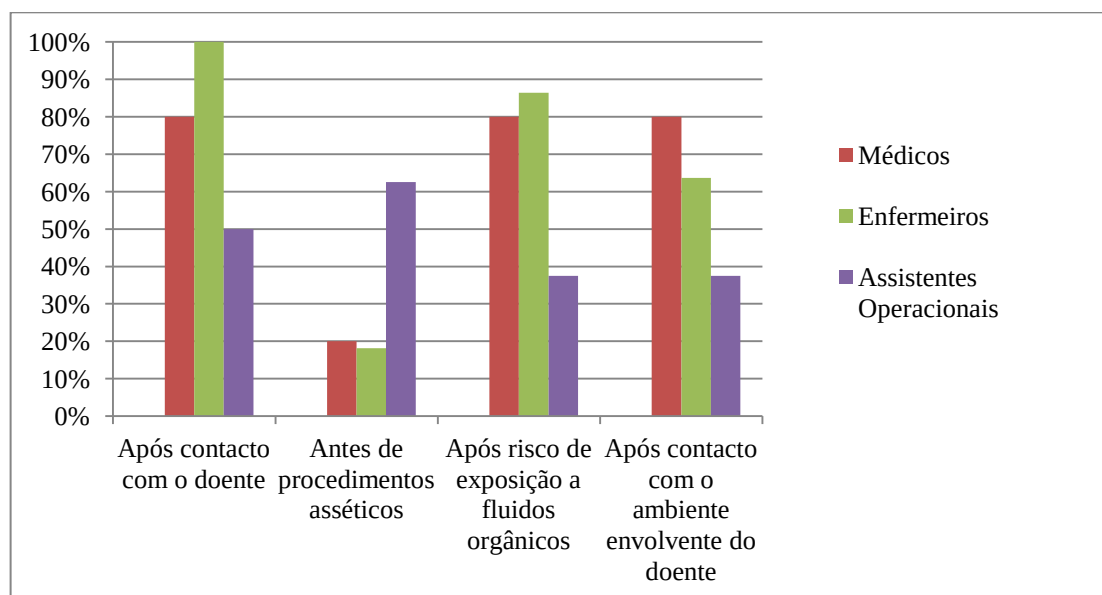


Gráfico 16: Percepção dos “momentos” que previnem transmissão de microrganismos para o doente, por grupo profissional.

Tendo em conta cada grupo profissional, já se denotam algumas falhas de percepção. Como se pode verificar através do gráfico 16, os momentos que foram apontados mais vezes, como preventivos para a transmissão de microrganismos **para o profissional**, no caso dos enfermeiros foi o “após contacto com o doente” e “após risco de exposição a fluidos orgânicos”. No caso deste grupo profissional, talvez por serem responsáveis por maior número de oportunidades de contacto com os doentes, 100% tenha apontado os momentos “após contacto com o doente” e “após risco de exposição a fluidos orgânicos” como os mais preventivos.

No caso dos médicos, os dados mantiveram-se estáveis em todos os momentos de higiene das mãos.

No caso dos assistentes operacionais, denotam-se algumas “falhas” de percepção, na medida em que apenas metade dos mesmos considera que a higiene das mãos “após o contacto com o doente” é preventiva da transmissão de microrganismos para o profissional de saúde e apenas 37,5% considera que “após risco de exposição a fluidos orgânicos” também. Este aspeto é de estranhar, uma vez que este grupo manipula fluidos orgânicos em vários procedimentos (e.g. esvaziamento de sacos de urina, despejo de arrastadeiras e urinóis, manipulação de sacos de roupa, limpeza e desinfecção de áreas/materiais clínicos, entre outros), podendo posteriormente vir a manipular o ambiente envolvente destes doentes em várias outras atividades (e.g. desinfecção da unidade). O facto de a higiene das mãos neste momento ser pouco considerado (em percentagem) como preventivo, pode estar na base de possíveis transmissões cruzadas.

Outro aspeto importante a referir prende-se com o momento “após contacto com o ambiente envolvente do doente” que no grupo dos assistentes operacionais foi apontado por **menos** profissionais como sendo preventivo da transmissão de microrganismos para o profissional. Por outro lado, este momento foi mais percecionado (por médicos e enfermeiros) como potencial via de transmissão para o profissional de saúde e não tanto para o doente. Possivelmente estes profissionais têm mais receio de se contaminarem a si próprios no meio envolvente do doente (monitores, seringas infusoras, grades, ventiladores), não associando tanto esta possível contaminação como forma de possível transmissão para o próprio doente/outras doentes (e.g. contaminação das mãos dos profissionais com microrganismos presentes em uma

das unidades, com possibilidade de transmissão para outro doente, se não houver higiene das mãos após este momento).

C.5. Conhecimentos sobre tempo mínimo para a higiene das mãos com água e sabão³⁷

Através da análise dos dados, deparamo-nos com 60% dos profissionais que apontaram os 60 segundos como tempo mínimo para higiene das mãos com água e sabão, o que não é correto – mas sim, **os 40 segundos** (resposta dada por 34% dos profissionais).

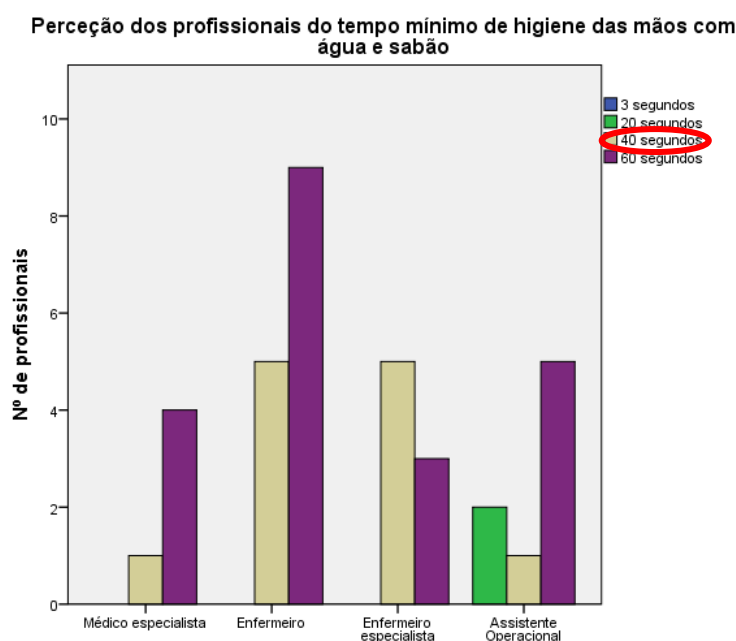


Gráfico 17: Percepção do tempo mínimo de higiene das mãos com água e sabão por grupo profissional³⁸.

No que diz respeito aos grupos profissionais, através do gráfico acima apresentado (gráfico 17), verifica-se que todos consideram ser maior o tempo mínimo exigido para a higiene das mãos com água e sabão do que deve ser na realidade. No caso dos médicos, só 20% (1/5) dos médicos soube dizer corretamente qual o tempo mínimo; 45,5% da totalidade dos enfermeiros soube dizer corretamente o tempo mínimo (os restantes

³⁷ Foi alterada a ordem do tempo (segundos) que constava no ICD para melhor compreensão da análise dos dados.

³⁸ Os profissionais podem ter tido acesso aos panfletos espalhados no serviço, para saberem a resposta correta a esta questão.

consideram o tempo até é superior - 60 segundos) e os assistentes operacionais, 25% (2/8) ainda consideram que o tempo mínimo é de 20 segundos.

C.6. Conhecimentos sobre tempo mínimo para a higiene das mãos com SABA³⁹

Ficou a saber-se que 57% dos profissionais conhece o tempo mínimo de higiene das mãos com SABA correto – **20 segundos**.



Gráfico 18: Percepção do tempo mínimo de higiene das mãos com SABA por grupo profissional⁴⁰.

No entanto, denotam-se diferenças nas percepções entre grupos profissionais (gráfico 18). No caso dos médicos, ainda reparamos que as opiniões são divergentes – 40% considerou os 10 segundos, 40% os 20 segundos (opção correta) e 20% os 60 segundos – ou seja, ainda existe a percepção do tempo ser inferior ou superior ao que realmente deverá ser – o que pode estar na origem da não adesão ao procedimento ou à falha no mesmo. No caso dos enfermeiros, 77,3% (17/22), soube dizer corretamente o tempo mínimo. No entanto, ainda existem alguns enfermeiros (3/22) que pensavam que o tempo mínimo é de 10 segundos. Dos assistentes operacionais respondentes, 25%

³⁹ Foi alterada a ordem do tempo (segundos) que constava no ICD para melhor compreensão da análise dos dados.

⁴⁰ Os profissionais podem ter tido acesso aos panfletos espalhados no serviço, para saberem a resposta correta a esta questão.

disseram 3 segundos, 25% disseram 10 segundos, 37,5% disseram 60 segundos – ou seja, só 12,5% soube responder corretamente – ou seja, denota-se ainda que existem muitos profissionais (50%) a dizerem um tempo inferior ao que realmente deve ser.

C7. Conhecimentos sobre aspetos a evitar pelo aumento da probabilidade de colonização das mãos

Tabela 4: Percepção dos aspetos a evitar pelo aumento da probabilidade de colonização das mãos.

Grupo profissional	Jóias, relógio ou outros adornos	Pele danificada	Unhas artificiais	Uso de creme de mãos	Uso de telemóvel
Médicos	100%	80%	80%	20%	40%
Enfermeiros	100%	63,6%	95,45%	22,7%	59%
Assistentes Operacionais	100%	37,5%	87,5%	25%	50%
Total dos profissionais	100% (35/35)	60,3% (21/35)	91,43% (32/35)	22,9% (8/35)	54,3% (19/35)

A tabela 4 mostra que 100% dos profissionais respondentes considera “**o uso de jóias, relógio ou outros adornos**” como algo a ser evitado de forma a prevenir a possível colonização das mãos com germes patogénicos. De facto, “um grande número de estudos tem demonstrado que a pele debaixo dos anéis pode ser mais fortemente colonizada que as áreas de pele sem anéis e pode ser um dos contribuintes para a contaminação das mãos” (JOINT COMMISSION, 2009).

No entanto, é de notar que apesar de ser percecionado como algo a evitar, muitos dos profissionais ainda usam estes objectos, entre eles, o relógio, pulseiras e anéis (principalmente alianças de casamento) para a prestação de cuidados.

Pode-se verificar que 60,3% dos profissionais respondentes consideram “**a pele danificada**” como algo a ser evitado de forma a prevenir a possível colonização das mãos com germes patogénicos. Dos quais, 80% dos médicos; 63,6% dos enfermeiros especialistas e 37,5% dos assistentes operacionais. A menor percentagem apresentada neste aspeto relativo aos assistentes operacionais pode significar que estes não têm tanta

percepção da importância de manter a pele das mãos não danificada, mas intacta (quem sabe, através de creme das mãos), de forma a evitar a colonização das mesmas com germes patogénicos.

“O **uso de unhas artificiais**” foi apontado por 91,4% dos profissionais respondentes como algo a ser evitado de forma a prevenir a possível colonização das mãos com germes patogénicos. Destes, 80% dos médicos; 95,5% dos enfermeiros e 87,5% dos assistentes operacionais. “As unhas artificiais foram estudadas por vários investigadores e há uma evidência crescente que o uso de unhas artificiais resulta num transporte de microrganismos *gram*-negativos e leveduras” (JOINT COMMISSION, 2009).

Na UCIP é de notar que existem alguns profissionais (sexo feminino) adeptos do uso destas unhas – o que pode significar um risco acrescido para a colonização das mãos com microrganismos patogénicos, ainda mais, se não for feita uma higienização correcta das mesmas. No caso dos profissionais de sexo masculino, o tamanho das unhas também é um aspecto importante.

Pode-se verificar que apenas 22,9% dos profissionais respondentes consideram “o **uso regular de creme de mãos**” como algo a ser evitado de forma a prevenir a possível colonização das mãos com germes patogénicos. Destes, 20% dos médicos; 22,7% dos enfermeiros e 25% dos assistentes operacionais. O facto de os profissionais terem a noção que o uso de cremes das mãos é algo a usar é, de acordo com a bibliografia, correto. “As loções para as mãos ajudam a proteger a pele e podem reduzir até a contaminação microbiana (...) A disponibilização destas loções, de forma gratuita, são pré-requisitos fundamentais para um comportamento de higiene das mãos apropriado”. (PITTET, 2001).

Pode-se verificar que 54,3% dos profissionais respondentes consideram “o **uso de telemóvel**” como algo a ser evitado de forma a prevenir a possível colonização das mãos com germes patogénicos. Destes, 40% dos médicos; 59% dos enfermeiros e 50% dos assistentes operacionais.

Um número elevado de estudos reportou que 5 a 21% dos telemóveis dos profissionais de saúde oferecem um reservatório de bactérias responsáveis pelas IACS's (...) e existe referência a co-contaminação com *Staphilococcus aureus* *meticilino-resistente* (SAMR) nas mãos dos profissionais de saúde e nos telemóveis, e que as mãos

previamente descolonizadas por ser contaminadas pelos aparelhos” (BRADY et al, 2011).

No entanto, na UCIP do HEM ainda é notório o uso deste acessório por vezes até durante os cuidados de higiene e às vezes até com as luvas contaminadas, usadas na prestação de cuidados de saúde ao doente.

C.8. Conhecimentos sobre categoria profissional que deve idealmente higienizar mais as mãos⁴¹

Tabela 5: Percepção da categoria profissional que deve idealmente higienizar mais as mãos.

Grupo profissional	Médico	Enfermeiro	Assistente Operacional
Médicos	40%	100%	40%
Enfermeiros	18,2%	54,6%	18,2%
Assistentes Operacionais	75%	100%	87,5%
Total dos profissionais	34,3% (12/35)	71,4% (25/35)	37,1% (13/35)

Através da tabela 5, pode-se verificar que 34,3% dos profissionais respondentes consideram “**o médico**” como a categoria profissional que deve higienizar mais as mãos durante a prestação de cuidados numa UCI. Destes, 40% dos médicos; 18,2% dos enfermeiros e 75% dos assistentes operacionais. Pode-se verificar que 71,4% dos profissionais respondentes consideram “**o enfermeiro**” como a categoria profissional que deve higienizar mais as mãos durante a prestação de cuidados numa UCI. Destes, 100% dos médicos; 54,6% dos enfermeiros e 100% dos assistentes operacionais. Pode-se verificar que 37,1% dos profissionais respondentes consideram “**o assistente operacional**” como a categoria profissional que deve higienizar mais as mãos durante a prestação de cuidados numa UCI. Destes, 40% dos médicos; 18,2% dos enfermeiros e 87,5% dos assistentes operacionais.

⁴¹ Os respondentes deveriam ter apontado só uma opção de resposta, mas tal não aconteceu (houve casos de 3 opções respondidas). De notar que houve uma enfermeira que não respondeu (mas estatisticamente, não foi valorizado, pela diferença de % ser tão diminuta).

Através da tabela acima apresentada (tabela 5 assinalado a rosa), denota-se que a maior percentagem dos profissionais considera que os enfermeiros são o grupo profissional que deve (idealmente) higienizar mais as mãos. Isto talvez por serem os profissionais que têm um maior contacto direto com os doentes (quer em proximidade, quer em número de vezes). No grupo profissional dos médicos, o contacto que exige maior proximidade com o doente será apenas na realização de procedimentos mais invasivos (canalização de acessos venosos e arteriais, entubações, colocações de drenagens torácicas,...). Já WHITBY et al (2007) dizem que a “adesão com os protocolos de higiene das mãos tem sido mais investigado em enfermeiros por este grupo representar a maioria dos profissionais de saúde nos hospitais, mas também por ser o grupo com maior número de oportunidades para a higiene das mãos durante a prestação de cuidados”.

Para além das três hipóteses de grupos profissionais, alguns (25,7%) indicaram: “**depende**”, colocando por escrito a sua percepção sobre esta questão. Assim sendo, estas foram algumas opiniões dos respondentes:

“depende dos procedimentos realizados”; “depende das práticas realizadas”; “depende do contacto com o doente e seu meio envolvente”; “depende de quem vai realizar o procedimento/técnica”; “depende do número de contactos com o doente, bem como com o seu meio envolvente, e com os procedimentos/cuidados a realizar”; “depende do contacto com o doente”; “depende do contacto com o doente ou entre doentes”; “todos os que se mantenham junto do doente”; “depende do contacto com o doente, ambiente e exposição a fluidos”; “todos são uma equipa”; “depende do tipo de trabalho, maior proximidade do doente, prestação de cuidados de grande proximidade”.

Contudo, a resposta correta seria: “depende dos momentos com os quais cada profissional se depara, durante o turno de prestação de cuidados de saúde”.

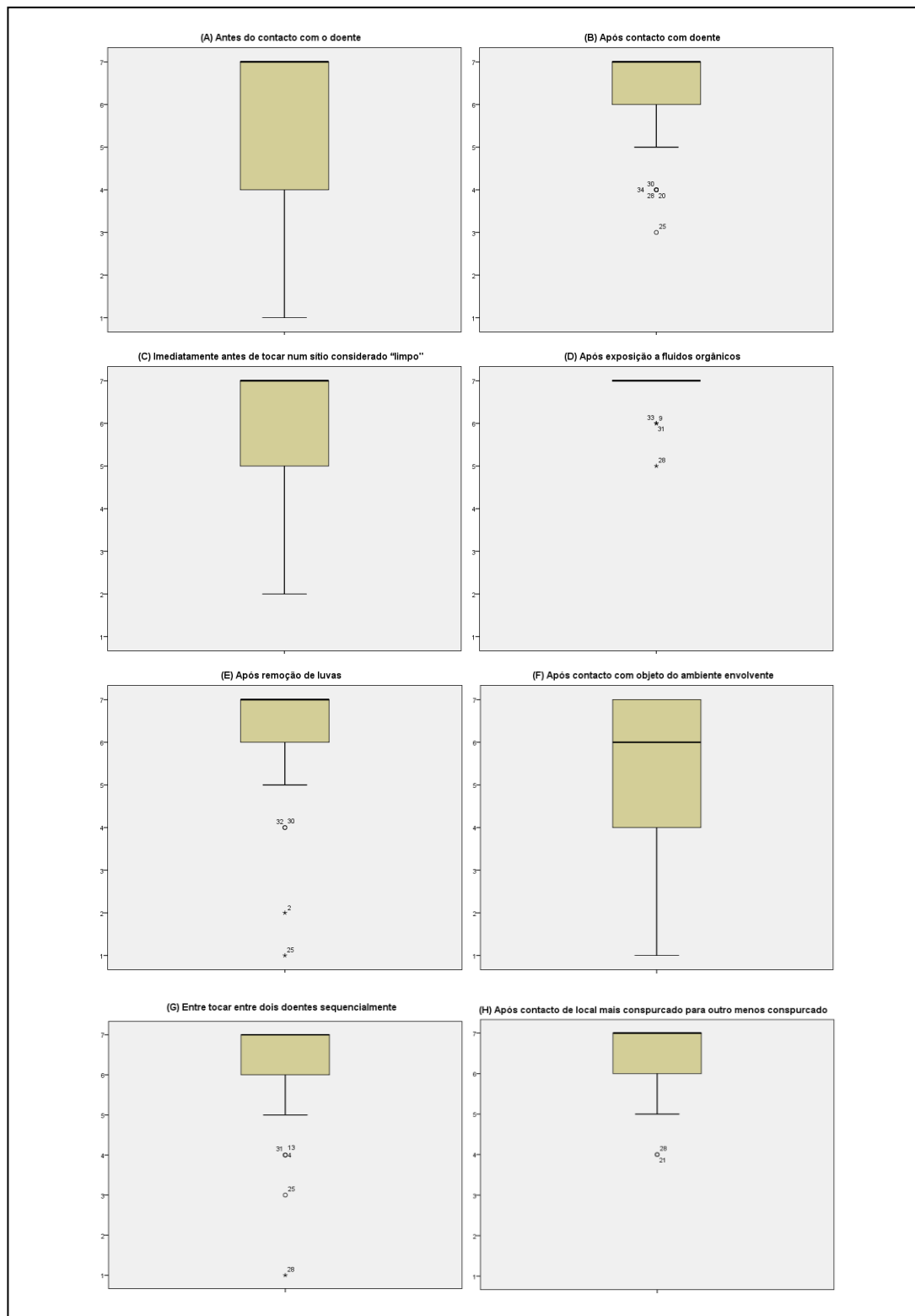
C.9. Percepção sobre eficácia na higiene das mãos (dos “5 momentos”)⁴²

Tendo em conta cada “momento” apontado no questionário, através da comparação dos gráficos de cada grupo profissional (ver anexo 5), verifica-se que em todos os “momentos de higiene das mãos”, a eficácia apontou sempre mais para o extremo superior - entre 6 a 7. No entanto:

- Os médicos, consideram como mais eficazes os momentos “após exposição a fluidos corporais do doente”; após contacto com objeto do ambiente envolvente do doente; “entre contacto com dois doentes sequencialmente” e “após contacto de local mais conspurcado para outro menos contaminado no mesmo doente”.
- Os enfermeiros consideram como mais eficazes os momentos “após contacto com o doente”; “após exposição a fluidos corporais do doente”; “após remoção de luvas usadas”; “entre contacto com dois doentes sequencialmente” e “após contacto de local mais conspurcado para outro menos contaminado no mesmo doente”.
- Os enfermeiros especialistas os momentos “após contacto com o doente”; “antes do contacto com locais considerados limpos”; “após exposição a fluidos corporais do doente”; “após remoção de luvas usadas”; “entre contacto com dois doentes sequencialmente” e “após contacto de local mais conspurcado para outro menos contaminado no mesmo doente”.
- Por seu lado, os assistentes operacionais os momentos “antes do contacto com o doente” e “após exposição a fluidos corporais do doente”.

⁴² Escala de Likert de 1 (ineficaz) a 7 (muito eficaz).

Tabela 6: Percepção da eficácia da higiene das mãos na prevenção das IACS's “por momento”.



No geral, os momentos de higiene das mãos que os profissionais de saúde da UCIP do HEM percecionam como sendo mais eficazes na prevenção das IACS's são (tabela

6): “após contacto com o doente” (mediana=7); “após risco de exposição a fluidos orgânicos” (mediana=7); “após remoção de luvas” (mediana=7); “entre tocar dois doentes sequencialmente” (mediana=7) e “após contacto de local mais conspurcado para outro menos conspurcado” (mediana=7). Os “momentos” “antes do contacto do com o doente” (gráfico A na tabela 6); “imediatamente antes de tocar num sítio considerado “limpo” (gráfico C) e “após contacto com objeto do ambiente envolvente” (gráfico F), apesar de terem uma mediana de valores que ronda os 7, tiveram valores mais dispersos, que variaram de 4 a 7 no que toca à eficácia da higiene das mãos na prevenção das IACS (com alguns valores mínimos=1).

7.5.Secção D: Perceção da adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM

D.1. Perceção da adesão aos 5 momentos da higiene das mãos⁴³

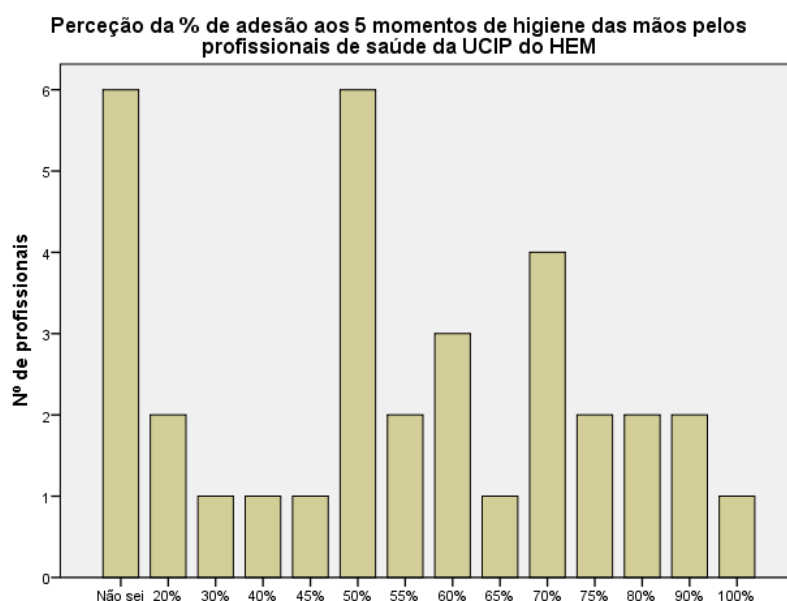


Gráfico 19: Perceção da adesão aos 5 momentos de higiene das mãos por grupo profissional (em percentagem).

Através do gráfico acima apresentado (gráfico 19), deparamo-nos que as percentagens de adesão mais apontadas pelos profissionais de saúde foram: “os 50%, 70% e 60%” (média de 49,4%), valores muito superiores aos da realidade. Na UCIP,

⁴³ Não foi perguntado aos respondentes o valor específico da adesão, mas um valor médio.

verificou-se uma diminuição na adesão à higiene das mãos, de 47,8% em 2011, para **30,5%** em 2012, no total de todas as categorias (ou seja 68 ações, num total de 223 oportunidades de higiene). A média de adesão a nível nacional foi de 68,1% (PNCI, 2012). Segundo WANDEL et al (2010), mesmo em ambientes com ótimas condições ambientais, a adesão à higiene das mãos situa-se entre os 50% e os 60%. Estes sugerem ainda que os “determinantes comportamentais, como a atitude, influência social e a auto-eficácia podem ter um papel crucial na adesão”.

Por outro lado, seis profissionais que consideram não saber de todo qual a adesão – apesar de os dados serem apresentados anualmente, em contexto de formações em serviço.

Tendo em conta, os grupos profissionais, verificou-se que os médicos tiveram uma adesão de 12,5%; os enfermeiros 43,8% e os assistentes operacionais de 57,5%. WHITBY et al (2007) dizem que existe bastante documentação acerca da fraca adesão dos médicos a este procedimento, apesar de serem considerados *role models* para a equipa de enfermagem. “Sabe-se que os médicos que têm, geralmente, uma fraca adesão com as normas de controlo e prevenção de infeção (...). Apenas cerca de 1/3 de médicos acredita que a higiene das mãos é necessária antes do contacto com o doente, e cerca de metade acredita que é necessária após o contato. (...) Os médicos tendem a resistir a esforços para práticas estandardizadas e regras impostas, tal como acontece com a adesão à higiene das mãos” (RANDLE; ARTHUR; VAUGHAN, 2010).

“Nenhuma intervenção singular conseguiu melhorar de forma sustentada a adesão à higiene das mãos, por parte dos profissionais de saúde. Ou seja, o processo de mudança de comportamento é tão complexo, que se torna necessária a aplicação de estratégias multimodais e multidisciplinares” (PITTET, 2001).

A percentagem de adesão nas unidades de saúde não ultrapassa os 50%, variando entre serviços hospitalares, entre categorias profissionais e condições laborais (adaptado de SAX et al, 2007).

D.2. Percepção da prioridade na higiene das mãos por parte da gestão do HEM

Através da análise dos dados, verificou-se que apenas um médico considera a prioridade por parte da gestão do HEM como sendo “baixa” – curiosamente trata-se do médico recém-especialista e recém-chegado ao serviço. Isto poderá querer dizer que o mesmo ainda não está a par do trabalho desenvolvido nesta área no HEM, ou que este não está a ser suficientemente divulgado junto dos elementos recém-chegados. Os restantes médicos (60% do total respondente) apenas consideraram como sendo “moderada”. Por outro lado, em todos os outros grupos denota-se que a percepção geral é a de que a prioridade atribuída é “moderada, alta ou até muito alta”.

Será que isto quererá dizer que o grupo dos médicos não estará tão envolvido no trabalho desenvolvido nesta área ou, por outro lado, que o grupo dos enfermeiros e dos assistentes operacionais tem uma noção errada da prioridade desta temática na gestão do HEM?

“Para ser eficaz, a prevenção e controlo de infeção deve ser integrada nos sistemas complexos e interligados dentro da estrutura de gestão hospitalar. Esta deve considerar o controlo de infeção como um aspeto central da segurança do doente e como um indicador de qualidade dos cuidados, através da implementação de melhores práticas. De facto, a prevenção e controlo de infeção não pode ser o papel e responsabilidade de apenas um indivíduo ou pequena equipa, mas a prioridade de todos os sistemas de gestão, incluindo as áreas de educação e investigação” (BRANNIGAN; MURRAY; HOLMES, 2009). As IACS’s não são só a clínica, mas envolvem a componente estrutural, articulação com laboratórios, política de desinfetantes, e muitos outros aspetos relacionados com a organização, devendo ser encaradas como um indicador de gestão.

D.3. Percepção da prioridade na higiene das mãos por parte da gestão da UCIP

Através da análise dos dados denota-se que apenas uma pequena parte dos profissionais considera que a prioridade pela gestão da UCIP é baixa. No grupo dos médicos, mais uma vez os profissionais que assim o consideram são as pessoas que estão há menos tempo na UCIP, e que podem ter uma visão pouco definida sobre a prioridade atribuída a esta temática. 45,7% dos profissionais considera que a prioridade é “alta”. Assim, a prioridade atribuída às IACS por parte da gestão do HEM

percecionada pelos profissionais, parece ser inferior à perspectiva da prioridade atribuída pela UCIP. Este facto pode ser justificado pelas atividades relacionadas com o controlo de infeção levadas a cabo na UCIP, entre elas, um relatório das atividades divulgado a todos os elementos de chefia do serviço, médicos e enfermeiros. Neste são apresentados os dados resultantes de auditorias a procedimentos levadas a cabo durante o ano, nomeadamente no que diz respeito à higiene das mãos.

D.4. Perceção da prioridade na higiene das mãos por parte das actividades laborais dos profissionais

De acordo com os dados, em todos os grupos (exceto no dos enfermeiros, em que 4 consideraram como “moderada”), a prioridade situa-se entre “alta” e “muito alta”. No entanto, esta percepção pode ser atribuída ao que “a pessoa considera como sendo o ideal e não o real”. Tendo em conta os dados de adesão à higiene das mãos da UCIP, os valores são baixos - a contribuir para isso podem estar muitos obstáculos (ver análise da questão D7), o que pode significar que a prioridade real atribuída a este procedimento fundamental numa UCI pode não ser a ideal.

A prioridade das atividades laborais pode recair sobre outros aspetos, durante a prestação de cuidados de saúde, nomeadamente: realização de procedimentos invasivos, prescrições terapêuticas, monitorização de sinais vitais, administração de terapêutica, alternância de decúbitos, cuidados de higiene e conforto – todas essenciais numa UCI, mas nunca esquecendo que a higiene das mãos faz parte de todos eles.

D.5. Percepção do esforço exigido aos profissionais de saúde para uma higiene das mãos “ideal”⁴⁴

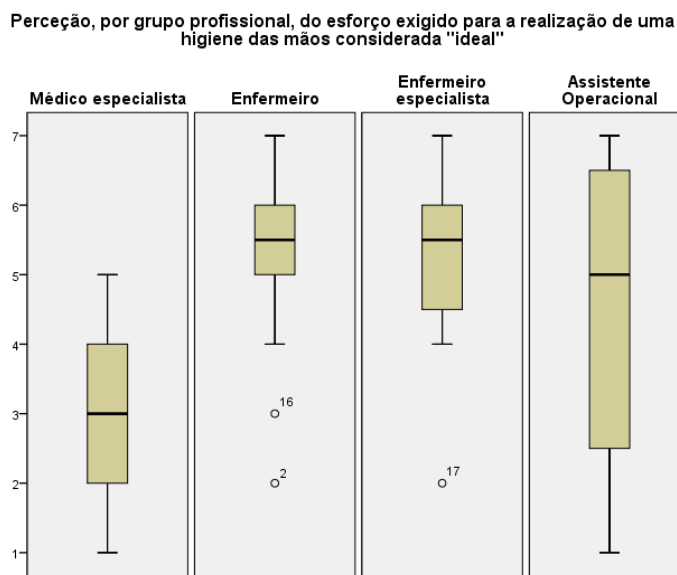


Gráfico 20: Percepção do esforço exigido para uma higiene das mãos “ideal” por grupo profissional.

De um modo geral, através da análise dos dados, nesta variável denota-se que “o valor mínimo foi de 1 e o máximo foi de 7, sendo o valor mais frequente nas respostas de 5. Tendo em conta os grupos profissionais (gráfico 20): no grupo dos médicos: o esforço exigido para uma higiene das mãos considerada “ideal” está entre o 2 e o 4; no grupo dos enfermeiros, a mediana dos valores foi de 5,5; no grupo dos enfermeiros especialistas, a mediana foi de 5,5 e no grupo dos assistentes operacionais: a mediana foi de, com valores assimétricos.

Assim, conclui-se que o grupo dos enfermeiros (especialistas e não especialistas) são os que percecionam um maior esforço para ser realizada uma higiene das mãos considerada como “ideal”. No caso dos médicos, o esforço percecionado foi menor e no grupo dos assistentes operacionais, os dados foram muito discrepantes, mas a tender mais para “nenhum esforço”. Tal como já foi referido, os médicos têm tendência para aderirem menos a este procedimento, daí que tal aspeto possa estar relacionado com o menor esforço percecionado por este grupo.

⁴⁴ Escala de Likert de 1 (nenhum esforço) a 7 (um grande esforço).

D.6. Dificuldade ou facilidade na higiene das mãos⁴⁵

Através da comparação dos gráficos, verifica-se que em todos os “momentos de higiene das mãos”, os valores respondidos apontaram sempre mais para o extremo superior - entre 6 a 7 (mais fácil).

Os momentos percecionados como um pouco **mais difíceis** de cumprir pelos profissionais foram:

- “Antes do contacto com o doente” (mediana= 5) - a adesão à higiene das mãos neste momento na UCIP, em 2012, foi de 24,5% (PNCI, 2012) - WHITBY et al (2007) dizem que “o comportamento humano relativo à área da saúde é a consequência de múltiplas influências da biologia, ambiente, educação e cultura (...). O comportamento relativo à higiene das mãos individual pode ser classificado em dois tipos de prática – inerente e eletiva. A primeira é aquela que é seguida pela maioria da comunidade e que é solicitada quando as mãos estão visivelmente sujas, pegajosas, (...) e a segunda representa as oportunidades para a limpeza das mãos não incluídas na primeira – depois do contacto com o doente (...) e que se assemelha ao contacto de interação social”. “Esta higiene das mãos eletiva não despoleta a necessidade intrínseca para o indivíduo para a higiene das mãos, apesar de no ambiente de cuidados de saúde poder levar a uma contaminação das mãos” – (e.g. momento “antes contacto com o doente”);
- “Após contacto com objeto do ambiente envolvente” (mediana=5) - a adesão à higiene das mãos neste momento na UCIP, em 2012, foi de 24,3%. (PNCI, 2012). “Estão documentados baixos níveis de adesão neste momento (...), apesar de haver uma crescente evidência que a higiene ambiental e a descontaminação das superfícies são fatores importantes na redução das IACS’s” (RANDLE; ARTHUR; VAUGHAN, 2010). Para além disso ainda “há profissionais que têm dificuldade em acreditar no papel da transmissão microbiana através de superfícies” (JANG et al, 2010);
- “Imediatamente antes de tocar num sítio considerado “limpo” (mediana=5) - a adesão à higiene das mãos neste momento na UCIP, em 2012, foi de 0% (0 em 4 oportunidades) (PNCI, 2012). Este dado vai ao encontro do que RANDLE; ARTHUR; VAUGHAN (2010) referem – “A WHO considera que a adesão antes de

⁴⁵ Escala de Likert de 1 (extremamente difícil) a 7 (extremamente fácil).

uma tarefa assética é muito pobre, a adicionar ao fato de que atividades de risco para o doente têm tendencialmente menos adesão à higiene das mãos”.

Os momentos **mais fáceis foram:**

- “Após contacto com o doente” (mediana=7) – no entanto, a adesão à higiene das mãos neste momento na UCIP, em 2012, foi de apenas 36,6% (PNCI, 2012);
- “Após exposição a fluidos orgânicos” (mediana=7) – no entanto, a adesão à higiene das mãos neste momento na UCIP, em 2012, foi de 30,3% (PNCI, 2012). Alguns profissionais podem estar mais preocupados com a sua própria segurança do que com a dos doentes, temendo mais ao risco de transmissão de microrganismos patogénicos do doente para eles, do que o contrário. JANG et al (2010) reconheceram que “a principal motivação para a higiene das mãos, era a proteção individual e dos entes queridos (principalmente se tiverem crianças pequenas)”. De acordo com ALLEGIANZI; PITTET (2009), “os padrões de higiene das mãos são estabelecidos, de forma mais provável, nos primeiros dez anos de vida”. Este aspeto, subsequentemente, afeta a atitude face a este procedimento ao longo da vida, principalmente, a higiene das mãos inerente que reflete a necessidade instintiva de remover sujidade da pele. Por outro lado, se as pessoas são ensinadas a lavar as mãos apenas quando as têm visivelmente sujas, torna-se mais difícil aderirem, quando não veem matéria orgânica visível nas suas mãos;
- “Após remoção de luvas” (mediana= 6);
- “Entre tocar entre dois doentes sequencialmente” (mediana=6);
- “Após contacto de local mais conspurcado para outro menos conspurcado” (mediana= 6).

Como se pode verificar, os profissionais podem até considerar fácil a higiene das mãos em determinado “momento”, mas depois não aderirem (como é verificado através dos dados de auditoria).

Tendo em conta os grupos profissionais (ver anexo 6):

- Os médicos consideram como mais fáceis os momentos: “antes do contacto com o doente”, “após contacto direto com o doente”; “após exposição a fluidos corporais do doente”; “entre contacto com dois doentes sequencialmente”;
- Os enfermeiros consideram como mais fáceis os momentos “após contacto com o doente”; “após exposição a fluidos corporais do doente”; “entre contacto com dois doentes sequencialmente” e mais difíceis “antes do contacto com o doente”; “antes do contacto com locais considerados limpos”; “após contacto com objeto do ambiente envolvente do doente”.
- Os enfermeiros especialistas consideram mais fáceis os momentos: “após contacto com o doente”; “após exposição a fluidos corporais do doente”; “entre contacto com dois doentes sequencialmente.
- Por seu lado, os assistentes operacionais consideram mais fáceis os momentos “antes do contacto com o doente”; “após contato com o doente”; após exposição a fluidos corporais do doente” e “após remoção de luvas”; e mais difíceis “após contacto com objeto do ambiente envolvente do doente”; “entre contacto com dois doentes sequencialmente.

Tal como no estudo de TAI et al (2009), todos os grupos profissionais reportam uma maior facilidade na adesão à higiene das mãos "após exposição a fluidos orgânicos" e uma menor facilidade "antes de contacto com o doente" (o que não se verificou nas respostas dos médicos e nos assistentes operacionais da UCIP).

D.7. Obstáculos⁴⁶ à higiene das mãos⁴⁷

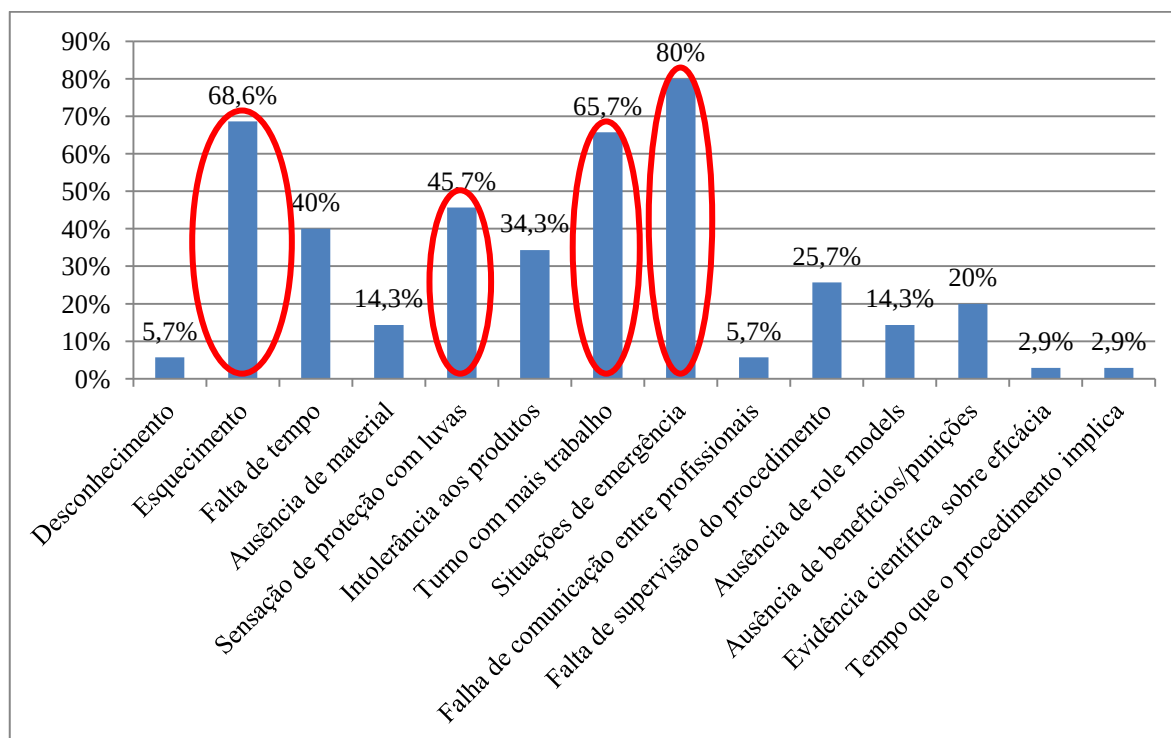


Gráfico 21: Percepção dos obstáculos à adesão à higiene das mãos.

Como se pode ver através do gráfico 21 acima apresentado, os obstáculos mais apontados (de forma geral para todos os grupos profissionais da UCIP) foram: “esquecimento, turno com mais trabalho, situações de emergência e sensação de proteção com luvas”.

O “**desconhecimento da importância do procedimento**” foi apontado por 5,7% dos profissionais respondentes. Dos quais: 20% dos médicos; 0% dos enfermeiros e 12,5% dos assistentes operacionais. Os enfermeiros foram o único grupo que não apontou este obstáculo – têm noção da sua importância, talvez porque foram sendo consciencializados para a mesma, desde o início do seu percurso académico e depois profissional. É estranho haver ainda alguma percentagem de médicos, que tenha apontado este. No entanto, PINA et al (2010) dizem que “num estudo efetuado para avaliar a adesão dos médicos às precauções básicas (higiene das mãos, uso de EPI’s, descontaminação de material e equipamento clínico, controlo ambiental, controlo de

⁴⁶ Os respondentes deviam apontar no mínimo 4 obstáculos, no entanto, no grupo dos assistentes operacionais houve uma pessoa que não respondeu, e 3 que apontaram menos de 4 opções.

⁴⁷ Não foi especificado no enunciado da questão, se a higiene das mãos se referia ao uso de água e sabão ou com SABA.

resíduos e corto-perfurantes, ...) constatou-se que 52,5 % dos médicos não tinham quaisquer conhecimentos sobre as recomendações do CDC, 40 % tinha algumas noções sobre o assunto, e apenas 7,5 % dos médicos conheciam na íntegra as recomendações do CDC sobre as precauções básicas”.

O “**esquecimento**” foi apontado por **68,6%** dos profissionais respondentes. Entre eles: 100% dos médicos; 72,7% dos enfermeiros e 37,5% dos assistentes operacionais. Este obstáculo pode eventualmente ser causado pela atribuição de maior prioridade a outras atividades laborais por parte dos médicos e os enfermeiros, que acabam por se concentrar em outros aspetos do doente.

A “**falta de tempo**” verificou-se em **40%** dos profissionais respondentes. Dos quais: 20% dos médicos; 45,5% dos enfermeiros e 37,5% dos assistentes operacionais. No momento do preenchimento do ICD, a falta de tempo ainda foi considerado por muitos como obstáculo à higiene das mãos, principalmente para enfermeiros e assistentes operacionais que, comparativamente aos médicos têm maior número de oportunidades de higiene das mãos por turno, por um maior contato com o doente devido à especificidade das suas atividades laborais.

A “**ausência de material para o efeito**” apenas foi dada como resposta por **14,3%** dos profissionais respondentes. Entre eles: 20% dos médicos; 9,1% dos enfermeiros e 25% dos assistentes operacionais. Na UCIP existem lavatórios em número suficiente e no que toca ao sabão e ao SABA, existe sempre um *stock*, repostado frequentemente. No entanto, o facto de menos enfermeiros apontarem este como obstáculo, poderá prender-se com o facto de estes serem os responsáveis mais frequentes pelo pedido de reposição aos assistentes operacionais, quando os materiais já não estão disponíveis (ex. embalagens vazias). Alguns assistentes operacionais estão mais despertos para a necessidade de reposição do material para a higiene das mãos, daí que os que não tendem a repor, possam encarar este aspeto como obstáculo.

O papel das mãos é repostado pela brigada da limpeza – por vezes este é que não está disponível, necessitando de chamadas de atenção para a sua reposição, mas que normalmente não invalida a higiene das mãos.

A “**sensação de proteção com luvas**” foi dada como resposta por **45,7%** dos profissionais respondentes (20% dos médicos; 54,5% dos enfermeiros e 37,5% dos assistentes operacionais). Como se pode verificar, o grupo que mais aponta este

obstáculo são os enfermeiros – talvez pelo tipo de procedimentos que realizam, muitos deles implicando o uso de luvas, e concomitantemente servindo como “desculpa” para a ausência de necessidade de higiene das mãos. Os médicos como não requerem tanto o uso de luvas durante a sua prática diária (só para colheita de sangue da linha arterial ou para procedimentos invasivos, onde são obrigatórias luvas esterilizadas) talvez tenham apontado menos este aspeto como obstáculo. JANG et al (2010), no seu estudo concluíram que “muitos profissionais reconhecem as luvas como uma falsa sensação de segurança, admitindo o uso do mesmo par de luvas por um período extenso de tempo, para múltiplas atividades, pela sensação de proteção conferida”.

A “**intolerância aos produtos**” pode-se verificar em **34,3%** dos profissionais respondentes (20% dos médicos; 45,5% dos enfermeiros e 12,5% dos assistentes operacionais). O grupo profissional que aponta mais este aspeto é o dos enfermeiros novamente – existem profissionais que já haviam referido este aspeto mais do que uma vez, em contexto de formação – alegando ser alvo de reações dérmicas devido, principalmente ao SABA. WANDEL et al (2010) dizem que “o uso de soluções irritantes ou que provocam secura foi identificado como barreira à adequada higiene das mãos (...). Assim, providenciar produtos suficientes, de acesso fácil e “amigas” da pele pode resultar num aumento da adesão à higiene das mãos”. Há sempre a hipótese destes casos de sensibilidade dérmica serem encaminhados para a Saúde Ocupacional – o que não pode ocorrer é servir como “desculpa” à ausência de higiene das mãos.

O obstáculo “**turno com maior carga de trabalho**” surgiu em **65,7%** dos profissionais respondentes (40% dos médicos; 72,7% dos enfermeiros e 62,5% dos assistentes operacionais). Como se pode verificar através da análise dos dados, os grupos que mais apontaram este obstáculo foram os enfermeiros e os assistentes operacionais que, como já foi dito anteriormente têm, durante um turno de trabalho, maior número de oportunidades de higiene das mãos. Aliado a este aspeto e apesar do rácio enfermeiro-doente se manter (1:2), o número de assistentes operacionais tem vindo a diminuir (por vários motivos, licença por doença ou reforma), o que por vezes, leva a um rácio de 1 assistente operacional para 8 doentes – isso faz com que a carga de trabalho aumente não só para estes, como para os enfermeiros, que acabam por ter de realizar algumas tarefas da responsabilidade dos assistentes operacionais, negligenciando a higiene das mãos, nos momentos indicados. WANDEL et al (2010)

dizem que a “UCI é conhecida por ser *stressante* e para ter mais oportunidades para a higiene das mãos do que outros locais (...) no entanto, a maior pressão de trabalho não parece ter uma influência direta no comportamento relativo à higiene das mãos (...) sendo esta por vezes até negativa” – os profissionais deixam de ter tempo para cumprir todos os procedimentos e muitas das vezes, a higiene das mãos é um deles. Também KAMPF (2004) suporta os dados obtidos, uma vez que mostra num dos seus estudos que “tem sido comprovado que a diminuição do número de profissionais, diminui a adesão à higiene das mãos”. Já DAUD-GALLOTTI et al (2012) concluíram no seu estudo que “a carga de trabalho elevada da enfermagem foi o principal fator de risco para as IACS’s, quando avaliada conjuntamente com outros dispositivos invasivos (exceto ventilação mecânica).

A “**ocorrência de situações de carácter de emergência**” (e.g. paragem cardio-respiratória) surgiu como resposta em **80%** dos profissionais respondentes (80% dos médicos; 90,9% dos enfermeiros e 50% dos assistentes operacionais). Através dos dados, deparamo-nos com valores bastante elevados para o grupo dos médicos e dos enfermeiros – que lidam mais frequentemente com este tipo de situações. No entanto, é de notar que situações de paragem cardio-respiratória não são assim tão frequentes no quotidiano da UCIP. Existem outro tipo de situações emergentes mais frequentes – e.g. desconexões de ventiladores, desconexões de acessos arteriais, tentativas de auto-extubação, tentativas de levantar doentes que estão sob técnica dialítica, entre outros. No entanto, o facto de não haver tempo (como obstáculo percecionado) para higienizar as mãos (neste caso, com SABA, que é muito mais rápido) poderá em causa na mesma o doente (sob risco de transmissão de microrganismos patogénicos). Ou seja, antes de cuidar de qualquer doente, há que assegurar que existem condições de segurança e neste caso, ao se colocar em causa a higiene das mãos, poderemos vir eventualmente a prejudicá-lo (através de uma possível infeção cruzada).

A “**falha de comunicação entre profissionais**” (*reuniões, via mail, circulares internas, Intranet*) verificou-se em **5,7%** dos profissionais respondentes (20% dos médicos; 4,6% dos enfermeiros e 0% dos assistentes operacionais). Apesar de este obstáculo ter sido dos menos apontados, há que tentar esclarecer até que ponto é que os profissionais estão alerta para as formações regulares (com divulgação via *e-mail* dos conteúdos das mesmas), normas e recomendações patentes na Intranet do CHLO.

“As organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas por comunicações fundadas em confiança mútua, percepções partilhadas da importância de segurança e de medidas preventivas” (PARENTE, 2012). Os tipos de canais de comunicação usados em hospitais podem ser variados, entre eles: “comunicação direta (troca de informação verbal, comunicação via telefone, reuniões, comunicação não verbal); regulação de práticas (políticas, *guidelines*, manuais); educação (foruna de formação, treino informal, sistemas de *e-learning*); mensagens eletrónicas (*Intranet*, *Internet*, *email*, redes sociais); comunicação social (jornais, revistas, televisão, rádio, *posters*)” (EDWARDS et al, 2012).

A “**falta de supervisão do procedimento**” verificou-se em 25,7% dos profissionais respondentes (40% dos médicos; 22,7% dos enfermeiros e 25% dos assistentes operacionais). Ainda existem alguns profissionais com a percepção de que o procedimento não é supervisionado, encarando este aspeto como obstáculo à adesão pessoal à higiene das mãos – no entanto, isto não corresponde à realidade. Anualmente são realizadas auditorias ao procedimento por profissionais de enfermagem, sendo depois avaliadas e compiladas num relatório anual, entregue à chefia de enfermagem e posteriormente à Direção de enfermagem, sendo depois divulgado à equipa de médicos e enfermeiros (através de impressão/via *e-mail*). A adicionar a isto, são realizadas pelos elementos de interligação com a CCI, auditorias à higiene das mãos, tendo em conta a grelha da DGS, integradas na “Campanha da Higiene das Mãos” – resultados estes que são divulgados em contexto de formação em serviço.

A “**ausência de pessoas “modelo” (*role models*) para o procedimento**” verificou-se em 14,3% dos profissionais respondentes (40% dos médicos; 9,1% dos enfermeiros e 12,5% dos assistentes operacionais). Os médicos foram o grupo que mais apontou este obstáculo – será por não terem pessoas do mesmo grupo que sirvam de modelo? Ou será que necessitariam de alguém da parte da chefia (médica/enfermagem) como modelo? WHITBY et al (2007) dizem que “administradores *séniores* e médicos aparentam ser uma influência positiva na adesão nos enfermeiros” e, para além disso, o fato de terem a percepção de serem um *role model* para outros colegas, tem uma influência positiva na sua própria adesão ao procedimento. Assim, “os profissionais de saúde numa sala como *staff* de médicos mais experientes, têm tendência para higienizar mais as suas mãos”, levando a que os mais novos, vejam o comportamento, copiem-no e

aceitam-no como sendo o correto (BATAILLON et al, 2010). KAMPF (2004) ainda acrescenta que “o número de anos de experiência profissional está correlacionado com a negligência na higiene das mãos.

A **“ausência de benefícios/punições para quem cumpre/não cumpre”** foi apontada por apenas **20%** dos profissionais respondentes (40% dos médicos; 18,2% dos enfermeiros e 12,5% dos assistentes operacionais). WHITBY et al (2007) consideram que as “recompensas/punições para o comportamento aceitável/não aceitável pode ser necessário e efetivo”. Tal já é realizado em alguns países, tal como a punição para a condução sob o efeito de álcool.

A **“evidência científica existente sobre a sua eficácia não justifica o esforço”** pode-se verificar em **2,9%** dos profissionais respondentes (0% dos médicos; 7,1% dos enfermeiros e 0% dos assistentes operacionais). Talvez os profissionais já tenham percepção de que a evidência científica nesta área já é muito extensa, daí que não tenham encarado este como um dos obstáculos. ERASMUS et al (2009) dizem que “alguns médicos consideram que deviam haver mais dados acerca da eficácia da higiene das mãos, apresentações e estudos para que se pudesse ler sobre este assunto e ter maior adesão”. GURSES et al (2008) dizem que “a adesão consistente com *guidelines* baseadas em evidência científica pode melhorar significativamente a segurança do doente e a qualidade dos cuidados” e a higiene das mãos é citada como recomendação em muitas *bundles*⁴⁸ relacionadas com prevenção de vários tipos de infeção.

“O tempo que o procedimento deve demorar não justifica o tempo perdido” foi respondido por apenas **2,9%** dos profissionais (0% dos médicos; 4,5% dos enfermeiros e 0% dos assistentes operacionais). A higiene das mãos com SABA veio diminuir este constrangimento de tempo. Segundo WANDEL et al (2010), “uma atitude negativa em relação às barreiras relacionadas com o tempo, é preditiva de uma menos adesão às recomendações para a higiene das mãos”.

Alguns dos obstáculos não foram mencionados por nenhum profissional: “não é uma prioridade nas suas tarefas profissionais”; “não é uma medida importante no cumprimento das suas funções profissionais”; “desacordo com as recomendações para o procedimento”; crença religiosa. Este aspeto pode estar relacionado com questões de

⁴⁸ Grupo de medidas de eficácia comprovada cuja implementação em conjunto, resulta em melhores resultados do que a aplicação de cada um dos seus componentes, separadamente.

organização gráfica do questionário – em que alguns destes obstáculos figuravam na segunda página (continuação da questão).

Tendo em conta os grupos profissionais: os médicos apontaram mais o “esquecimento”, **“situações de carácter emergente”**; os enfermeiros: **“situações de carácter emergente”**, “turno com mais trabalho”, “esquecimento” e os assistentes operacionais: “turno com mais trabalho”; **“situações de carácter emergente”**⁴⁹.

Tendo em conta que as situações de carácter emergente não são assim tão frequentes, o “turno com mais trabalho” e o “esquecimento” acabam por representar os obstáculos mais apontados pelos respondentes. O primeiro pode prender-se com a diminuição do número de elementos em cada turno (no que diz respeito aos assistentes operacionais) ou o segundo com a ausência de lembretes para os profissionais de saúde, no que toca à higiene das mãos ou falta de supervisão. Os obstáculos menos apontados/relatados foram “o desconhecimento”; “falha de comunicação entre profissionais”; “evidência científica sobre a sua eficácia”; “tempo que o procedimento implica”.

Os resultados obtidos neste estudo não são muito diferentes com o que dizem alguns estudos - GURSES et al (2008) dizem que “os obstáculos mais apontados à não adesão às *guidelines* para prevenção de IACS’s são o desconhecimento ou pouca familiaridade; desacordo; comunicação pouco eficaz; elevada carga de trabalho e falha na cultura do serviço para adaptar a uma nova prática; percepção de custos com implementação de *guidelines*; e falha de suporte material necessário”. Também JOSHI et al (2012) apontam como obstáculos à adesão à higiene das mãos, “o número insuficiente de elementos de brigadas de limpeza, de enfermeiros, e a inexistência de regras e regulamentos e ainda o comportamento inadequado de comunicação entre a equipa profissional do serviço e a gestão hospitalar”.

Este estudo levou então a uma reformulação do quadro de referência inicial (figura 4), com o reconhecimento dos momentos considerados como mais (assinalados com 1) e menos eficazes (assinalados com 2) na prevenção das IACS’s bem como os mais (“após risco de exposição de fluidos orgânicos”) e menos fáceis (“antes do contacto” e “após contacto com o ambiente envolvente do doente”) na adesão por parte dos profissionais.

⁴⁹ Os obstáculos assinalados a negrito são os comuns entre os três grupos profissionais.

De notar que esta reformulação não corresponde ao que deve ser feito na realidade, mas sim à percepção dos profissionais, que servirá para atuação no sentido de melhorar os conhecimentos e as medidas futuras para prevenção das IACS's.

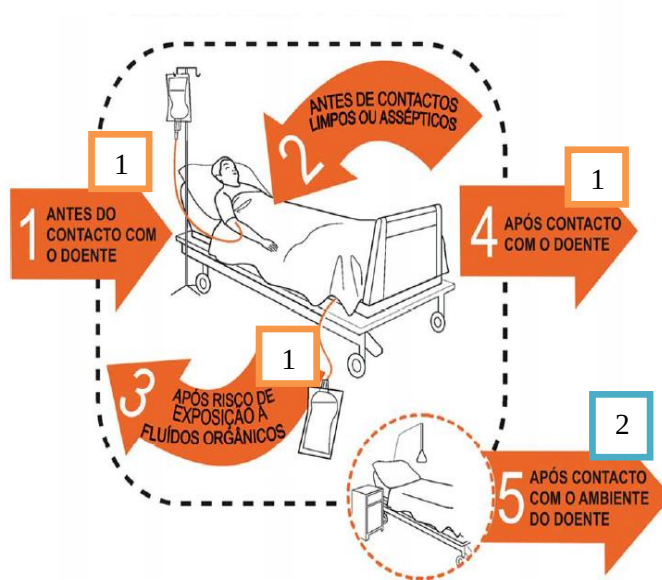


Figura 4: Modelo conceitual da WHO para a higiene das mãos (reformulado).

D.8. Percepção da eficácia de actividades na melhoria da adesão à higiene das mãos na UCIP⁵⁰

A comparação dos gráficos de cada grupo profissional (ver anexo 7) permitiu concluir que as atividades percecionadas como sendo **mais eficazes** na melhoria da adesão à higiene das mãos na UCIP são:

- “Auditorias de observação à higiene das mãos por elementos de interligação” (mediana=6). Segundo RANDLE; ARTHUR; VAUGHAN (2010), “a observação direta é a ferramenta de ouro para monitorizar a adesão à prática de higiene das mãos” (PINA et al, 2010). 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 higiene das mãos;

⁵⁰ Escala de Likert de 1 (ineficaz) a 7 (muito eficaz).

- Disponibilização de SABA em cada local de prestação de cuidados (mediana=7);
- Disponibilização de *posters* com instruções sobre higiene das mãos (mediana=7) – “os lembretes têm um modesto mas sustentado impacto nas práticas de higiene das mãos” (JOINT COMMISSION, 2009);
- Formação básica de cada profissional de saúde em higiene das mãos (mediana=7) – “treinar o *staff* em indicações específicas pode aumentar a sua consciencialização para a complexidade das indicações para a higiene das mãos” (JOINT COMMISSION, 2009);
- Divulgação regular dos resultados das auditorias ao cumprimento da higiene das mãos (mediana=6) - WANDEL et al (2010) dizem que “educação e *feedback* permanente da performance levam a uma melhoria sustentada na adesão à higiene das mãos ou melhoria de comportamento dos profissionais de saúde face a este procedimento”. Segundo ASSANASEN; EDMOND; BEARMAN (2008), “(...) os profissionais de saúde tendem a mudar mais facilmente o seu comportamento se receberem *feedback* acerca das suas práticas atuais e processos de cuidados, do que apenas serem informados acerca dos resultados puramente clínicos”;
- Nova campanha promocional da higiene das mãos (mediana=6).

Por outro lado, as atividades com valores mais baixos (**menos eficazes** na perspetiva dos profissionais) foram:

- “Chamadas de atenção por parte dos responsáveis de gestão da UCIP” (mediana= 4) – Segundo MARTINI (2004), “se quem coordena (...) não segue a rotina de higiene das mãos, como exigir de um profissional subordinado essa conduta?”
- “Chamadas de atenção colegas mesma profissão” (mediana=4) - Segundo WANDEL et al (2010), “um cumprimento por parte de um colega ou de um elemento do *staff* como reação a uma adequada higiene das mãos pode ser um exemplo de um suporte social nas UCI’s”;
- “Chamadas de atenção colegas outra profissão” (mediana=4) - Jang et al (2010), “afirmam que se deve criar um ambiente de trabalho em que é

aceitável que se lembre e encoraje os outros a higienizar as mãos, através de trabalho em equipa para a melhoria deste procedimento”;

- “Chamadas de atenção para a higiene das mãos por parte dos doentes/famílias (mediana=3) – “o objetivo de incluir os doentes na higiene das mãos é melhorar a adesão dos profissionais à higiene das mãos, tornando-se os primeiros em auditores deste procedimento. Estes programas de participação dos doentes podem aumentar a adesão dos próprios profissionais (LANDERS et al, 2012).

Tendo em conta os grupos profissionais, os **médicos** consideram como mais eficazes as atividades:

- “Promoção da higiene das mãos pelos cargos de chefia”;
- “Auditorias de observação à higiene das mãos por elementos de interligação”;
- “Chamadas atenção pelos cargos de chefia HEM”;
- “Disponibilização de SABA em cada local de prestação de cuidados”;
- “Formação básica de cada profissional de saúde em higiene das mãos”;
- “Divulgação regular dos resultados das auditorias ao cumprimento da higiene das mãos”;
- “Discussão dos resultados das auditorias ao cumprimento da higiene das mãos em reuniões de serviço da UCIP” – “o distanciamento entre as diferentes categorias profissionais faz com que cada profissional se limite a realizar apenas as suas funções, de forma desarticulada com a restante equipa” (MARTINI, 2004) – daí que seja fundamental a partilha das necessidades e lacunas do serviço, em contexto grupal;
- “Divulgação regular dos dados referentes às IACS’s”;
- “Cumprimento da higiene das mãos de acordo com o preconizado por parte dos responsáveis de gestão da UCIP”;
- “Cumprimento da higiene das mãos de acordo com o preconizado por parte de cada profissional” - “o exemplo dado pela equipe de saúde, no seu exercício profissional, tem maior repercussão na aprendizagem dos alunos do que uma disciplina específica com todos os métodos e técnicas recomendadas” (PEREIRA et al, 2005);

- “Nova campanha promocional da higiene das mãos”.

Os enfermeiros consideraram: “auditorias de observação à higiene das mãos por elementos de interligação”; “disponibilização de SABA em cada local de prestação de cuidados”; “disponibilização de *posters* com instruções sobre higiene das mãos”; “formação básica de cada profissional de saúde em higiene das mãos”; “nova campanha promocional da higiene das mãos”.

Os enfermeiros especialistas: “promoção da higiene das mãos pelos cargos de chefia” - RANDLE; ARTHUR; VAUGHAN (2010) dizem que o “comportamento de higiene das mãos dos profissionais mais experientes têm um papel fundamental na influência de elementos da equipa mais jovens”; “auditorias de observação à higiene das mãos pelos responsáveis de gestão da UCIP”; “auditorias de observação à higiene das mãos por elementos de interligação”; “disponibilização de SABA em cada local de prestação de cuidados”; “disponibilização de *posters* com instruções sobre higiene das mãos”; “formação básica de cada profissional de saúde em higiene das mãos”; “divulgação regular dos resultados das auditorias ao cumprimento da higiene das mãos”; “nova campanha promocional da higiene das mãos”.

Por último, os assistentes operacionais consideraram: “disponibilização de SABA em cada local de prestação de cuidados”; “disponibilização de *posters* com instruções sobre higiene das mãos”; “cumprimento da higiene das mãos de acordo com o preconizado por parte de cada profissional” - “deve focar-se a atenção em melhorar a adesão à higiene das mãos entre médicos e enfermeiros, que são importantes *role models* com o objetivo de criar uma maior adesão nos restantes profissionais de saúde”(LANKFORD et al, 2003).

No estudo de TAI et al (2009), as quatro intervenções mais apontadas pelos profissionais foram: "formação básica em higiene das mãos"; *guidelines* sobre higiene das mãos claras, compreensíveis e facilmente acessíveis; disponibilização de SABA de forma acessível em cada local de prestação de cuidados; auto-performance de higiene das mãos, sempre que é requerida. Tal como no estudo que se apresenta, encorajar os doentes a relembrar os profissionais de saúde a higienizar as mãos foi apontada como sendo a menos eficaz.

VIII. Considerações Finais e Recomendações

A gestão das IACS's assume cada vez maior importância em Portugal e no Mundo quer pelos efeitos na qualidade de vida dos doentes e sua segurança, quer pelos custos a nível económico.

São vários os desafios quando se pretende intervir nas IACS's—capacidade/conhecimentos dos profissionais, inexistência ou uso incorrecto de protocolos de actuação e medidas profiláticas, no entanto a comunicação e os comportamentos dos profissionais desempenham um papel de extrema importância neste processo – algo que merece ser considerado e melhor estudado num ambiente tão complexo, como o de um hospital. Esta é uma problemática que tem sido abordada por vários autores, em diferentes perspetivas, pela sua importância e implicações.

O que suscitou interesse no desenvolvimento de um estudo de investigação nesta área, foi o facto de ser uma problemática com grande impacto no serviço onde foi implementado o mesmo, mas no qual não se tem investido em atividades de melhoria. Surgiu da necessidade de uma nova abordagem no que toca à compreensão dos fatores que dificultam o cumprimento da higiene das mãos, com vista à prevenção/diminuição das IACS's. Distingue-se dos demais, uma vez que abrangeu o grupo dos assistentes operacionais, para além dos médicos e enfermeiros, dois dos grupos profissionais que menos aderem à higiene das mãos na UCIP do HEM. O objetivo do estudo foi conhecer os aspetos facilitadores e inibidores da adesão à higiene das mãos, percecionados pelos três grupos de profissionais de saúde da UCIP do HEM, através da aplicação de um questionário. Assim, primeiramente o pretendido não era que os profissionais refletissem sobre as suas próprias opiniões no que toca à higiene das mãos (nomeadamente a sua importância), mas este acabou por ser um ganho adicional. A finalidade última era aumentar a adesão ao procedimento na UCIP do HEM e, consequentemente progredir-se para uma maior segurança dos doentes internados em estado crítico. Isto porque uma promoção da higiene das mãos bem sucedida não depende apenas da implementação de intervenções, mas também requer o conhecimento das percepções dos profissionais de saúde sobre as IACS's e a higiene das mãos.

Os achados deste estudo foram consistentes com alguns dos anteriores, nomeadamente com os de TAI et al (2009). Verificou-se que a maioria dos profissionais

têm perceção do impacto das IACS's e acreditam que estas podem ser prevenidas através da higiene das mãos. Para além disto, apesar de os profissionais terem conhecimentos sobre as infeções hospitalares, sentem dificuldades em incorporar as medidas preventivas das mesmas na prestação de cuidados aos doentes, devido a crenças pessoais e à necessidade de proteção pessoal (através da maior adesão à higiene das mãos quando elas estão “visivelmente sujas”). De facto, não é fácil despoletar a necessidade intrínseca para higienizar as mãos, requerendo a acção sobre outros factores, tais como: atitude face à higiene das mãos ou pressão social percecionada. WHITBY et al (2007) dizem que “os padrões de comportamento em relação à higiene das mãos são estabelecidos em idade precoce (9/10 anos de idade)” (...), pelo que melhorar a adesão num profissional de saúde significa modificar um padrão de comportamento que já é praticado há várias décadas.

Após a análise dos resultados obtidos, e em consonância com as observações do estudo de TAI et al (2009), médicos e enfermeiros (e no caso do estudo presente, também assistentes operacionais) variam no que toca às perceções da importância e impacto das IACS's, bem como na perceção da eficácia da higiene das mãos e adesão a este procedimento.

No que se refere aos conhecimentos sobre IACS's, alguns profissionais (31,4%) mostraram conhecer a percentagem de doentes que adquire uma IACS's nos hospitais portugueses por grupo profissional, bem como o número de dias extra de internamento por INCS (cujas principais prevenções residem nos cuidados médicos e de enfermagem). Por outro lado, puderam-se verificar algumas lacunas na perceção sobre impacto das IACS's na mortalidade dos doentes e sobre despesa financeira com as mesmas.

A principal via de transmissão de infeção cruzada de microrganismos são as mãos dos profissionais de saúde – mas estranhamente ainda houve uma pequena percentagem de profissionais (9%) que percecionam os objetos não invasivos como sendo a razão para tal, considerando o procedimento de higiene das mãos como pouco eficaz.

Outra das conclusões deste estudo foi a correta perceção por parte dos profissionais da UCIP do HEM acerca dos momentos de higiene das mãos que previnem a transmissão de microrganismos para o doente – “antes do contato com o doente” (83%) e “antes de procedimentos assépticos” (70%). Por outro lado, verificou-se em alguns profissionais (mais especificamente, cinco dos assistentes operacionais) um

conhecimento incorreto sobre aqueles momentos que previnem a transmissão de microrganismos para o profissional, o que pode denotar uma falha na formação.

Grande parte dos profissionais (23/35) não soube apontar o tempo mínimo correto de higiene das mãos com água e sabão, mas soube o tempo necessário com SABA, que é o mais eficaz e que dispense menos tempo dos profissionais.

Os aspetos a evitar pelo aumento da probabilidade de colonização das mãos mais apontados, foram o uso de joias, relógio e outros adornos – o que ocorre no contexto é que ainda existem profissionais que fazem uso regular destes objetos durante a prestação de cuidados. Por outro lado, e de acordo com o que é preconizado, o uso de creme das mãos foi o menos apontado.

Outro aspeto de salientar foi a percepção geral de que são os enfermeiros, o grupo profissional que deve higienizar mais as mãos, pondo em causa a máxima que “todos os profissionais estão perante os 5 momentos e que devem higienizar as mãos, independentemente do contacto mais ou menos próximo (fisicamente) com o doente que se prevê/realiza”.

Existem diferenças nos momentos de higiene das mãos que os profissionais de saúde da UCIP do HEM percecionam como sendo mais eficazes na prevenção das IACS's, para além de que os momentos “antes do contacto com o doente”; “imediatamente antes de tocar num local considerado limpo” e “após tocar num objeto do ambiente envolvente” foram menos apontados, apesar de se saber que estes podem ser responsáveis por este tipo de infeções.

Os respondentes não têm noção que a adesão à higiene das mãos é muito insuficiente, tendo em conta o serviço em causa e o tipo de doentes internados.

A percepção geral da prioridade atribuída a medidas relacionadas com a segurança do doente por parte da gestão do HEM é “moderada, alta ou até muito alta” e apenas uma pequena percentagem dos profissionais considera que a prioridade pela gestão da UCIP é baixa. De acordo com a análise dos dados, em todos os grupos a prioridade atribuída higiene das mãos nas suas atividades laborais situa-se entre “alta” e “muito alta”.

O grupo dos enfermeiros (especialistas e não especialistas) são os que percecionam um maior esforço para ser realizada uma higiene das mãos considerada como “ideal”. No caso dos médicos, o esforço percecionado foi menor e no grupo dos assistentes operacionais, os dados foram muito discrepantes, mas a tender mais para “nenhum

esforço”. Este facto pode estar relacionado com a fraca adesão por parte destes dois grupos profissionais, o que leva a que não vejam tanta necessidade de esforço na sua realização. Por outro lado, a questão que se coloca é qual o esforço que a utilização do SABA implica na realidade, uma vez que se encontra disponível no local de prestação de cuidados de saúde e, pelo tempo tão mínimo que envolve na sua aplicação? Daí que esta problemática seja tão difícil de ser explicada, uma vez que diversos fatores estão implicados na adesão ou na não adesão ao procedimento de higiene das mãos.

O momento de higiene das mãos considerado como mais fácil para a adesão à higiene das mãos foi "após exposição a fluidos orgânicos" e os menos fáceis "antes de contacto com o doente e “após contato com o ambiente envolvente do doente”.

No entanto, tendo em conta o número de oportunidades de higiene das mãos por hora/por doente, que numa UCI deve ser “20”, há que considerar que o cumprimento na sua totalidade pode ser uma tarefa colossal e por isso os profissionais podem encará-la como algo muito difícil de atingir. Assim, tomando como exemplo um turno de trabalho, em que no caso dos enfermeiros normalmente têm à sua responsabilidade dois doentes, o número de oportunidades para este grupo profissional (incluindo os períodos de descanso e refeições) será: 320 oportunidades para o enfermeiro (20x8hrsx2doentes); É de alertar que tudo depende do estado hemodinâmico do doente, das atividades necessárias (e.g. procedimentos invasivos) e da organização do turno de trabalho, não obstante, de acordo com estes dados, esta tarefa parece algo inatingível, com necessidade de intervenções para se conseguir chegar a um meio-termo.

De acordo com os dados disponíveis referentes à UCIP, a adesão não é a expectável e desejável no sentido da segurança do doente e da prevenção das IACS's. Daí que alguns dos obstáculos apontados para a higiene das mãos tenham sido: “esquecimento, turno com mais trabalho, situações de emergência e sensação de proteção com luvas”.

As atividades que os profissionais consideram ser de maior eficácia na melhoria da adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM foram: **auditorias de observação** à higiene das mãos por elementos de interligação; **disponibilização de SABA** em cada local de prestação de cuidados; disponibilização de **posters** com instruções sobre higiene das mãos; **formação básica** de cada profissional de saúde em higiene das mãos (com carácter obrigatório para elementos dos três grupos profissionais estudados); **divulgação regular dos resultados** das auditorias ao cumprimento da higiene das mãos

e implementação de um **nova campanha promocional da higiene das mãos**. No entanto, pode-se denotar que estas atividades já são feitas, atualmente na UCIP do HEM mas que não têm tido resultados positivos no aumento da adesão à higiene das mãos. Por outro lado, contrariamente ao que os dados revelaram, o que está descrito por MARTINI (2004) é que “os médicos respondem pouco às solicitações verbais e/ou escritas para a lavagem das mãos, nomeadamente através de *posters*. Porque será que os médicos apontaram esta atividade como sendo das mais eficazes na sua perspetiva?

Por outro lado, as atividades menos eficazes na perspetiva dos profissionais foram: chamadas de atenção por parte dos responsáveis de gestão da UCIP, chamadas de atenção colegas mesma profissão; chamadas de atenção colegas outra profissão e chamadas de atenção para a higiene das mãos por parte dos doentes/famílias. De acordo com os dados obtidos, e apesar do que diz a literatura quanto à eficácia da supervisão dos elementos de chefia, será que os profissionais da UCIP, apontaram estas atividades como sendo menos eficazes, uma vez que as consideram menos “cómodas”? Ou menos adequadas, de acordo com a relação que estabelecem com os elementos em cargos de chefia atuais?

O meu objectivo com esta tese de dissertação não foi o “medir” o que se faz (como se faz nas auditorias), mas sim saber qual a melhor intervenção, de acordo com a opinião dos profissionais do local de estudo com vista à prevenção das IACS’s através da higiene das mãos. WHITBY et al (2007) dizem que “a dinâmica da mudança de comportamento é complexa e multifacetada e envolve uma combinação de educação, motivação e mudança do sistema”. Os programas e estratégias devem ter em conta as principais crenças e barreiras, de forma a alterar um comportamento individual previamente existente”. Para tal há que se iniciar com a formação familiar na infância e depois progredir durante os cursos profissionalizantes, no percurso formativo dos indivíduos, nomeadamente, se forem na área da saúde.

Para além dos **aspetos inibidores** da adesão à higiene das mãos apresentados ao longo do estudo existem outros, já existentes de base na UCIP do HEM, e que não foram alvo de pesquisa no ICD aplicado. Como sejam, o facto de a equipa de profissionais ser relativamente jovem no que toca aos enfermeiros, mas nos restantes grupos, os elementos serem mais velhos, aspeto que pode estar associado a uma menor motivação para a mudança, um maior comodismo e um menor desejo de inovação.

Aliado a isto, os elementos de chefia são os mesmos há vários anos, com largos anos de experiência em UCI, mas que não estão, possivelmente despertos para a temática das IACS's e para a importância de apostar na prevenção através da higiene das mãos. Assim, é um serviço com instalações “novas” mas com mentalidades de profissionais que necessitam ser renovadas, no sentido da melhoria da adesão a este procedimento. A melhoria da comunicação entre os elementos das três equipas e intra-equipas também pode ser uma medida a implementar, como forma de apontar as dificuldades percecionadas pelos profissionais no que toca à higiene das mãos, bem como na criação de sugestões adequadas a cada elemento, na medida em que se trata de uma equipa relativamente pequena.

Por outro lado, os resultados puderam evidenciar alguns **aspetos já existentes na UCIP do HEM**, que podem ser encarados como **facilitadores** na melhoria da adesão: equipa médica mais experiente que pode servir como *role model* para o procedimento; mais profissionais do sexo feminino (que segundo a literatura têm maior adesão do que os de sexo masculino); habilitações literárias dos enfermeiros e médicos; instituições académicas diversas dos profissionais (o que poderia ser uma mais valia pela diversidade de abordagem do tema); atualização formativa dos profissionais; equipa de enfermagem jovem, em que muitos elementos saíram das escolas superiores diretamente para a UCIP, o que pode ser sinónimo de menos “maus vícios” no que toca à higiene das mãos; formação da maioria dos profissionais no contexto da “Campanha da Higiene das Mãos”; existência de equipa de elementos de interligação com CCI (neste momento, composta apenas por enfermeiros e assistentes operacionais). Por outro lado, a aceitação da participação no estudo pela maioria dos profissionais pode ser encarado como um aspeto positivo.

Para as **lacunas de conhecimento** após análise dos dados, sugiro como medidas (destacando as mais prioritárias a negrito):

- ✓ **Afixação do modelo dos “5 momentos”** em cada unidade dos oito doentes (para relembrar necessidade de cumprimento de cada um deles) – insistir nos “momentos” que os profissionais apontaram como sendo mais fáceis (“antes do contacto com o doente; “após risco de exposição a fluidos orgânicos”; “após contacto com ambiente envolvente do doente”).

- ✓ **Entrega de cartões de cumprimento de higiene das mãos** (com escolha de dia semanal, aleatório, para auditoria aos elementos presentes num dos turnos escolhidos também aleatoriamente) – os cartões deverão ser entregues no final de cada observação, individualmente, a cada profissional de onde conste pontuação;
- ✓ **Afixação de cartaz do qual conste dados de adesão à higiene das mãos referentes aos anos anteriores** (com análise da tendência);
- ✓ Organização de concursos de cumprimento da higiene das mãos entre equipas e inter-grupos profissionais (com direito a prémios);
- ✓ Disponibilização de lembretes dos quais façam parte a despesa financeira com as IACS's e as taxas de mortalidade por IACS's na UCIP;
- ✓ Colocação de relógio junto aos lavatórios da UCIP, para contabilizar tempo de lavagem com água e sabão seguida de competição entre equipas com atribuição da “equipa que melhor higieniza as mãos”;
- ✓ Auditoria periódica às mãos dos profissionais com recurso a máquina de fluorescência para averiguar contaminação das mãos após higiene e, ainda o estado das unhas e pele;
- ✓ Criação de dia para descontaminação coletiva dos telemóveis e dispositivos informáticos da equipa de profissionais da UCIP (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) – com recurso a toalhetes desinfetantes;
- ✓ Disponibilização de creme para uso dos profissionais, de forma a evitar a pele danificada pela higiene das mãos.

Tendo em conta os **obstáculos à higiene das mãos apontados**, sugere-se a tentativa da diminuição do rácio profissional-doente e de lembretes para tentar colmatar o “esquecimento” do cumprimento deste procedimento.

De acordo com as **atividades de maior eficácia apontadas pelos profissionais** sugere-se a manutenção de auditorias de observação à higiene das mãos por elementos de interligação; a disponibilização de SABA em cada local de prestação de cuidados; a disponibilização de *posters* com instruções sobre higiene das mãos; formação básica de cada profissional de saúde em higiene das mãos; a divulgação regular dos resultados das

auditorias ao cumprimento da higiene das mãos e implementação de uma nova campanha promocional da higiene das mãos.

De uma forma geral e decorrente do conhecimento da realidade do local de estudo, sugere-se ainda:

- ✓ Uniformização de procedimentos relacionados com controlo de infeção, através do aprimorar de normas e rotinas, pelos elementos responsáveis pela CCI, mas que sofram auditorias posteriores regulares pelos elementos de chefia/interligação com CCI da UCIP;
- ✓ Motivação dos profissionais para a temática, através da promoção de debates e reuniões de serviço e reforço positivo;
- ✓ Formação e suporte dos superiores hierárquicos para a implementação dos programas;
- ✓ Mudança da cultura organizacional com suporte da equipa clínica e dos administradores *séniores*;
- ✓ Motivação para as práticas de higiene adequadas através de *role modelling* pressão dos pares de médicos *séniores*, equipa de enfermagem e outras (com suporte contínuo da administração hospitalar);
- ✓ Criação de um ambiente de segurança, dirigido por gestores, com programas visíveis, atitude de tolerância e de suporte, em direção aos problemas reportados e a crença na eficácia das estratégias preventivas;
- ✓ Clarificação de expectativas dos profissionais de saúde relativamente à melhoria da adesão;
- ✓ Aumento da comunicação entre equipas;
- ✓ Criação de penalizações e gestão forte e consistente (quer médicos e enfermeiros);
- ✓ Consciencialização comunitária para o tema (programas dirigidos a doentes e famílias, escolas e outros);
- ✓ Monitorização através de questionários, vigilância por câmaras e sistemas de alarme;
- ✓ Formação sobre formas de lidar com carga de trabalho, cumprindo simultaneamente *guidelines*;

- ✓ Aquisição de equipamentos médicos para facilitar a carga de trabalho e reduzir o número de oportunidades de higiene das mãos.

As IACS's não são qualquer doença infecciosa, mas decorrem da evolução das práticas assistenciais forjadas no modelo de assistência com características curativas no qual predominam os procedimentos invasivos tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica.

É urgente mudar o paradigma: em vez de se abordarem as IACS como uma consequência inevitável do desenvolvimento tecnológico e terapêutico, há que acreditar que a prevenção é possível.

A prevenção só será possível através das pessoas. Nos primórdios do controlo de infeção, com Semmelweis e Nightingale, deu-se início a este processo, mas apesar de tudo, também eles lidaram com dificuldades. Assim, há que continuar a lutar para melhorar a adesão à higiene das mãos - procedimento tão simples mas tão capaz de salvar vidas.

Esta investigação, na UCIP do HEM, irá permitir a utilização das percepções dos profissionais dos três grupos estudados, na definição de estratégias mais adequadas para a melhoria do cumprimento da higiene das mãos.

Ainda que os resultados do presente estudo não possam ser extrapolados para outros serviços e hospitais, devido à sua natureza, consideramos que a metodologia utilizada é válida e reproduzível em outros locais de prestação de cuidados de saúde. Como tal, para futuras investigações, proponho a continuação no estudo desta temática, através da replicação deste estudo, abrangendo outros profissionais de saúde, de outros grupos ou do outro hospital do Centro Hospitalar (nomeadamente Hospital de São Francisco Xavier), para analisar possíveis diferenças/semelhanças. Para além disto, a minha inclusão no projeto OSYRISH.

IX. Limitações do estudo

O facto de o questionário ter sido de auto-preenchimento pode ter permitido o auxílio nas respostas através de pesquisa individual dos respondentes (*internet*, cartazes distribuídos no serviço,...).

A tipologia e a dimensão amostral do estudo não permitiu inferir relações causais entre algumas das variáveis escolhidas (e.g. conhecimentos sobre IACS's e idade; conhecimentos sobre IACS's e grupo profissional).

As incorreções presentes no questionário, referidas ao longo da tese mas que poderão ser corrigidas numa nova aplicação do ICD.

A impossibilidade de obter dados de maior número de assistentes operacionais e de médicos do sexo masculino.

Por outro lado, a dificuldade em separar o conhecimento do local e das particularidades do local do estudo, pela mestrandia devido ao seu papel de elemento de interligação com a CCI.

As investigações descritivas preparam o caminho para estudos mais avançados, daí que, em futuras investigações, sugere-se o recurso a uma maior amostra, que possibilite a análise estatística inferencial, com posterior generalização para a população. Também se sugere a inclusão de outros profissionais que têm contato direto com os doentes - como os fisioterapeutas e técnicos de radiologia.

X. Referências Bibliográficas⁵¹

- AGUIAR, P. - *Guia prático de Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS*. 1ª edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2007. ISBN 978-972-796-281-5.
- ALLEGIANZI, B. [et al.] - Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. The Lancet. Vol. 13 (2013), p. 1-9.
- ALLEGIANZI, B. [et al.] - Religion and culture: Potential undercurrents influencing hand hygiene promotion in health care. American Journal Infection Control. Vol. 37 (2009), p. 28-34.
- ALLEGIANZI, B.; PITTET, D. - Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention (revisão). Journal of Hospital Infection. Vol. 73 (2009), p. 305-315.
- ANNALEE, Y. [et al.] - Determinants of Healthcare Workers' Compliance with Infection Control Procedures. Healthcare Quarterly. Vol. 10 (2007), p. 44-52.
- ASSANASEN, S.; EDMOND, M.; BEARMAN, G. - Impact of 2 different levels of performance feedback on compliance with infection control process measures in 2 intensive care units. American Journal Infection Control. Vol. 36 (2008), p. 407-413.
- BATAILLOM, S. [et al.] - Influence of job seniority, hand hygiene education, and patient-to-nurse ratio on hand disinfection compliance. Journal of Hospital Infection. Vol. 76 (2010), p. 32-35.
- BLEGEN, M. [et al.] - Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPS Project. Quality safety Health Care. Vol. 19 (2010), p. 346-350.
- BOYNTON, P.; GREENHALGH, T. - Selecting, designing, and developing your questionnaire. BMJ. Vol. 328(2004), p. 1312-1315.
- BRADY, R. [et al.] - Mobile phone technology and hospitalized patients: a cross-sectional surveillance study of bacterial colonization, and patient opinions and behaviours. Clinical Microbiology and Infection. Vol. 17, nº6 (2011), p. 830-835.

⁵¹ O estilo de formatação das referências bibliográficas seguiu a norma NP-405.

- BRANNIGAN, E.; MURRAY, E.; HOLMES, A. - Where does infection control fit into a hospital management structure? Journal of Hospital Infection. Vol. 73 (2009), p. 392-396.
- CARMO, H.; FERREIRA, M. - **Metodologia de investigação: guia para a auto aprendizagem**. Lisboa: Universidade aberta, 2007.
- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL - **Relatório Gestão de Contas 2010**. [Em linha]. CHLO, 2011. [Consult. Mar. 2012]. Disponível na internet: www.chlo-min.saude.pt (Intranet).
- CHARNEY, W. - **Epidemic of medical errors and hospital-acquired infections – Systemic and Social causes**. USA: CRC Press, 2012. ISBN 978-1-4200-8929-5.
- CRESWELL, J. - **Research design – qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. USA: Sage, 2009.
- CUNHA, G. [et al.] - **Estatística Aplicada às Ciências e Tecnologias da Saúde**. Lisboa: LIDEL, 2007. ISBN 978-972-757-412-4.
- DAUD-GALLOTTI, R. [et al.] – Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. Plos One. Vol. 7, nº 12 (2012), p. 1-6.
- EDWARDS, R. [et al.] - Communication strategies in acute health care: evaluation within the context of infection prevention and control. Journal of Hospital Infection. Vol. 30 (2012), p. 1-5.
- ERASMUS, V. [et al.] - A qualitative exploration of reasons for poor hand hygiene among hospital workers: lack of positive role models and of convincing evidence that hand hygiene prevent cross-infection. Infection Control and Hospital Epidemiology. Vol. 30 (2009), p. 415-419.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - **Annual Epidemiological Report**. [Em linha]. ECDC, 2008. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.ecdc.europa.eu>.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - **European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals**. [Em linha]. ECDC, 2013. [Consult. Ago. 2013]. Disponível na internet: <http://www.ecdc.europa.eu>.

- FERNANDES, A. - **Percepções de profissionais de saúde relativas à infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: 2008. Dissertação de Mestrado.
- FORTIN, M. - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FRAGATA, J. - *Segurança dos doentes – uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel, 2011.
- FÜRSTENAU, C. - *Jornadas de Controlo de Infecção do CHLO*. Lisboa: Hospital de São Francisco Xavier, 2012.
- GASPAR, I. - **Indicadores dos doentes internados na UCIP HEM 2008-2011**. Lisboa: Hospital de Egas Moniz, 2012.
- GURSES, A.P. [et al.] - Systems ambiguity and guideline compliance: a qualitative study of how intensive care units follow evidence-based guidelines to reduce healthcare- associated infections. *Quality safety health care*. Vol. 17 (2008), p. 351-359.
- HILL, M.; HILL, A. - *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, 2002.
- INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – COMISSÃO DE ÉTICA *Regulamento do Conselho de Ética*. [Em linha]. [Consult. Nov. 2012] Disponível em <http://www.ihmt.unl.pt/>.
- JANG, J. [et al.] - Focus group study of hand hygiene practice among healthcare workers in a teaching hospital in Toronto, Canada. *Infection Control Hospital Epidemiology*. Vol. 31 (2010), p. 144-150.
- JOINT COMMISSION- **Measuring hand hygiene adherence: overcoming the challenges**. [Em linha]. JC, 2009. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.jointcommission.org>.
- JOSHI, S. [et al.]. - Qualitative study on perceptions of hand hygiene among hospital staff in a rural teaching hospital in India. *Journal of Hospital Infection*. Vol. 80 (2012), p. 340-344.
- KAMPF, G. - The six golden rules to improve compliance in hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*. Vol. 56 (2004), p. S3-S5.

- KAUR, R.; RAZEE, H.; SEALE, H. - ***Designing a new educational intervention to improve hand hygiene compliance of medical students***. School of Public Health and Community Medicine (Biennial Report 2011-2012): University of New South Wales, 2013.
- LAKATOS, E.; MARCONI, M. - ***Metodologia do trabalho científico***. São Paulo: Atlas, 1992.
- LANDERS, T. [et al.]. - Patient-centered hand hygiene: The next step in infection prevention. American Journal of Infection Control. Vol. 40 (2012), p. S11-S17.
- LANKFORD, M.[et al.]. - Influence of Role Models and Hospital Design on Hand Hygiene of Health Care Workers. Emerging Infectious Diseases. Vol. 9, nº2 (2003), p. 217-223.
- LAPÃO, L. [et al.] - **Projeto OSYRISH – documento para submissão à Fundação para a Ciência e a Tecnologia**. Lisboa, IHMT, 2012.
- MANSOA, A. [et al.] - Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. Revista Portuguesa Saúde Pública. Vol. 29, nº 2 (2011), p.116-122.
- MANSOA, A.- **O erro nos cuidados de enfermagem a indivíduos internados numa UCI**. Instituto de Higiene e Medicina Tropical: 2010. Dissertação de Mestrado.
- MARTINI, A. - **Lavagem das mãos no olhar de trabalhadores de enfermagem**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 2004). Dissertação de Mestrado.
- PARENTE, S. - **Jornadas de Controlo de Infecção do CHLO**. Lisboa: Hospital de São Francisco Xavier, 2012.
- PEREIRA, M. [et al.] - A infeção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto & Contexto Enfermagem. Vol. 14, nº 2 (2005), p. 250-257.
- PINA, E. [et al.] - Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 10 (2010), p. 27-39.
- PITTET, D. - Compliance with hand disinfection and its impact on hospital-acquired infections. Journal of Hospital Infection. Vol. 48 (Supplement A) (2001), p. S40-S46.
- PITTET, D.; ALLEGRAZI, B. - Preventing infections acquired during health-care delivery. The Lancet. Vol. 372 (2008), p.1719-1720.

- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Campanha Nacional de Higiene das Mãos (Resultados de avaliação da adesão à prática de Higiene das Mãos na UCIP do HEM)**. [Em linha]. PNCI, 2012. [Consult. Jun. 2013]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Clean care is safer care – Formação de Formadores**. Lisboa: DGS, 2009.
- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Inquérito de prevalência de infeção 2010**. [Em linha]. PNCI, 2010. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Inquérito de prevalência de infeção 2012**. [Em linha]. PNCI, 2013. [Consult. Jun. 2013]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Orientação de boa prática para a higiene das mãos nas unidades de saúde (circular normativa)**. [Em linha]. PNCI, 2010. [Consult. Jun. 2013]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Precauções básicas do Controlo de Infeção – (Norma nº 029/2012 actualizada)** [Em linha]. PNCI, 2013. [Consult. Nov. 2013]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Prevenção de infeções adquiridas no hospital – um guia prático**. [Em linha]. PNCI, 2002. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos cuidados de saúde**. [Em linha]. PNCI, 2007. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PNCI - MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção associada aos cuidados de saúde – Manual de operacionalização**. [Em linha]. PNCI, 2008. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- RANDLE, J.; ARTHUR, A.; VAUGHAN, N. - Twenty-four-hour observational study of hospital hand hygiene compliance. Journal of Hospital Infection. Vol. 76 (2010), p. 252-255.

- RANGACHARI, P.; [et al.] - A baseline study of communication networks related to evidence-based infection prevention practices in an intensive care unit. Quality Management in Health Care. Vol. 19, nº 4 (2010), p. 330-348.
- REBELO, F. - ***Relatório da Campanha Nacional de Higiene das Mãos***. Lisboa: Hospital de Egas Moniz, 2012.
- ROSENTHAL, V. - Health-care-associated infections in developing countries. The Lancet. Vol. 377 (2011), p. 186-188.
- SAX, H. [et al.] - My five moments for hand hygiene: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. Journal of Hospital Infection. Vol. 67 (2007), p. 9-21.
- SOUSA, P. [et al.] - Estudo epidemiológico de eventos adversos em contexto hospitalar: resultados de um estudo-piloto realizado em Portugal. ***In Segurança dos doentes – uma abordagem prática***. Lisboa: Lidel, 2011. pp 289-306.
- TAI, J.[et al.] - Nurses and physicians' perceptions of the importance and impact of healthcare-associated infections and hand hygiene: a multi-center exploratory study in Hong Kong. Infection. Vol. 37, nº 4 (2009), p. 320-333.
- TOTTEN, V.; PANACEK, E.; PRICE, D. - Basics of Research (Part 14) Survey Research Metodology: Designing the survey instrument. Air Medical Journal. Vol. 18, nº 1 (1999), p. 26-34.
- VENKATRAM, S., RACHMALE, S.; KANNA, B. - Study of device use adjusted rates in health care-associated infections after implementation of “bundles” in a closed-model medical intensive care unit. Journal of critical care. Vol. 25 (2010), p. 174e11-174e18.
- WANDEL, D. [et al.] - Behavioral determinants of hand hygiene compliance in intensive care units. American Association of critical-care nurses. Vol. 19, nº 3 (2010), p. 231-239.
- WEST, E. - Organisational sources of safety and danger: sociological contributions to the study of adverse events. Quality in Health Care. Vol. 9 (2000), p. 120–126.
- WHITBY, M. [et al.] - Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. Journal of Hospital Infection. Vol. 65 (2007), p. 1-8.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Perception survey for senior managers. World Alliance for Patient Safety -Clean care is safer care.** [Em linha]. WHO, 2009. [Consult. Out. 2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/en/>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide -Clean care is safer care.** [Em linha]. WHO, 2011. [Consult. Out. 2013]. Disponível na internet: <http://www.who.int/en/>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – World Alliance for Patient Safety. **Who guidelines in hand hygiene in health care: a summary clean hands are safer hand.** [Em linha]. WHO, 2005. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.who.int/en/>.
- YIN, R. - *Case Study Research: Design and Methods*. USA: SAGE Publications, 1994.
- YIN, R. *Case Study Research: Design and Methods*. USA: SAGE Publications, 2003.

Outra Bibliografia consultada

- Allegranzi, B. [et al.] - Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. The Lancet. Vol. 13 (2013), p. 1-9.
- BARBOSA, T.; LEVY, S. - The impact of antibiotic use on resistance development and persistence. Drug Resist Updat. Vol. 3 (2000), p. 303-311.
- Blegen, M. [et al.] - Improving safety culture on adult medical units through multidisciplinary teamwork and communication interventions: the TOPS Project. Quality safety Health Care. Vol. 19 (2010), p. 346-350.
- DELGADO, M. - A melhoria contínua da qualidade. *In Governação dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 2009. pp 45-55.
- European Centre for Disease Prevention and Control - **European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals.**

[Em linha]. E-CDC, 2013. [Consult. Set. 2013]. Disponível na internet: <http://www.ecdc.europa.eu>.

- FRAGATA, J. - Gestão do risco. *In Governação dos Hospitais*. Lisboa: Casa das Letras, 2009. pp 55-60.
- GRIFFITHS, P., RENZ, A.; RAFFERTY, A. - **The impact of organization and management factors on infection control in hospitals: a scoping review**. London: The Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery at King's College, 2008.
- GURSES, A.P. [et al.] - Systems ambiguity and guideline compliance: a qualitative study of how intensive care units follow evidence-based guidelines to reduce healthcare-associated infections. *Quality safety health care*. Vol. 17 (2008), p. 351-359.
- KAYNAR, M. [et al.] - Attitudes of Respiratory Therapists and Nurses about measures to prevent ventilator-associated pneumonia: a multicenter, cross-sectional survey study. *Respiratory Care*. Vol. 52 (2007), p. 1687-1694.
- LONGTIN, Y. [et al.] - Patients' beliefs and perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. Vol. 30 (2009), p. 830-839.
- PNCI – MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Higiene das mãos - uma responsabilidade partilhada**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2008. [Consult. Out. 2013]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PNCI – MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Critérios do CDC para o diagnóstico das infeções**. [Em linha]. PNCI, 2003. [Consult. Jun. 2012]. Disponível na internet: <http://www.dgs.pt/>.
- PORTA, M. - *A dictionary of Epidemiology*. USA: Oxford University Press, 2008.
- PÓVOA, P. [et al.] - Early identification of intensive care unit-acquired infections with daily monitoring of C-reactive protein: a prospective observational study. *Critical care*. Vol. 10, nº 2 (2006), p. 1-8.
- PRONOVOST, P. [et al.] - Improving communication in the ICU using daily goals. *Journal of critical care*. Vol. 18, nº 2 (2003), p. 71-75.
- Rangachari, P. [et al.] - A baseline study of communication networks related to evidence-based infection prevention practices in an intensive care unit. *Quality Management in Health Care*. Vol. 19, nº 4 (2010), p. 330-348.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Hand Hygiene knowledge questionnaire for health-care workers. World Alliance for Patient Safety -Clean care is safer care.** [Em linha]. [Consult. Out. 2012] Disponível em <http://www.who.int/en/>.

Sites e bases de dados consultadas (em diversas datas)

- Biblioteca do conhecimento online: <http://www.b-on.pt>
- British Medical Journal: www.bmj.com
- Centro de Documentação Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – pólo M^a Fernanda Resende: <http://biblio.esemfr.pt/>
- Direção Geral de Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- European Centre for Disease Prevention and Control: <http://www.ecdc.europa.eu/en/>
- Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa: <http://www.fcm.unl.pt>
- Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: www.fm.ul.pt
- <http://www.ics.lisboa.ucp.pt>
- Pubmed Central: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/index.html>
- SciELO - Scientific Electronic Library Online: <http://www.scielo.org>
- World Health Organization: <http://www.who.int>

XI. Anexos

Anexo 1 – Autorização do Conselho de Ética (Projeto OSYRISH)



Parecer nº 4-2013-PV

Conselho de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Título do estudo: OSYRISH - Organizational and Informational System to Improve the Management of Health Associated Infections in Hospitals

Investigador principal: Luís Lapão

Objectivos do estudo e metodologia: O projecto tem como objectivo proporcionar novas perspectivas sobre as melhores e mais inovadoras formas de lidar com o problema das infeções adquiridas em meio hospitalar, abordando as questões comportamentais e de comunicação. Será feita a análise dos fluxos de comunicação, aplicados questionários a profissionais, e feitas entrevistas semi-estruturadas e grupos focais.

Conflito de interesses: Não parece existir conflito de interesses apesar de alguns dos elementos da equipa de investigação pertencerem aos hospitais alvo de estudo. Gostaríamos de obter esclarecimento sobre o processo de selecção/aceitação/consentimento dos participantes no estudo quer na recolha de dados quer na intervenção.

Consentimento informado: Será pedida autorização aos envolvidos – solicitamos cópia deste consentimento.

Confidencialidade: os dados serão anonimizados e não serão colhidos dados específicos dos doentes. Solicitam-se esclarecimentos sobre procedimentos a efectuar.

Outros: Devem ser enviados os instrumentos de recolha de dados (questionários, guiões de entrevistas e grupos focais).

Lisboa, 04 de Fevereiro de 2013

Relatores

Prof. Doutora Rosa Teodósio

Prof. Doutora Sónia Dias

GILLES DUSSAULT
Presidente do Conselho de Ética



Questionário sobre infeções associadas aos cuidados de saúde e a higiene das mãos

Número (a ser preenchido pela investigadora) :

Introdução

Como profissional a exercer funções permanentes na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Hospital de Egas Moniz, está a ser convidado(a) a participar num estudo sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde e a higiene das mãos.

Os dados colhidos servirão de base para o Estudo de Caso conducente à elaboração de uma dissertação de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento a decorrer no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa). Poderá conhecê-los, se assim o desejar, contactando a investigadora (Enfª Marta Morgado).

A sua participação é muito importante para o desenvolvimento deste estudo. O preenchimento do seguinte questionário demorará, aproximadamente, 15 minutos. É livre de escolher se quer ou não participar (preencha, por favor, o consentimento informado apresentado na página que se segue).

O questionário é individual. Por favor, leia as questões e suas instruções atentamente e responda, espontaneamente, até ao final. As suas respostas serão mantidas confidenciais.

No final, no item “anotações extra” poderá acrescentar algum comentário, ideia, questão ou outro aspeto que lhe pareça conveniente.

Depois de completar o questionário, por favor entregue o mesmo à investigadora, em envelope fechado no dia e hora combinados com a mesma, na UCIP durante um dos seus turnos de trabalho. Agradece-se desde já a sua colaboração.

Consentimento informado

Autora do estudo: Enfermeira Marta Morgado, no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre.

Este documento visa solicitar a sua participação na fase de colheita de dados da dissertação: “As infeções associadas aos cuidados de saúde e a higiene das Mãos”.

Através deste documento são-lhes garantidos os seguintes direitos:

- 1 - Solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre este trabalho de investigação;
- 2 - Sigilo absoluto sobre idade, categoria profissional, bem como quaisquer outras informações que possam levar à sua identificação pessoal;
- 3 - Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgue prejudiciais à sua integridade física, moral e social;
- 4 - Desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste Termo de Consentimento Informado, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto dos meus dados pessoais e da minha participação na pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar no estudo.

Lisboa, ____ de _____ de 2013

Participante: _____

A autora do estudo: _____

Pequeno glossário:

- Desinfecção das mãos: Tratamento das mãos com uma solução antisséptica de base alcoólica.
- Infecção associada aos cuidados de saúde (IACS): “infecção que ocorre num doente internado num hospital, ou outra instituição de saúde, e que não estava presente, nem em incubação, à data da admissão” (Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos cuidados de saúde, 2007).
- Lavagem das mãos: Lavagem das mãos com água e sabão.
- Solução antisséptica de base alcoólica: solução que contém álcool destinada à aplicação nas mãos para a eliminação de microrganismos (Sterilium® na UCIP).
- Modelo dos “5 momentos”: criado pela Organização Mundial de Saúde para a redução do problema das IACS’s - “Antes do contacto com o doente”; “Antes de procedimentos assépticos”; “Após risco de exposição a fluidos orgânicos”; “Após contacto com o doente” e “Após contacto com o ambiente envolvente do doente” (adaptado de *Joint Comission*, 2009).

Secção A: A sua identificação (por favor preencha os dados nos espaços ou assinale apenas um dos “☐”)

A1. Data de preenchimento...../...../..... A2. Idade:.....anos completos

A3. Género: Feminino ☐ Masculino ☐

A4. Habilitações literárias: Ensino Primário ☐ Ensino secundário ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐
Mestrado ☐ Doutoramento ☐ Outro ☐

A5. Onde obteve a sua formação académica/ profissional para a profissão que exerce atualmente?

A.5.1. Qual o nome da instituição de formação?

.....

A.5.2. Qual a localidade da instituição de formação?

.....

A8. Quanto tempo decorreu desde que terminou a sua formação académica/profissional?

Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 5 a 10 anos ☐ 10 a 20 anos ☐ Mais de 20 anos ☐

A9. Categoria profissional a que pertence: Médico(a) especialista ☐ Enfermeiro(a) ☐ Enfermeiro(a) especialista ☐
Assistente Operacional ☐

A10. Tempo de exercício profissional na UCIP HEM? Anos

A11. Recebeu formação sobre a higiene das mãos durante a sua formação académica/profissional?

Sim ☐ Não ☐ Não me lembro ☐

A12. Recebeu formação sobre a higiene das mãos após a sua formação académica/profissional?

Sim ☐ Não ☐ Não me lembro ☐

A13. Já participou em Campanhas de Higiene das Mãos na UCIP do HEM?

Sim ☐ Não ☐ Não me lembro ☐

Secção B: A sua percepção do impacto e importância das LACS's (preencha apenas um dos " ☐ ")

B1. Na sua opinião, qual a percentagem global de doentes por ano, que contrai uma infeção associada aos cuidados de saúde, nos hospitais portugueses?

Menos de 10% ☐ 10-20% ☐ 20-50% ☐ Mais de 50% ☐ Não sei ☐

B2. Na sua opinião, qual a percentagem de doentes internados nos Cuidados Intensivos dos hospitais portugueses que adquire uma infeção associada aos cuidados de saúde?

Menos de 10% ☐ 10-20% ☐ 20-50% ☐ Mais de 50% ☐ Não sei ☐

B3. Na sua opinião, quantos doentes internados nos hospitais europeus morrem, por ano, devido a uma infeção associada aos cuidados de saúde?

100-500 ☐ 500-1000 ☐ 1000-5000 ☐ 5000-20,000 ☐ 20000-50,000 ☐ Mais de 50,000 ☐ Não sei ☐

B4. Em média, quantos dias extra (adicionais) os doentes têm de permanecer internados nos hospitais europeus, se contraírem uma infeção associada aos cuidados de saúde (no caso de uma infeção relacionada com catéter venoso central)?

1-15 dias ☐ 15-20 dias ☐ 20-25 dias ☐ Mais de 20 dias ☐ Não sei ☐

B5. No geral, nos países europeus, quanto estima ser a despesa financeira anual com infeções associadas aos cuidados de saúde?

100,000-500,000€ ☐ 500,000-1 milhão€ ☐ 1 milhão- 500 milhões € ☐ 500milhões-1 bilião€ ☐

Mais de 1 bilião € ☐ Não sei ☐

Secção C: A sua perceção da higiene das mãos

C1. Qual dos seguintes considera ser a principal via de transmissão cruzada de microrganismos potencialmente patogénicos (causadores de doença) entre doentes, num serviço de saúde? (assinale apenas um dos “☐”)

- a. ☐ Mãos dos profissionais mal higienizadas
- b. ☐ Ar circulante no hospital
- c. ☐ Exposição dos doentes a superfícies colonizadas (exemplos: camas, cadeiras, mesas,...)
- d. ☐ Partilha de objetos não invasivos (exemplos: estetoscópios, aparelhos de avaliação de tensão arterial,...) entre doentes

C2. Qual considera ser a eficácia da higiene das mãos na prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde?

Muito baixa ☐ Baixa ☐ Alta ☐ Muito alta ☐

C3. Qual dos seguintes “ momentos” relacionados com higiene das mãos considera prevenir a transmissão de microrganismos para o doente? (pode assinalar mais do que um dos “☐”)

- a. Antes do contacto com o doente..... ☐
- b. Após risco de exposição a fluidos orgânicos..... ☐
- c. Após contacto com o doente..... ☐
- d. Após contacto com o ambiente envolvente do doente..... ☐
- e. Antes de procedimentos assépticos..... ☐

C4. Em qual dos seguintes “ momentos” relacionados com higiene das mãos se consegue prevenir a transmissão de microrganismos para o profissional de saúde? (pode assinalar mais do que um dos “ ☐ ”)

- a. Após contacto com o doente..... ☐
- b. Após risco de exposição a fluidos orgânicos..... ☐
- c. Antes de procedimentos assépticos..... ☐
- d. Após contacto com o ambiente envolvente do doente..... ☐

C5. Que método de higiene das mãos considera ser exigível em cada uma das seguintes situações (pode assinalar mais do que um dos “ ☐ ”)?

- | | | | |
|--|---|---|---------------------------------|
| a. Antes da palpação abdominal | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |
| b. Antes da administração de um injetável | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |
| c. Após despejo de saco de urina | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |
| d. Após remoção de luvas | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |
| e. Após realização de uma cama | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |
| f. Após exposição a sangue | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |
| g. Antes da administração de um medicamento oral | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |
| h. Antes da colocação de um acesso endovenoso | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |
| i. Depois da remoção de uma arrastadeira | Desinfeção alcoólica ☐ | Lavagem das mãos ☐ | Nenhum ☐ |

C6. Qual o tempo **mínimo** de higiene das mãos com água e sabão que é necessário para eliminar a maioria dos microrganismos nas suas mãos? (assinale apenas um dos “☐”):

- a. 20 segundos ☐
- b. 3 segundos ☐
- c. 1 minuto ☐
- d. 40 segundos ☐

C7. Qual o tempo **mínimo** de higiene das mãos com solução antisséptica que é necessário para eliminar a maioria dos microrganismos nas suas mãos? (assinale apenas um dos “☐”):

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

C8. Quais das seguintes opções devem ser evitadas durante a prestação de cuidados de saúde, pelo facto de estarem associadas ao aumento da probabilidade de colonização das mãos com germes patogénicos? (pode assinalar mais do que um dos “☐”):

- a. Uso de joias, relógio ou outros adornos ☐
- b. Pele danificada ☐
- c. Unhas artificiais ☐
- d. Uso regular de creme de mãos ☐
- e. Uso de telemóvel ☐

C9. Das três categorias profissionais apresentadas, qual considera ser a que deverá (idealmente) higienizar mais as suas mãos, durante a prestação de cuidados numa Unidade de Cuidados Intensivos?

- Médico(a) ☐
- Enfermeiro(a) ☐
- Assistente operacional..... ☐
- Depende..... ☐
- Do quê?.....
- Não sei..... ☐

C10. Qual considera ser a eficácia da higiene das mãos na redução das infeções associadas aos cuidados de saúde nas seguintes situações? (assinale apenas um dos “☐”, em cada alínea):

- a. Antes do contacto com o doente (exemplos: antes de ajudar um doente a alimentar-se ou a posicionar-se, antes de realizar a palpação abdominal,...)
- Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- b. Após contacto direto com o doente (exemplos: após realizar palpação abdominal de um doente, após verificar o pulso, após posicionar, ...)
- Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- c. Imediatamente antes de tocar num sítio considerado “limpo” durante a prestação de cuidados (exemplo: antes de proceder à manipulação de um acesso periférico)
- Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- d. Após exposição a fluidos corporais do doente (exemplos: sangue, secreções brônquicas, urina,...)
- Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

e. Após remoção de luvas usadas nos cuidados ao doente

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

f. Após tocar num objeto do ambiente envolvente do doente (exemplos: após tocar nas grades da cama do doente, nas seringas infusoras, monitor cardíaco)

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

g. Entre tocar dois doentes sequencialmente (exemplos: avaliar a tensão arterial de um doente da cama 1 e depois do doente da cama 2,...)

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

h. Entre tocar um local possivelmente mais conspurcado, e outro menos contaminado no mesmo doente (exemplo: tocar na região da “virilha” de um doente e depois na região ocular do mesmo doente)

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

Secção D: A sua percepção da adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM (assinale apenas um dos “☐”)

D1. Em média, em que percentagem dos “5 momentos” que requerem a higiene das mãos, os profissionais de saúde da UCIP do HEM, usualmente aderem à higiene das mãos (quer por lavagem com água e sabão quer por desinfeção alcoólica) (entre 0 e 100%)?

% Não sei

D2. De todas as medidas relacionadas com a segurança do doente, indique qual a prioridade atribuída à higiene das mãos por parte da gestão do HEM?

Prioridade baixa ☐ Prioridade moderada ☐ Prioridade alta ☐ Prioridade muito alta ☐

D3. De todas as medidas relacionadas com a segurança do doente, indique qual a prioridade atribuída à higiene das mãos por parte da gestão da UCIP?

Prioridade baixa ☐ Prioridade moderada ☐ Prioridade alta ☐ Prioridade muito alta ☐

D4. De todas as medidas relacionadas com a segurança do doente, indique qual a prioridade atribuída à higiene das mãos nas suas atividades laborais?

Prioridade baixa ☐ Prioridade moderada ☐ Prioridade alta ☐ Prioridade muito alta ☐

D5. Como considera o esforço que é exigido dos profissionais de saúde para efetuarem uma higiene das mãos considerada ideal, durante os cuidados aos doentes na UCIP?

Nenhum esforço ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Um grande esforço

D6. Qual considera ser a sua dificuldade ou facilidade na higiene das mãos nas seguintes situações? (assinale apenas um dos "☐", em cada alínea):

a. Antes do contacto com o doente

Extremamente difícil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente fácil

b. Após contacto direto com o doente

Extremamente difícil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente fácil

c. Imediatamente após tocar num sítio considerado "limpo" durante a prestação de cuidados

Extremamente difícil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente fácil

d. Após exposição a fluidos corporais do doente

Extremamente difícil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente fácil

- e. Após remoção de luvas usadas nos cuidados ao doente
Extremamente difícil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente fácil
- f. Após tocar num objeto do ambiente envolvente do doente
Extremamente difícil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente fácil
- g. Entre tocar dois doentes sequencialmente
Extremamente difícil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente fácil
- h. Entre tocar um local possivelmente mais conspurcado para outro menos contaminado no mesmo doente.
Extremamente difícil ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Extremamente fácil

D7. Quais dos seguintes aspetos considera como um obstáculo à sua adesão à higiene das mãos segundo os “5 momentos”, na UCIP do HEM? (assinale, no mínimo 4 “☐”)

- a. Desconhecimento da importância da higiene das mãos..... ☐
- b. Esquecimento..... ☐
- c. Falta de tempo..... ☐
- d. Ausência de material para o efeito..... ☐
- e. Sensação de proteção com luvas..... ☐
- f. Intolerância aos produtos..... ☐
- g. Turno com maior carga de trabalho..... ☐
- h. Não é uma medida importante no cumprimento das suas funções profissionais..... ☐
- i. Não é uma prioridade nas suas tarefas profissionais..... ☐
- j. Ocorrência de situações de carácter de emergência (e.g. paragem cardio-respiratória)..... ☐

- k. Falha de comunicação entre profissionais (reuniões, via mail, circulares internas, *Intranet*)..... ☐
- l. Falta de supervisão do procedimento..... ☐
- m. Ausência de pessoas “modelo” (*role models*) para o procedimento..... ☐
- n. Ausência de benefícios/punições para quem cumpre/não cumpre..... ☐
- o. Desacordo com as recomendações para o procedimento..... ☐
- p. A evidência científica existente sobre a sua eficácia não justifica o esforço..... ☐
- q. O tempo que o procedimento deve demorar não justifica o tempo “perdido”..... ☐
- r. Crença religiosa..... ☐
- s. Outro – Qual ?..... ☐

D8. Na sua opinião, qual a eficácia possível das seguintes atividades na melhoria da adesão à higiene das mãos na UCIP?

- a. Os responsáveis da gestão clínica e de enfermagem da UCIP (cargos de chefia) apoiam e promovem abertamente a higiene das mãos.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- b. Os responsáveis da gestão clínica e de enfermagem da UCIP realizam auditorias (por observação) da higiene das mãos dos profissionais de saúde.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- c. Os elementos de interligação da CCI da UCIP realizam auditorias (por observação) da higiene das mãos dos profissionais de saúde
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- d. Os responsáveis da gestão clínica e de enfermagem do HEM chamam a atenção cada vez que não cumpre a higiene das mãos no momento indicado.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

- e. Os responsáveis da gestão clínica e de enfermagem da UCIP chamam a atenção cada vez que não cumpre a higiene das mãos no momento indicado.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- f. Um elemento da mesma profissão chama a atenção cada vez que não cumpre a higiene das mãos no momento indicado.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- g. Um elemento de outra profissão chama a atenção cada vez que não cumpre a higiene das mãos no momento indicado.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- h. O serviço disponibiliza a solução antisséptica de base alcoólica em cada local de prestação de cuidados.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- i. *Posters* com instruções claras sobre a higiene das mãos estão expostos em cada ponto de prestação de cuidados como “lembretes”.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- j. Cada profissional de saúde recebe formação básica em higiene das mãos.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz
- k. Os profissionais de saúde recebem regularmente informação de retorno sobre o seu cumprimento (auditorias por observação direta) da higiene das mãos na UCIP.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Eficaz
- l. Os dados referentes às auditorias ao cumprimento da higiene das mãos são tema de discussão em reuniões de serviço da UCIP.
Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Eficaz

- m. Os profissionais de saúde recebem regularmente os dados referentes às infeções associadas aos cuidados de saúde.

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Eficaz

- n. Os responsáveis pela gestão clínica e de enfermagem do serviço procedem à higiene das mãos de acordo com o preconizado (servindo de exemplo perfeito para os restantes profissionais de saúde na UCIP) em cada um dos “momentos” indicados.

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

- o. Você próprio efetua a higiene das mãos em cada um dos “momentos” indicados (sendo um exemplo perfeito).

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

- p. Os doentes (conscientes)/ famílias dos doentes são convidados a relembrar os profissionais de saúde que estes devem efetuar a higiene das mãos.

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

- q. É implementada uma nova campanha promocional da higiene das mãos da qual constem a maioria dos elementos referidos nas alíneas anteriores.

Ineficaz ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Muito eficaz

Anotações extra (caso tenha algo a acrescentar):

.....
.....

Muito obrigada pela sua colaboração.

Questionário realizado com base no modelo da Organização Mundial de Saúde:

- World Health Organization (2009) – *Perception survey for senior managers. World Alliance for Patient Safety -Clean care is safer care.* Acedido em outubro 2012 de <http://www.who.int/en/>.

Anexo 3 – Quadro de operacionalização de variáveis

Estudo sobre percepções de grupos de profissionais de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Secção A: Identificação do respondente				
Idade (GRUPETAR) Nota: os valores de domínio da variável foram <u>recategorizadas</u> devido à diversidade de respostas em algumas categorias	Indica o grupo etário do respondente	Qualitativa	Ordinal	1- 28 aos 34 anos 2- 35 aos 41 anos 3- 42 aos 48 anos 4- 49 aos 55 anos 5- 56 aos 61 anos
Género (GEN)	Indica o género do respondente	Qualitativa	Nominal Dicotómica	1- Feminino 2- Masculino
Habilitações literárias (HABLIT)	Indica as habilitações literárias do respondente (grau de formação)	Qualitativa	Ordinal ⁵²	1- Ensino primário 2- Ensino secundário 3- Bacharelato 4- Licenciatura

⁵² “Assume categorias de nomes (...) mas entre estabelece-se uma ordenação” (CUNHA et al, 2007).

				5- Mestrado 6- Doutoramento 7- Outro
Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Nome da instituição de formação (NOMINSTIT)	Indica o nome da instituição de formação do respondente	Qualitativa	Nominal	1- ESEG - Escola Superior de Enfermagem da Guarda - 2- ESECGL - Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian Lisboa 3- ESS LD - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias 4- ESSEM - Escola Superior de Saúde Egas Moniz 5- ESESFM - Escola Superior de Enfermagem São Francisco Misericórdias 6- IJPN - Instituto Jean Piaget Nordeste 7- ESESVP - Escola Superior de Enfermagem São Vicente Paulo 8- ESEAR - Escola Superior de Enfermagem de Artur

Estudo sobre perceções de grupos de profissionais de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

				Ravara 9- UCP - Universidade Católica Portuguesa 10- ESSV - Escola Superior de Saúde de Viseu 11- ESSCVP - Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa 12- ESEVC - Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo 13- ESEAF- Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca 14- ESES - Escola Superior de Enfermagem de Santarém 15- IPL - Instituto Politécnico de Leiria 16- ESEBB - Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto 17- CEA - Centro de Emprego de Alcântara (curso técnico de apoio à comunidade) 18- FMUNL - Universidade Nova de Lisboa (Faculdade de Ciências Médicas) 19- FMUL - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
--	--	--	--	--

				20- CEF HEM
Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Localidade da instituição de formação (LOCINSTIT)	Indica a localidade da instituição de formação do respondente	Qualitativa	Nominal	1- Lisboa 2- Castelo Branco 3- Almada 4- Guarda 5- Macedo de Cavaleiros 6- Viseu 7- Viana do Castelo 8- Coimbra 9- Santarém 10- Leiria

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Tempo desde o fim da formação base (TEMPBASE)	Indica o tempo decorrido entre o fim da formação profissional-base (curso de Medicina, Enfermagem, de Assistente Operacional)	Qualitativa	Ordinal	1- Entre 1 a 5 anos 2- Entre 5 a 10 anos 3- Entre 10 a 20 anos 4- 20 anos ou mais
Categoria profissional (CATEG)	Indica a profissão do respondente	Qualitativa	Nominal	1- Médico especialista 2- Enfermeiro 3- Enfermeiro especialista 4- Assistente Operacional

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Experiência profissional (EXPPROFUCIP) Nota: os valores de domínio da variável foram <u>recategorizadas</u> devido à diversidade de respostas em algumas categorias	Indica o tempo de exercício profissional na UCIP HEM	Qualitativa	Nominal	1- 1 a 7 anos 2- 8 a 14 anos 3- 15 a 21 anos
Formação sobre Higiene das Mãos (FORMHIGDurFor)	Indica se o respondente recebeu formação sobre Higiene das Mãos (durante a formação académica/profissional)	Qualitativa	Nominal politómica	1-Sim 2-Não 3-Não me lembro
Formação sobre Higiene das Mãos (FORMHIGAposForm)	Indica se o respondente recebeu formação sobre Higiene das Mãos (após formação)	Qualitativa	Nominal politómica	1- Sim 2- Não 3-Não me lembro

	académica/profissional)			
Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Participação em Campanhas da Higiene das Mãos (PARTCHIG)	Indica se o respondente participou em Campanhas de Higiene das Mãos	Qualitativa	Nominal politómica	1- Sim 2- Não 3- Não me lembro
Secção B: Percepção do impacto e importância das IACS's (variáveis referentes ao conhecimento sobre impacto e importância das IACS's)				
Percentagem global de doentes nos hospitais portugueses que contrai uma IACS (DOENIACS)	Indica a opinião do respondente sobre percentagem de doentes que contrai uma IACS	Qualitativa	Ordinal	1- Menos de 10% 2- Entre 10 a 20% 3- Entre 20 a 50% 4- Mais de 50% 5- Não sei

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Percentagem global de doentes nos Cuidados Intensivos que contrai uma IACS (DOENIACSUCI)	Indica a opinião do respondente sobre percentagem de doentes de Cuidados Intensivos que adquire uma IACS	Qualitativa	Ordinal	1- Menos de 10% 2- Entre 10 a 20% 3- Entre 20 a 50% 4- Mais de 50% 5- Não sei
Número de doentes que morrem, anualmente, devido a uma IACS (MORREIACS)	Indica a opinião do respondente sobre o número de que morrem devido a IACS	Qualitativa	Ordinal	1- 100 a 500 2- 500 a 1000 3- 1000 a 5000 4- 5000 a 20 000 5- 20 000 a 50 000 6- Mais de 50 000 7- Não sei
Dias extra que doentes permanecem internados ao contraírem INCS (DIASEXTRIACS)	Indica a opinião do respondente sobre os dias adicionais de internamento dos	Qualitativa	Ordinal	1- 1 a 15 dias 2- 15 a 20 dias 3- 20 a 25 dias 4- Mais de 25 dias

	doentes que contraem uma IACS (INCS)			5- Não sei
Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Despesa financeira com IACS (DESPFINANC)	Indica a opinião do respondente sobre a despesa financeira anual com um doente infectado com IACS	Qualitativa	Ordinal	1- 100 000 a 500 000€ 2- 500 000 a 1 milhão€ 3- 1 milhão a 500 milhões€ 4- 500 milhões a 1 bilião€ 5- Mais de 1 bilião€ 6- Não sei

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Secção C: Percepção da higiene das mãos (variáveis referentes aos conhecimentos sobre a eficácia, método e as indicações para a higiene das mãos (de acordo com os “5 momentos”))				
Via transmissão infeção cruzada (VIATRANSMICRUZ)	Indica a percepção do respondente sobre a principal via de transmissão de infeção cruzada	Qualitativa	Nominal	a. Mãos dos profissionais mal higienizadas b. Ar circulante no hospital c. Exposição dos doentes a superfícies colonizadas d. Partilha de objetos não invasivos

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Eficácia da higiene das mãos (EFICHIGM)	Indica a percepção do respondente sobre a eficácia da higiene das mãos na prevenção da infeção cruzada	Qualitativa	Ordinal	1- Muito baixa 2- Baixa 3- Alta 4- Muito alta
Momentos que previnem transmissão de microorganismos para o doente (MOMTRANSMDOE) <i>Nota: a variável possibilitava a selecção de várias respostas</i>	Indica a percepção do respondente sobre os momentos relacionados com a prevenção de transmissão de microorganismos para o doente	Qualitativa	Nominal	1- Antes do contacto com o doente 2- Após contacto com o doente 3- Após risco de exposição a fluidos orgânicos 4- Após contacto com o ambiente envolvente do doente 5- Antes de procedimentos

				assépticos
Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Momentos que previnem transmissão de microrganismos para o profissional (MOMTRANSMPROF) <i>Nota: a variável possibilita a selecção de várias respostas</i>	Indica a percepção do respondente sobre os momentos relacionados com a prevenção de transmissão de microrganismos para o profissional de saúde	Qualitativa	Nominal	1- Após contacto com o doente 2- Após risco de exposição a fluidos orgânicos 3- Antes de procedimentos assépticos 4- Após contacto com o ambiente envolvente do doente
Tempo mínimo para a higiene das mãos com água e sabão (TEMPMINHIGSAB)	Indica a percepção do respondente sobre o tempo mínimo para lavagem com água e	Qualitativa	Nominal	1- 3 segundos 2- 20 segundos 3- 40 segundos 4- 60 segundos

Estudo sobre perceções de grupos de profissionais de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

	sabão			
Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Tempo mínimo para a higiene das mãos com SABA (TEMPMINHIGSABA)	Indica a perceção do respondente sobre o tempo mínimo para higiene com solução antisséptica	Qualitativa	Nominal	1- 3 segundos 2- 10 segundos 3- 20 segundos 4- 60 segundos
Aspetos a evitar pelo aumento da probabilidade de colonização das mãos (EVITARAUMENTCOLON)	Indica a perceção do respondente sobre os aspectos a evitar durante a prestação de cuidados de saúde	Qualitativa	Nominal	a. Uso de jóias, relógio ou outros adornos b. Pele danificada c. Unhas artificiais d. Uso regular de creme de mãos e. Uso de telemóvel durante a prestação de cuidados

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Categoria profissional que deve idealmente higienizar as mãos (CATHIGMAIS)	Indica a percepção do respondente sobre a categoria que deve, idealmente, higienizar mais as mãos em contexto de prestação de cuidados de saúde numa UCI	Qualitativa	Nominal	1- Médico 2- Enfermeiro 3- Assistente Operacional 4- Depende 5- Não sei
Eficácia na higiene das mãos (dos “5 momentos”) (EFICHIGMOMENT)	Indica a percepção do respondente sobre a eficácia da higiene das mãos na redução das IACS’s (de acordo com os “5 momentos”)	Quantitativa		7 itens (1 a 7) A tender para 1- (Ineficaz) A tender para 7 (Muito eficaz)

Secção D: Percepção da adesão à higiene das mãos na UCIP do HEM (variáveis referentes à percepção da prioridade, dificuldade ou facilidade e dos obstáculos individuais à adesão da higiene das mãos e das atividades de melhoria)				
Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Percentagem de adesão aos “5 momentos” da higiene das mãos (ADESMOMHIG)	Indica a opinião do respondente sobre a adesão dos profissionais de saúde da UCIP do HEM aos “5 momentos” da higiene das mãos (por %)	Quantitativa		Em percentagem de adesão

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Prioridade na higiene das mãos por parte da gestão do HEM (PRIORHIGGESTHEM)	Indica a opinião do respondente sobre a prioridade atribuída à higiene das mãos por parte da gestão do HEM	Qualitativa	Ordinal	1- Prioridade baixa 2- Prioridade moderada 3- Prioridade alta 4- Prioridade muito alta
Prioridade na higiene das mãos por parte da gestão da UCIP (PRIORHIGGESTUCIP)	Indica a opinião do respondente sobre a prioridade atribuída à higiene das mãos por parte da gestão da UCIP	Qualitativa	Ordinal	1- Prioridade baixa 2- Prioridade moderada 3- Prioridade alta 4- Prioridade muito alta

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Prioridade na higiene das mãos por parte das atividades laborais dos profissionais (PRIORHIGGESTPROF)	Indica a opinião do respondente sobre a prioridade atribuída à higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde	Qualitativa	Ordinal	1- Prioridade baixa 2- Prioridade moderada 3- Prioridade alta 4- Prioridade muito alta
Esforço exigido aos profissionais de saúde para uma higiene das mãos “ideal” (ESFEXIGIDO)	Indica a opinião do respondente sobre o esforço exigido aos profissionais de saúde para uma higiene das mãos “ideal”	Quantitativa		7 itens (1 a 7) A tender para 1- (Nenhum esforço) A tender para 7 (Um grande esforço)

Nome da variável	Definição/ Descrição da variável	Tipo de variável	Escala de medida	Valores
Dificuldade ou facilidade na higiene das mãos de acordo com os “5 momentos” (DIFFACILHIG)	Indica a opinião do respondente sobre a dificuldade ou facilidade individual em higienizar as mãos, em determinadas atividades	Quantitativa		7 itens (1 a 7) A tender para 1- (Extremamente difícil) A tender para 7 (Extremamente fácil)
Obstáculos à adesão à higiene das mãos (OBSTHIGM) <i>Nota: a variável possibilita a selecção de várias respostas</i>	Indica a opinião do respondente sobre os aspetos que considera como obstáculos à sua higiene das mãos.	Qualitativa	Nominal	1- Desconhecimento da importância da higiene das mãos 2- Esquecimento 3- Falta de tempo 4- Ausência de material para o efeito 5- Sensação de protecção com luvas

Estudo sobre percepções de grupos de profissionais de uma Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

				6- Intolerância aos produtos 7- Turno com maior carga de trabalho 8- Não é uma prioridade nas suas tarefas profissionais 9- Ocorrência de situações de carácter de emergência (e.g. paragem cardio-respiratória) 10- Falha de comunicação entre profissionais (reuniões, via mail, circulares internas, <i>Intranet</i>) 11- Falta de supervisão do procedimento 12- Ausência de pessoas
--	--	--	--	---

				“modelo” (role models) para o procedimento 13- Ausência de benefícios/punições para quem cumpre/não cumpre 14- A evidência científica existente sobre a sua eficácia não justifica o esforço 15- O tempo que o procedimento deve demorar não justifica o tempo “perdido”
Eficácia de atividades na melhoria da adesão à higiene das mãos na UCIP (EFICACADES)	Indica a opinião do respondente sobre a eficácia de determinadas actividades na melhoria da adesão à higiene das mãos na UCIP	Quantitativa		7 itens (1 a 7) A tender para 1- (Ineficaz) A tender para 7 - (Muito eficaz)

Anexo 4 – Autorização do Conselho de Administração do CHLO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
CHLO
Entrada Nº 630
Data 01/03/13
CA ☒ DC ☐ DE ☐ DM ☐

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do CHLO, EPI
Lisboa, 22 de Fevereiro de 2013

Assunto: Pedido de autorização para realização de um estudo de investigação
UCIP 6/3/2013
Nada a opor
P. Eduardo P. 6/3/13

Eu, Enfermeira Marta Morgado, com o número mecanográfico 70345, a exercer funções como enfermeira na **Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente** do Hospital de Egas Moniz, frequento o VI Mestrado em Saúde e Desenvolvimento no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT)/ Universidade Nova de Lisboa.

Inserido num projecto designado por “OSYRISH” (Sistema Organizacional e Informacional para melhorar a comunicação na gestão das infecções adquiridas em hospitais) - aprovado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e com um parecer positivo do Conselho de Ética do IHMT- encontro-me a realizar um estudo de investigação cuja problemática será “os obstáculos ao cumprimento da higiene das mãos por três grupos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) que trabalham na UCIP do HEM”.

Para dar seguimento ao meu estudo, a próxima etapa será a colheita de dados, através de um questionário (adaptado de WHO, 2009 e de Tai & Pittet, 2009) auto-aplicado aos três grupos de profissionais de saúde da UCIP. Será garantida a confidencialidade dos respondentes.

Numa fase posterior, irei analisar os dados para poder prosseguir com a realização da tese de dissertação de Mestrado na instituição de ensino. Uma das finalidades deste trabalho após a divulgação dos dados obtidos, é a criação de estratégias para melhorar o cumprimento da higiene das mãos dos profissionais dos 3 grupos profissionais da UCIP do HEM, através da identificação dos obstáculos à mesma, de forma a aumentar a segurança dos doentes.

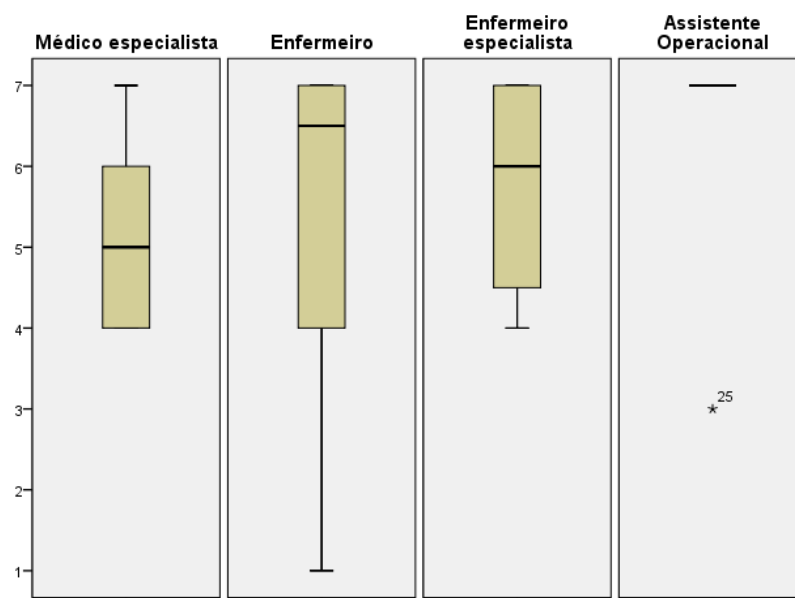
Neste sentido, serve este documento para obtenção de consentimento de divulgação de resultados referentes ao serviço em causa (nomeadamente dos resultantes das auditorias da Campanha da Higiene das Mãos de 2012), comprometendo-me desde já ao anonimato dos dados colhidos bem como dos profissionais que irão constituir a população-alvo do estudo.

CA ☒ CA ☒
Nº Entº 576 DC ☐
Data 26/02/13 DE ☐

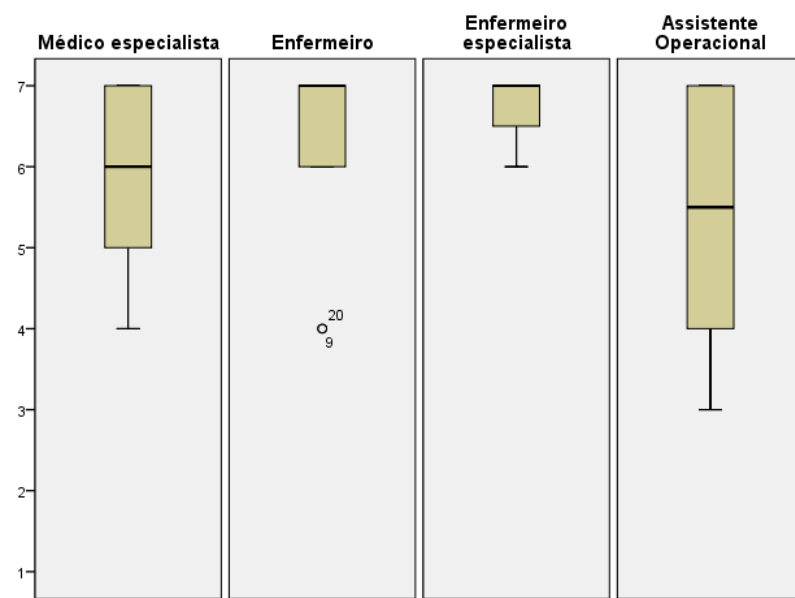
Nada a opor.
Contará com a
boa colaboração.
P. Eduardo P. 6/3/13

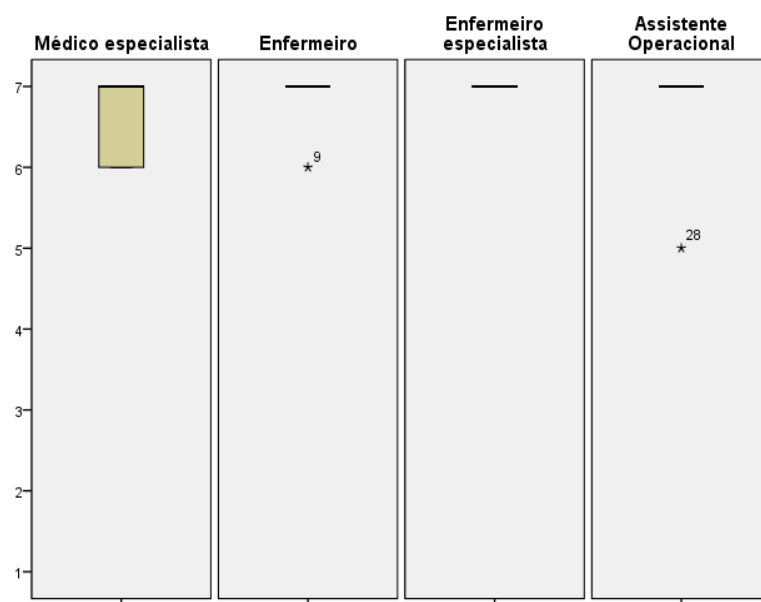
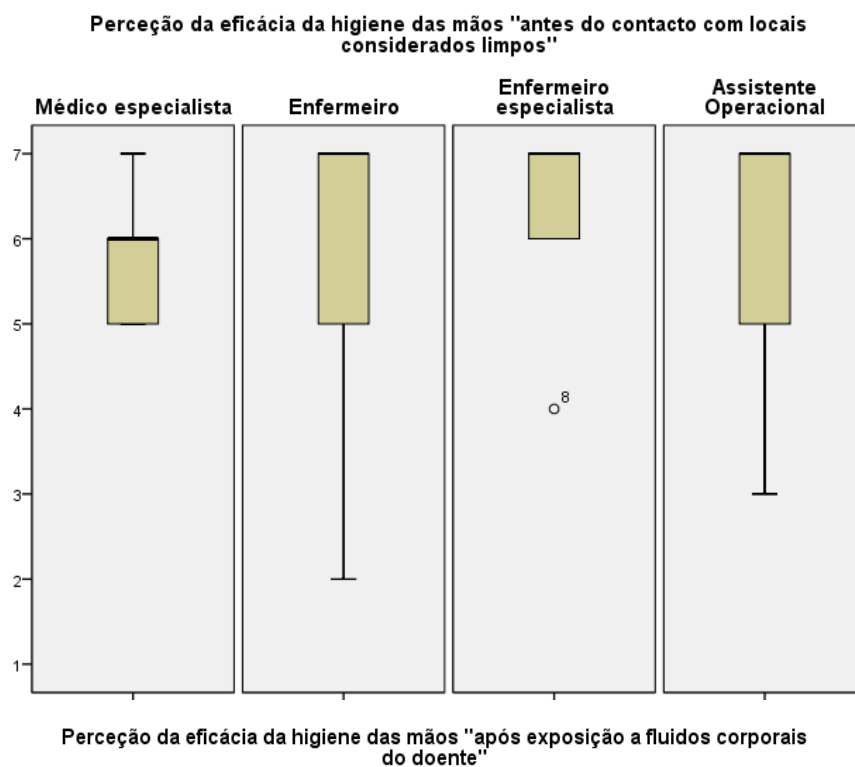
Anexo 5 – Conhecimentos sobre eficácia na higiene das mãos (*Blox plots*)

Percepção da eficácia da higiene das mãos "antes do contacto com o doente"

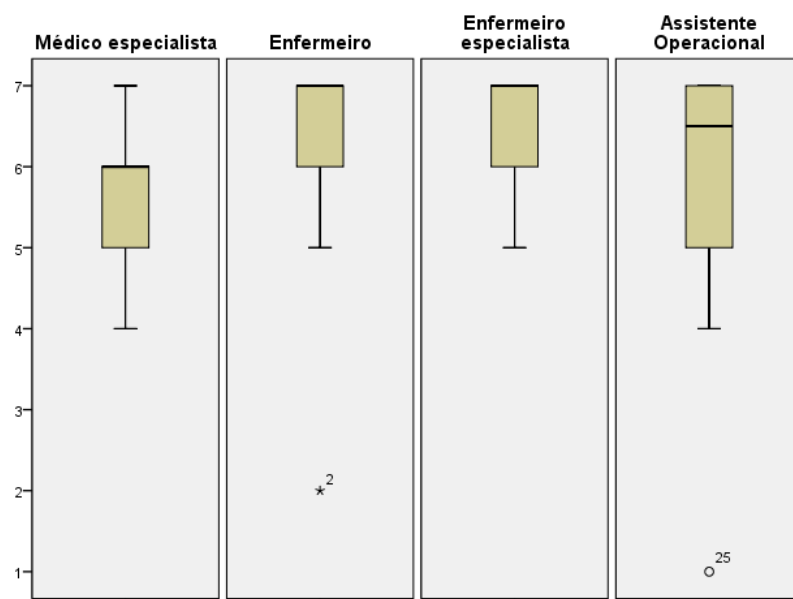


Percepção da eficácia da higiene das mãos "após contacto com o doente"

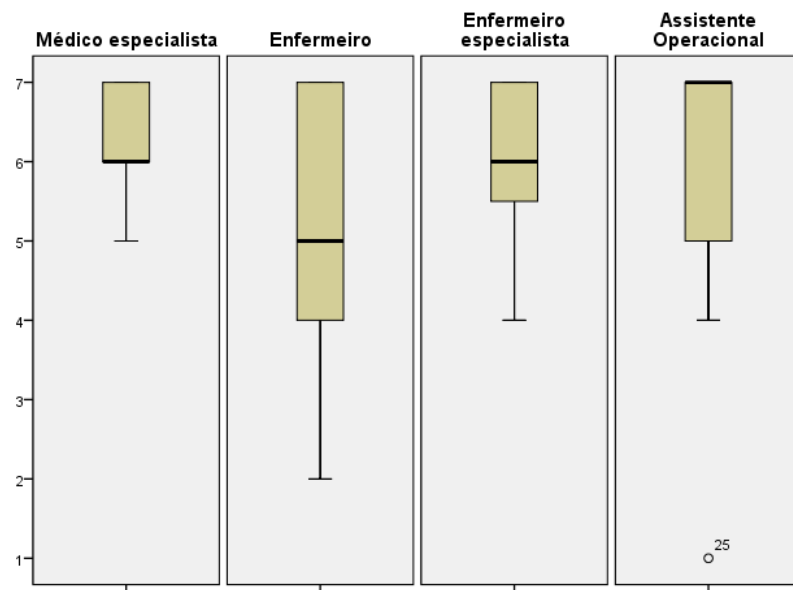




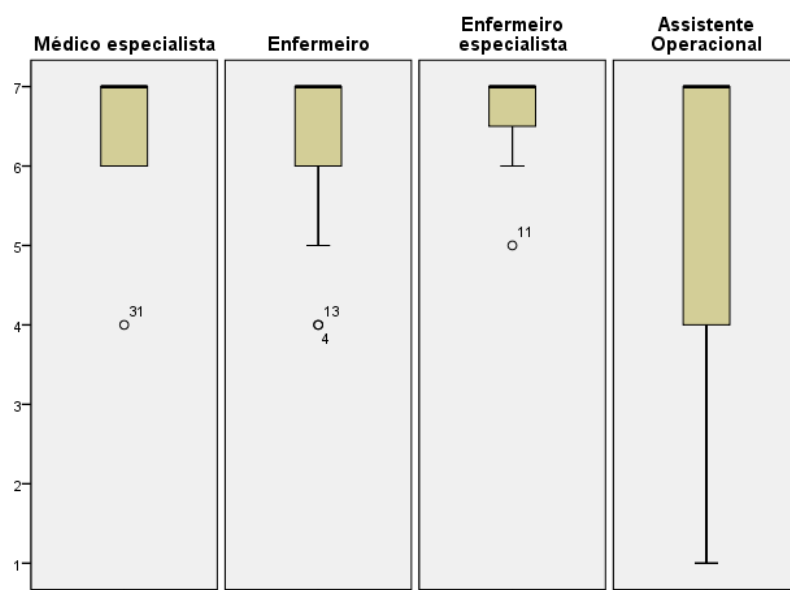
Percepção da eficácia da higiene das mãos "após remoção de luvas usadas"



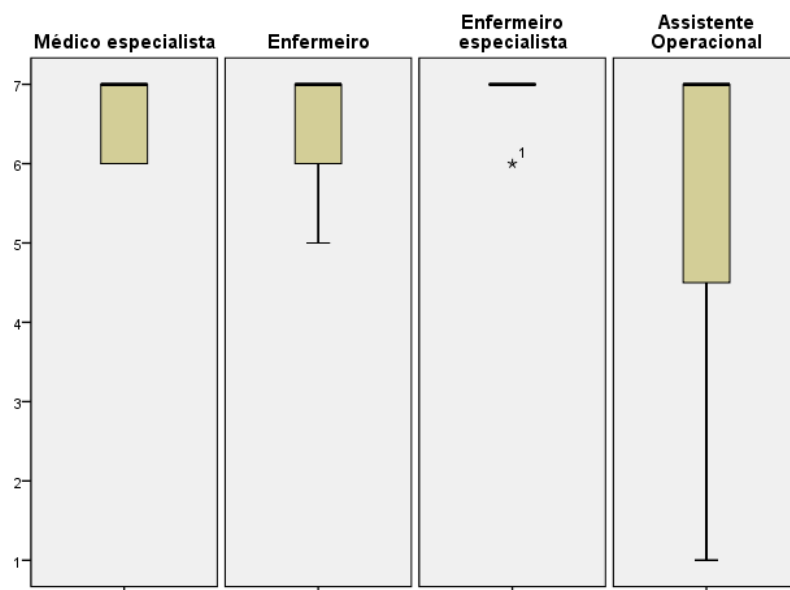
Percepção da eficácia da higiene das mãos "após contato com objecto do ambiente envolvente do doente"



Perceção da eficácia da higiene das mãos "entre contacto com dois doentes sequencialmente"

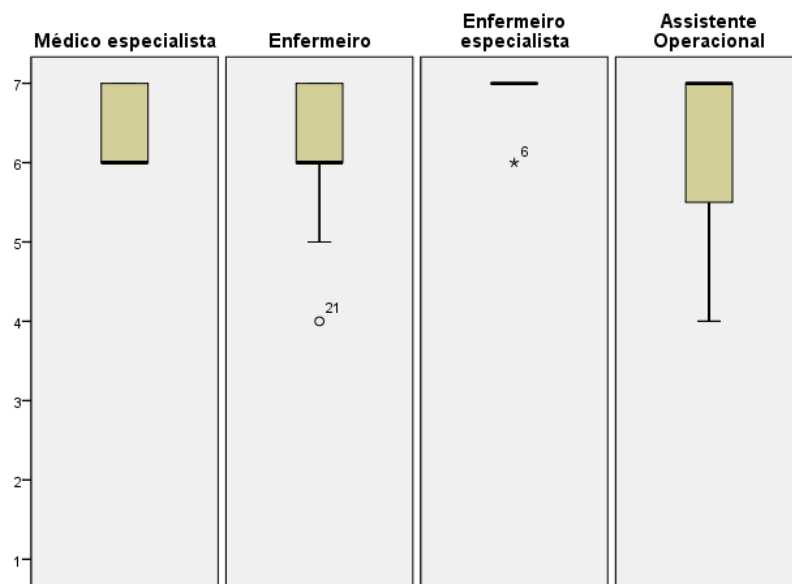


Perceção da eficácia da higiene das mãos após contacto com local mais conspurcado para outro menos contaminado no mesmo doente"

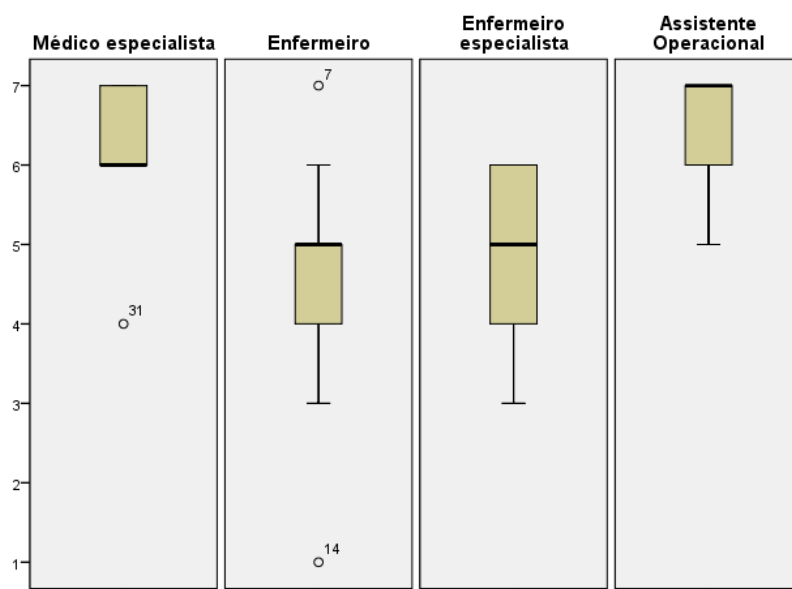


Anexo 6 – Dificuldade ou facilidade na higiene das mãos (*Blox plots*)

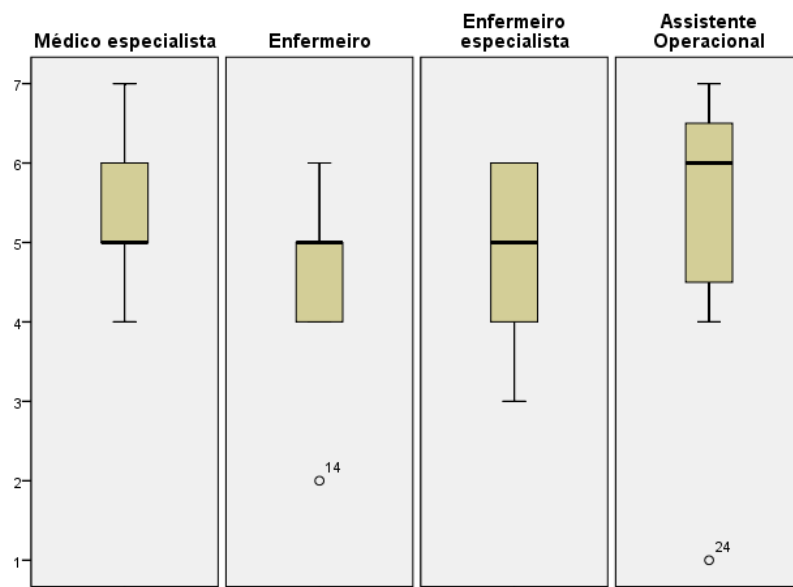
Perceção da dificuldade ou facilidade na higiene das mãos "após contacto com o doente"



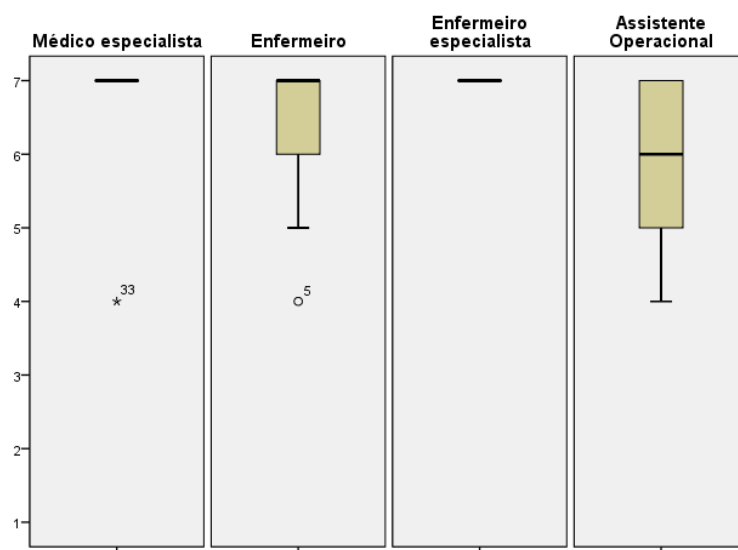
Perceção da dificuldade ou facilidade na higiene das mãos "antes do contacto com o doente"



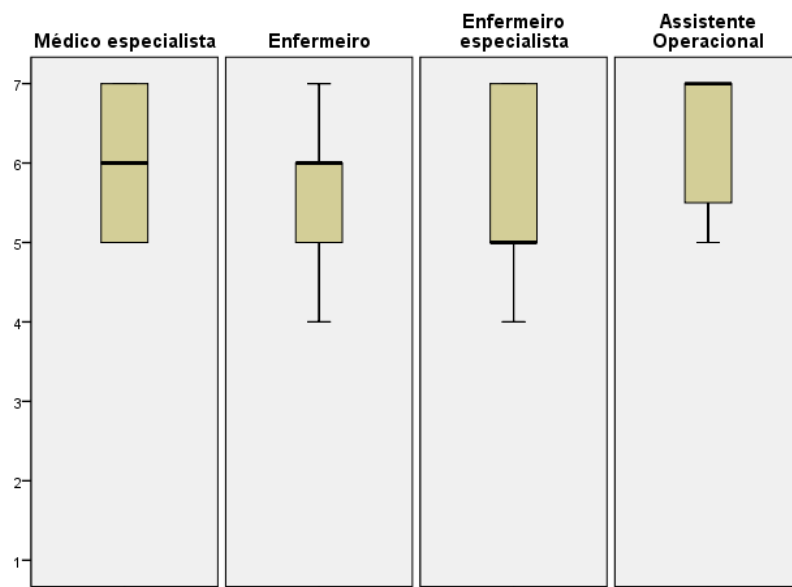
Perceção da dificuldade ou facilidade na higiene das mãos “antes do contacto com locais considerados limpos”



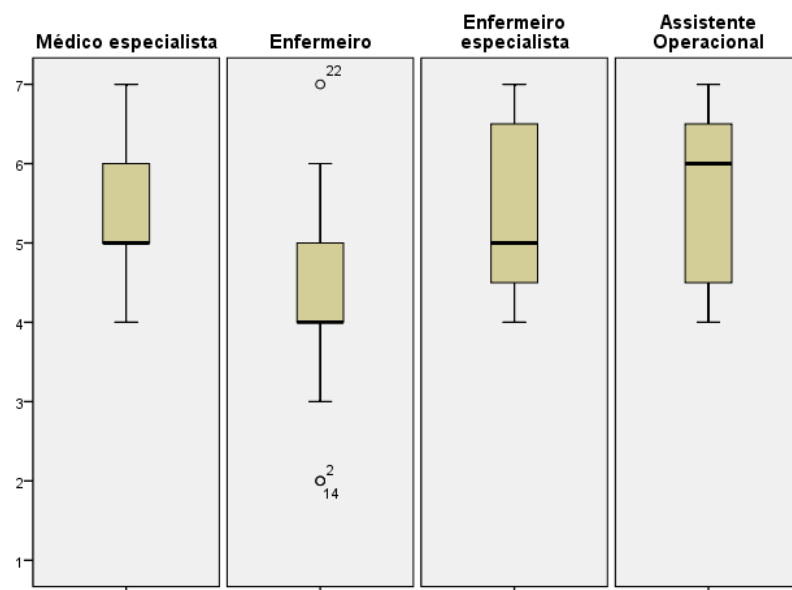
Perceção da dificuldade ou facilidade na higiene das mãos “após exposição a fluidos corporais do doente”

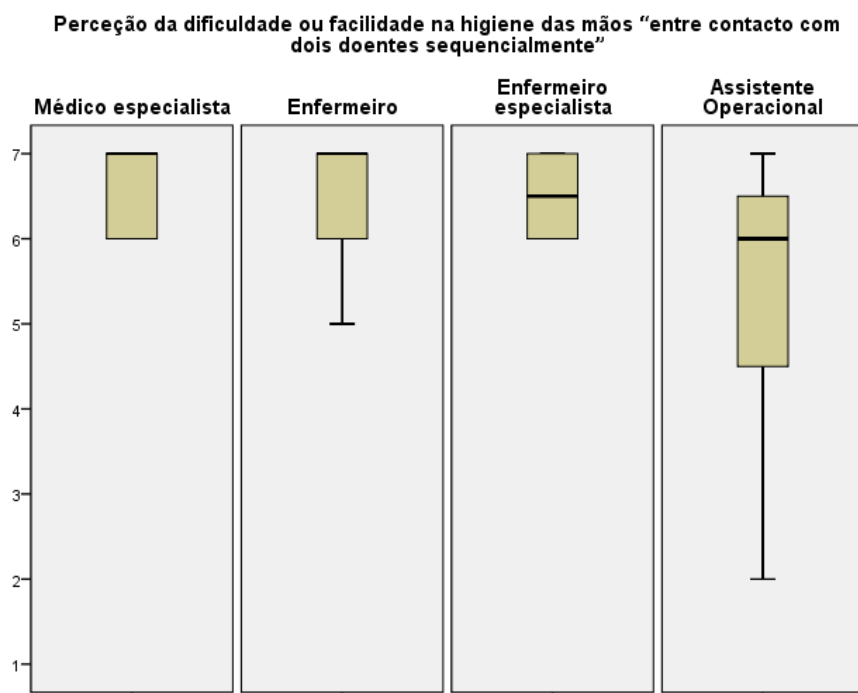


Percepção da dificuldade ou facilidade na higiene das mãos “após remoção de luvas usadas”

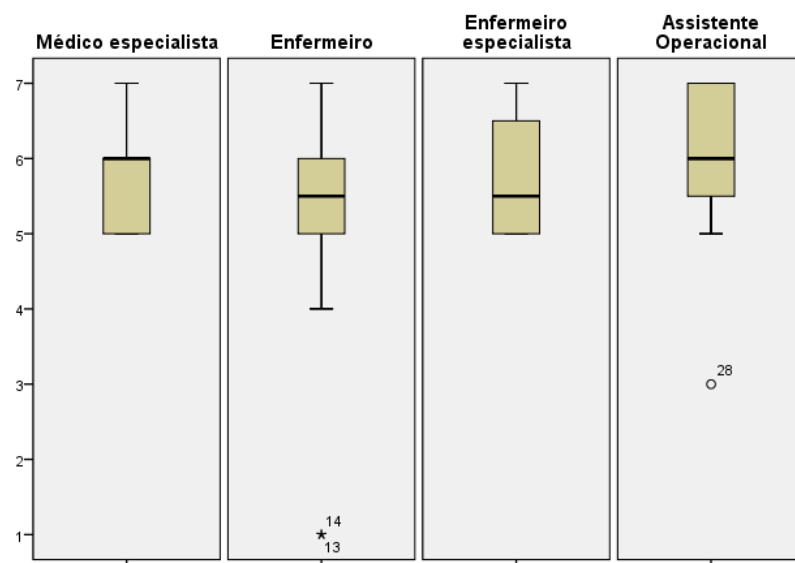


Percepção da dificuldade ou facilidade na higiene das mãos “após contacto com objecto do ambiente envolvente do doente”



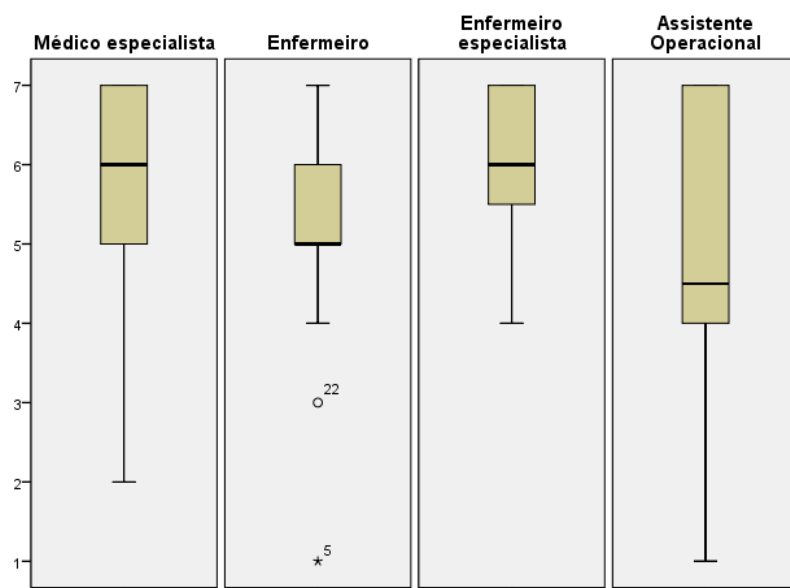


Perceção da dificuldade ou facilidade na higiene das mãos “após contacto com local mais conspurcado para outro menos contaminado no mesmo doente”

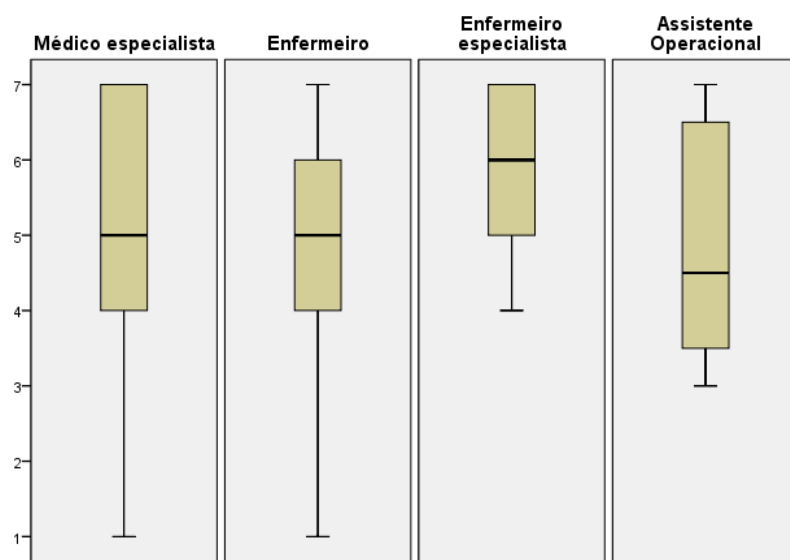


Anexo 7 – Percepção da eficácia de atividades na melhoria da adesão à higiene

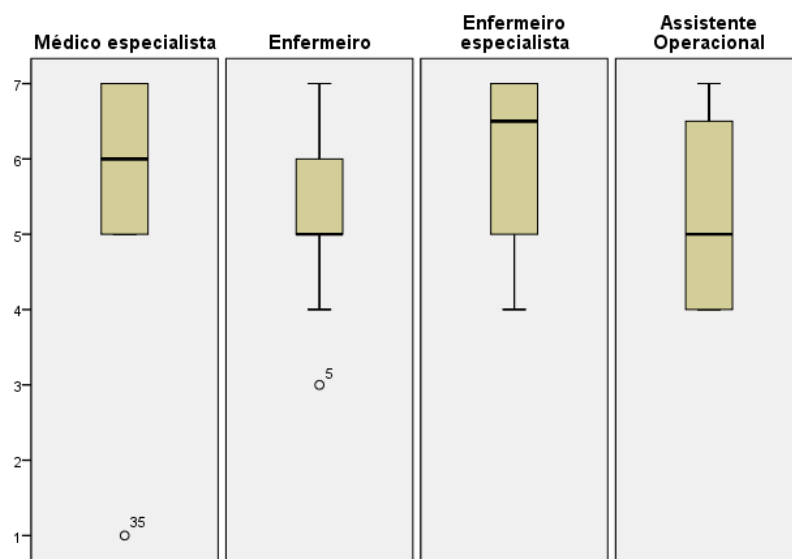
Percepção da eficácia possível “da promoção da higiene das mãos pelos responsáveis da gestão da UCIP”



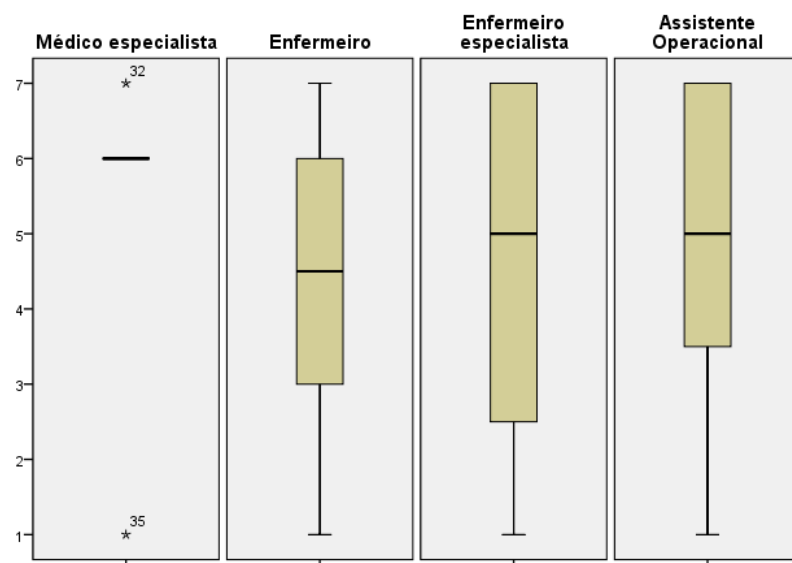
Percepção da eficácia possível “de auditorias de observação à higiene das mãos realizadas pelos responsáveis da gestão da UCIP”



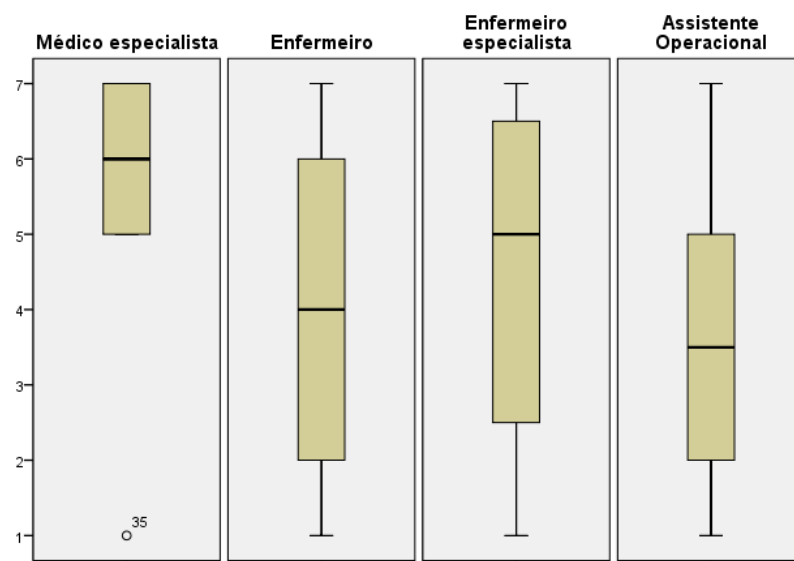
Percepção da eficácia possível “de auditorias de observação à higiene das mãos realizadas pelos elementos de interligação da CCI da UCIP”



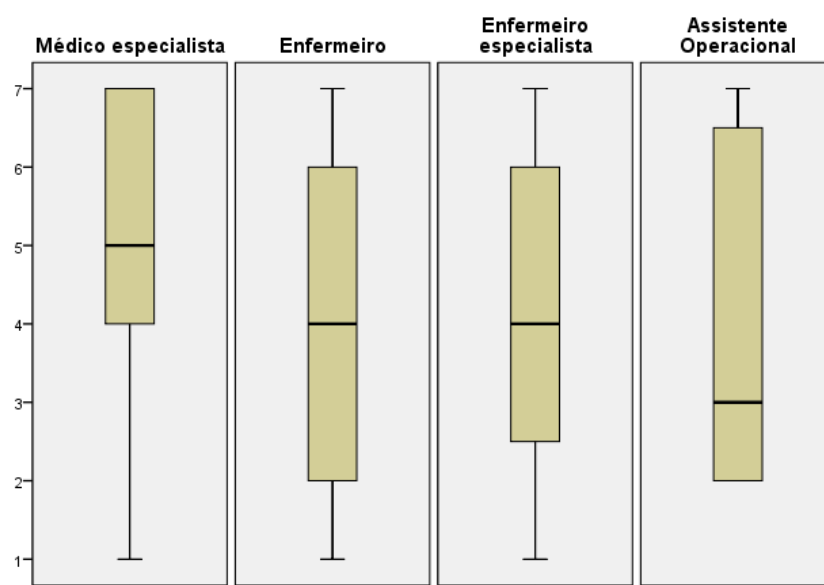
Percepção da eficácia possível “de chamadas de atenção por parte dos responsáveis da gestão do HEM aquando do incumprimento da higiene das mãos”



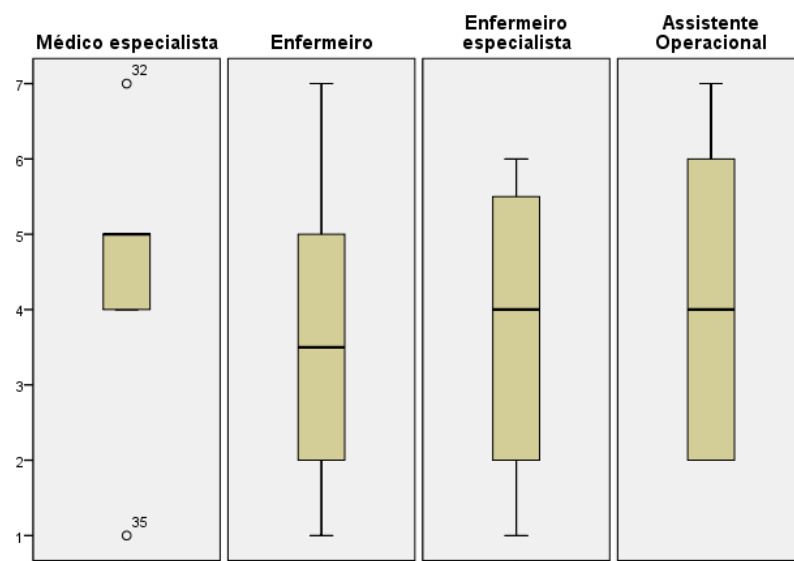
Percepção da eficácia possível “de chamadas de atenção por parte dos responsáveis da gestão da UCIP aquando do incumprimento da higiene das mãos”



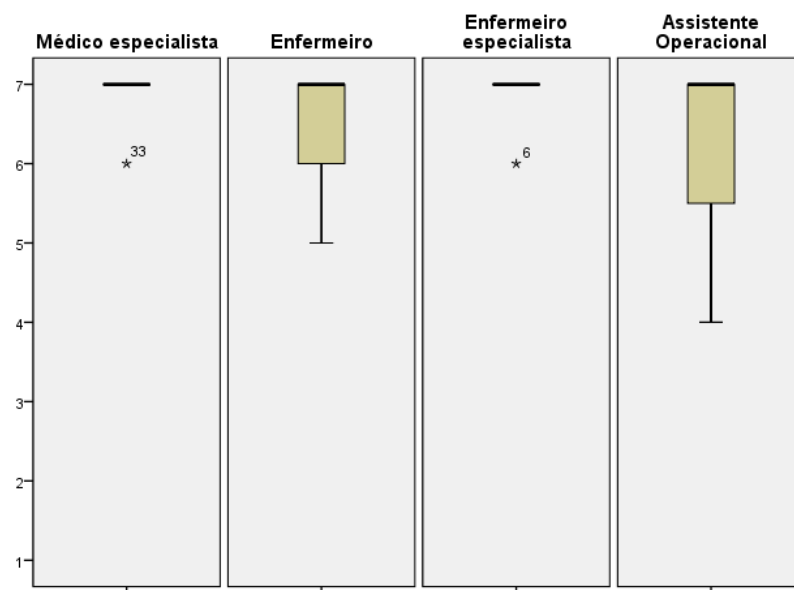
Percepção da eficácia possível “de chamadas de atenção por parte de elementos da mesma profissão aquando do incumprimento da higiene das mãos”



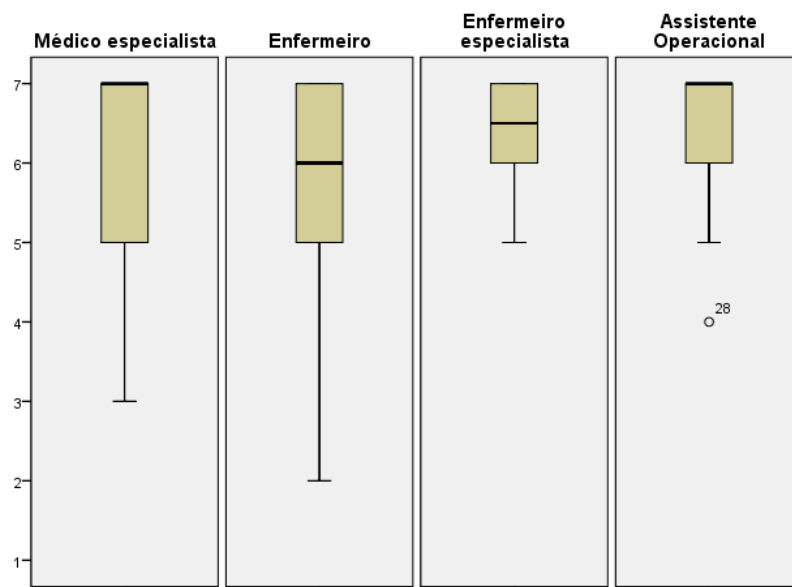
Percepção da eficácia possível “de chamadas de atenção por parte de elementos de profissões diferentes aquando do incumprimento da higiene das mãos”



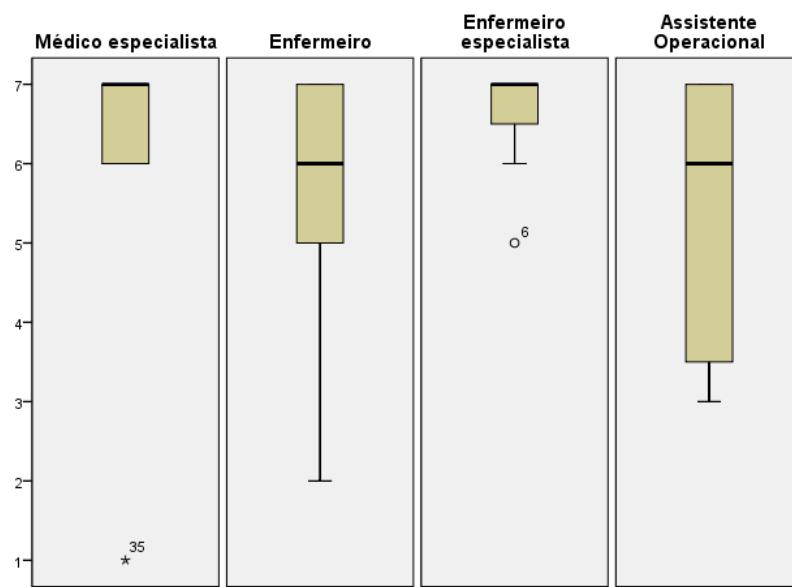
Percepção da eficácia possível “da disponibilização de SABA em cada local de prestação de cuidados”



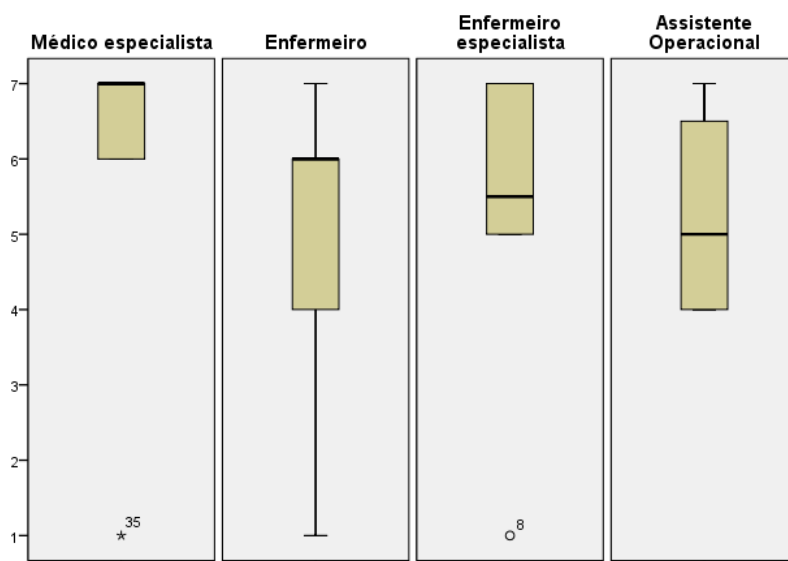
Percepção da eficácia possível “da disponibilização de posters com instruções sobre higiene das mãos” em cada local de prestação de cuidados”



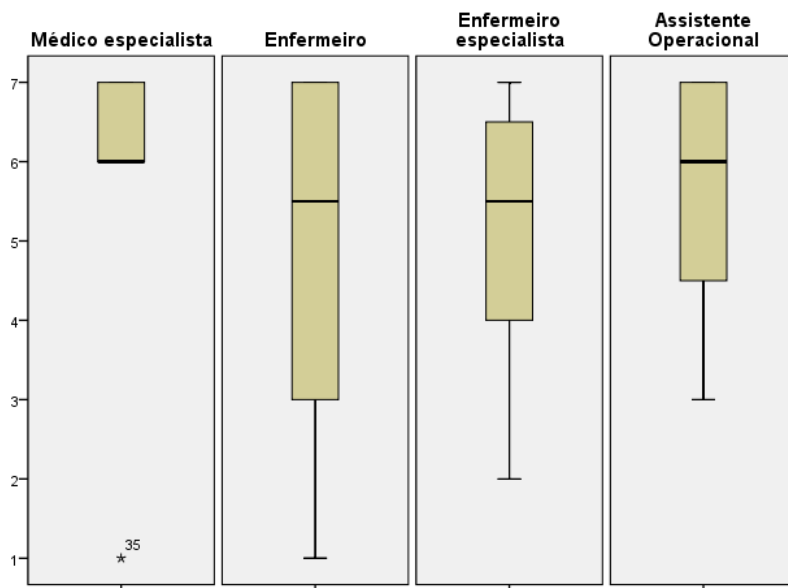
Percepção da eficácia possível “da formação básica de cada profissional de saúde em higiene das mãos”



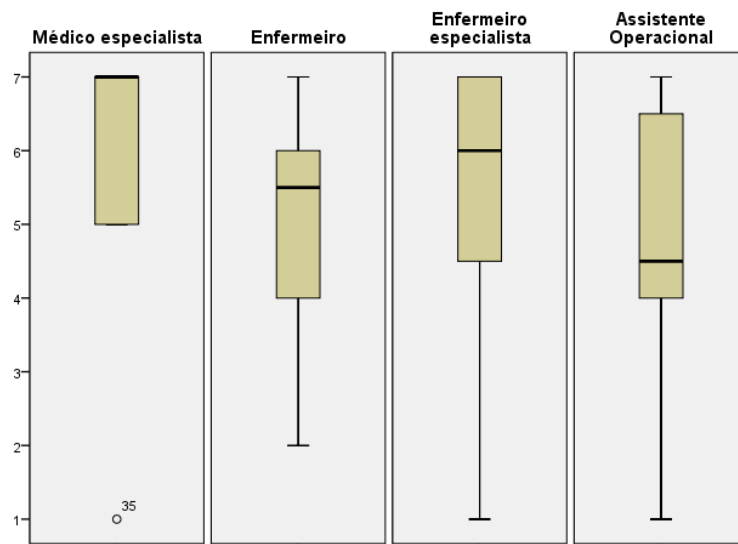
Percepção da eficácia possível “da divulgação regular aos profissionais de saúde dos resultados das auditorias ao seu cumprimento da higiene das mãos na UCIP”



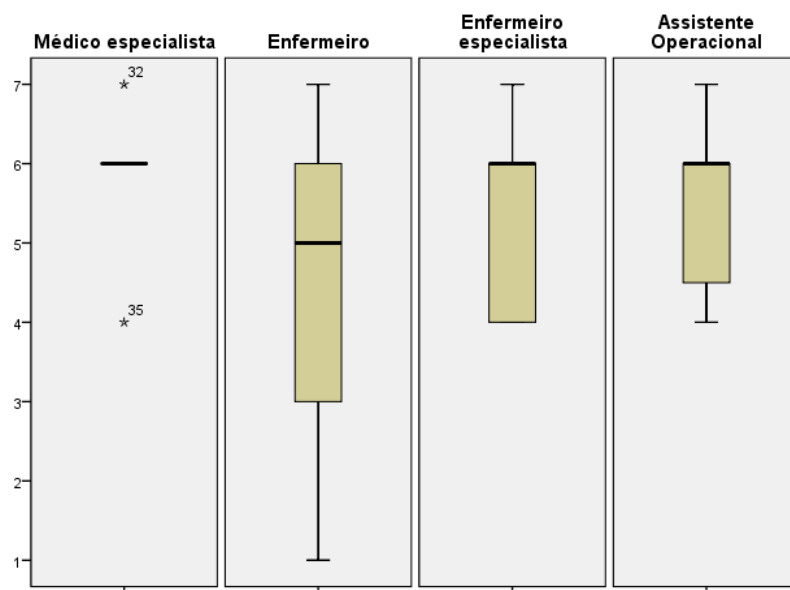
Percepção da eficácia possível “da discussão dos resultados das auditorias ao cumprimento da higiene das mãos em reuniões de serviço da UCIP”



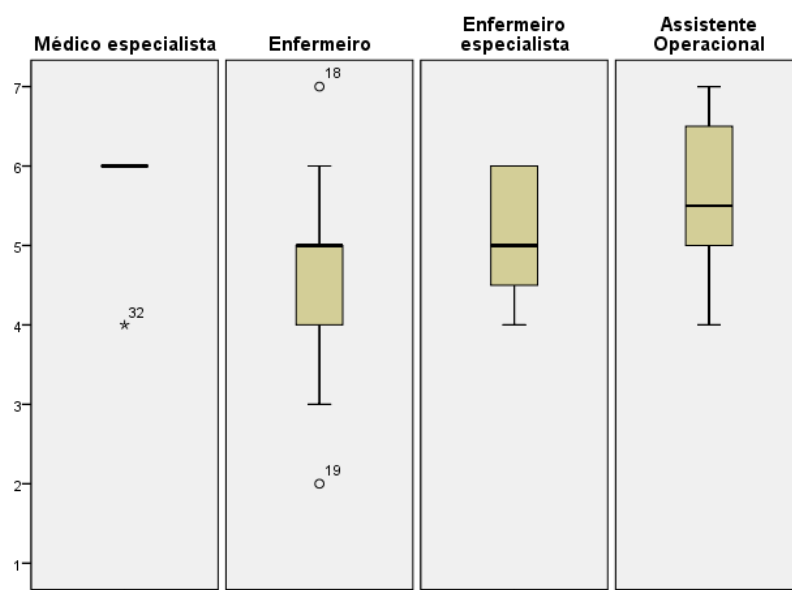
Perceção da eficácia possível “da divulgação regular dos dados referentes às IACS’ s aos profissionais de saúde ”



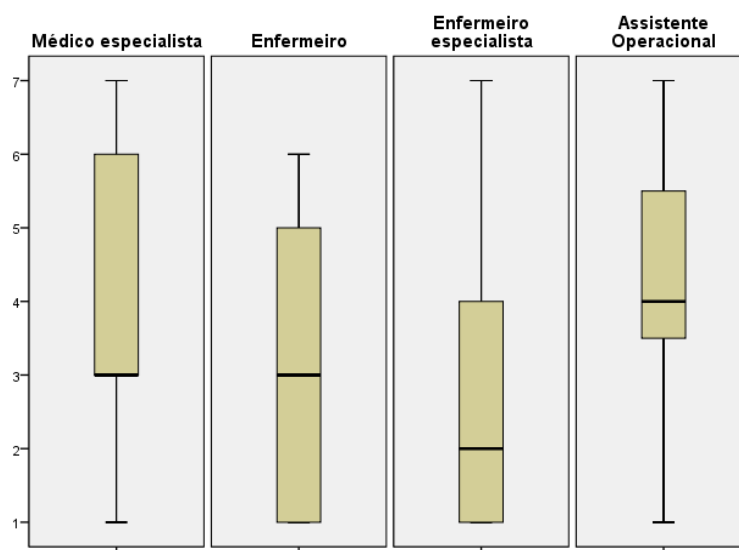
Perceção da eficácia possível “do cumprimento da higiene das mãos de acordo com o preconizado por parte dos responsáveis de gestão da UCIP ”



Percepção da eficácia possível “do cumprimento da higiene das mãos de acordo com o preconizado por parte de cada profissional”



Percepção da eficácia possível “da chamada de atenção para a higiene das mãos por parte dos doentes/famílias”



**Percepção da eficácia possível “de uma nova campanha promocional da higiene
das mãos”**

