



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



PENSAMENTO

“Primum, non nocere”
(Primeiramente, não cause danos)

Florence Nigtingale 1863

DEDICATÓRIA

Aos meus pais
Pela vida, pelo amor e
Pelos valores que me transformaram
No que hoje sou.

Ao Manuel Augusto e ao Afonso
Por acreditarem em mim e no meu sucesso;
Pelo amor, paciência, suporte e incentivo
nos bons momentos e também nos menos bons.
VOCÊS SÃO O MEU SUCESSO

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração imprescindível de algumas pessoas, de entre muitas destaco:

A minha orientadora, a Professora Doutora Ernestina M^a. Batoca Silva, quero agradecer a orientação e supervisão deste trabalho, assim como o apoio, interesse, dedicação e disponibilidade dispensada, em todo o percurso deste processo de investigação.

O Professor Doutor Carlos Pereira, Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu, pela colaboração ao solicitar a autorização deste estudo através do Ofício enviado ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro.

O Professor Doutor João Carvalho Duarte, pela amabilidade e disponibilidade em nos ter orientado na concretização da análise descritiva e inferencial.

O Conselho de Administração e Comissão de Ética do Centro Hospitalar Baixo Vouga, Aveiro, pela autorização concedida à realização deste estudo.

A Directora dos serviços de Pediatria, UCIN e Urgência Pediátrica, Doutora Paula Rocha, que apoiou e concordou com a realização do estudo.

As equipas de Enfermagem/Médica/Assistentes Operacionais dos serviços acima citados, que se disponibilizaram desde logo a colaborar no estudo.

Às Enfermeiras Alice Martins e Raquel Castro pela imprescindível amizade, companheirismo, apoio e incentivo.

A todos o meu sincero MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: A higienização das mãos é uma medida de higiene pessoal e universal ensinada e transmitida ao longo das gerações. Nos profissionais de saúde constitui cientificamente uma das precauções básicas e historicamente comprovada como relevante na prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, sendo considerada medida imperiosa contra a propagação dos microorganismos no âmbito hospitalar.

Objetivos: Identificar as práticas reportadas pelos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos; Determinar se as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde se relacionam com as variáveis sociodemográficas e profissionais (Idade, Sexo, Tempo de serviço, Categoria profissional e Formação académica) e com as variáveis do contexto da prática (Formação sobre higienização das mãos, Motivação para higienizar as mãos, Conhecimento do modelo conceptual da OMS).

Metodologia: Realizamos um estudo descritivo-correlacional e transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por 71 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) que exercem a sua atividade nos serviços de Pediatria/UCIN e Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE. Como instrumento foi utilizado um questionário elaborado a partir do Guia de Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde cuja aplicação decorreu nos meses de Maio e Junho de 2012.

Resultados: Os resultados obtidos revelam que a amostra é maioritariamente do sexo feminino (91,5%) e 32,4% situam-se no grupo etário dos 31-40 anos. Os participantes são predominantemente enfermeiros com 64,8%, seguidos dos médicos com 23,9% e 11,3% são assistentes operacionais. Verificamos que 66,2% dos profissionais frequentaram acções de formação sobre higienização das mãos e quase a totalidade se sentem muito motivados para realizar higienização das mãos no local de trabalho (98,6%). Na auto-avaliação sobre a prática de higienização das mãos, constatamos que 74,3% consideram como adequada e 25,7% como muito adequada, contudo apuramos relativamente aos conhecimentos sobre a técnica da higienização das mãos que 62,0% apontam a técnica correta. Ainda na análise desta dimensão por grupos profissionais, 78,3% dos enfermeiros referem uma prática com técnica adequada. Relativamente aos médicos 70,6% referem técnicas inadequadas, assim como 62,5% dos assistentes operacionais.

Conclusão: Conclui-se que a maioria dos profissionais tem conhecimentos relativamente à prática de higienização das mãos, contudo, alguns grupos profissionais necessitam melhorar a prática da técnica adequada de higienização das mãos.

PALAVRAS-CHAVE: IACS; Higienização das Mãos; Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde.

SUMMARY

Introduction: Hand hygiene is a measure of personal hygiene that has been commonly taught and passed down over generations. To health professionals it is one of the basic precautions scientifically and historically proven to be relevant in the prevention of infections related to healthcare and it is also considered as imperative against the spread of microorganisms in hospitals.

Goals: To identify the practices reported by health professionals on hand hygiene; To determine whether health professionals' hand hygiene practices are related to socio-demographic and professional variables (age, sex, time of service, education and professional group) and to the context of practice variables (hand hygiene training, hand washing motivation, knowledge of the WHO conceptual model).

Methods: A descriptive-correlated and cross-sectional quantitative approach was conducted. The sample consisted on 71 health professionals (doctors, nurses and operating assistants) who work in the Pediatrics / NICU services and Pediatric Emergency from the Hospital *Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE*. As instrument, a questionnaire from the Guide: *Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde* (Best Practices for Hand Hygiene in Healthcare Facilities) was conducted during the months of May and June 2012.

Results: The results show that the sample is predominantly female (91.5%) and 32.4% are in the age group of 31-40 years old. Participants are mainly nurses (64.8%), followed by doctors (23.9%) and 11.3% are operating assistants. It was assessed that 66.2% of the professionals have attended training on hand hygiene and almost all feel very motivated to perform hand hygiene at their workplace (98.6%). In the self-evaluation about the practice of hand washing, it was assessed that 74.3% consider it appropriate and 25.7% as very adequate, but in what concerns to the technique of hand hygiene knowledge 62.0% point this technique as correct. The practice of this technique analyzed by professional groups concludes that 78.3% of nurses report it as a proper technique. Regarding doctors, 70.6% reported it as inadequate, as well as 62.5% of the operating assistants.

Conclusion: It was concluded that most professionals have knowledge in what comes to hand washing practice; however, some professional groups need to improve their technique in practicing proper hand hygiene.

KEYWORDS: IACS; Hand Hygiene; knowledge and practices of health professionals.

ÍNDICE

	Pag.
ÍNDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE TABELAS	
1 - INTRODUÇÃO	11
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 – INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS) – BREVES CONSIDERAÇÕES	15
2.1 - AS MÃOS COMO FATOR DE TRANSMISSÃO DAS INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	19
3 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	25
3.1 – QUANDO PROCEDER A HIGIENE DAS MÃOS	27
3.2 – COMO REALIZAR A TÉCNICA DA HIGIENE DAS MÃOS	30
3.3 – USO DE LUVAS E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	32
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
4 - METODOLOGIA	35
4.1 – METODOS	35
4.2. - PARTICIPANTES	38
4.2.1 – Caracterização da amostra	39
4.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	40

4.4 - PROCEDIMENTOS	43
4.5 - ANÁLISE DOS DADOS	44
5- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	45
5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	50
6- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
7 – CONCLUSÃO	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	105
ANEXO I – Modelo Conceptual dos Cinco Momentos	107
ANEXO II – Técnica de Fricção das Mãos com SABA.	111
ANEXO III – Técnica de Lavagem das Mãos com Água e Sabão	115
ANEXO IV – Técnica da Lavagem Cirúrgica das Mãos	119
ANEXO V – Higiene das Mãos e Uso de Luvas	125
ANEXO VI – Questionário	129
ANEXO VII – – Pedido e Autorização para Aplicação do Questionário	137
ANEXO VIII – Pedido Autorização aos Diretores de Serviço	143
ANEXO IX – Nota Explicativa do Estudo	147

ÍNDICE DE QUADROS

	Pag.
Quadro 1 – Classificação das Dimensões da Variável Dependente	42

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1 – Desenho do estudo: esquema conceitual	37

ÍNDICE DE TABELAS

	Pag.
Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos profissionais	39
Tabela 2 – Âmbito em que adquiriu essa formação	45
Tabela 3 Adornos que podem interferir na correta higienização das mãos	46
Tabela 4 – Passos que habitualmente pratica na técnica de higienização das mãos	47
Tabela 5 – Momentos em que pratica os passos que constituem a técnica de higienização das mãos	48
Tabela 6 – Produtos utilizados com mais frequência na higienização das mãos	49
Tabela 7 – Obstáculos à adequada higienização das mãos	49
Tabela 8 – Duração Total do procedimento na higienização das mãos	50
Tabela 9 – Relação entre a Idade e Conhecimento sobre Interferência dos Adornos	51
Tabela 10 – Relação entre o Sexo e Conhecimento sobre Interferência dos adornos	52
Tabela 11 – Relação entre a Idade e Técnica de Higienização das mãos	53
Tabela 12 – Relação entre Sexo e Técnica de Higienização das mãs	53

Tabela 13 – Relação entre a Idade e Momentos da higienização das mãos	54
Tabela 14 – Relação entre o Sexo e Momentos da Higienização das mãos	55
Tabela 15 – Relação entre o Sexo e as Práticas de higienização das mãos	56
Tabela 16 – Relação entre a Idade e as Práticas de higienização das mãos	56
Tabela 17 – Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov(Fator Idade)	57
Tabela 18 – Teste U Mann Whitney entre a variável Idade e dimensões da variável dependente	58
Tabela 19 - Teste U Mann Whitney entre a variável Sexo e dimensões da variável dependente	58
Tabela 20 – Relação entre Categoria Profissional e Conhecimentos sobre Interferência dos Adornos	59
Tabela 21 – Relação entre Formação Académica e Conhecimentos sobre Interferência dos Adorno	60
Tabela – 22 – Relação entre Tempo de Serviço e Conhecimento sobre Interferência dos Adornos	61
Tabela 23 – Relação entre Serviço e Conhecimentos sobre Interferência de Adornos	62
Tabela 24 – Relação entre Categoria Profissional e Técnica	63
Tabela 25 – Relação entre Formação Académica e Técnica	64
Tabela 26 – Relação entre Tempo de Serviço e Técnica	65
Tabela 27 – Relação entre Serviço e Técnica	66
Tabela 28 – Relação entre Turno e a Dificuldade em Realizar a Técnica	67
Tabela 29 – Relação entre Categoria Profissional e os Momentos de higienização das mãos	68
Tabela 30 – Relação entre a Formação Académica e os Momentos de higienização das mãos	69
Tabela 31 – Relação entre o tempo de Serviço e os Momentos de higienização das mãos	70
Tabela 32 – Relação entre o serviço onde exerce funções e os Momentos de	71

higienização das mãos

Tabela 33 – Relação entre o Turno e os Momentos de higienização das mãos	72
Tabela 34 – Relação entre Categoria Profissional e as Práticas de higienização das mãos	73
Tabela 35 – Relação entre a Formação Profissional e as Práticas de higienização das mãos	74
Tabela 36 – Relação entre Tempo de serviço e as Práticas de higienização das mãos	75
Tabela 37 – Relação entre o Serviço e as Práticas de higienização das mãos	76
Tabela 38 – Relação entre o Turno e os Momentos de higienização das mãos	77
Tabela 39 – Relação entre as Práticas de higienização das mãos e a categoria Profissional	78
Tabela 40 – Pairwise comparisons (Categoria Profissional – Dimensão Técnica)	79
Tabela 41 – Relação entre as práticas de higienização das mãos e a formação acadêmica	79
Tabela 42 – Relação entre as práticas de higienização das mãos e o tempo de serviço	80
Tabela 43 – Relação entre as práticas de higienização das mãos e o Serviço onde exerce funções	81
Tabela 44 – Pairwise comparisons (Serviço-Dimensão Técnica)	81

1 - INTRODUÇÃO

A segurança do doente desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde com qualidade. Sem dúvida, a questão da segurança do doente tem atravessado a história da enfermagem, sendo parte integrante da profissão, desde 1854 em que a precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, se preocupava em garantir a qualidade dos cuidados. Através dos registos das suas observações, verificamos que aferia o nível dos cuidados prestados, melhorando posteriormente os serviços nas áreas mais deficitárias, adotando uma série de medidas básicas. Estas práticas foram desenvolvidas com uma abordagem epidemiológica para a prevenção e controle de doenças infecciosas e infecções hospitalares, num período ainda da pré-descoberta da bacteriologia (CARRARO, 2004).

Desde essa época até aos dias de hoje, a enfermagem revela preocupar-se cada vez mais com as questões da segurança do doente, assumindo a implementação de medidas e esforços que garantam a segurança de todos os utilizadores desses serviços (profissionais/doentes/visitas).

Segundo Fragata e Martins (2004: 18) “*cada vez mais a qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um standard abstracto mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas*”.

Portugal (2013), considera que as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são importante causa de morbilidade e mortalidade, dificultam o tratamento dos doentes e obrigam ao consumo acrescido de recursos. Assim, de forma a cumprir os objetivos definidos no Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), foi determinada a reestruturação das Comissões Controle de Infecções (CCI), de modo a abrangerem os três pilares essenciais de um programa global de prevenção e controlo de infeção, sendo: vigilância epidemiológica, elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática e, formação dos profissionais. A mesma fonte considera, ainda, ser evidente que dos países da União

Europeia, Portugal é o país com maior taxa de prevalência de IACS, em que a 9,8% dos doentes foi identificada uma IACS, revelando um aumento tendencial ao longo da primeira década do século, pelo que se torna imperioso os hospitais conjugarem a sua ação com organismos competentes da DGS e Administração Regional de Saúde (ARS).

De facto, tem-se conhecimento de que muitas infeções hospitalares podem ser evitáveis e assim descritas como passíveis de prevenção, isto é, há infeções em que podemos interferir na cadeia de transmissão dos microrganismos por meio de medidas reconhecidas como eficazes. A higiene das mãos, a limpeza de artigos e superfícies e até mesmo a utilização de equipamentos de proteção individuais, respeitando assim as precauções universais são algumas das medidas básicas descritas na literatura e consideradas eficazes na prevenção e controle das IACS (PEREIRA et al, 2005, BREVIDELLI e CIANCIARULLO, 2001).

Segundo a Portugal (2010) e de acordo com as orientações da OMS, os profissionais de saúde devem realizar a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde, não esquecendo de cumprir a técnica adequada ao procedimento e utilizando adequadamente os produtos disponíveis: Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) e sabão com ou sem antisséptico, conforme o objetivo ao qual se destina.

Muitos estudos têm surgido no âmbito da perceção, conhecimento e opinião dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos como prevenção das IACS. Neste contexto Tipple [et al] (2007) concluíram no seu estudo que apesar dos académicos demonstrarem conhecimento teórico sobre a higienização das mãos (HM), apresentam baixa adesão nas situações onde há necessidade da sua realização, apesar do fácil acesso aos recursos necessários para a realização da HM. Assim, referem ser imprescindível adotar estratégias de consciencialização quanto à necessidade da HM. Também Ceni [et al] (2009) constataram baixos índices relativamente à higienização adequada da lavagem das mãos, concluindo que há necessidade de renovar a educação nos serviços de saúde, mantendo a observação e consciencialização dos colaboradores quanto à importância deste cuidado para a preservação da saúde dos utentes. Na mesma linha de pensamento, Corrêa e Nunes (2011) no seu estudo, avançam com o resultado de que em apenas 7% das observações realizadas os participantes lavaram as mãos antes do procedimento e destes um em cada dois seguiu os passos descritos na técnica, pelo que concluem que os participantes não aplicam a técnica correta de HM.

A escolha do tema deste estudo “A Perspectiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos”, está relacionada com a nossa atividade profissional enquanto elo de ligação do Serviço de Pediatria, com a Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar (CCI) e conseqüentemente com a questão prática do nosso trabalho de sensibilização dos diferentes grupos profissionais para a problemática das IACS.

A finalidade deste estudo é, precisamente, sensibilizar os profissionais de saúde para a importância das HM contribuindo, assim, para a melhoria das IACS.

Como ponto de partida formulou-se as seguintes questões:

- Em que medida os fatores sociodemográficos e socio profissionais influenciam as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde como medida de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde?
- Em que medida alguns factores do contexto da prática influenciam as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde como medida de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde?

No sentido de obter respostas as questões definidas definimos os seguintes objectivos:

- Identificar as práticas reportadas pelos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos como medida de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde;
- Determinar se as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde se relacionam com as variáveis sociodemográficas e profissionais (Idade; Sexo; Tempo de serviço; Categoria profissional e Formação académica);
- Analisar as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde e a sua relação com as variáveis do contexto da prática (Formação sobre higienização das mãos; Motivação para higienização das mãos; Conhecimento do modelo conceptual da OMS).

Neste sentido, realizamos um estudo do tipo descritivo, correlacional e transversal, de abordagem quantitativa, numa amostra não probabilística por conveniência em que se incluíram os profissionais de saúde do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE (CHBV, EPE) que acederam voluntariamente colaborar neste estudo, num total de 71 participantes, a exercerem atividade profissional nos serviços de Pediatria/UCIN e Urgência Pediátrica.

A recolha de dados recorreu durante os meses de Maio e Junho de 2012, tendo precedido a autorização do Conselho de Administração do CHBV, EPE e ao parecer favorável da Comissão de Ética do referido Hospital.

Estruturalmente o trabalho está organizado em duas partes fundamentais. A primeira que se refere à fundamentação teórica e onde se faz referência aos aspectos relevantes relacionados com a problemática da Higienização das Mãos e das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. A segunda parte, a investigação empírica destinada às opções metodológicas e onde relatamos a análise dos dados e apresentação dos resultados resultantes da aplicação do instrumento de recolha de dados, assim como a discussão dos resultados.

Por fim a conclusão onde realçamos algumas propostas/sugestões acreditando que ainda muito há para fazer.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 – INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (IACS) – BREVES CONSIDERAÇÕES

Durante o seu percurso, o ser humano encontra-se condicionado ao estabelecimento de inter-relações constantes com os diversos seres vivos, que coabitam simultaneamente o planeta, formando assim, um conjunto de comunidades ecológicas que, apesar das suas peculiaridades distintas, exercem influências recíprocas no meio ambiente. Neste contexto, a necessidade de viver de modo saudável, implica a capacidade de oscilar, de forma equilibrada, entre a adoção de comportamentos de individualidade e domínio, paralelamente à adaptação e à flexibilidade relacional exigida para a integração harmoniosa no meio microbiano envolvente. Neste contexto, Fernandes A.T. [et al.]. (2000) consideram que as infeções hospitalares representam uma forma desarmoniosa da relação do homem com o seu meio microbiano.

Ao longo dos anos foram vários os termos usados para designar infeção adquirida em contexto de cuidados de saúde. Termos como infeção nosocomial, também designada por infeção adquirida no hospital, ou simplesmente infeção, e actualmente denominada de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). Na opinião de Martins (2001) todas as infeções que surjam em consequência do internamento e que não estavam presentes, nem em período de incubação, na altura da admissão, enquadram-se no conceito de infeção hospitalar. Numa perspetiva mais prática, designava-se infeção nosocomial toda a infeção que ocorre como consequência do internamento no hospital ou de um tratamento aí recebido, podendo manifestar-se durante o tratamento ou após a alta (TAVARES [et al.]. 2003).

Recentemente, e segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI) introduziu-se o conceito de Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), sendo definida como uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também

afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade profissional (PORTUGAL, 2007). Distingue-se da designação de infeções nosocomiais pelo facto desta excluir o ambulatório. O conceito de IACS é, por isso, mais abrangente uma vez que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde. Este conceito confere ênfase ao assegurar a comunicação e a articulação entre as diversas unidades de saúde: cuidados primários, hospitalares e continuados, para a identificação destas infeções a fim de se reduzir o risco de infeção cruzada (PORTUGAL, 2007). Segundo a mesma fonte, as IACS são um problema com grande destaque tanto em Portugal como no mundo. Pois, à medida que a esperança média de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas e, de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infeção.

Neste contexto e com a finalidade de compreender a relevância que as IACS assumem nos dias de hoje, é necessário abordar a infeção nos hospitais de outrora, bem como o início dos trabalhos sobre assepsia e controlo de infeção.

Os hospitais sofreram ao longo dos tempos, a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época e, por seu lado, influenciaram as sociedades em que se inseriram. Para Escoval [et al.]. (1998), a organização dos hospitais portugueses teve uma evolução semelhante à dos seus congéneres europeus, ainda que por vezes com algum desfasamento, justificado quer pela distância e dificuldades de comunicação, quer pela instalação de políticas obscurantistas e ou isolacionistas em algumas épocas.

Presume-se que era alta a incidência de infeção nos hospitais na época medieval, principalmente devido à elevada prevalência de doenças epidémicas na comunidade e às precárias condições de higiene, conclui-se então que as infeções hospitalares existem desde o aparecimento dos hospitais. Segundo Oliveira (2008) as infeções hospitalares datam desde o Império Romano, ano 330 A.C. enquanto a construção do primeiro hospital está documentada pelo ano 394 A.C. na periferia de Roma. No entanto, apenas na primeira metade do século XIX a questão da infeção hospitalar passou a ser preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Entretanto, durante o século XX, o hospital sofre uma evolução radical, de instituição devotada a tratar os pobres transforma-se, gradualmente, num estabelecimento onde novas técnicas de diagnóstico e terapêutica estão disponíveis para todas as classes sociais, e onde a especialização vai tendo uma importância crescente (ESCOVAL [et al.], 1998).

Nesse contexto foram desenvolvidos os primeiros trabalhos no controlo da infeção, dado que naquela época as infeções hospitalares eram o ponto mais evidente da iatrogenia hospitalar e as estratégias para o seu controlo focavam-se em ações dominantes. Ainda hoje, o controlo de infeção destaca-se como fator disciplinador da atividade profissional dentro de uma instituição de saúde.

Nos países desenvolvidos os cuidados de saúde têm vindo a evoluir bastante, sendo que nas últimas décadas se tem assistido ao desenvolvimento de novos tratamentos, terapêuticas e investigações que permitem uma melhoria substancial da qualidade de vida das populações. Contudo, apesar de nos encontrarmos no advento da medicina e da tecnologia, com métodos para o tratamento e a profilaxia das infeções, com antibióticos e imunizações complexas, a infeção continua a afirmar-se como uma das causas mais frequentes das doenças que afectam o ser humano. Causadas por bactérias, vírus ou fungos, as infeções podem variar entre uma simples gripe até à hepatite B e ao Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e, mesmo em países com assistência clínica de grande qualidade, a infeção é uma causa importante de morbilidade e mortalidade (BOLICK, 2000).

As instituições hospitalares são por natureza locais onde as bactérias e os vírus habitam e proliferam. No entanto, a infeção hospitalar pode ser controlada, e desde 1975 que existem comissões em cada estabelecimento para monitorizar e prevenir exactamente esta situação. Apesar de não ser possível evitar a infeção de um terço dos doentes internados, cerca de 30% eram eliminadas se existissem infra-estruturas e práticas adequadas. Há falta de pessoal e de recursos nos hospitais portugueses, e mesmo os novos edifícios têm deficiências a nível de isolamento e barreiras higiénicas como no número de lavatórios existentes e a sua localização (COSTA, 2004).

Assim sendo, Quintas (2004) afirma, mesmo que impossível impedir totalmente a ocorrência destas infeções, muito pode ainda ser feito nas unidades prestadoras de cuidados de saúde no sentido de diminuir essa ocorrência. Para tal, muitos são os caminhos passíveis de serem tomados, no entanto, é essencial que se conheçam bem os factores responsáveis por estas infeções. Deste modo, é necessário implementar medidas de controlo contínuo e efectivo. Pois, apesar de todos os progressos ocorridos nos últimos anos na área de saúde pública e cuidados hospitalares, as infeções continuam a surgir,

quer nos doentes hospitalizados, quer nos profissionais de saúde e pessoal externo circulante nas unidades hospitalares. De acordo com dados colhidos pelo Centers for Disease Control and Prevention – Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), as taxas de infecção hospitalar diferem de país para país, assim como de instituição para instituição, de acordo com os planos de prevenção implementados, apresentando variações gerais de 1,7% em instituições mais pequenas e com internamentos curtos, para 11% em instituições maiores que prestam cuidados especialmente a doentes crónicos e, por consequência, apresentem períodos de internamento mais longos (REBELO [et al.], 2007).

O desempenho dos profissionais de saúde deve ter como base, conhecimentos sobre os diversos agentes causadores de agressão ao homem no ambiente hospitalar, centros de saúde e comunidade, bem como as várias formas de prevenir as consequências desastrosas das infecções hospitalares (REBELO [et al.], 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que as IACS dificultam o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade. Sua prevenção e controle dependem, em grande parte, da adesão dos profissionais da área da saúde às medidas preventivas (LACERDA, 2003).

A World Health Organization (2002), salienta que a prevenção das IACS é responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde, que devem trabalhar em cooperação reduzindo o risco de infecção nos doentes e nos profissionais. A prevenção inclui, profissionais que prestam cuidados diretos ao doente, a gestão, as instalações, o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos. Neste contexto o mesmo autor ressalva que os programas de controlo de infecção são eficazes desde que sejam abrangentes e incluam actividades de vigilância e prevenção, assim como a formação dos profissionais. As precauções básicas como isolamento e outras barreiras de protecção devem ser claramente estabelecidas em normas escritas, padronizadas e adaptáveis aos agentes infecciosos e aos doentes. Ainda segundo o mesmo autor, devem ser aplicadas em todos os doentes e incluem a limitação do contacto do profissional de saúde com as secreções e líquidos biológicos, lesões cutâneas, membranas mucosas e sangue ou líquidos orgânicos. Os profissionais de saúde devem utilizar luvas, para cada

contacto contaminante e, aventais ou batas, máscara e protecção ocular, quando se prevê a contaminação da roupa ou da face.

Segundo Albuquerque (2008), um dos grandes fatores que mais tem contribuído para a necessidade de se incidir na prevenção, é o crescente aumento das IACS, nomeadamente com o aparecimento de estirpes mais imuno-resistentes, que não se limitam apenas às instituições hospitalares, mas também, devido à elevada rotatividade de doentes, fora dessas mesmas instituições, pelas diversas vias de propagação.

Sabe-se que algumas infecções hospitalares são consideradas evitáveis e, portanto descritas como passíveis de prevenção, ou seja, aquelas em que se pode interferir na cadeia de transmissão dos microrganismos por meio de medidas reconhecidas como eficazes. A higiene das mãos, o processamento de artigos e superfícies, e até mesmo a utilização de equipamentos de protecção individual como forma de respeitar as precauções universais são algumas das medidas bem descritas na literatura e consideradas eficazes na prevenção e controle das infecções hospitalares (PEREIRA [et al.], 2005, BREVIDELLI e CIANCIARULLO, 2001).

Perante o referido anteriormente, podemos afirmar que a preocupação pela problemática da infeção e implementação de medidas de carácter higiénico, como forma de prevenir, vem do tempo de Florence Nightingale (CUNHA, 2002).

2.1 - AS MÃOS COMO FATOR DE TRANSMISSÃO DAS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Existem vários fatores que influenciam o risco de infecção. Vários são os autores que em virtude da conduta e postura dos profissionais de saúde, ao prestarem cuidados e interferirem nos mecanismos de defesa do ser humano, os apontam para o favorecimento da aquisição das IACS.

Segundo Matos [et al.], (1996) a higiene das mãos quebra a cadeia epidemiológica no elo chamado veículo de transmissão, uma vez que elimina ou reduz substancialmente a

quantidade de microrganismo recolhidos noutros locais e que seriam transportados para outras pessoas ou locais, infectando-as.

Na maioria dos casos de IACS, a transmissão ocorre pela quebra da cadeia lógica dos cinco eventos sequenciais, através das mãos dos profissionais de saúde, constituindo o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas ou para locais do corpo habitualmente estéreis como sangue, líquido céfalo-raquidiano ou líquido pleural, e de outros doentes ou do ambiente contaminado (PORTUGAL, 2010).

A adoção da higienização das mãos está historicamente comprovada como relevante na prevenção das IACS, sendo considerada medida imperiosa contra a propagação dos microorganismos no âmbito hospitalar.

Neste contexto, em 1854, a precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, reformulou o cuidado aos doentes nas enfermarias da Guerra da Crimeia, adotando uma série de medidas básicas como a higiene pessoal de cada doente, o cuidado individualizado, uma boa alimentação e ambiente limpo, diminuindo o número de camas por enfermaria e reduzindo a circulação de pessoas estranhas, conseguiu diminuir sensivelmente a taxa de mortalidade entre os doentes internados. Estas práticas foram desenvolvidas com uma abordagem epidemiológica para a prevenção e controle de doenças infecciosas e infecções hospitalares, num período ainda da pré-descoberta da bacteriologia (CARRARO, 2004).

No mesmo período, o médico húngaro Ignaz Semmelweis, que em 1847 demonstrou, a imperativa necessidade da higienização das mãos como medida preventiva das IACS, ao utilizar uma solução de água com ácido clórico e sabão para a higienização das mãos dos profissionais que prestassem cuidados aos doentes, antes mesmo de Joseph Lister preconizar o uso de práticas de assepsia e anti-sepsia em procedimentos cirúrgicos. Semmelweis forneceu o que seria a primeira evidência científica de que a limpeza de mãos contaminadas utilizando anti-séptico reduzia a transmissão de doenças na assistência à saúde, nomeadamente da febre no puerpério. Lister foi reconhecido mais tarde como o precursor dos conceitos sobre assepsia no ano de 1865 (CARRARO, 2004).

Os profissionais de saúde e nomeadamente os profissionais de enfermagem podem atuar como veículo transmissor, através do contacto pessoal com os doentes e o

manuseamento de produtos biológicos como sangue, fezes, exsudados, secreções e vômitos, bem como os materiais contaminados por estes (FRANCO, 2010).

De acordo com Coelho (2011), tendo como objetivo validar a técnica e as orientações necessárias à higienização das mãos, o CDC, a partir de 1975, normatizou guias e diretrizes acerca da prática de higiene das mãos, de modo a recomendar as situações nas quais se torna necessária a sua utilização.

Mais recentemente, em 2002, o CDC definiu o protocolo de higienização de mãos [Guideline for Hand Hygiene in Health Care Settings] a partir de revisão de estudos realizados sobre higienização e antiseptia das mãos desde 1985. Este protocolo fornece aos profissionais de saúde recomendações gerais sobre as práticas de higienização das mãos, recomendações específicas para promoção da melhoria dessas práticas e a redução da transmissão cruzada de patógenos.

Em novembro de 2004, a OMS criou através da Aliança Mundial o programa *Segurança do Doente* [World Alliance for Patient Safety] com o objetivo de coordenar, disseminar e acelerar as melhorias relativas à Segurança do Doente, reduzindo os efeitos adversos aos cuidados de saúde. Portugal, na sequência de decisão da Ministerial, aderiu ao desafio da World Alliance for Patient Safety, no dia 08 de Outubro de 2008. O programa elaborou diretrizes e estratégias de implementação de medidas que visam a adesão e a prática da higienização das mãos, com o tema “Clean Care is Safer Care”, (Cuidado Limpo é Cuidado seguro). Em 2009, a OMS apresentou uma extensão ao programa anterior com o tema “Save Lives: Clean Your Hands” (Salva Vidas: Lava as Tuas Mãos), que reforça os cinco momentos da higienização das mãos, como estratégia para proteger o doente, o profissional de saúde e o ambiente dos cuidados de saúde contra a disseminação de microrganismos patogénicos e assim reduzir as IACS.

Contudo, as observações em instituições prestadoras de cuidados de saúde reafirmam a não uniformidade de condutas e rotinas referentes à higienização das mãos, apesar de todas as evidências e comprovações da importância à adesão a esta medida, as mãos dos profissionais de saúde ainda se constituem o maior vínculo de disseminação das infecções hospitalares (COELHO, 2011).

Segundo Neves [et al.]. (2009), nos principais motivos relacionados com a não adesão desta prática, segundo estudos recentes, está a falta de motivação, ausência ou

inadequação de lavatórios ou dispositivos de álcool gel, falta de materiais como sabão e álcool além de toalhas de papel e lixeiras, reações cutâneas associadas ao uso dos produtos recomendados, o grande número de tarefas a realizar levando a falta de tempo, irresponsabilidade e a ignorância sobre a real importância das mãos como meio de transmissão de microorganismos.

De acordo com Portugal (2007) no PNCI, um em cada quatro doentes internados numa Unidade Cuidados Intensivos (UCI) tem um risco acrescido de adquirir uma IACS, sabendo-se ainda, que esta estimativa pode duplicar nos países menos desenvolvidos. Como bom indicador revelador desta preocupação, realça-se o último inquérito de prevalência conduzido pela OMS em 55 hospitais de 14 países, revelando que 8,7% dos doentes internados têm possibilidade de adquirir uma IACS. Para além do aumento substancial da morbilidade dos doentes internados em contexto hospitalar, a IACS constitui-se como uma das maiores causas de morte em todo o mundo.

Relativamente a Portugal, segundo a mesma fonte, o último inquérito nacional de prevalência, realizado em Maio de 2003, envolvendo 67 hospitais e 16373 doentes, identificou uma prevalência de 8,4% de doentes com IACS e uma prevalência de 22,7% de doentes com infecção adquirida na comunidade (taxas semelhantes à maioria dos estudos internacionais).

As precauções básicas ou padronizadas, combinam as precauções universais relativas ao manuseio de sangue e outros líquidos do corpo com o isolamento dos componentes do corpo, sendo que todos os líquidos e tecidos corporais de todos os doentes devem ser considerados potencialmente contaminados. Dessa forma são precauções aplicadas a todos os doentes, independentemente dos factores de risco ou da doença de base. São a principal abordagem para evitar a transmissão de infecção, reduzindo desde logo o risco de transmissão quer de fontes de infecção conhecidas, como desconhecidas, constituindo desde logo a estratégia primária para o controlo das infecções nosocomiais (BOLICK, 2000).

A higiene de mãos é descrita como uma das precauções básicas ou padronizadas e comprovadamente uma das medidas de protecção ao doente mais efetiva para a redução e disseminação de infecções hospitalares (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2007).

Este é um grande desafio aos profissionais de saúde, que mesmo neste início de século XXI, após importantes avanços tecnológicos, não estão ainda em situação muito diferente do período em que Ignaz Semmelweis e Florence Nightingale se esforçavam para identificar melhores práticas de controle de infecção (TIPPLE [et al.]. 2003).

3 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

A higienização das mãos é uma medida de higiene pessoal e universal ensinada e transmitida ao longo das gerações.

A importância da higienização das mãos na prevenção da transmissão das infecções hospitalares, é baseada na capacidade que as mãos têm de albergar microrganismos e de os transferir de uma superfície para outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, através de objetos, pois as mãos são o veículo mais comum de transmissão de microrganismos (SANTOS, 2000).

Na mesma linha de pensamento Oliveira [et al.]. (2010) referem que as mãos são um dos principais meios de transmissão de agentes bacterianos, a sua superfície tem a capacidade de alojar microrganismos, assim como de funcionar como fonte de transmissão dos mesmos durante a prestação de cuidados de saúde e, de um modo geral, apresentam dois tipos diferentes de microrganismos, os residentes e os transitórios.

Apesar da higienização das mãos ser uma das principais medidas de prevenção das IACS, a adesão dos profissionais ligados à saúde é baixa, poucas vezes excedendo os 40%, em grande parte dos estudos realizados. Acrescenta Boyce (2001) que os fatores que mais se destacam na influência da lavagem das mãos são os seguintes: pouca informação, ser médico, enfermeiro ou assistente operacional, trabalhar em unidades de cuidados intensivos, acessibilidade aos lavatórios, uso de torneiras automáticas, falta de papel toalha, irritação e ressecamento da pele devido a frequente lavagem com água e sabão e o uso de luvas.

Ao longo dos anos, a higienização das mãos é descrita como a acção isolada mais importante no controle das IACS. A simples utilização de água e sabão pode reduzir os microrganismos presentes nas mãos, interrompendo a cadeia de transmissão das IACS. Também a utilização de produtos anti-sépticos, em especial de agentes de base alcoólica, pode reduzir ainda mais os riscos de transmissão, pela intensificação da redução

microbiana ou por favorecer um aumento na frequência da higienização das mãos (SANTOS, 2010).

Para Traversat [et al.]. (2003), a higiene das mãos é baseada na atitude de molhar as mãos, ensaboá-las, enxaguá-las e secá-las para eliminar a sujidade e reduzir os microrganismos. Esta atitude visa reduzir os microrganismos da flora transitória e impedir que as mãos sejam uma fonte de transmissão de microrganismos e consequentemente de IACS.

No decorrer das últimas décadas assistiu-se a uma evolução do conhecimento sobre as práticas de higiene das mãos, passando-se da lavagem das mãos com água e sabão simples ou antimicrobiano à fricção das mãos com soluções à base de álcool, prática esta que se tornou mais universal (SILVA, 2005).

Atendendo á importância da higiene das mãos e a complexidade que a sua incorreta realização ou a não realização da mesma traz como implicações para as instituições, profissionais e doentes, Portugal (2010) defende que em termos epidemiológicos, a transmissão de microrganismos através das mãos entre profissionais e doentes é uma realidade incontornável, dando origem a infecções, consideradas consequências indesejáveis da prestação de cuidados. A transmissão de microrganismos associados aos cuidados de saúde de um doente para outro através das mãos dos profissionais de saúde, requer uma cadeia lógica de cinco eventos sequenciais:

- 1) Os organismos estão presentes na pele do doente, ou estão depositados nos objetos inanimados próximos do doente ou ambiente envolvente do mesmo;
- 2) Os organismos têm de ser transferidos para as mãos dos profissionais de saúde;
- 3) Os organismos têm de ser capazes de sobreviver pelo menos alguns minutos nas mãos dos profissionais de saúde;
- 4) A higiene das mãos dos profissionais de saúde entre contatos foi inadequada ou omitida, ou o agente utilizado para a higiene das mãos era inadequado ou estava contaminado;
- 5) As mãos contaminadas dos profissionais de saúde entram em contacto direto com outro doente ou indiretamente, através de objetos inanimados que vão entrar em contacto direto com o doente (PORTUGAL, 2010).

Assim, por consenso com a proposta da OMS surge a implementação de uma estratégia multimodal para a higiene das mãos a nível nacional, constituída por uma abordagem mais eficaz para a promoção da prática da higiene das mãos. Os elementos-chave desta estratégia multimodal incluem a formação, os programas de motivação dos profissionais, a utilização na higiene das mãos de uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA), a monitorização da prática de higiene das mãos e do consumo dos produtos adequados, a utilização de indicadores de desempenho e o forte compromisso por parte de todos os envolvidos no processo, desde os gestores de topo, aos gestores intermédios e aos prestadores de cuidados (PORTUGAL, 2010).

Em suma, segundo a Portugal (2010) a higienização das mãos é o termo que se aplica á lavagem das mãos com água e sabão, seja não antimicrobiano ou antimicrobiano, à fricção das mãos com solução SABA e à preparação pré-cirúrgica das mãos, executada pela equipa cirúrgica.

3.1 – QUANDO PROCEDER A HIGIENE DAS MÃOS

A prática da higienização das mãos teve o seu início no séc. XVIII com a transformação da instituição hospitalar, inicialmente usada com o propósito de aí colocar os doentes marcados para morrer, passando a ser utilizada para a cura e medicalização de doentes. Também Florence Nightingale, em meados do séc. XIX, inferiu que boas condições de higiene nas enfermarias reduziam as taxas de mortalidade da época, nomeadamente o cuidado individualizado, a limpeza, a diminuição do número de camas na enfermaria, entre outros. Na mesma época Ignaz Semmelweis, demonstrou o benefício da lavagem das mãos como medida preventiva das infeções entre contactos com doentes e a sua repercussão na redução da transmissão de doenças infecciosas associadas à prestação de cuidados de saúde (CARRARO, 2004).

Deste modo a higiene das mãos (HM) tem sido essencial no controlo e prevenção das IACS e é imprescindível que seja cumprida. Esta atitude promove e aumenta a segurança nos cuidados que se prestam, todos os profissionais de saúde devem respeitar normas, protocolos ou programas que visam cultura de segurança nas instituições de saúde.

Portugal (2010: p. 3) adere neste âmbito à metodologia da campanha de higiene das mãos proposto pela OMS, onde foi adoptado o modelo conceptual dos “Cinco Momentos” que são as cinco indicações para a HM, constituindo os pontos de referência temporais fundamentais para os profissionais de saúde:

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

O referido modelo designa os momentos em que é imperativo a HM de modo a interromper eficazmente a transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados de saúde. No anexo 1, apresenta-se o esquema do Modelo Conceptual dos Cinco Momentos, para a Higienização das Mãos.

Em conformidade com Portugal (2010) a HM é considerada uma das medidas mais simples e efectivas na diminuição das IACS, contribuindo deste modo para a redução da morbidade e mortalidade dos doentes, pelo que está indicada sempre que exista risco de transmissão durante a prestação de cuidados.

No entanto, segundo a mesma fonte, a adesão à prática da HM continua a ser subvalorizada, raramente excedendo os 50%. Em Portugal, a taxa global de adesão à higiene das mãos, observada na fase de avaliação diagnóstica da Campanha Nacional de Higiene das Mãos em 2009, foi de 46,2%. As unidades de saúde devem promover uma cultura institucional de segurança dando prioridade à prática da HM, reforçando essa cultura nos seus programas de formação e nos planos operacionais de prevenção e controlo de infecção.

Aquando da investigação de um surto de *Enterobacter cloacae* numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário em Genebra, a subvalorização da atenção às medidas básicas de controlo de infecção causada pela superlotação e número insuficiente de profissionais efetivos foi identificado como uma das causas para a ocorrência deste evento. A adesão à prática de higiene de mãos passou de 25% para 70%

no período em que houve ajuste na proporção profissional em relação ao número de camas (HARBARTH [et al.]. 1999).

Erasmus [et al.]. (2009), realizaram um estudo qualitativo onde descreveram algumas razões para a baixa adesão à HM, para tal entrevistou profissionais de unidades de terapia intensiva e unidades cirúrgicas, num hospital da Holanda e os enfermeiros e estudantes responderam que consideravam importante a HM como prevenção de transmissão cruzada de infecções entre eles e os doentes. Os estudantes confirmaram ainda que seguem o modelo de comportamento dos seus superiores, que normalmente não possuem boa adesão à HM. Os médicos têm em consideração apenas sua proteção e reportaram a baixa adesão à descrença de fortes evidências e efetividade da HM como prevenção de infecção hospitalar. Todos os participantes do estudo relataram a importância de normas bem estabelecidas, visando uma cultura organizacional de segurança e que normalmente a HM é realizada após a sensação de sujeira ou proteção pessoal.

Conclui-se através do resultado de dois estudos realizados em 2000 que a higiene das mãos é um componente importante da higiene pessoal e particularmente, do profissional de uma instituição hospitalar, devendo por isso ser uma rotina para todos. No primeiro estudo, Pittet [et al.]. (2000) relataram um aumento na adesão à higiene de mãos entre enfermeiros dos hospitais de Genebra. Este aumento de 66% manteve-se por um período de 48 meses e foi associado à redução nas taxas de IACS de um microrganismo multirresistente (*Staphylococcus aureus* meticilina resistente). O foco deste estudo foi o incentivo ao uso do álcool gel a 70% que promovia agilidade na realização do procedimento em relação à HM com água e sabão. A utilização deste produto permitiu uma localização mais próxima do local de prestação de cuidados, facilitando assim a realização da HM sem a necessidade do deslocamento do profissional. O segundo estudo, realizado por Larson [et al.]. (2000), descreveu um importante aumento na adesão à HM, num hospital americano, que se manteve por 6 meses. O foco deste estudo foi uma mudança na cultura organizacional a favor da HM envolvendo administradores, gestores e clínicos.

3.2 – COMO REALIZAR A TÉCNICA DE HIGIENE DAS MÃOS

A lavagem das mãos, para Wilson (2003), consiste no esfregar toda a sua superfície, incluindo dedos e punhos, com sabão ou solução antisséptica, seguida do enxaguar com água corrente para remoção dos microrganismos. O mesmo autor salienta que existem locais das mãos com maior índice de colonização e onde a higienização deve ser mais exigente, são elas: regiões ungueais, zonas interdigitais, palma das mãos e punhos.

Na mesma linha de pensamento, a Comissão de Controlo de Infeção (CCI) (2006) refere que para realizar a lavagem das mãos deve-se esfregar com vigor ambas as superfícies das mãos, dedos e punhos, enxaguando de seguida com água corrente. Salienta que onde os cuidados com a lavagem devem ser maiores são as unhas, espaços interdigitais, punhos e palmas das mãos, porque estes são os locais mais colonizados. Aconselha o retirar de todos os objectos de adornos das mãos, o uso de unhas curtas e limpas, isentas de vernizes. No que diz respeito aos produtos de lavagem recomenda o sabão neutro e sabão líquido com agente desinfectante.

Segundo Portugal (2010) e de acordo com as orientações da OMS, os profissionais de saúde devem realizar a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde, não esquecendo de cumprir a técnica adequada ao procedimento e utilizando adequadamente os produtos disponíveis: SABA e sabão com ou sem antisséptico, conforme o objetivo ao qual se destina.

A mesma fonte recomenda a SABA como primeira escolha para a HM, consiste na fricção das mãos com o objetivo de reduzir a carga microbiana das mãos e deve ser utilizada na maioria dos procedimentos comuns na prestação de cuidados, isto é, desde que as mãos estejam visivelmente limpas e/ou isentas de matéria orgânica. Esta técnica tem a duração de 20 a 30 segundos, consiste em aplicar a SABA na palma das mãos e friccionar, cobrindo todas as superfícies das mãos e dedos, até as mãos ficarem secas. No anexo 2, apresenta-se a Técnica de Fricção das Mãos com Solução Antisséptica de Base Alcoólica.

A HM com água e sabão com ou sem antisséptico, realiza-se para remover os microrganismos em decomposição e transitórios das mãos no sentido de reduzir a contagem total microbiana ao longo do tempo (PORTUGAL, 2010). Este procedimento fica restrito às situações, em que os profissionais tenham as mãos visivelmente sujas ou

contaminadas com matéria orgânica, às situações consideradas “sociais”, tais como, antes e após as refeições, após a utilização das instalações sanitárias, ao chegar e sair do local de trabalho e na prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*. Tem a duração de 40 a 60 segundos e consiste primeiro em molhar as mãos com água, aplicar de seguida o sabão esfregando vigorosamente e cobrindo toda a superfície da mão, enxaguando de seguida com água corrente e secar as mãos com toalhete de uso único. No anexo 3, apresenta-se a Técnica de Lavagem das Mãos com Água e Sabão (PORTUGAL, 2010).

Reforçando a importância da HM, seja ela realizada com água e sabão com ou sem antisséptico, ou com a utilização da SABA, é relevante que sejam cumpridos alguns princípios, nomeadamente, antes de iniciar o dia/turno de trabalho: retirar jóias e adornos das mãos e antebraços, uma vez que estes podem acumular microrganismos que não são removidos mesmo com a lavagem das mãos; manter as unhas limpas, curtas e sem verniz; não utilizar unhas artificiais na prestação de cuidados; aplicar corretamente o produto usado na HM, dando especial atenção aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, polegares e punho; secar ou deixar secar bem as mãos; evitar recontaminar as mãos depois da lavagem, usando o toalhete para fechar a torneira se esta não dispuser de comando; e usar protetores da pele (PORTUGAL, 2010).

A lavagem cirúrgica das mãos representa uma medida importante para prevenir as infeções cirúrgicas. Tem como finalidade a remoção da flora transitória e a redução da flora residente. O procedimento tem a duração de 2 a 3 minutos e encontra-se representado no anexo 4.

Santos (2009) no seu estudo teve como objectivos caracterizar o perfil dos profissionais que lidam diretamente com os doentes, observar a técnica de higiene das mãos na rotina da equipe multiprofissional e conhecer a importância da higiene das mãos para os mesmos. Assim, foram observados 19 profissionais de diferentes categorias e houve 46 lavagens das mãos. Entre os profissionais observados os técnicos e os auxiliares de enfermagem compreendem a maioria e representaram o maior percentual de profissionais observados. Além disso, estes profissionais são os que realizam procedimentos invasivos e mantêm maior contato com o doente, pelo que, necessitam mais vezes de higienizar as mãos (73,9%). Cada turno é coordenado por dois enfermeiros em todo o hospital, por isso, no período em que estavam presentes, realizaram a técnica (4,3%). O fisioterapeuta está de chamada, sendo perceptível que a sua presença na unidade

é agendada de acordo com a necessidade. A presença dos médicos no serviço acontece na maioria dos casos para as visitas, portanto o número de higienizações observadas representa (13,1%) de acordo com o número de médicos analisados. Nenhum dos profissionais realizou a técnica conforme preconiza o manual *Segurança do Doente: Higienização das mãos*.

3.3 – USO DE LUVAS E HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Desde 1990, com o conceito de precauções universais que o uso de luvas deve fazer parte integrante das medidas de prevenção das IACS, que podem ser contraídas durante a prestação de cuidados de saúde. Preconiza-se que todo o profissional de saúde deve estar consciente da necessidade desta barreira de protecção para doentes e profissionais de saúde, no entanto deve também ter presente que o uso indevido das mesmas pode ser responsável pela transmissão de microrganismos (CCI, 2006).

As luvas devem ser usadas como medida de segurança e como complemento de lavagem das mãos, garante a mesma fonte, recomendando também lavar as mãos antes de calçar as luvas e depois de as retirar; não usar as mesmas luvas para mais que um procedimento; analisar cada procedimento, optando pelo uso de luvas do tipo mais apropriado.

O uso de luvas tem como principais objetivos serem barreira de protecção contra a contaminação das mãos dos profissionais no contacto com pele lesada e mucosas, com líquidos orgânicos como sangue, secreções ou excreções; redução da transferência de microrganismos das mãos dos profissionais para os doentes durante a prestação de cuidados; redução da possibilidade de contaminação das mãos dos profissionais no manuseamento de materiais e equipamentos e transmissão entre doentes; protecção da pele contra riscos químicos, térmicos e/ou de radiações (PINA, 2006).

Portugal (2010) defende que o uso de luvas pode ser um factor de risco para a não adesão à higiene das mãos, por isso, recomenda ser importante seguir algumas regras:

- O uso de luvas não substitui a necessidade de higiene das mãos seja com água e sabão seja com solução alcoólica;
- Usar luvas sempre que antecipar que vai entrar em contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, membranas mucosas ou pele não intacta (feridas);
- Remover as luvas após cuidar de um doente; Não usar o mesmo par de luvas para cuidar mais do que um doente;
- Substituir as luvas quando cuidar de um local contaminado e passar para um local limpo, no mesmo doente; Substituir as luvas após tocar um local contaminado e antes de tocar limpo ou no ambiente.

No anexo 5 apresenta-se algumas informações sobre a Higiene das Mãos e Uso de Luvas

Em suma, seguindo as orientações de Portugal (2010) os profissionais de saúde têm a responsabilidade de lavar as mãos com água e sabão quando visivelmente sujas ou contaminadas, por resíduos proteicos ou com sangue ou outros fluidos, após ter utilizado a casa de banho, em caso de suspeita ou confirmação de potencial exposição a microrganismo esporulados, incluindo surtos a *Clostridium difficile*. Deve também usar preferencialmente soluções alcoólicas na rotina da higiene das mãos em todas as situações clínicas, desde que as mãos não estejam visivelmente sujas. Assim, como proceder à higiene das mãos nas seguintes situações: Antes e após contacto directo com o doente; Antes de manusear dispositivos invasivos nos cuidados ao doente, independentemente de usar ou não luvas; Após contacto com fluidos orgânicos ou excreções, membranas mucosas, pele não intacta, ou pensos de feridas; Ao passar de um local do corpo contaminado para outro local não contaminado, durante a prestação de cuidados no mesmo doente; Após contacto com objectos inanimados (incluindo equipamento médico) e ambiente envolvente do doente; Após remover as luvas esterilizadas ou não esterilizadas; Antes de manusear a medicação ou preparar alimentos.

Para que os profissionais cumpram a higiene das mãos, os órgãos de gestão devem também ter em conta as seguintes orientações de Portugal (2010): Atribuir prioridade institucional ao aumento da adesão à higiene das mãos; Promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática; Divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho; Disponibilizar lavatórios adequados e colocados em

locais estratégicos; Fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados; Fornecer sabão adequado e creme hidratante para as mãos dos profissionais, de modo a minimizar a ocorrência de dermatites de contacto associadas à higienização das mãos e fornecer produtos para higiene das mãos alternativos aos profissionais com reacções adversas aos produtos utilizados na unidade de saúde. Devem ser designados profissionais com formação e treino em controlo de infecção para implementar programas promocionais da prática de higiene das mãos, com o objectivo de aumentar a adesão dos profissionais de saúde a esta prática. A formação dos profissionais deve: focar especificamente os factores que podem influenciar significativamente o comportamento e não apenas o tipo de produtos para a higiene das mãos; ter em consideração o tipo de actividades praticadas que podem contaminar as mãos, os doentes e ou o ambiente e demonstrar de forma clara as vantagens e desvantagens dos vários métodos utilizados na higiene das mãos. Com a finalidade de avaliar a eficácia da SABA, podem utilizar-se nas acções de formação métodos que exemplifiquem a eficácia inequívoca da SABA na redução dos microrganismos presentes nas mãos. Poderá colocar os 5 dedos das mãos em placas de Petri e em colaboração com o laboratório de microbiologia proceder ao exame cultural das mesmas e poderá, ainda, utilizar a luz ultravioleta para o demonstrar. Qualquer das técnicas é efectuada antes e depois da aplicação de SABA. As estratégias de motivação dos profissionais para a higiene das mãos devem ser multimodulares e multifacetadas e incluir formação e suporte dos superiores hierárquicos para a implementação dos programas. A formação em serviço deve, ainda, incluir informação sobre os cuidados a ter com as mãos de forma a reduzir o risco de dermatites de contacto ou outros tipos de lesões da pele.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4- METODOLOGIA

A metodologia é o processo que engloba uma distribuição sucessiva de acontecimentos que nos conduzem aos resultados. Assim, é através da metodologia que vamos estudar, descrever e explicar os métodos utilizados ao longo da investigação científica, sendo que as decisões metodológicas dependem da natureza do problema de investigação.

De acordo com Fortin (2003, p. 35) “o processo científico efectua-se geralmente de forma ordenada, através de uma série de etapas. Após a fase de conceptualização, segue-se a fase em que é necessário tomar decisões metodológicas que dependem da natureza do problema de investigação”.

Assim, neste capítulo pretendemos mencionar as opções metodológicas deste estudo: inicialmente descrevemos os métodos, os participantes a caracterização da amostra, os instrumentos, os procedimentos formais e éticos para a colheita de dados e por último a análise e o tratamento estatístico dos dados.

4.1 – MÉTODOS

As mãos têm a capacidade de serem o “porto de abrigo” para os diversos microrganismos, assim como, a melhor fonte de transmissão dos mesmos durante a prestação de cuidados. Por isso, é do conhecimento de todos os profissionais de saúde que a higienização das mãos é a medida mais simples, de menor custo e menor complexidade na prevenção e controle das infecções associadas aos cuidados de saúde.

A preocupação com esta problemática, surge pelo menos desde 1854, com a precursora da enfermagem moderna Florence Nightingale que reformulou o cuidado aos

doentes nas enfermarias da Guerra da Crimeia, adotando uma série de medidas básicas nas enfermarias como a higiene pessoal de cada doente, o cuidado individualizado, uma boa alimentação e ambiente limpo, diminuindo o número de camas por enfermaria e reduzindo a circulação de pessoas estranhas. Com a adoção destas medidas Florence Nightingale conseguiu diminuir sensivelmente a taxa de mortalidade entre os doentes internados. Estas práticas foram desenvolvidas com uma abordagem epidemiológica para a prevenção e controle de doenças infecciosas e infecções hospitalares, num período ainda da pré-descoberta da bacteriologia. Também foi comprovada a sua importância por Ignaz Philipp Semmelweis que instituiu esta prática no Hospital Geral de Viena, como um meio para o controle de infecções puerperais (CARRARO, 2004).

Considerando que as infecções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento dos doentes, sendo igualmente causa importante de morbidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares quer da comunidade, verificamos pela evolução histórica dos hospitais uma preocupação crescente no desenvolvimento de programas de controlo e prevenção da infecção. A segurança do doente e a garantia da qualidade dos cuidados exigem medidas eficazes, como sejam a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas e a formação dos profissionais.

Neste contexto, consideramos importante contribuir para a melhoria da prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, através da sensibilização para as boas práticas de higienização das mãos.

Concordamos com Santos (2000), que as mãos são o principal meio de transmissão de agentes bacterianos, no ambiente hospitalar, de um doente para outro, contribuindo para o aumento das fontes e reservatórios hospitalares. Por outro lado sabemos que a higienização das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infeções associadas aos cuidados de saúde (PORTUGAL 2010).

Como ponto de partida definimos as seguintes questões:

- Em que medida os fatores sociodemográficos e socio profissionais influenciam as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde como medida de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde?

- Em que medida alguns factores do contexto da prática influenciam as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde como medida de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde?

Propusemo-nos a realização deste trabalho no sentido da consecução dos seguintes objectivos:

- Identificar as práticas reportadas pelos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos como medida de prevenção de infecção associada aos cuidados de saúde;
- Determinar se as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde se relacionam com as variáveis sociodemográficas e profissionais (Idade; Sexo; Tempo de serviço; Categoria profissional e Formação académica);
- Analisar as práticas de higienização das mãos dos profissionais de saúde e a sua relação com as variáveis do contexto da prática (Formação sobre higienização das mãos; Motivação para higienizar as mãos; Conhecimento do modelo conceptual da OMS).

De modo a atingir os objetivos supracitados na realização deste trabalho, optámos pelo estudo descritivo-correlacional e transversal, com abordagem quantitativa.

Em síntese e após a apresentação das questões e objetivos definidos, apresentamos o esquema concetual da investigação:

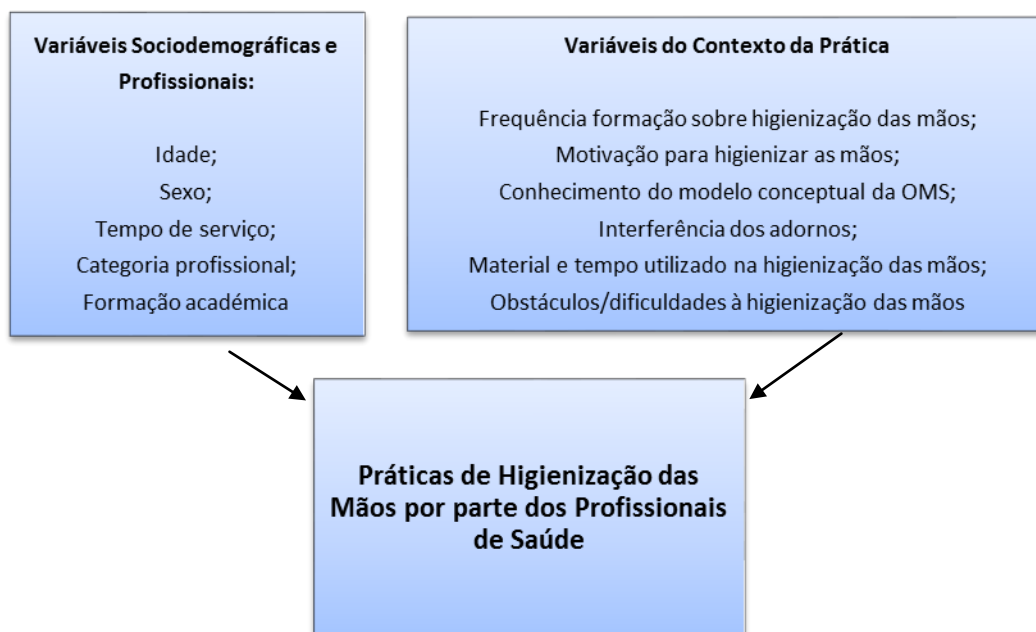


Figura 1 – Desenho do estudo: esquema concetual

Com o esquema do estudo de investigação representado pela figura 1, pretendemos dar a conhecer a interligação estabelecida entre as variáveis independentes e a **variável dependente**, que no presente estudo são as *Práticas de Higienização das Mãos por parte dos Profissionais de Saúde*. Para a variável dependente estabelecemos dimensões que incluem os conhecimentos que suportam as práticas e os procedimentos que realizam para a higienização das mãos.

Fortin (2003) refere que as variáveis independentes e dependentes estão interligadas, no sentido em que uma vai afectar a outra e são propriedades de pessoas ou situações estudadas numa investigação sendo definidas em termos observáveis e mensuráveis.

No presente estudo consideramos como *variáveis independentes* dois grupos:

Variáveis sociodemográficas e profissionais onde incluímos a idade, sexo, tempo de serviço, categoria profissional e formação académica;

Variáveis do contexto da prática definimos a formação sobre higienização das mãos, a motivação para a prática da higienização e o conhecimento do modelo conceptual da OMS, bem como a interferência dos adornos, o material e tempo utilizado na higienização e por fim os obstáculos/dificuldades à higienização das mãos.

4.2. – PARTICIPANTES

A população alvo é de acordo com Fortin (2009) um grupo elementos que possuem características comuns. A referida população no nosso estudo é constituída pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, a exercerem atividade profissional nos serviços de Pediatria/UCIN e Urgência Pediátrica.

Segundo a autora supracitada, a população alvo dificilmente é acessível na sua plenitude, pelo que, o investigador deverá seleccionar uma amostra. Assim, e como afirma a mesma autora, a amostra é uma parte da população sobre a qual se realiza o estudo, a sua constituição varia consoante o objetivo e condicionantes de acesso.

Neste contexto, consideramos participantes do nosso estudo os 71 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e assistentes operacionais) do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE, que responderam ao questionário fornecido, durante os meses de Maio e Junho de 2012 e exercem a sua atividade profissional nos serviços de Pediatria/UCIN e Urgência Pediátrica.

Trata-se de uma amostragem não probabilística por conveniência, suportada no fato de maior acessibilidade e reportar-se à área de prestação de cuidados do nosso interesse.

Excluimos do nosso estudo todos os profissionais que no momento de aplicação do questionário estavam de baixa e/ou em licença de maternidade.

4.2.1. - Caracterização da amostra

Pela análise da tabela 1 constata-se no que diz respeito à variável sexo, que o grupo mais representado é o do sexo feminino com 94,2% da amostra, enquanto na idade observamos que 57,7% dos profissionais têm idade inferior a 41 anos. Ao nível da categoria profissional, o grupo mais representado são os enfermeiros (64,8%), seguidos dos médicos com 23,9%, enquanto 11,3% da amostra pertence à categoria das assistentes operacionais. Relativamente ao tempo total de serviço, 46,5% tem entre 0 a 10 anos de serviço. Quanto ao serviço onde trabalham observa-se que o maior número de profissionais pertence ao serviço de Pediatria (53,5%). A maior parte da amostra possui um curso de bacharelato/licenciatura, enquanto que 15,5% apresenta outro tipo de habilitação literária.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos profissionais

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	65	94,2
Masculino	4	5,8
Total	69	100,0
Idade (anos)		
<41 Anos	41	57,7
>=41 anos	30	42,3
Total	71	100,0
Categoria Profissional		

Médico(a)	17	23,9
Enfermeiro(a)	46	64,8
Assistente Operacional	8	11,3
Total	71	100,0
Tempo total de serviço (anos)		
0-10	33	46,5
11-20	14	19,7
≥21	24	33,8
Total	71	100,0
Serviço onde exerce funções		
Pediatria	38	53,5
Urgência Pediátrica	21	29,6
Pediatria e Urgência Pediátrica	12	16,9
Total	71	100,0
Formação académica		
Ensino obrigatório	8	11,2
Ensino superior	63	88,7
Total	71	100,0

4.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na recolha da informação pretendida, é necessário efectivar a construção de um instrumento de colheita de dados. Tal tarefa encontra-se, entre os maiores desafios do processo de pesquisa. Trata-se de escolher, entre as possíveis alternativas, aquela que melhor se adequa aos objectivos pretendidos, às características do estudo, ao tempo, aos recursos financeiros disponíveis e principalmente, às características da população.

A elaboração do instrumento de colheita de dados foi encontrado a partir da pesquisa bibliográfica realizada sobre o tema, tendo em conta os objetivos do estudo, as condições para a sua realização, a amostra sobre o qual o mesmo incide e a facilidade da sua aplicabilidade. Assim, decidimo-nos pela utilização do questionário de auto preenchimento.

O nosso questionário é constituído por um total de vinte perguntas na sua maior parte de respostas fechadas, apenas uma de resposta aberta e está estruturado em duas partes (Anexo VI).

Na primeira parte, o questionário refere-se aos dados sociodemográficos e profissionais, isto é, procuramos caracterizar a amostra através do sexo, idade, categoria profissional, formação académica, tempo de serviço e serviço onde exercem funções.

Na segunda parte, procuramos identificar as variáveis do contexto da prática relacionadas com a higienização das mãos e que abrangem as restantes variáveis independentes, nomeadamente: Frequência formação sobre higienização das mãos; Motivação para higienizar as mãos; Conhecimento do modelo conceptual da OMS; Interferência dos adornos; Material e tempo utilizado na higienização das mãos; Obstáculos/dificuldades à higienização das mãos

A variável dependente refere-se às práticas de higienização das mãos por parte dos profissionais. Foi obtida através do somatório do número de respostas corretas das questões referentes às dimensões sobre os conhecimentos que suportam as práticas e os procedimentos que realizam para a higienização das mãos. No quadro 1 podemos observar que cada dimensão comporta perguntas específicas do questionário e a cada uma foi atribuída uma cotação numérica. A cotação atribuída assenta no, Guia de Orientação de Boas práticas para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde, preconizadas pela Direção Geral de Saúde (Portugal, 2010) e no Manual de Operacionalização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das IACS (PORTUGAL, 2007). Para as respostas certas foi atribuído 1 ponto e para as erradas a cotação 0 (zero) conforme o quadro 1.

Quadro 1 – Classificação das Dimensões da Variável Dependente

Dimensões	Perguntas	Indicadores	Cotação		Poucos conheci.	Com conhecim.
			Sim	Não		
I – Conhecimentos sobre Adornos	6.1. Os profissionais têm conhecimento em relação aos adornos que interferem ou não na correta higienização das mãos	Anéis Pulseiras Relógio Aliança Colares Brincos Unhas compridas e pintadas	1 1 1 1 0 0 1	0 0 0 0 1 1 0	0-7	>7
			Sim	Não	Técnica inadeq.	Técnica adequada
II – Procedimentos ou técnica de higienização das mãos	7. Passos de higienização das mãos utilizada pelos profissionais é adequada ou inadequada	Retira anéis, pulseiras e relógios Molha as mãos e aplica sabão suficiente para cobrir todas as superfícies Esfrega palma com palma da mão Esfrega palma direita com dorso esquerdo e vice-versa Esfrega espaços interdigitais e unhas Esfrega punhos e polegares Seca as mãos com toalhete descartável Fecha a torneira com auxílio do toalhete descartável Lava as mãos no sentido dos dedos para os punhos	1 1 1 1 1 1 1 1 1	0 0 0 0 0 0 0 0 0	0-6	>6
			Cotação		Momento incor.	Momento Correto
III – Procedimentos/ Situação ou Momento de higienização das mãos	8. Frequência com que os profissionais procedem à higienização das mãos nas várias situações da prática de cuidados (Pergunta 8)	Antes do contacto com o doente Antes de procedimentos limpos/assépticos/cirúrgico Após risco de exposição a fluidos orgânicos Após o contacto com o doente Após contacto com ambiente envolvente do doente Antes da preparação de medicamentos Após preparação de medicamentos Depois de colaborar nas refeições do doente Antes do uso de luvas Após o uso de luvas Antes da higienização e troca da roupa do doente Após a arrumação da unidade do doente Entre dois sítios corporais no mesmo doente Entre procedimentos diferentes da no mesmo doente Entre doentes diferentes Após contacto com pele íntegra do doente Antes de procedimentos invasivos Após o exame físico ao doente Após auscultar o doente Depois de tocar em equipamento ou superfícies próximas do doente Depois de utilizar o processo do doente, computador	Nunca – 0 Algumas vezes – 1 Quase sempre – 2 Sempre - 3		0-25	>25
					Práticas Incorretas	Práticas Corretas
Práticas de Higienização das mãos	DI+DII+DIHI				0-40	>40

4.4 - PROCEDIMENTOS

A elaboração de qualquer trabalho de investigação, implica sempre ter presente princípios éticos que possam garantir e salvaguardar os direitos e a dignidade da pessoa que participa na investigação. Neste contexto, Fortin (2009) defende que todo o processo de investigação deve definir os aspetos éticos que vai considerar em todas as suas etapas... “é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”

Procuramos que o nosso desempenho, em todo o processo de investigação fosse encaminhado por uma rigorosa conduta ética, garantindo o anonimato, a confidencialidade, a liberdade, a dignidade e o respeito pelos participantes, dessa forma foram realizados um conjunto procedimentos em etapas distintas:

- O pedido de autorização para a aplicação do questionário ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo Vouga e respetiva autorização da mesma. (Anexo VII)
- O pedido de autorização aos Diretores dos Serviços onde o questionário foi aplicado. (Anexo VIII)
- Cada questionário foi precedido por uma nota explicativa que apresenta a natureza e finalidade do estudo, salientando o caráter voluntário da participação e a salvaguarda do anonimato e confidencialidade. (Anexo IX)

A distribuição dos questionários pelos serviços foi realizada durante os meses de Maio e Junho de 2012, com a colaboração dos enfermeiros chefes de cada serviço e depois de decidido o parecer favorável para a realização do estudo por parte da instituição. Para além disso, efectuamos uma breve apresentação do estudo, através de um contato informal com cada enfermeiro chefe e diretora de cada serviço, após o qual foram distribuídos os questionários pelos profissionais presentes, os restantes questionários ficaram na posse dos enfermeiros chefes dentro de um envelope, responsabilizando-se estes pela sua distribuição aos restantes profissionais nos turnos seguintes, o envelope era fechado após o

preenchimento, elaboramos uma listagem dos profissionais pertencentes a cada serviço, no sentido de facilitar a gestão de entrega e devolução dos questionários.

4.5 – ANÁLISE DOS DADOS

Através da aplicação do questionário obtivemos um conjunto de dados aos quais aplicamos uma análise e testes estatística adequados, que nos permitiram responder à questão de investigação deste estudo. Assim, e com recurso ao tratamento estatístico, foi possível comparar os dados obtidos nas diferentes categorias e analisar as relações entre as variáveis.

Para o tratamento da informação, foi utilizado como suporte informático o programa SPSS® (Statistical Package for Social Science) Version 21.0 for Windows.

Realizamos a análise descritiva, recorrendo ao uso das: frequências absolutas (N) e percentuais (%); medidas de tendência central (médias e o limite mínimo e máximo); medidas de variabilidade ou dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação)

No que diz respeito á análise inferencial foram efectuados os testes de hipóteses, sugeridos por Pestana e Gageiro (2005), recorrendo para tal aos testes paramétricos e não paramétricos com o objetivo de representar as diferenças entre as hipóteses propostas e os dados e resultados obtidos.

Consequentemente abordaremos no capítulo seguinte a apresentação dos resultados.

5 – RESULTADOS

Neste capítulo iremos apresentar a análise dos dados obtidos recorrendo à estatística descritiva e à estatística inferencial.

5.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A estatística descritiva é a primeira a ser utilizada e consiste na análise exploratória dos dados, destacando os mais relevantes e congruentes com os objectivos e questões de investigação. Por uma questão de organização da apresentação dos resultados estruturamos este capítulo em função das perguntas do questionário.

Em primeiro lugar quisemos saber se os sujeitos inquiridos conhecem o modelo conceptual de higienização das mãos proposto pela OMS designado por os "Cinco Momentos". Verificamos que 94,4% dos inquiridos referem conhecer esse modelo conceptual.

Outra questão tratava de saber se realizaram formação sobre higienização das mãos e constatamos que 66,2% (46) dos inquiridos frequentaram ações de formação sobre higienização das mãos. Pela tabela 2 (N=46) observamos que 56,2% adquiriram essa formação na Comissão de Controlo de Infecção e 52,2% em Formação em Serviço.

Tabela 2 – Âmbito em que adquiriu essa formação

	N	%
Serviço de Formação e Investigação	3	6,5
Comissão de Controlo de Infecção	26	56,2
Formação em Serviço	24	52,2

Podemos também verificar que quase a totalidade da amostra se sente muito motivada para realizar higienização das mãos no local de trabalho (98,6%).

Os inquiridos realizaram também a auto-avaliação sobre a sua prática de higienização das mãos e constatamos que 74,3% consideram como adequada e 25,7% como muito adequada a sua prática habitual de higienização das mãos.

Na questão referente ao uso de adornos, apenas um profissional considerou discordar com a sua interferência na correta higienização das mãos, enquanto que 75,0% concorda plenamente com a interferência.

Relativamente ao tipo de adornos que os inquiridos consideram poder interferir na correta higienização das mãos, podemos verificar pela tabela 3 que os mais referenciados foram os anéis (98,6%), seguidos das pulseiras (97,2%), as unhas compridas e pintadas (91,5%) e o relógio (88,7%), sendo que 93,0% não considera os brincos como podendo interferir.

Tabela 3 – Adornos que podem interferir na correta higienização das mãos

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Anéis	70	98,6%	1	1,4%
Pulseiras	69	97,2%	2	2,8%
Relógio	63	88,7%	8	11,3%
Aliança	60	84,5%	11	15,5%
Colares	10	14,1%	61	85,9%
Brincos	5	7,0%	66	93,0%
Unhas compridas e pintadas	65	91,5%	6	8,5%

Na tabela 4 podemos observar as respostas dos profissionais sobre os passos que habitualmente praticam na higienização das mãos tendo em vista técnica correta para a prevenção da infecção hospitalar. Constatamos que 98,6% referem molhar as mãos e aplicar sabão suficiente para cobrir todas as superfícies e a mesma percentagem de respostas na prática de secar as mãos com toalhete descartável. Verificamos que apenas 56,3% lava as mãos no sentido dos dedos para os punhos, e 52,1% fecha a torneira com auxílio do toalhete descartável.

Tabela 4 – Passos que habitualmente pratica na técnica de higienização das mãos

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Retira anéis, pulseiras e relógios	43	60,6%	28	39,4%
Molha as mãos e aplica sabão suficiente para cobrir todas as superfícies	70	98,6%	1	1,4%
Esfrega palma com palma da mão	67	94,4%	4	5,6%
Esfrega palma direita com dorso esquerdo e vice-versa	59	83,1%	12	16,9%
Esfrega espaços interdigitais e unhas	56	78,9%	15	21,1%
Esfrega punhos e polegares	49	69,0%	22	31,0%
Seca as mãos com toalhete descartável	70	98,6%	1	1,4%
Fecha a torneira com auxílio do toalhete descartável	37	52,1%	34	47,9%
Lava as mãos no sentido dos dedos para os punhos	40	56,3%	31	43,7%

Quisemos também saber os momentos e a frequência com que os profissionais procedem à higienização das mãos utilizando os passos ou momentos que constituem a técnica.

Pela tabela 5 verificamos que a técnica é sempre praticada antes de procedimentos limpos/assépticos/cirúrgico (83,1%), após risco de exposição a fluidos orgânicos (98,5%), após o contato com o doente (57,1%), antes da preparação de medicamentos (58,8%), depois de colaborar nas refeições do doente (52,6%), após o uso de luvas (61,4%), após a higienização e troca de roupa do doente (64,9%), após a arrumação da unidade do doente (46,3%), entre doentes diferentes (81,4%), antes de procedimentos invasivos (87,5%), após o exame físico ao doente (63,2%) e após auscultar o doente (33,3%).

A técnica é praticada quase sempre antes do contacto com o doente (47,1%), após o contacto com o ambiente envolvente do doente (47,8%), após preparação de medicamentos (53,1%), antes da higienização e troca da roupa do doente (36,2%), e após contacto com pele íntegra do doente (37,3%).

No item algumas vezes foi assinala a prática da higienização das mãos antes do uso de luvas por 36,2%, entre dois sítios corporais no mesmo doente por 49,2%, entre procedimentos diferentes no mesmo doente por 58,1%, depois de tocar em equipamento ou superfícies próximas do doente por cerca de metade dos inquiridos (51,5%), e depois de utilizar o processo do doente, computador por 62,9%.

Tabela 5 – Momentos em que pratica os passos que constituem a técnica de higienização das mãos

	Nunca		Algumas vezes		Quase sempre		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Antes do contato com o doente	2	2,9%	11	15,7%	33	47,1%	24	34,3%
Antes de procedimentos limpos/assépticos/cirúrgico	0	0,0%	3	4,6%	8	12,3%	54	83,1%
Após risco de exposição a fluidos orgânicos	0	0,0%	1	1,5%	0	0,0%	67	98,5%
Após o contato com o doente	0	0,0%	3	4,3%	27	38,6%	40	57,1%
Após contato com ambiente envolvente do doente	1	1,4%	28	40,6%	33	47,8%	7	10,1%
Antes da preparação de medicamentos	0	0,0%	4	7,8%	17	33,3%	30	58,8%
Após preparação de medicamentos	0	0,0%	12	24,5%	26	53,1%	11	22,4%
Depois de colaborar nas refeições do doente	0	0,0%	7	12,3%	20	35,1%	30	52,6%
Antes do uso de luvas	11	15,9%	25	36,2%	23	33,3%	10	14,5%
Após o uso de luvas	2	2,9%	5	7,1%	20	28,6%	43	61,4%
Antes da higienização e troca da roupa do doente	4	6,9%	13	22,4%	21	36,2%	20	34,5%
Após a higienização e troca da roupa do doente	1	1,8%	4	7,0%	15	26,3%	37	64,9%
Após a arrumação da unidade do doente	1	1,9%	10	18,5%	18	33,3%	25	46,3%
Entre dois sítios corporais no mesmo doente	17	27,0%	31	49,2%	11	17,5%	4	6,3%
Entre procedimentos diferentes no mesmo doente	2	3,2%	36	58,1%	20	32,3%	4	6,5%
Entre doentes diferentes	0	0,0%	1	1,4%	12	17,1%	57	81,4%
Após contato com pele íntegra do doente	1	1,5%	17	25,4%	25	37,3%	24	35,8%
Antes de procedimentos invasivos	0	0,0%	1	1,6%	7	10,9%	56	87,5%
Após o exame físico ao doente	0	0,0%	5	8,8%	16	28,1%	36	63,2%
Após auscultar o doente	4	8,9%	14	31,1%	12	26,7%	15	33,3%
Depois de tocar em equipamento ou superfícies próximas do doente	4	6,1%	34	51,5%	21	31,8%	7	10,6%
Depois de utilizar o processo do doente, computador	14	22,6%	39	62,9%	8	12,9%	1	1,6%

O produto mais utilizado para a higienização das mãos é o sabão líquido e água (88,7%) seguido do SABA (35,2%), conforme verificamos na tabela 6.

Tabela 6 – Produtos utilizados com mais frequência na higienização das mãos

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sabão líquido e água	63	88,7%	8	11,3%
Clorexidina degermante a 2%	1	1,4%	70	98,6%
Álcool a 70%	0	0,0%	71	100,0%
SABA	25	35,2%	46	64,8%

Quanto ao material referido pelos profissionais como mais utilizado para a secagem das mãos verificamos que foram as toalhas de papel descartáveis (98,6%).

No que concerne aos aspetos que consideram ser obstáculos à adequada higienização das mãos (Tabela 7), surge a sobrecarga de trabalho como o maior obstáculo (83,65) seguido dos poucos profissionais durante o turno (34,3%). Foi referido por 23,9% dos profissionais as unhas compridas e com verniz serem obstáculos à adequada higienização das mãos.

Quisemos também saber em qual dos turnos têm mais dificuldade em realizar uma adequada higienização das mãos e constatamos que a maior parte da amostra considera ser indiferente (62,9%).

Tabela 7 – Obstáculos à adequada higienização das mãos

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Sobrecarga de trabalho	56	83,6%	11	16,4%
Número reduzido de dispensadores de SABA/Sabão	9	13,4%	58	86,6%
Poucos profissionais durante o turno	23	34,3%	44	65,7%
Unhas compridas e com verniz	16	23,9%	51	76,1%
Não considero importante a higiene das mãos	1	1,5%	66	98,5%

Quanto ao tempo que habitualmente demoram para procederem à higienização das mãos, observamos pela tabela 8 que 38,6% referem cerca de 40/60 segundos na lavagem das mãos, enquanto que 67,1% referem que a fricção anti-séptica demora entre 20/30 segundos.

Tabela 8 – Duração total do procedimento na higienização das mãos

	20/30 segundos		30/40 segundos		40/60 segundos		Mais de 60 segundos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lavagem	16	22,9%	21	30,0%	27	38,6%	6	8,6%
Fricção anti-séptica	47	67,1%	15	21,4%	5	7,1%	3	4,3%

5.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a apresentação e análise descritiva dos dados obtidos pretendemos através da análise estatística inferencial, verificar as relações existentes entre as variáveis independentes com as práticas de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde inquiridos.

Em que medida as variáveis sociodemográficas (idade e sexo) se relacionam com a prática de higienização das mãos dos profissionais?

Pela análise da tabela 9, podemos verificar que 43,7% da amostra e em função da **idade**, apresentou poucos conhecimentos relativos à interferência dos adornos, sendo que destes 54,8% tinham uma idade superior ou igual a 41 anos. 56,3% apresentaram, ter conhecimentos relativamente a esta dimensão da variável dependente, sendo que destes 67,5% tinha uma idade inferior ou igual a 40 anos.

Contudo, apesar dos valores obtidos, não existem evidências de associação entre variáveis idade ($p=0,059$), e a dimensão conhecimentos da interferência dos adornos.

Tabela 9 – Relação entre a Idade e Conhecimentos sobre Interferência dos adornos

Interferência dos adornos		Idade		Total	sig*
		<= 40 anos	>= 41 anos		
Poucos conhecimentos	N	14	17	31	0,059
	% Linha	45,2%	54,8%	100,0%	
	% Coluna	34,1%	56,7%	43,7%	
	% Total	19,7%	23,9%	43,7%	
	Residual Ajustado	-1,9	1,9		
Com conhecimentos	N	27	13	40	
	% Linha	67,5%	32,5%	100,0%	
	% Coluna	65,9%	43,3%	56,3%	
	% Total	38,0%	18,3%	56,3%	
	Residual Ajustado	1,9	-1,9		
Total	N	41	30	71	
	% Linha	57,7%	42,3%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	57,7%	42,3%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

No caso da variável **sexo** (tabela 10), verificamos que 42,0% apresentaram poucos conhecimentos. Observa-se também, apesar do reduzido número de indivíduos do sexo masculino (n=4), comparando os valores obtidos dentro de cada grupo, os profissionais do sexo feminino (58,5%) apresentaram mais conhecimentos sobre a interferência dos adornos que os profissionais dentro do sexo masculino (50,0%). Contudo, apesar dos valores obtidos, não se existem evidências de associação entre a variável sexo (p=0,563) e a dimensão interferência dos adornos.

Tabela 10 – Relação entre o Sexo e Conhecimentos sobre Interferência dos adornos

Interferência dos adornos		Sexo		Total	sig*
		Feminino	Masculino		
Poucos conhecimentos	N	27	2	29	0,563
	% Linha	93,1%	6,9%	100,0%	
	% Coluna	41,5%	50,0%	42,0%	
	% Total	39,1%	2,9%	42,0%	
	Residual Ajustado	-,3	,3		
Com conhecimentos	N	38	2	40	
	% Linha	95,0%	5,0%	100,0%	
	% Coluna	58,5%	50,0%	58,0%	
	% Total	55,1%	2,9%	58,0%	
	Residual Ajustado	,3	-,3		
Total	N	65	4	69	
	% Linha	94,2%	5,8%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	94,2%	5,8%	100,0%	

* Fisher's Exact Test sig

No caso da **dimensão Técnica** correta da higienização das mãos para a prevenção da infecção hospitalar, verificamos pela análise da tabela 11 e 12, que 38,0% da amostra relativa à variável idade e 36,2% da amostra relativa à variável sexo, referem os passos da técnica da higienização das mãos de forma inadequada. Podemos verificar que a distribuição das práticas na higienização das mãos pelos grupos relativos à idade variam pouco, enquanto na variável sexo, verifica-se que as profissionais do sexo feminino têm maior percentagem de elementos que utilizam uma técnica adequada (64,6%) quando comparado com os profissionais do sexo masculino (50,0%). Não se verifica associação entre as variáveis sexo ($p=563$) e idade ($p=0,133$), e a dimensão Técnica da variável dependente.

Tabela 11 – Relação entre a Idade e Técnica de higienização das mãos

Técnica		Idade		Total	sig*
		<= 40 anos	>= 41 anos		
Técnica Inadequada	N	16	11	27	0,133
	% Linha	59,3%	40,7%	100,0%	
	% Coluna	39,0%	36,7%	38,0%	
	% Total	22,5%	15,5%	38,0%	
	Residual Ajustado	,2	-,2		
Técnica Adequada	N	25	19	44	
	% Linha	56,8%	43,2%	100,0%	
	% Coluna	61,0%	63,3%	62,0%	
	% Total	35,2%	26,8%	62,0%	
	Residual Ajustado	-,2	,2		
Total	N	41	30	71	
	% Linha	57,7%	42,3%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	57,7%	42,3%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Tabela 12 – Relação entre o Sexo e Técnica de higienização das mãos

Técnica		Sexo		Total	sig*
		Feminino	Masculino		
Técnica Inadequada	N	23	2	25	0,563
	% Linha	92,0%	8,0%	100,0%	
	% Coluna	35,4%	50,0%	36,2%	
	% Total	33,3%	2,9%	36,2%	
	Residual Ajustado	-,6	,6		
Técnica Adequada	N	42	2	44	
	% Linha	95,5%	4,5%	100,0%	
	% Coluna	64,6%	50,0%	63,8%	
	% Total	60,9%	2,9%	63,8%	
	Residual Ajustado	,6	-,6		
Total	N	65	4	69	
	% Linha	94,2%	5,8%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	94,2%	5,8%	100,0%	

* Fisher's Exact Test sig

Relativamente à **dimensão Momentos da higienização das mãos**, pela observação das tabelas 13 e 14, verificamos que 43,7% da amostra relativa à idade e 43,5% da amostra relativa ao sexo, não praticam a higienização das mãos nos momentos corretos. Podemos verificar pela tabela 13, que 51,2% dos profissionais com idade inferior ou igual a 40 anos não praticam a higienização das mãos nos momentos corretos.

No caso da tabela 14, verificamos que 56,9% dos profissionais do sexo feminino praticam a higienização das mãos nos momentos corretos, enquanto nos profissionais do sexo masculino a percentagem reduz-se para os 50,0%. Pela análise dos níveis de significância, não existem evidências de associação entre as variáveis sexo ($p=0,588$) e idade ($p=0,104$), e a dimensão Momento da variável dependente.

Tabela 13 – Relação entre a Idade e Momentos da higienização das mãos

Momento		Idade		Total	sig*
		<= 40 anos	>= 41 anos		
Incorreto	N	21	10	31	0,104
	% Linha	67,7%	32,3%	100,0%	
	% Coluna	51,2%	33,3%	43,7%	
	% Total	29,6%	14,1%	43,7%	
	Residual Ajustado	1,5	-1,5		
Correto	N	20	20	40	
	% Linha	50,0%	50,0%	100,0%	
	% Coluna	48,8%	66,7%	56,3%	
	% Total	28,2%	28,2%	56,3%	
	Residual Ajustado	-1,5	1,5		
Total	N	41	30	71	
	% Linha	57,7%	42,3%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	57,7%	42,3%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Tabela 14 – Relação entre o Sexo e Momentos da higienização das mãos

Momento	Sexo		Total	sig*	
	Feminino	Masculino			
Incorreto	N	28	2	30	0,588
	% Linha	93,3%	6,7%	100,0%	
	% Coluna	43,1%	50,0%	43,5%	
	% Total	40,6%	2,9%	43,5%	
	Residual Ajustado	-,3	,3		
Correto	N	37	2	39	
	% Linha	94,9%	5,1%	100,0%	
	% Coluna	56,9%	50,0%	56,5%	
	% Total	53,6%	2,9%	56,5%	
	Residual Ajustado	,3	-,3		
Total	N	65	4	69	
	% Linha	94,2%	5,8%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	94,2%	5,8%	100,0%	

* Fisher's Exact Test sig

Relativamente à tabela 15, podemos observar que apenas 43,9% dos profissionais com idade inferior ou igual a 40 anos apresenta práticas corretas de higienização das mãos, observando-se uma maior percentagem de profissionais com práticas corretas nos indivíduos com idade superior ou igual a 41 anos (53,3%). No caso da tabela 16, verificamos que 49,2% dos profissionais do sexo feminino praticam a higienização das mãos nos momentos corretos, enquanto nos profissionais do sexo masculino a percentagem reduz-se para os 25,0%. Pela análise dos níveis de significância, não existem evidências de associação entre as variáveis sexo ($p=0,341$) e idade ($p=0,293$), e a variável Práticas de Higienização das Mãos.

Tabela 15 – Relação entre o Sexo e as Práticas de higienização das mãos

Práticas de Higienização das Mãos	Sexo		Total	sig*
	Feminino	Masculino		
N	33	3	36	0,341
% Linha	91,7%	8,3%	100,0%	
Incorretas % Coluna	50,8%	75,0%	52,2%	
% Total	47,8%	4,3%	52,2%	
Residual Ajustado	-,9	,9		
N	32	1	33	
% Linha	97,0%	3,0%	100,0%	
Corretas % Coluna	49,2%	25,0%	47,8%	
% Total	46,4%	1,4%	47,8%	
Residual Ajustado	,9	-,9		
N	65	4	69	
% Linha	94,2%	5,8%	100,0%	
Total % Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	94,2%	5,8%	100,0%	

* Fisher's Exact Test sig

Tabela 16 – Relação entre a Idade e as Práticas de higienização das mãos

Práticas de Higienização das Mãos	Idade		Total	sig*
	<=40 anos	>=41 anos		
N	23	14	37	0,293
% Linha	62,2%	37,8%	100,0%	
Incorretas % Coluna	56,1%	46,7%	52,1%	
% Total	32,4%	19,7%	52,1%	
Residual Ajustado	,8	-,8		
N	18	16	34	
% Linha	52,9%	47,1%	100,0%	
Corretas % Coluna	43,9%	53,3%	47,9%	
% Total	25,4%	22,5%	47,9%	
Residual Ajustado	-,8	,8		
N	41	30	71	
% Linha	57,7%	42,3%	100,0%	
Total % Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	57,7%	42,3%	100,0%	

* Fisher's Exact Test sig

Para verificarmos a existência de diferenças entre os grupos das variáveis sexo e idade, optámos pelo uso de testes não paramétricos para o teste de ambas as variáveis, visto apenas se observar evidências de distribuição normal na dimensão Momentos da higienização das mãos na variável Idade (Tabela 17), e apenas existirem 4 casos de profissionais do sexo masculino.

Tabela 17 – Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov (Fator Idade)

	Idade	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Statistic	Df	Sig.
Adornos	<= 40 anos	,405	41	,000
	>= 41 anos	,253	30	,000
Técnica	<= 40 anos	,181	41	,002
	>= 41 anos	,254	30	,000
Momentos	<= 40 anos	,110	41	,200*
	>= 41 anos	,088	30	,200*
Momentos	<= 40 anos	,370	41	,000
	>= 41 anos	,354	30	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Após a aplicação do teste de U Mann Whitney verificamos pelas tabelas 18 e 19 que não há diferença estatística significativa entre os grupos etários bem como entre o sexo e as variáveis conhecimentos sobre os Adornos, Técnica de higienização das mãos , Momentos corretos de higienização das mãos e a Prática de Higienização das Mãos ($p > 0,05$).

Tabela 18 – Teste U Mann Whitney entre a variável Idade e dimensões da variável dependente

	Idade	N	Média de Ranks	sig
Adornos	<= 40 anos	41	38,94	0,117
	>= 41 anos	30	31,98	
	Total	71		
Técnica	<= 40 anos	41	35,37	0,755
	>= 41 anos	30	36,87	
	Total	71		
Momentos	<= 40 anos	41	32,63	0,107
	>= 41 anos	30	40,60	
	Total	71		
Práticas de Higienização das Mãos	<= 40 anos	41	33,39	0,211
	>= 41 anos	30	39,57	
	Total	71		

Tabela 19 – Teste U Mann Whitney entre a variável Sexo e as dimensões da variável dependente

	Sexo	N	Média de Ranks	sig
Adornos	Feminino	65	35,48	0,433
	Masculino	4	27,13	
	Total	69		
Técnica	Feminino	65	35,31	0,629
	Masculino	4	30,00	
	Total	69		
Momentos	Feminino	65	35,50	0,419
	Masculino	4	26,88	
	Total	69		
Práticas de Higienização das Mãos	Feminino	65	35,75	0,222
	Masculino	4	22,75	
	Total	69		

Em que medida as variáveis socioprofissionais (categoria profissional, tempo de serviço, formação académica, local de trabalho e turno de trabalho), se relacionam com a prática de higienização das mãos dos profissionais?

Podemos verificar, pela tabela 20 e relativamente à relação entre a categoria profissional e a dimensão Conhecimentos sobre a Interferência dos Adornos, que 58,8% dos médicos apresentam poucos conhecimentos, enquanto 60,9% dos enfermeiros e 62,5% dos assistentes operacionais apresentam conhecimentos relativos à interferência dos adornos na higienização das mãos. Contudo, pelo nível de significância obtido, verificamos não existir associação entre as variáveis.

Tabela 20 – Relação entre Categoria Profissional e Conhecimentos sobre Interferência dos Adornos

Interferência dos adornos		Categoria Profissional			Total	sig*
		Médico(a)	Enfermeiro(a)	Assistente Operacional		
Poucos conhecimentos	N	10	18	3	31	0,353
	% Linha	32,3%	58,1%	9,7%	100,0%	
	% Coluna	58,8%	39,1%	37,5%	43,7%	
	% Total	14,1%	25,4%	4,2%	43,7%	
	Residual Ajustado	1,4	-1,0	-,4		
Com conhecimentos	N	7	28	5	40	
	% Linha	17,5%	70,0%	12,5%	100,0%	
	% Coluna	41,2%	60,9%	62,5%	56,3%	
	% Total	9,9%	39,4%	7,0%	56,3%	
	Residual Ajustado	-1,4	1,0	,4		
Total	N	17	46	8	71	
	% Linha	23,9%	64,8%	11,3%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	23,9%	64,8%	11,3%	100,0%	

* Likelihood ratio sig

Pela tabela 21 verificamos que tanto os indivíduos com ensino não superior (62,5%) como com ensino superior (55,6%) apresentam conhecimentos no que se refere à interferência dos adornos, porém a diferença estatística não é significativa.

Tabela 21 – Relação entre Formação Acadêmica e Conhecimentos sobre Interferência dos Adornos

Adornos		Formação Acadêmica		Total	sig*
		Ensino Não Superior	Ensino superior		
Poucos conhecimentos	N	3	28	31	0,507
	% Linha	9,7%	90,3%	100,0%	
	% Coluna	37,5%	44,4%	43,7%	
	% Total	4,2%	39,4%	43,7%	
	Residual Ajustado	-,4	,4		
Com conhecimentos	N	5	35	40	
	% Linha	12,5%	87,5%	100,0%	
	% Coluna	62,5%	55,6%	56,3%	
	% Total	7,0%	49,3%	56,3%	
	Residual Ajustado	,4	-,4		
Total	N	8	63	71	
	% Linha	11,3%	88,7%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	11,3%	88,7%	100,0%	

* Fisher's Exact Test sig

Ao nível do tempo de serviço, os profissionais com tempo de serviço entre os 0-10 (63,6%) e os 11-20 anos (57,1%) apresentam-se com conhecimentos, ao contrário dos profissionais com mais que 20 anos de serviço, que apresentam poucos conhecimentos (54,2%) relativamente à interferência dos adornos (Tabela 22). Também nestas variáveis as diferenças entre as variáveis não são estatisticamente significativas.

Tabela 22 – Relação entre Tempo de Serviço e Conhecimentos sobre Interferência dos Adornos

Interferência dos adornos		Tempo em serviço			Total	sig*
		0-10	11-20	>=21		
Poucos conhecimentos	N	12	6	13	31	0,408
	% Linha	38,7%	19,4%	41,9%	100,0%	
	% Coluna	36,4%	42,9%	54,2%	43,7%	
	% Total	16,9%	8,5%	18,3%	43,7%	
	Residual Ajustado	-1,2	-,1	1,3		
Com conhecimentos	N	21	8	11	40	
	% Linha	52,5%	20,0%	27,5%	100,0%	
	% Coluna	63,6%	57,1%	45,8%	56,3%	
	% Total	29,6%	11,3%	15,5%	56,3%	
	Residual Ajustado	1,2	,1	-1,3		
Total	N	33	14	24	71	
	% Linha	46,5%	19,7%	33,8%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	46,5%	19,7%	33,8%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Na tabela 23 podemos constatar que os profissionais que exercem funções exclusivamente na Pediatria (57,9%) e Urgência Pediátrica (61,9%) apresentam conhecimentos sobre a interferência dos adornos, observando-se poucos conhecimentos nos profissionais que acumulam funções na Pediatria e Urgência Pediátrica (58,3%). Pela análise dos níveis de significância obtidos, não existem evidências que apontem para a associação da variável local de trabalho com a dimensão Conhecimentos sobre a Interferência dos adornos ($p > 0,05$).

Tabela 23 – Relação entre Serviço e Conhecimentos sobre Interferência dos Adornos

Interferência dos adornos		Serviço onde exerce funções			Total	sig*
		Pediatria	Urgência Pediátrica	Pediatria e Urgência Pediátrica		
Poucos conhecimentos	N	16	8	7	31	0,509
	% Linha	51,6%	25,8%	22,6%	100,0%	
	% Coluna	42,1%	38,1%	58,3%	43,7%	
	% Total	22,5%	11,3%	9,9%	43,7%	
	Residual Ajustado	-,3	-,6	1,1		
Com conhecimentos	N	22	13	5	40	
	% Linha	55,0%	32,5%	12,5%	100,0%	
	% Coluna	57,9%	61,9%	41,7%	56,3%	
	% Total	31,0%	18,3%	7,0%	56,3%	
	Residual Ajustado	,3	,6	-1,1		
Total	N	38	21	12	71	
	% Linha	53,5%	29,6%	16,9%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	53,5%	29,6%	16,9%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Pela tabela 24, relativa à relação entre a categoria profissional e a dimensão Técnica de higienização das mãos, verificamos que 70,6% dos médicos e 62,5% dos assistentes operacionais referem técnicas inadequadas, enquanto 78,3% dos enfermeiros referem técnica adequada. Observa-se a existência de associação entre a variável categoria profissional e a dimensão Técnica ($p=0,001$).

Tabela 24 – Relação entre Categoria Profissional e Técnica

Técnica		Categoria Profissional			Total	sig*
		Médico(a)	Enfermeiro(a)	Assistente Operacional		
Técnica Inadequada	N	12	10	5	27	0,001
	% Linha	44,4%	37,0%	18,5%	100,0%	
	% Coluna	70,6%	21,7%	62,5%	38,0%	
	% Total	16,9%	14,1%	7,0%	38,0%	
	Residual Ajustado	3,2	-3,8	1,5		
Técnica Adequada	N	5	36	3	44	
	% Linha	11,4%	81,8%	6,8%	100,0%	
	% Coluna	29,4%	78,3%	37,5%	62,0%	
	% Total	7,0%	50,7%	4,2%	62,0%	
	Residual Ajustado	-3,2	3,8	-1,5		
Total	N	17	46	8	71	
	% Linha	23,9%	64,8%	11,3%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	23,9%	64,8%	11,3%	100,0%	

* Likelihood ratio sig

Na tabela 25 podemos verificar que os indivíduos com formação académica não superior 62,5% referem técnicas inadequadas enquanto a maioria dos profissionais com ensino superior (65,1%) referem técnicas adequadas.

Tabela 25 – Relação entre Formação Académica e Técnica

Técnica	Formação Académica		Total	sig*
	Ensino não superior	Ensino superior		
	3	5	22	0,131
	9,7%	18,5%	81,5%	
Técnica	37,5%	62,5%	34,9%	
Inadequada	4,2%	7,0%	31,0%	
	-,4	1,5	-1,5	
	5	3	41	
	12,5%	6,8%	93,2%	
Técnica	62,5%	37,5%	65,1%	
Adequada	7,0%	4,2%	57,7%	
	,4	-1,5	1,5	
	8	8	63	
	11,3%	11,3%	88,7%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	
	11,3%	11,3%	88,7%	

* Fisher's Exact Test sig

Relativamente ao tempo de serviço, podemos constatar pela tabela 26 que pelo menos metade dos profissionais refere técnica adequada independentemente do tempo de serviço.

Tabela 26 – Relação entre Tempo de serviço e Técnica

Técnica		Tempo em serviço			Total	sig*
		0-10	11-20	>=21		
Técnica Inadequada	N	14	7	6	27	0,240
	% Linha	51,9%	25,9%	22,2%	100,0%	
	% Coluna	42,4%	50,0%	25,0%	38,0%	
	% Total	19,7%	9,9%	8,5%	38,0%	
	Residual Ajustado	,7	1,0	-1,6		
Técnica Adequada	N	19	7	18	44	
	% Linha	43,2%	15,9%	40,9%	100,0%	
	% Coluna	57,6%	50,0%	75,0%	62,0%	
	% Total	26,8%	9,9%	25,4%	62,0%	
	Residual Ajustado	-,7	-1,0	1,6		
Total	N	33	14	24	71	
	% Linha	46,5%	19,7%	33,8%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	46,5%	19,7%	33,8%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Pela tabela 27 observamos a relação entre a Técnica de higienização das mãos e o Serviço onde exerce funções e, podemos verificar, que a maioria dos profissionais que trabalham exclusivamente na Pediatria e Urgência Pediátrica referem técnicas adequadas, enquanto os que acumulam funções na Pediatria e Urgência Pediátrica referem técnicas inadequadas (66,7%).

Tabela 27 – Relação entre Serviço e Técnica

Técnica		Serviço onde exerce funções			Total	sig*
		Pediatria	Urgência Pediátrica	Pediatria e Urgência Pediátrica		
Técnica Inadequada	N	11	8	8	27	0,064
	% Linha	40,7%	29,6%	29,6%	100,0%	
	% Coluna	28,9%	38,1%	66,7%	38,0%	
	% Total	15,5%	11,3%	11,3%	38,0%	
	Residual Ajustado	-1,7	,0	2,2		
Técnica Adequada	N	27	13	4	44	
	% Linha	61,4%	29,5%	9,1%	100,0%	
	% Coluna	71,1%	61,9%	33,3%	62,0%	
	% Total	38,0%	18,3%	5,6%	62,0%	
	Residual Ajustado	1,7	,0	-2,2		
Total	N	38	21	12	71	
	% Linha	53,5%	29,6%	16,9%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	53,5%	29,6%	16,9%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Verificamos pela tabela 28 que os profissionais referiram que é no turno da noite que consideram ter mais dificuldade em realizar uma adequada higienização das mãos (55,6%). É o turno da tarde que foi referido pelos profissionais como sendo aquele onde têm menos dificuldade em realizar uma adequada higienização das mãos. Não se verificaram, contudo, diferenças estatísticas significativas entre o turno de serviço e a dificuldade na execução da técnica ($p=0,666$).

Tabela 28 – Relação entre Turno e a Dificuldade em Realizar a Técnica

Técnica	Turno				Total	sig*
	Manhã	Tarde	Noite	Indiferente		
N	4	3	5	15	27	0,666
Técnica Inadequada						
% Linha	14,8%	11,1%	18,5%	55,6%	100,0%	
% Coluna	44,4%	37,5%	55,6%	34,1%	38,6%	
% Total	5,7%	4,3%	7,1%	21,4%	38,6%	
Residual Ajustado	,4	-,1	1,1	-1,0		
N	5	5	4	29	43	
Técnica Adequada						
% Linha	11,6%	11,6%	9,3%	67,4%	100,0%	
% Coluna	55,6%	62,5%	44,4%	65,9%	61,4%	
% Total	7,1%	7,1%	5,7%	41,4%	61,4%	
Residual Ajustado	-,4	,1	-1,1	1,0		
Total						
N	9	8	9	44	70	
% Linha	12,9%	11,4%	12,9%	62,9%	100,0%	
% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	12,9%	11,4%	12,9%	62,9%	100,0%	

* Likelihood ratio sig

No que se refere à **dimensão Momentos da higienização das mãos** verificamos pela tabela 29 que 56,3% dos profissionais referiram momentos/situações corretas de higienização das mãos. Apesar dos enfermeiros serem aqueles que apresentam valores mais elevados em momentos incorrectos, não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre as categorias profissionais ($p=0,295$).

Tabela 29 – Relação entre Categoria Profissional e os Momentos de higienização das mãos

Momentos		Categoria Profissional			Total	sig*
		Médico(a)	Enfermeiro(a)	Assistente Operacional		
Incorreto	N	6	23	2	31	0,295
	% Linha	19,4%	74,2%	6,5%	100,0%	
	% Coluna	35,3%	50,0%	25,0%	43,7%	
	% Total	8,5%	32,4%	2,8%	43,7%	
	Residual Ajustado	-,8	1,5	-1,1		
Correto	N	11	23	6	40	
	% Linha	27,5%	57,5%	15,0%	100,0%	
	% Coluna	64,7%	50,0%	75,0%	56,3%	
	% Total	15,5%	32,4%	8,5%	56,3%	
	Residual Ajustado	,8	-1,5	1,1		
Total	N	17	46	8	71	
	% Linha	23,9%	64,8%	11,3%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	23,9%	64,8%	11,3%	100,0%	

* Likelihood ratio sig

Na relação entre a formação acadêmica e os momentos de higienização das mãos observamos pela tabela 30 que são os que têm formação de nível superior que apresentam valores mais elevados nos momentos incorretos. Não se verificaram contudo diferenças estatísticas significativas entre a formação acadêmica e os momentos/situações em que procedem à higienização das mãos ($p=0,229$).

Tabela 30 – Relação entre Formação Académica e os Momentos de higienização das mãos

Momentos	Formação Académica		Total	sig*
	Ensino não superior	Ensino superior		
Incorreto	3	2	29	0,229
	9,7%	6,5%	93,5%	
	37,5%	25,0%	46,0%	
	4,2%	2,8%	40,8%	
	-4	-1,1	1,1	
Correto	5	6	34	
	12,5%	15,0%	85,0%	
	62,5%	75,0%	54,0%	
	7,0%	8,5%	47,9%	
	,4	1,1	-1,1	
Total	8	8	63	
	11,3%	11,3%	88,7%	
	100,0%	100,0%	100,0%	
	11,3%	11,3%	88,7%	

* Fisher's Exact Test sig

Relativamente ao tempo de serviço verificamos pela tabela 31 que independentemente do tempo de serviço, a maioria refere momentos corretos na higienização das mãos. São os que têm mais tempo de serviço que apresentam valores mais elevados nos momentos incorrectos de higienização das mãos.

Pela análise dos níveis de significância, não existem evidências que apontem para a associação da variável tempo de serviço com a dimensão Momentos de higienização das mãos ($p > 0,05$).

Tabela 31 – Relação entre Tempo de serviço e os Momentos de higienização das mãos

Momentos	Tempo em serviço			Total	sig*	
	0-10	11-20	>=21			
Incorreto	N	15	4	12	31	0,421
	% Linha	48,4%	12,9%	38,7%	100,0%	
	% Coluna	45,5%	28,6%	50,0%	43,7%	
	% Total	21,1%	5,6%	16,9%	43,7%	
	Residual Ajustado	,3	-1,3	,8		
Correto	N	18	10	12	40	
	% Linha	45,0%	25,0%	30,0%	100,0%	
	% Coluna	54,5%	71,4%	50,0%	56,3%	
	% Total	25,4%	14,1%	16,9%	56,3%	
	Residual Ajustado	-,3	1,3	-,8		
Total	N	33	14	24	71	
	% Linha	46,5%	19,7%	33,8%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	46,5%	19,7%	33,8%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Relativamente ao serviço onde exerce funções, verificamos pela tabela 32 que independentemente do local de serviço, a maioria refere momentos corretos na higienização das mãos. São os que trabalham no serviço de urgência pediátrica que apresentam valores mais elevados nos momentos incorrectos de higienização das mãos.

Pela análise dos níveis de significância verificamos não existirem evidências que apontem para a associação da variável local onde exerce funções com a dimensão Momentos de higienização das mãos ($p>0,05$).

Tabela 32 – Relação entre o serviço onde exerce funções e os Momentos de higienização das mãos

Momentos	Serviço onde exerce funções			Total	sig*
	Pediatria	Urgência Pediátrica	Pediatria e Urgência Pediátrica		
Incorreto					
N	17	10	4	31	
% Linha	54,8%	32,3%	12,9%	100,0%	
% Coluna	44,7%	47,6%	33,3%	43,7%	
% Total	23,9%	14,1%	5,6%	43,7%	
Residual Ajustado	,2	,4	-,8		
Correto					
N	21	11	8	40	
% Linha	52,5%	27,5%	20,0%	100,0%	
% Coluna	55,3%	52,4%	66,7%	56,3%	0,064
% Total	29,6%	15,5%	11,3%	56,3%	
Residual Ajustado	-,2	-,4	,8		
Total					
N	38	21	12	71	
% Linha	53,5%	29,6%	16,9%	100,0%	
% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	53,5%	29,6%	16,9%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Verificamos pela tabela 33 que os profissionais referiram que é no turno da noite que consideram ter menos dificuldade em cumprir de forma correta com os momentos de higienização das mãos (77,8%). É o turno da manhã onde se observa uma maior percentagem de profissionais a referirem maior dificuldade em cumprir com os momentos adequados na higienização das mãos (55,6%),

Não se verificaram, contudo, diferenças estatísticas significativas entre o turno de serviço e os momentos/situações em que se procede à higienização das mãos ($p=0,475$).

Tabela 33 – Relação entre o Turno e os Momentos de higienização das mãos

Momentos	Turno				Total	sig*
	Manhã	Tarde	Noite	Indiferente		
Incorreto	N 5	4	2	20	31	0,475
% Linha	16,1%	12,9%	6,5%	64,5%	100,0%	
% Coluna	55,6%	50,0%	22,2%	45,5%	44,3%	
% Total	7,1%	5,7%	2,9%	28,6%	44,3%	
Residual Ajustado	,7	,3	-1,4	,3		
Correto	N 4	4	7	24	39	
% Linha	10,3%	10,3%	17,9%	61,5%	100,0%	
% Coluna	44,4%	50,0%	77,8%	54,5%	55,7%	
% Total	5,7%	5,7%	10,0%	34,3%	55,7%	
Residual Ajustado	-,7	-,3	1,4	-,3		
Total	N 9	8	9	44	70	
% Linha	12,9%	11,4%	12,9%	62,9%	100,0%	
% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	12,9%	11,4%	12,9%	62,9%	100,0%	

* Likelihood ratio sig

No que se refere à **Prática de Higienização das Mãos** verificamos pela tabela 34 que 47,9% dos profissionais referiram práticas corretas de higienização das mãos. Apesar dos médicos serem aqueles que apresentam valores mais elevados de práticas de higienização das mãos incorretas, não se verificaram diferenças estatísticas significativas entre as categorias profissionais ($p=0,170$).

Tabela 34 – Relação entre Categoria Profissional e as Práticas de higienização das mãos

Práticas de Higienização das Mãos		Categoria Profissional			Total	sig*
		Médico(a)	Enfermeiro(a)	Assistente Operacional		
Incorreta	N	11	24	2	37	0,170
	% Linha	29,7%	64,9%	5,4%	100,0%	
	% Coluna	64,7%	52,2%	25,0%	52,1%	
	% Total	15,5%	33,8%	2,8%	52,1%	
	Residual Ajustado	1,2	,0	-1,6		
Correta	N	6	22	6	34	
	% Linha	17,6%	64,7%	17,6%	100,0%	
	% Coluna	35,3%	47,8%	75,0%	47,9%	
	% Total	8,5%	31,0%	8,5%	47,9%	
	Residual Ajustado	-1,2	,0	1,6		
Total	N	17	46	8	71	
	% Linha	23,9%	64,8%	11,3%	100,0%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Total	23,9%	64,8%	11,3%	100,0%	

* Likelihood ratio sig

Na relação entre a formação acadêmica e a Prática de higienização das mãos, observamos pela tabela 35 que são os que têm formação de nível superior que apresentam mais práticas incorretas de higienização das mãos. Não se verificaram contudo diferenças estatísticas significativas entre a formação acadêmica e as práticas de higienização das mãos ($p=0,229$).

Tabela 35 – Relação entre Formação Acadêmica e as Práticas de higienização das mãos

Práticas de Higienização das Mãos	Formação Acadêmica		Total	sig*
	Ensino não superior	Ensino superior		
Incorreta	N	2	35	0,105
	% Linha	5,4%	94,6%	
	% Coluna	25,0%	55,6%	
	% Total	2,8%	49,3%	
	Residual	-1,6	1,6	
	Ajustado			
Correta	N	6	28	
	% Linha	17,6%	82,4%	
	% Coluna	75,0%	44,4%	
	% Total	8,5%	39,4%	
	Residual	1,6	-1,6	
	Ajustado			
Total	N	8	63	
	% Linha	11,3%	88,7%	
	% Coluna	100,0%	100,0%	
	% Total	11,3%	88,7%	

* Fisher's Exact Test sig

Relativamente ao tempo de serviço verificamos pela tabela 36 que apenas no grupo de profissionais com tempo de serviço entre os 11-20 anos se observa práticas corretas de higienização das mãos em mais de metade dos elementos.

Pela análise dos níveis de significância, não existem evidências que apontem para a associação da variável tempo de serviço com a variável Práticas de higienização das mãos ($p > 0,05$).

Tabela 36 – Relação entre Tempo de serviço e as Práticas de higienização das mãos

Práticas de Higienização das Mãos	Tempo em serviço			Total	sig*
	0-10	11-20	>=21		
N	18	6	13	37	0,741
% Linha	48,6%	16,2%	35,1%	100,0%	
Incorreta % Coluna	54,5%	42,9%	54,2%	52,1%	
% Total	25,4%	8,5%	18,3%	52,1%	
Residual Ajustado	,4	-,8	,2		
N	15	8	11	34	
% Linha	44,1%	23,5%	32,4%	100,0%	
Correta % Coluna	45,5%	57,1%	45,8%	47,9%	
% Total	21,1%	11,3%	15,5%	47,9%	
Residual Ajustado	-,4	,8	-,2		
N	33	14	24	71	
% Linha	46,5%	19,7%	33,8%	100,0%	
Total % Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	46,5%	19,7%	33,8%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Relativamente ao serviço onde exerce funções, verificamos pela tabela 37 que apenas nos profissionais que exercem funções na Pediatria, mais de metade dos elementos apresenta práticas de higienização corretas, verificando-se uma elevada percentagem de profissionais com práticas incorretas de higienização das mãos nos que exercem funções na Pediatria e Urgência Pediátrica.

Pela análise dos níveis de significância verificamos não existirem evidências que apontem para a associação da variável local onde exerce funções com a variável Práticas de higienização das mãos ($p>0,05$).

Tabela 37 – Relação entre o serviço onde exerce funções e as Práticas de higienização das mãos

Práticas de higienização das mãos	Serviço onde exerce funções			Total	sig*
	Pediatria	Urgência Pediátrica	Pediatria e Urgência Pediátrica		
N	18	11	8	37	0,506
% Linha	48,6%	29,7%	21,6%	100,0%	
Incorreta % Coluna	47,4%	52,4%	66,7%	52,1%	
% Total	25,4%	15,5%	11,3%	52,1%	
Residual Ajustado	-,9	,0	1,1		
N	20	10	4	34	
% Linha	58,8%	29,4%	11,8%	100,0%	
Correta % Coluna	52,6%	47,6%	33,3%	47,9%	
% Total	28,2%	14,1%	5,6%	47,9%	
Residual Ajustado	,9	,0	-1,1		
N	38	21	12	71	
% Linha	53,5%	29,6%	16,9%	100,0%	
Total % Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	53,5%	29,6%	16,9%	100,0%	

* Pearson chi-square sig

Verificamos pela tabela 38 que os profissionais referiram que é no turno da tarde e da noite que apresentam metade ou mais dos seus elementos com referência de práticas corretas de higienização das mãos (77,8%). Não se verificaram, contudo, diferenças estatísticas significativas entre o turno de serviço e as práticas de higienização das mãos (p=0,632).

Tabela 38 – Relação entre o Turno e os Momentos de higienização das mãos

Momentos	Turno				Total	sig*
	Manhã	Tarde	Noite	Indiferente		
N	5	4	3	25	37	0,632
% Linha	13,5%	10,8%	8,1%	67,6%	100,0%	
Incorreto % Coluna	55,6%	50,0%	33,3%	56,8%	52,9%	
% Total	7,1%	5,7%	4,3%	35,7%	52,9%	
Residual Ajustado	,2	-,2	-1,3	,9		
N	4	4	6	19	33	
% Linha	12,1%	12,1%	18,2%	57,6%	100,0%	
Correto % Coluna	44,4%	50,0%	66,7%	43,2%	47,1%	
% Total	5,7%	5,7%	8,6%	27,1%	47,1%	
Residual Ajustado	-,2	,2	1,3	-,9		
N	9	8	9	44	70	
% Linha	12,9%	11,4%	12,9%	62,9%	100,0%	
Total % Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
% Total	12,9%	11,4%	12,9%	62,9%	100,0%	

* Likelihood ratio sig

De forma a analisar a nossa variável dependente das **práticas de higienização das mãos** por parte dos profissionais de saúde procurámos relacionar as 3 dimensões que a constituem com as variáveis independentes. Como apenas a dimensão “momentos/situações de higienização das mãos” apresenta uma distribuição normal com as variáveis independentes estudadas (formação, categoria, tempo serviço, local onde exerce funções, turno) utilizámos testes não paramétricos.

Com o objetivo de verificar se existem diferenças entre **os grupos profissionais**, optámos pelo uso do teste estatístico Kruskal Wallis.

Pela análise da tabela 39 podemos verificar que na dimensão conhecimentos sobre interferência dos adornos, o grupo profissional dos médicos apresenta a média de ranks inferior face aos restantes grupos. Na dimensão técnica da higienização das mãos observa-se uma média de ranks superior no grupo profissional dos enfermeiros face aos restantes,

enquanto na dimensão Momentos/situações de higienização das mãos, é o grupo profissional dos assistentes operacionais quem apresenta a média de ranks superiores. Contudo, são os assistentes operacionais quem apresenta a média de ranks superior ao nível das Práticas de Higienização das mãos face aos restantes.

Pela análise dos níveis de significância, podemos verificar que existem diferenças significativas entre os grupos na dimensão Técnica ($p < 0,001$). Desta forma, optámos pelo uso do método de Pairwise comparisons (Tabela 40) com o objetivo para saber entre que grupos existem as diferenças.

Podemos verificar pela tabela 40 a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os médicos e os enfermeiros, observando-se uma melhor performance dos últimos face aos primeiros. Desta forma, existem evidências que os enfermeiros apresentam técnica mais adequada face aos médicos ($p < 0,001$).

Tabela 39 – Relação entre as práticas de higienização das mãos e a categoria profissional

	Categoria Profissional	N	Média de Ranks	Sig (KW)
Adornos	Médico(a)	17	27,09	0,075
	Enfermeiro(a)	46	38,77	
	Assistente Operacional	8	39,00	
	Total	71		
Técnica	Médico(a)	17	20,29	0,000
	Enfermeiro(a)	46	43,27	
	Assistente Operacional	8	27,56	
	Total	71		
Momentos	Médico(a)	17	35,09	0,377
	Enfermeiro(a)	46	34,67	
	Assistente Operacional	8	45,56	
	Total	71		
Práticas de higienização das mãos	Médico(a)	17	28,18	0,151
	Enfermeiro(a)	46	37,60	
	Assistente Operacional	8	43,44	
	Total	71		

Tabela 40 – Pairwise comparisons (Categoria Profissional-Dimensão Técnica)

Amostra1-Amostra2	Estatística teste	Erro Padrão	Sig	Sig ajustada
Médico(a)-Assistente Operacional	-7,268	8,590	,397	1,000
Médico(a)-Enfermeiro(a)	-22,978	5,687	,000	,000
Assistente Operacional-Enfermeiro(a)	15,709	7,675	,041	,122

Para verificar se existe diferença entre a nossa variável dependente e a **Formação Acadêmica** (Tabela 41), utilizámos o teste de U Mann Whitney. Observamos uma média de ranks superior nos profissionais com ensino não superior nas Práticas de higienização das mãos e nas dimensões conhecimentos sobre interferência dos Adornos e Momentos/situações de higienização das mãos, enquanto na dimensão técnica da higienização das mãos observa-se uma média de ranks superior nos profissionais com ensino superior.

Não se verificaram diferenças entre os grupos em todas as dimensões da variável dependente ($p > 0,05$).

Tabela 41 – Relação entre as práticas de higienização das mãos e a formação académica

	Formação Académica	N	Média de Ranks	Sig (Umw)
Adornos	Ensino não superior	8	39,00	0,626
	Ensino Superior	63	35,62	
	Total	71		
Técnica	Ensino não superior	8	27,56	0,206
	Ensino Superior	63	37,07	
	Total	71		
Momentos	Ensino não superior	8	45,56	0,163
	Ensino Superior	63	34,79	
	Total	71		
Práticas de higienização das mãos	Ensino não superior	8	43,44	0,278
	Ensino Superior	63	35,06	
	Total	71		

Relativamente à variável **Tempo de serviço** (Tabela 42), observa-se na dimensão conhecimentos sobre interferência dos Adornos uma média de ranks superior nos profissionais com tempo de serviço entre os 0-10 anos. Na dimensão Técnica da higienização das mãos são os profissionais com tempo de serviço superior ou igual a 21 anos quem apresenta maior média de ranks, observando-se na variável Práticas de Higienização das Mãos e na dimensão Momentos/situações de higienização das mãos, uma maior média de Ranks nos profissionais com tempo de serviço entre os 11-20 anos.

Não se verificaram diferenças entre os grupos em todas as dimensões da variável dependente ($p > 0,05$).

Tabela 42 – Relação entre as práticas de higienização das mãos e o Tempo de serviço

	Tempo de serviço	N	Média de Ranks	Sig (KW)
Adornos	0-10	33	38,06	0,662
	11-20	14	35,18	
	>=21	24	33,65	
	Total	71		
Técnica	0-10	33	31,24	0,056
	11-20	14	33,68	
	>=21	24	43,90	
	Total	71		
Momentos	0-10	33	32,88	0,345
	11-20	14	42,39	
	>=21	24	36,56	
	Total	71		
Práticas de Higienização das mãos	0-10	33	32,47	0,402
	11-20	14	39,46	
	>=21	24	38,83	
	Total	71		

No caso da variável **Serviço onde exerce funções** (Tabela 43), podemos verificar que em todas as dimensões a média de ranks é superior nos profissionais que trabalham na Pediatria. Pela análise dos níveis de significância, observa-se a existência de diferenças significativas apenas na dimensão Técnica da higienização das mãos ($p=0,017$). Com o

objetivo de se verificar entre que grupos existem essas diferenças, podemos observar na tabela 44 que existem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais que acumulam funções na Pediatria e Urgência Pediátrica e os restantes serviços, observando-se uma performance inferior nestes. Desta forma, há evidências que os profissionais que acumulam funções na Pediatria e Urgência Pediátrica têm conhecimentos técnicos inadequados face aos profissionais da Pediatria e Urgência Pediátrica ($p < 0,05$).

Tabela 43 – Relação entre as práticas de higienização das mãos e o Serviço onde exerce funções

	Serviço	N	Média de Ranks	Sig (KW)
Adornos	Pediatria	38	37,97	0,183
	Urgência Pediátrica	21	37,55	
	Pediatria e Urg. Ped.	12	27,04	
	Total	71		
Técnica	Pediatria	38	39,39	0,017
	Urgência Pediátrica	21	38,45	
	Pediatria e Urg. Ped.	12	20,96	
	Total	71		
Momentos	Pediatria	38	37,24	0,783
	Urgência Pediátrica	21	33,38	
	Pediatria e Urg. Ped.	12	36,67	
	Total	71		
Práticas de higienização das mãos	Pediatria	38	38,76	0,405
	Urgência Pediátrica	21	34,38	
	Pediatria e Urg. Ped.	12	30,08	
	Total	71		

Tabela 44 – Pairwise comparisons (Serviço-Dimensão Técnica)

Amostra1-Amostra2	Estatística teste	Erro Padrão	Sig	Sig ajustada
Pediatria e Urg. Ped.-Urg. Ped.	-17,494	7,250	,016	,047
Pediatria e Urg. Ped.-Pediatria	-18,436	6,634	,005	,016
Urgência Pediátrica-Pediatria	,942	5,448	,863	1,000

6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, iremos neste capítulo confrontar os dados com outros estudos e reflectir sobre os mesmos. Por uma questão de organização seguimos a mesma ordem dos resultados.

Em primeiro lugar iremos analisar as variáveis do contexto da prática, relacionadas com a higienização das mãos: Conhecimento do modelo conceptual, Formação sobre higienização das mãos, Motivação e auto-avaliação sobre a prática de higienização das mãos, Material e tempo utilizado na higienização das mãos e Obstáculos/Dificuldades à higienização das mãos. Em segundo lugar analisaremos as dimensões que estabelecemos para avaliar as práticas de higienização das mãos: Conhecimentos sobre interferência dos adornos, Técnica utilizada na higienização das mãos e Momentos da higienização das mãos.

É por todos reconhecido que as práticas adequadas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde constituem uma importante medida preventiva de infecções, nomeadamente, as associadas aos cuidados de saúde (PORTUGAL, 2007). A implementação de programas de higienização das mãos promoveu a redução de IACS, contudo o conhecimento da técnica, o como, quando e porquê realizar a higienização das mãos não prediz melhorias institucionais. A World Health Organization (2002), ressalva que os programas de controlo de infecção são eficazes desde que sejam abrangentes e incluam actividades de vigilância e prevenção, assim como a formação dos profissionais. Neste contexto Rebelo [et al.] (2007) salienta ainda que os comportamentos dos profissionais de saúde devem ter como base conhecimentos sobre os diversos agentes causadores de agressão ao homem no ambiente hospitalar, centros de saúde e comunidade, bem como as várias formas de prevenir as consequências desastrosas das infeções hospitalares.

De facto, o conhecimento nem sempre se transfere de modo adequado para a prática, contudo é indispensável o saber. No nosso estudo quisemos apurar se os sujeitos inquiridos conhecem o Modelo Conceptual de Higienização das Mãos proposto pela OMS,

designado por os "Cinco Momentos" e constatamos que 94,4% dos inquiridos referem conhecer esse modelo conceptual.

Atualmente o avanço do conhecimento exige estar atento e realizar formação a vários níveis e, no nosso estudo, relevamos que 66,2% (46) dos profissionais de saúde referem ter frequentado acções de formação sobre higienização das mãos, promovidas pela Comissão de Controlo de Infeção. Estes valores levam-nos a reflectir sobre a necessidade de se investir ainda mais na formação dos profissionais de saúde nesta área já que cerca de 34% referiram não ter frequentado formação específica.

Constatamos também que a grande maioria se sente muito motivada para realizar higienização das mãos no local de trabalho (98,6%) e numa auto-avaliação sobre a sua prática, verificamos que 74,3% consideram como adequada e 25,7% como muito adequada. Estes dados reforçam a importância que os profissionais atribuem à higienização das mãos como medida de prevenção de IACS.

Quanto aos produtos mais utilizados na higienização das mãos foram referidos o sabão líquido com água e o SABA. A grande maioria dos profissionais (88,7%) utilizam o sabão líquido e água, e 35,2% utilizam o SABA. Neste contexto Kampf [et al.] (2009) referem que a desinfeção das mãos com uma solução de base alcoólica tem melhor eficácia na redução de microrganismos nas mãos do que a lavagem das mãos com água e sabão neutro. Embora os profissionais evidenciem irritação da pele associado ao SABA, é porventura a lavagem com água, sabão e o uso prolongado de luvas que leva a soluções de continuidade da pele dos profissionais. Efetivamente a higienização das mãos com SABA reduz até 40% da IACS, segundo estes autores (KAMPF [et al.], 2009).

Na secagem das mãos 98,6% dos profissionais utilizam toalhas de papel descartáveis. Quanto ao tempo que habitualmente demoram para procederem à higienização das mãos, constatamos que 38,6% referem cerca de 40/60 segundos na lavagem das mãos. Quanto à fricção antisséptica, 67,1% referem que demoram entre 20/30 segundos nesse procedimento. Os nossos resultados, no que respeita ao tempo de demora na higienização das mãos, apresentam valores superiores aos encontrados por Sharir [et al.] (2001) numa observação efectuada a 300 profissionais de saúde numa unidade hospitalar onde verificaram que cerca de 68% destes lavavam as mãos antes do contacto com os doentes e 80% após o contacto com os mesmos, apesar dos níveis de adesão à prática de

higienização das mãos (cerca de 76%), só 30% dos profissionais cumpriam com a lavagem das mãos entre 10 a 20 segundos.

A sobrecarga de trabalho foi apontada por 83,6% dos profissionais como obstáculo à adequada higienização das mãos. Em segundo lugar foi referido o facto de existirem, poucos profissionais durante o turno (34,3%). A presença de unhas compridas e com verniz foi referido por 23,9% dos profissionais como sendo um obstáculo à adequada higienização das mãos.

Só 13,4% dos inquiridos respondeu que um dos obstáculos se prendia com o número reduzido de dispensadores de SABA/sabão. White [et al.] (2012) analisaram a iniciativa de higienização das mão e qual a sua adesão, e constatou que os profissionais de saúde preferem o uso de SABA ao uso de água e sabão e que o aumento de dispensadores de SABA fora do quarto dos doentes levava a uma redução no tempo de lavagem e, portanto, mais tempo na prestação de cuidados.

Para identificarmos as práticas de higienização das mãos indagamos os profissionais sobre os **conhecimentos da interferência dos adornos** na correta higienização das mãos. Verificamos que a maioria dos profissionais refere que os anéis (98,6%), a aliança (84,5%), as pulseiras (97,2%) e o relógio (88,7%) interferem, bem como o uso de unhas compridas e pintadas (91,5%).

Constatamos que 43,7% da amostra apresentou poucos conhecimentos relativos à interferência dos adornos, sendo que destes 54,8% tinham uma **idade** superior ou igual a 41 anos. Dos que revelaram conhecimentos relativamente a esta dimensão da variável dependente, 67,5% tinham uma idade inferior ou igual a 40 anos. Verificamos que são os mais novos que apresentam melhores conhecimentos sobre a interferência dos adornos, contudo não se verificaram diferenças significativas ($p=0,059$).

Apesar do reduzido número de indivíduos do sexo masculino ($n=4$), comparando os valores obtidos dentro de cada grupo, os profissionais do **sexo** feminino (58,5%) apresentaram mais conhecimentos sobre a interferência dos adornos que os profissionais do sexo masculino ($p=0,563$). Habitualmente são os elementos do sexo feminino que utilizam mais adornos mas também demonstraram estar mais despertos para esta problemática.

Não encontramos na literatura estudos que analisassem a interferência dos adornos na sua relação com o sexo, idade, tempo de serviço, formação acadêmica, local de trabalho. No nosso estudo, e na análise que efetuamos com estas variáveis, não se verificaram diferenças estatísticas significativas ($p > 0,05$).

Observamos na relação entre a categoria profissional e a dimensão Conhecimentos sobre a Interferência dos Adornos, que 58,8% dos médicos apresentam poucos conhecimentos, Em contrapartida 60,9% dos enfermeiros e 62,5% dos assistentes operacionais apresentam bons conhecimentos relativos à interferência dos adornos na higienização das mãos. Não se verificaram diferenças significativas ($p=0,353$).

Numa revisão da literatura Ward (2007) evidenciou que as unhas artificiais apresentavam uma elevada percentagem de microrganismos, como *staphylococcus aureus*, *pseudomonas aeruginosa*, *enterococcus*, entre outros. Quanto ao verniz das unhas esta autora refere que ainda não há evidência científica na transmissão de infeção.

Quanto ao uso de anéis, Fagernes [et al.] (2007) analisaram o uso de anéis na prática de higienização das mãos e concluíram que o uso de anéis lisos, durante a prática, não aumenta a flora bacteriana nas mãos nem estava associada ao aumento da presença de microrganismos, como *staphylococcus aureus* ou gram negativos. Por sua vez o uso deste tipo de anéis estava associado a um aumento de *enterobacteriaceae*.

Boyce e Pittet (2002), numa revisão científica da literatura, demonstraram que a pele que se encontra por debaixo dos anéis é mais frequentemente colonizada, comparativamente com as áreas de pele sem adornos. Na análise de estudos detetaram que cerca de 40% dos enfermeiros apresentavam bacilos gram negativos na pele, por debaixo dos anéis e que certas enfermeiras transportavam esses mesmos microrganismos por vários meses.

Relativamente aos **passos da técnica de higienização das mãos** referidos como sendo habitualmente praticados, constatamos que 98,6% referem molhar as mãos e aplicar sabão suficiente para cobrir todas as superfícies, 56,3% lavam as mãos no sentido dos dedos para os punhos e 52,1% fecham a torneira com auxílio do toalhete descartável. A técnica da higienização das mãos para a prevenção da infeção hospitalar é apontada de forma correta por 62,0% dos participantes sendo a maioria (64,6%) do sexo feminino. Pela análise da literatura verificamos que baixas adesões de higienização das mãos são

indicativas de baixos conhecimentos sobre a técnica, as soluções e/ou desinfetantes a utilizar bem como sobre os momentos que deve proceder à técnica em si.

A distribuição por grupo etário é semelhante e não se verificaram diferenças significativas entre as variáveis sexo ($p=0,563$) e idade ($p=0,133$), e a dimensão Técnica.

Na análise por grupo profissional e relativamente a esta dimensão verificamos que 78,3% dos enfermeiros referem técnica adequada. Verificamos que 70,6% dos médicos e 62,5% dos assistentes operacionais referem técnicas inadequadas. Na categoria profissional encontramos diferenças estatísticas significativas ($p=0,001$).

Os profissionais que acumulam funções na Pediatria e na Urgência Pediátrica referem em maior percentagem (67,7%) técnicas inadequadas comparativamente aos que trabalham apenas na Pediatria (28,9%) ou na Urgência Pediátrica (38,1%).

Pittet [et al.] (2000) analisaram a tendência para uma melhoria na prática de higienização das mãos, entre os anos de 1994 e 1997, num hospital de ensino, em Genebra, com um aumento das práticas entre 48% e 66%, respetivamente. Embora, nesta altura, o uso de água e sabão se tenha mantido estável, a frequência de desinfeção das mãos aumentou, durante o período do estudo ($p<0,001$). Estes autores referem ainda que a técnica de higienização das mãos aumentou significativamente entre enfermeiros e estudantes de enfermagem e manteve-se pobre entre a classe profissional médica. Os nossos resultados vêm de encontro ao verificado neste estudo.

Furtado [et al.] (2006) revelam taxas de adesão de prática de higienização semelhantes. Comparando profissionais de saúde entre um hospital de ensino e outro periférico verificaram níveis médios de adesão de 22,2% e 42,6%, respetivamente. Neste estudo o grupo profissional com melhores resultados de adesão foram os fisioterapeutas que trabalhavam no hospital periférico, com uma adesão de prática de higienização das mãos de 52,6% e os assistentes operacionais do hospital de ensino com os resultados mais negativos com uma adesão de 11,5% (FURTADO, [et al.], 2006).

Relativamente aos **momentos em que se pratica a técnica** verificamos pelo nosso estudo que, de um modo geral, são executados os cinco momentos definidos pela OMS, na campanha “Save Lives: Clean Your Hands” (Salva Vidas: Lava as Tuas Mãos) de 2009, e que são: 1. “*Antes do contacto com o doente*”; 2. “*Antes de procedimentos limpos ou*

assépticos”; 3. “*Após risco de exposição a fluidos orgânicos*”; 4. “*Após contacto com o doente*”; 5. “*Após contacto com o ambiente envolvente do doente*”.

Constatamos que a prática é maioritariamente executada antes de procedimentos limpos/assépticos/cirúrgicos (83,1%), após exposição de fluídos orgânicos (98,5%), entre doentes diferentes (81,4%) e antes de procedimentos invasivos (87,5%). Antes do contacto do doente a percentagem da prática diminui para 47,1% e após contacto com o meio envolvente do doente para 47,8%.

Na relação com a idade verificamos que maioritariamente são os mais velhos (≥ 41 anos) que procedem à higienização das mãos nos momentos corretos (66,7%). É o sexo feminino que em maior percentagem (56,9%) procede à higienização das mãos nos momentos corretos. Contudo pela análise dos níveis de significância, não existem evidências de associação entre as variáveis sexo ($p=0,588$) e idade ($p=0,104$).

Relacionando as três dimensões que constituem a nossa variável dependente (práticas de higienização das mãos) apenas verificamos existirem diferenças significativas na dimensão Técnica de higienização das mãos e as variáveis categoria profissional ($p=0,000$) e o serviço ($p=0,017$). Não se verificaram diferenças significativas entre as práticas de higienização das mãos e as outras variáveis estudadas – formação académica, tempo de serviço e o serviço onde exerce funções.

Ao analisar a nossa variável dependente das Práticas de Higienização das Mãos por parte dos profissionais, verificamos que na dimensão conhecimentos sobre a interferência dos adornos, o grupo profissional dos médicos apresenta a média de ranks inferior face aos restantes grupos. Na dimensão técnica da higienização das mãos observa-se uma média de ranks superior no grupo profissional dos enfermeiros face aos restantes, enquanto na dimensão Momentos/situações de higienização das mãos, é o grupo profissional dos assistentes operacionais quem apresenta a média de ranks superiores. Contudo, são os assistentes operacionais quem apresentam a média de ranks superior ao nível das Práticas de Higienização das mãos face aos restantes. Note-se que estas práticas são referenciadas e não observadas. Existem diferenças significativas entre os grupos na dimensão Técnica ($p<0,001$).

No que diz respeito á formação académica não se verificaram diferenças entre os grupos em todas as dimensões da variável dependente ($p>0,05$).

Relativamente à variável **Tempo de serviço** não se verificaram diferenças entre os grupos em todas as dimensões da variável dependente ($p > 0,05$).

No caso da variável **Serviço onde exerce funções** observa-se a existência de diferenças significativas apenas na dimensão Técnica da higienização das mãos ($p = 0,017$). Assim, há evidências que os profissionais que acumulam funções na Pediatria e Urgência Pediátrica têm conhecimentos técnicos inadequados face aos profissionais da Pediatria e Urgência Pediátrica ($p < 0,05$).

Como limitação do estudo referimos o facto do mesmo apenas indicar as práticas reportadas pelos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais), de um serviço de Pediatria e de Urgência Pediátrica de um hospital. Os dados seriam mais fidedignos se fosse realizado um estudo observacional relativamente à prática de higienização das mãos mas que não se compadecia com o tempo disponível para o fazermos no contexto do curso que realizamos. Além disso a nossa amostra é pequena para que se possam extrapolar resultados.

7 - CONCLUSÃO

A lavagem das mãos é dos procedimentos mais simples e eficazes no controlo das infeções hospitalares, porém nem sempre é fácil a consciencialização da importância deste ato, tornando-se por isso difícil de ser implementado. Este procedimento de extrema importância, surge como uma forma de interromper o elo da cadeia de transmissão de IACS.

Trata-se de uma ação indispensável e por vezes praticada de forma deficiente pelos profissionais de saúde que contactam de perto com o doente, justificando a sua atitude com três motivos essenciais: pouca disponibilidade de tempo, pouco contacto com doentes infetados e alterações da pele (LARSON; 2001). Destes motivos destaca-se a pouca disponibilidade de tempo, como se verificou no nosso estudo, onde os participantes (83,6%) referiram que a baixa adesão à prática de higienização das mãos se prende com a sobrecarga de trabalho.

O recurso a soluções alcoólicas para Desinfecção Cirúrgica das Mãos surge como uma boa solução aos antissépticos de solução aquosa, trazendo vantagens às quais os profissionais não podem ficar indiferentes. Contudo a sua preferência prende-se ainda com a higienização com água e sabão neutro, o que requer uma prática mais demorada e acesso a lavatório. Ao invés o uso de SABA diminui o tempo da técnica e é tão ou mais eficaz que o uso de água e sabão neutro (SHARIR [et al.], 2001; KAMPF [et al.], 2009).

A amostra do estudo é composta maioritariamente por elementos do sexo feminino (91,5%) e a média de idades dos profissionais de saúde surge entre os 31-40 anos com 32,4%. Os participantes que constituem a amostra são predominantemente enfermeiros com 64,8%, seguidos dos médicos com 23,9% e 11,3% são assistentes operacionais. Pela análise dos resultados verificámos que grande percentagem da amostra (62,0%) aponta a técnica da higienização das mãos como correta. Ainda na análise dos conhecimentos verificamos que 78,3% dos enfermeiros referem técnica adequada e que 70,6% dos médicos e 62,5% dos assistentes operacionais referem técnicas inadequadas. Embora este trabalho se prenda, essencialmente, com o conhecimento da prática de higienização das

mãos por profissionais de saúde, deve-se ressaltar que o conhecimento ou a falta dele, descrito pelos profissionais de saúde que constituem a amostra, deve ser confrontado com a observação da técnica, como forma de se comprovar o conhecimento na prática. Isto porque é através dela que se consegue perceber se os conhecimentos que dizem saber, o aplicam corretamente.

O nosso estudo permitiu identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde a desempenhar funções nos serviços de Pediatria e de Urgência Pediátrica, de um hospital, concluindo-se que a maioria dos profissionais tinha conhecimentos relativamente à prática de higienização das mãos, necessitando, contudo de atualização da mesma. Neste contexto propõe-se, para estudos futuros, a observação da prática com implementação de intervenção sobre a técnica, e, posteriormente, uma nova observação de modo a se poder comparar se a intervenção teve impacto na melhoria das práticas. Pretendemos também a divulgação dos resultados na formação de serviço, não só para os dar a conhecer, mas também proporcionar um espaço de reflexão e debate no sentido de contribuir para incorporar uma prática eficaz de higienização das mãos. Sugerimos ainda investigar em cada serviço, as razões que levam ou não à higienização das mãos, pois elas certamente variam, tendo em conta as características dos serviços e recursos disponíveis.

No âmbito deste estudo torna-se pertinente fazer uma ligação com a Comissão de Controlo da Infecção, como forma de promover ações dinâmicas e esclarecer dúvidas entre os profissionais de saúde, dada a importância da renovação de conhecimentos e informação. Vários autores sugerem a implementação de estratégias direcionadas à educação e motivação dos profissionais de saúde, como lembretes, matérias educacionais escritos (panfletos) e feedback contínuo acerca da sua performance, como forma interativa de melhorar a adesão e a técnica da higienização das mãos (HUIS [et al.], 2012; ERASMUS [et al.], 2010).

Tocamos o outro e cuidamos com as mãos. As mãos são um dos veículos da nossa prática profissional, mas também o veículo para a transmissão de infeções cruzadas. Para cuidar do outro temos obrigatoriamente que quebrar a cadeia das IACS e só o poderemos fazer assegurando uma técnica eficaz de higienização das mãos, bem como ter em consideração as normas da OMS, na campanha “Save Lives: Clean Your Hands” (Salva Vidas: Lava as Tuas Mãos) de 2009.

Tendo em consideração que os resultados do presente estudo não podem ser extrapolados devido á sua natureza, consideramos contudo que a metodologia pode ser válida e reproduzida em outros locais de prestação de cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, M.G.S. – Prevenção a qualquer nível/material seguro/boas práticas. Nursing (Suplemento). Lisboa. Ano 18, nº 230 (2008). p. 13-14.

ANVISA, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. - **Debate sobre a segurança do paciente no Brasil**. 2007. [Consult. 20/02/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>

BOLICK, D. – **Enfermagem prática: segurança e controle de infecção**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2000.

BOYCE, J.M. – Antiseptic technology, access, affordability and acceptance. Emerging Infection Diseases. New York, Vol. 7, nº2, (Março/Abril, 2001), p. 231-233.

BOYCE, J.M.; PITTET, D. – Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 23, nº S12 (December, 2002), p. S3-S40.

BREVIDELLI, M. M. ; CIANCIARULLO, T. I. – Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. Revista de Saúde Pública. Vol. 35, nº 2, (2001), p. 193-201.

CAMPOS, A.P. [et al.] – **Manual de normas e procedimentos técnicos de enfermagem**. Lisboa: IGIF, 2001. ISBN 972-97200-1-0.

CARRARO, T. E. – Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo. Vol.12, n.º4 (Julho/Agosto 2004), p. 650-657.

CARVALHO, M. [et al.] – Padrão de Lavagem das Mãos em uma UTI Neonatal. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro. (Novembro/Dezembro 1998), Vol. 64 p. 468 – 470.

CENI, C.M.G. [et al.] – Higiene das mãos: um constante aliado na prevenção da infecção hospitalar. Boletim de Enfermagem. Ano 3, vol.2. (2009), p. 48-61.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC) - Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. MMWR Vol. 51, nº 16 (2002). [Consult. 20/02/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/WorkbookComplete.pdf>>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Prev. Transmission of Infection Agents in HealthCare Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007. [Consult. 20/02/2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007ip_part1.html>.

COELHO, M.S.; SILVA ARRUDA, C.; FARIA SIMÕES, S.M. – Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: Um estudo quantitativo. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería: Enfermeria Global. (Janeiro 2011), ISSN 1695-6141, nº21. p. 1-12.

COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECCÃO (CCI) – **Manual de Controlo da Infecção Hospitalar**. Aveiro: CCI-Hospital Infante D. Pedro, EPE., 2006.

CORRÊA, I.; NUNES, I.M.M.. – Higienización de las manos: el cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. Invest. Educ. Enferm. (2011), Vol. 1 nº29, p. 54-60.

COSTA, A. - **Hospitais que matam**. 2004. Disponível em WWW:<URL:
<http://www.seleccoes.pt>

CUNHA, A.; REGO, C.; TORRES, L. – Infecção Hospitalar. Hospital Infante D. Pedro – Serviço de Medicina Intensiva. 2002, p. 40. [Consultado 20/02/2012]. Disponível em WWW:<URL:
http://www.hip.pt/areasclinicas/smi_formacao_infeccao-hospitalar.pdf>.

DUARTE, A.S.; CABEÇA, D.F. – A importância da lavagem comum das mãos no controlo da infecção nosocomial: Influência da lavagem comum das mãos na flora bacteriana dos enfermeiros. Revista Investigação em Enfermagem. nº 12 (2005), p. 21-26.

DUCEL, G.; FABRY, J.; NICOLLE, L. – **Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - um guia prático**. Lisboa: INSRJ, 2002. [Consultado em 09/01/2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.cepsis.ops-omsorg/bvsacd/cd49/man_oms.pdf>.

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 prevents cross-infection. Infection Control and Hospital Epidemiology. Vol. 30, nº 5, (2009), p. 415-419.

ERASMUS, V. [et al.] – Systematic review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital Care. Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 31, nº 3 (March, 2010), p. 283-294.

ESCOVAL, A. [et al.] – **O Hospital Português**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1998. 180 p. ISBN 972-9425-60-4.

FAGERNES, M. [et al.] – Impact of a Single Plain Ring on the Bacterial Load on the Hands of Healthcare Workers. Infection Control and Hospital Epidemiology, Vol. 28, nº 10 (October, 2007), p. 1191-1195.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V. – Organização e programa de controle das infecções hospitalares. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N. R. - **Infeção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Ed. Atheneu, Vol.2, 2000. ISBN 85-7379-249-

FORTIN, M.-F. – **Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação**. Loures: Lusociência, 2009.

FORTIN, M.-F. – **O processo de investigação: da concepção á realização**. Loures: Lusociência, reedição 1999. 388 p. ISBN: 972-8383-10x.

FRAGATA, J.; MARTINS, L. – **O erro em medicina**. Coimbra: Almedina, 2004.

FRANCO, L. J. G. – **Infeção associada aos cuidados de saúde: artigo opinião**. Portimão: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, 2010.

FURTADO, G.H.C. [et al.] – Compliance with handwashing at two intensive care units in São Paulo. Brazilian Journal of Infectious Disease, Vol. 10, nº 1 (Feb, 2006), p. 33-35.

HARBARTH, S. [et al] - Outbreak of *Enterobacter cloacae* related to understaffing, overcrowding and poor hygiene practices. Infection Control Hosp. Epidemiol., Vol. 20, (1999) p. 598-603.

HUIS, A. [et al.] – A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach. Implementation Science, Vol. 7, nº 92 (2012) p. 1-14.

KAMPF, G. [et al.] – Hand hygiene for the prevention of nosocomial infections. Deutsches Ärzteblatt international, Vol. 106, nº 40 (Oct, 2009), p. 649-655.

LACERDA, R.A.; EGRY, E.Y. – Infecção hospitalar e sua relação com a evolução das práticas de assistência à saúde. In **Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2003. ISBN 85-7454-081-1. p. 9-23.

LARSON, E. L. [et al.] - An organizational climate intervention associated with increased hand washing and decreased nosocomial infection. Behav Med. 26. (2000), p. 14-22.

LARSON, E. L. – Hygiene of the Skin: When Is Clean Too Clean? Emerging Infectious Diseases, Vol. 7, Nº 2 (March/April, 2001), p. 225-230.

LINAM, W.M. [et at.] – Quality-Improvement Initiative Sustains Improvement in Pediatric Health Care Worker Hand Hygiene. Pediatrics, Vol. 128, nº 3 (September 1, 2011), p. e689-e698.

MARTINS, M.A. – **Manual de Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Prevenção e Controle**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001. ISBN 85-7199-256-8.

MATOS, E. [et al.] (1996). A importância da lavagem das mãos na prevenção da infecção nosocomial, Revista Nursing. N.º98 (1996), p.8-13.

MENDONÇA, A. P. [et al.] – Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. Acta Scientiarum. Health Sciences [Em linha]. Vol. 25, nº2. (2003). P.147-153. [Consultado 29/11/2012]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/bvsacd/cd49/higienizacao.pdf>>.

NEVES, Z.C.P., [et al.] – Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos. Revista Eletrônica Enfermagem. (2009). Vol.11, nº3. p. 738-745. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a35.htm>. ISSN 1518-1944

OLIVEIRA D.G.M. [et al.] – Avaliação da higiene das mãos na perspectiva biológica – Revista Panam Infectol, (2010). Vol. 12; nº3; p. 28-32

OLIVEIRA R, Maruyama SAT. - “Controle da Infecção Hospitalar: histórico e papel de estado”. 2008 [Consultado 29/11/2012]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3a23.htm>.

PAUCHET-TRAVERSAT, A. F. – **Cuidados de Enfermagem: Fichas técnicas**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-51-7.

PEREIRA, M. S. [et al.] – A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto & Contexto de Enfermagem. Vol. 14, nº2 (Abril/Junho 2005), p. 250-257.

PINA, E. [et al.] – Infecções Nosocomiais: Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia). Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.28, nº1 (Janeiro/Junho 2010), p. 19-30.

PINA, E. – O uso de luvas na prestação de cuidados de saúde. Revista Nursing. Ano 16, nº214 (2006), p. 28-33.

PITTET, D. [et al.] - Effectiveness of a hospital wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet, Vol. 356, nº 9238 (October, 2000), p. 1307-1312.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – Manual para os observadores – Adaptado de “World Alliance for Patient Safety – Clean Care is Safer Care”. 2011. [Consultado em 9/01/2012] Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=5514&back=1&codigono=00380049A>
AAAAAAAAAAAAAAAAA.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Circular Normativa n.º

13/DQS/DSD, com Documento de Apoio. 2010 (A/B). [Consultado em 29/12/2011] Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – Plano Operacional de Controlo de Infecção para os Cuidados de Saúde Primários. Circular Normativa n.º 20/DSQC/DSC. 2007(A). [Consultado em 29/12/2011] Disponível em http://www.arlvt.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/SP_CircNormativa.pdf

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. 2007(B). [Consultado em 29/12/2011] Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>

QUINTAS, C. – Um Contributo para a Segurança Hospitalar Caracterização da Prevalência da Infecção Nosocomial nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde. 2004. Disponível em: <http://www.biomedica.eng.uminho.pt>

REBELO, B.S.C.; VALENTE, J.P.O. - Infecções hospitalares: uma realidade actual. Revista Sinais Vitais. N° 70 (2007). p. 27-29.

SANTOS, A.A.M. – Lavar as mãos: A importância da higienização das mãos. Revista Meio de Cultura. São Paulo. Vol. 3, nº 13, (2000). p. 10 – 14.

SANTOS, A.F. [et al] – O uso de luvas na prática de Enfermagem no Contexto de Pediatria. Revista Sinais Vitais. N° 54 (2004). p. 61-63.

SANTOS, F.M.; GONÇALVES, V:M:S. – Lavagem das mãos no controle da infecção hospitalar: um estudo sobre a execução da técnica. Revista Enfermagem Integrada, Ipitanga. Vol.2, nº 1 (Julho/Agosto 2009). p. 61-63.

SANTOS, A. – A Higiene das Mãos no Controlo das Infecções em Serviços de Saúde. Revista de Administração em Saúde. (2010). [Consultado 29/11/2012]. Disponível em WWW: <URL: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controlo/higienizacao_mao.pdf>

SHARIR, R. [et al.] – High-level handwashing compliance in a community teaching hospital: a challenge that can be met! The hospital of journal infection, Vol. 49, nº 1 (Sep, 2001), p. 55-58.

SILVA, M.G.M. – Lavagem das Mãos: soluções anti-sépticas de base alcoólica. Revista Portuguesa de Enfermagem. Nº 4 (2005). P. 33-39.

TAKEDA, E.; ROBAZZI, M.L.; LAVRADOR, M.S. – Risco ocupacional de adquirir tuberculose entre trabalhadores de enfermagem hospitalar. Rev. Brasileira de Enfermagem. Vol. 53, nº 3 (2001), p. 45-65.

TAVARES, A.P. [et al.] – **Manual de controlo de infecção** (Comissão de Controlo de Infecção do Hospital Pedro Hispano, S.A.). Porto: Ed. Medisa, 2003. ISBN 972-8152-83-3.

TIPPLE, A.F.V. [et al.] – O ensino do controle de infecção: um ensaio teórico-prático. Revista Latino Americana Enfermagem. Ribeirão Preto. Vol.11, nº2, (Março/Abril 2003). P. 245-250.

TIPPLE, A.F.V. [et al.] – Higienização das mãos: o ensino e a pratica entre graduados na área da saúde. Acta Sci. Health Sci. Maringá. Vol.29, nº2, (2007), p. 107-114.

TRAVERSAT, A. F. P. [et al.] – **Cuidados de Enfermagem Fichas Técnicas – Fundamentos da enfermagem, cuidados técnicos centrados na pessoa cuidada**. Loures: Lusociência, 2003.

WARD, D. – Hand adornment and infection control. British Journal of Nursing, Vol. 16, nº11 (2207), p. 11-13.

WHITE, C.M. [et al.] – Utilizing improvement Science Methods to Improve Physician Compliance With Proper Hand Hygiene. Pediatrics, Vol. 129, nº 4 (April, 2012), p- e1042-e1050.

WILSON, J. – **Controlo de Infecção na Prática Clínica**. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-57-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – **Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: Um Guia Prático**. 2ª ed. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2002. Disponível em http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsacd/cd49/man_oms.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) - **World Alliance for Patient Safety Challenge 2005-2006. Who guidelines on hand hygiene in health care: “Clean care is safer care”**. Genebra, 2005. [Consultado 20/02/2012]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.

ANEXOS

ANEXO I

Modelo Conceptual dos Cinco Momentos

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS



ANEXO II

Técnica de Frição das Mãos com Solução Antisséptica de Base Alcoólica

Direcção-Geral da Saúde

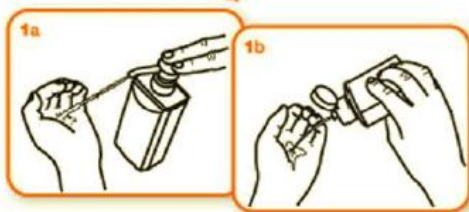
TECNICA DE FRICÇÃO DAS MÃOS COM SABA

Fricção Anti-séptica das mãos

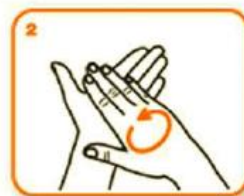
Higienize as mãos, friccionando-as com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA). Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.



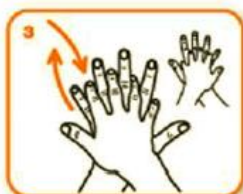
Duração total do procedimento: 20-30 seg.



1a
1b
Aplique o produto numa mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies



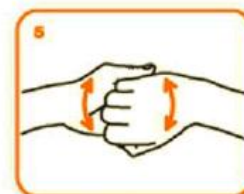
2
Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



3
Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



4
As palmas das mãos com dedos entrelaçados



5
Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados



6
Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



7
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



8
Uma vez secas, as suas mãos estão seguras.

ANEXO III

Técnica de Lavagem das Mãos com Água e Sabão

Lavagem das mãos

Lave as mãos apenas quando estiverem visivelmente sujas.
Nas outras situações use solução anti-séptica de base alcoólica (SABA).

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



Molhe as mãos com água



Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



Esfregue as palmas das mãos, uma na outra



Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice versa



Palma com palma com os dedos entrelaçados



Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados



Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice versa



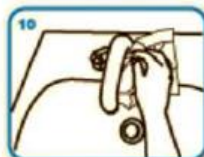
Esfregue rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice versa



Enxague as mãos com água



Seque as mãos com toalhete descartável



Utilize o toalhete para fechar a torneira se esta for de comando manual



Agora as suas mãos estão seguras.

ANEXO IV

Técnica da Lavagem Cirúrgica das Mãos

Direcção-Geral da Saúde

PREPARAÇÃO CIRURGICA DAS MÃOS COM SABA

A preparação cirúrgica das mãos deve ser realizada com as mãos limpas e secas. Ao chegar ao bloco operatório e depois de colocar touca e máscara, as mãos devem ser lavadas com água e sabão. Depois da intervenção cirúrgica, ao retirar as luvas, as mãos devem ser friccionadas com solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) ou lavadas com água e sabão, caso existam fluidos orgânicos ou pó de talco (por ex., se as luvas estiverem perfuradas).

Os procedimentos pré-cirúrgicos podem ser realizados um a seguir ao outro, sem ter de lavar as mãos, desde que a preparação cirúrgica das mãos seja realizada da seguinte forma (ver figuras 1 a 17).



Coloque 3 doses (cerca de 5 ml) de SABA na palma da mão esquerda, usando o cotovelo do braço direito para pressionar o dispensador

Mantenha, durante cerca de 5 segundos, a ponta dos dedos da mão direita na SABA para descontaminar a parte interna das unhas.

(Figuras 3-7): Espalhe SABA pelo braço direito até ao cotovelo. Tenha atenção para abranger toda a pele, realizando movimentos circulares até que a solução evapore (10-15 segundos).



Ver a legenda da Figura 3

Ver a legenda da Figura 3

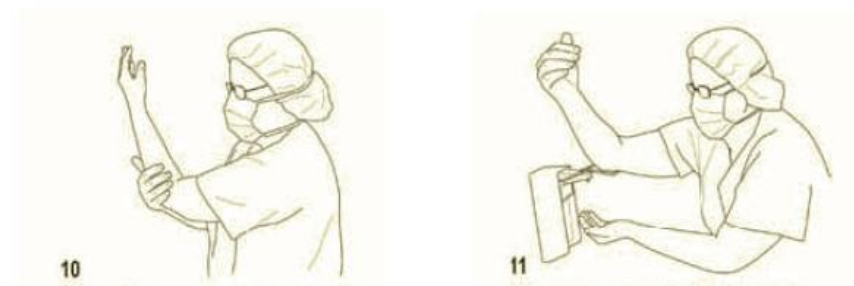
Ver a legenda da Figura 3



Ver a legenda da Figura 3

Coloque 3 doses (cerca de 5 ml) de SABA na palma da mão direita, usando o cotovelo do braço esquerdo para pressionar o dispensador

Mantenha, durante cerca de 5 segundos, a ponta dos dedos da mão esquerda na solução alcoólica para descontaminar a parte inferior das unhas.



Espalhe a solução alcoólica pelo braço esquerdo até ao cotovelo. Tenha atenção para abranger toda a pele, realizando movimentos circulares até que a solução evapore (10-15 segundos).

Coloque 3 doses (5 ml) de SABA na palma da mão esquerda, utilizando o cotovelo direito para premir o dispensador. Esfregue as duas mãos até ao pulso e assegure que todos os passos indicados nas figuras 12 a 17 são seguidos (20 a 30 segundos).



12 Aplique SABA em ambas as mãos até ao pulso e esfregue as palmas das mãos, uma na outra.

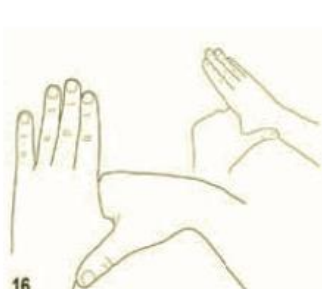
13 Palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice-versa.

14 As palmas das mãos com os dedos entrelaçados



15

Parte de trás dos dedos nas palmas opostas com dedos entrelaçados.



16

Esfregue o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice-versa.



17

Quando as mãos estiverem secas, pode colocar a bata e as luvas cirúrgicas.

Repetir a sequência ilustrada (duração média de 60 seg.) o número de vezes necessário até atingir o total de tempo recomendado pelo fabricante da SABA.

Nota: Qualquer dos métodos utilizados é adequado para a prevenção da infecção do local cirúrgico. Em termos de eficácia antimicrobiana e de acordo com a Norma Europeia prEN 12791, as soluções alcoólicas são mais eficazes. Vários factores favorecem claramente a desinfeção pré-cirúrgica com SABA, incluindo, a rapidez de acção, poupança de tempo no procedimento, diminuição dos efeitos secundários na pele e a eliminação do risco de recontaminação das mãos no enxaguamento com água após a lavagem.

ANEXO V

Informações sobre: Higiene das Mãos e Uso de Luvas

Direcção-Geral da Saúde

HIGIENE DAS MÃOS E O USO DE LUVAS

INDICAÇÕES PARA USO DE LUVAS ESTERILIZADAS

Qualquer procedimento cirúrgico; parto vaginal; procedimentos radiológicos invasivos; colocação de acessos venosos ou cateteres centrais; preparação de nutrição parentérica total e de agentes de quimioterapia.

SITUAÇÕES CLÍNICAS COM INDICAÇÃO PARA USO DE LUVAS LIMPAS

Possibilidade de contacto com sangue, fluidos orgânicos, secreções, excreções e objectos visivelmente contaminados por fluidos orgânicos.

Exposição direta ao doente: Contacto com sangue; contacto com membranas mucosas e com pele não íntegra; possível presença de organismos perigosos e altamente infecciosos; situações de emergência ou epidemia; colocação e remoção de acessos vasculares; derramamento de sangue; remoção de linha venosa; exame pélvico ou vaginal; aspiração de sistemas abertos de tubos endotraqueais.

Exposição indireta ao doente: Esvaziamento de recipientes com fluidos orgânicos; manipulação/limpeza de instrumentos; manipulação de resíduos; limpeza de fluidos corporais.

LUVAS NÃO INDICADAS (EXCEPTO PARA PRECAUÇÕES DE CONTACTO)

Sempre que não exista possibilidade de exposição a sangue ou fluidos corporais, ou ambiente contaminado.

Exposição direta ao doente: Avaliação da pressão arterial, temperatura e pulso; administração de injeções SC ou IM; lavar e vestir o doente; transportar o doente; cuidar dos olhos e pavilhões auriculares (sem secreções); qualquer manipulação de acesso vascular na ausência de extravasamento de sangue.

Exposição indireta ao doente: Utilização do telefone; escrever nos registos do doente; administração de medicação oral; distribuição e recolha dos tabuleiros das refeições; remoção e substituição dos lençóis da cama; colocação de aparelhos de ventilação não invasiva e cânulas de oxigénio; deslocação da mobília do doente.

A higiene das mãos deve ser executada independentemente das indicações para utilização de luvas.

ANEXO VI

Questionário: *“A Perspectiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos”*

QUESTIONÁRIO

I – Caracterização da amostra

1 – Sexo:

- Feminino Masculino

2. – Idade:

- 20-30Anos
 31-40Anos
 41-50Anos
 » 51Anos

3 – Categoria Profissional:

- Médica/o
 Enfermeira/o
 Assistente Operacional

4 - Formação Académica

- Básico – 1º Ciclo (4ª classe)
 Básico – 2º Ciclo (6º ano)
 Básico – 3º Ciclo (9º ano)
 Secundário (12º ano)
 Bacharelato/Licenciatura
 Outra - Qual? _____

5 – Tempo de Serviço?

- Anos Meses

6 – Serviço onde exerce função

- Pediatria
 Urgência Pediátrica

II – Práticas sobre Higiene das Mãos

1 - Conhece o modelo conceptual proposto pela Organização Mundial da Saúde, designado por os “Cinco Momentos”?

- Sim Não

1.1 – Refira dois desses momentos

2 - Durante a sua vida profissional, já frequentou acções de formação sobre higienização das mãos?

- Sim Não

2.1. - Se respondeu sim, a anterior questão, diga em que âmbito adquiriu essa formação:

- Serviço de Formação e Investigação
 Comissão de Controlo de Infecção
 Formação em Serviço
 Outra - Qual? _____

3 - Sente-se motivado para realizar a higienização das mãos, no seu local de trabalho?

- Nada motivado
 Pouco motivado
 Muito motivado

Justifique

4 – Na sua opinião que vantagens se obtêm com a correcta higienização das mãos?

5 – Como avalia a sua pratica habitual de higiene das mãos no exercício profissional?

- Inadequada
- Adequada
- Muito adequada

6 – Na sua opinião, os adornos interferem na correcta higienização das mãos?

- Discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo plenamente

6. 1. – Quais dos adornos considera que podem interferir na correcta higienização das mãos?

Adornos	Sim	Não
Anéis		
Pulseiras		
Relógio		
Aliança		
Colares		
Brincos		
Unhas compridas e pintadas		

7 - Dos passos que constituem a técnica de higienização das mãos, assinale os que habitualmente pratica?

Passos do procedimento para higienização das mãos	Sim	Não
Retira anéis, pulseiras e relógios		
Molha as mãos e aplica sabão suficiente para cobrir todas as superfícies		
Esfrega palma com palma da mão		
Esfrega palma direita com dorso esquerdo e vice-versa		
Esfrega espaços interdigitais e unhas		
Esfrega punhos e polegares		
Seca as mãos com toalhete descartável		
Fecha a torneira com auxílio do toalhete descartável		

Lava as mãos no sentido dos dedos para os punhos		
--	--	--

8 – Em cada uma das seguintes situações ou momentos assinale a frequência com que procede a higiene das mãos?

Situação/Momento	Nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
Antes do contacto com o doente				
Antes de procedimentos limpos/assépticos/cirúrgico				
Após risco de exposição a fluidos orgânico				
Após o contacto com o doente				
Após contacto com ambiente envolvente do doente				
Antes da preparação de medicamentos				
Após preparação de medicamentos				
Depois de colaborar nas refeições do doente				
Antes do uso de luvas				
Após o uso de luvas				
Antes da higienização e troca da roupa do doente				
Após a higienização e troca da roupa do doente				
Após a arrumação da unidade do doente				
Entre dois sítios corporais no mesmo doente				
Entre procedimentos diferentes da no mesmo doente				
Entre doentes diferentes				
Após contacto com pele íntegra do doente				
Antes de procedimentos invasivos				
Após o exame físico ao doente				
Após auscultar o doente				
Depois de tocar em equipamento ou superfícies próximas do doente				
Depois de utilizar o processo do doente, computador				

9 - Qual dos produtos utiliza com mais frequência na higienização das mãos?

- Sabão líquido e água
- Clorexidina degermante a 2%
- Álcool a 70%
- Solução anti-séptica de base alcoólica (SABA)

10 - Qual o material que utiliza com mais frequência para a secagem das mãos?

- Toalhas de tecido
- Toalhas de papel descartáveis
- Ar Aquecido
- Compressas descartáveis
- Outro (Especificar) _____

11 - Quais dos seguintes aspectos considera serem obstáculos á adequada higienização das mãos?

- Sobrecarga de trabalho
- Número reduzido de dispensadores de SABA/Sabão
- Poucos profissionais durante o turno
- Unhas compridas e com verniz
- Não considero importante a higiene das mãos

12 – Sente mais dificuldade em realizar uma adequada higienização das mãos, no turno?

- Manhã
- Tarde
- Noite
- Indiferente

13 – Qual a duração total do procedimento na higienização das mãos?

Procedimento	20/30segundos	30/40segundos	40/60segundos	Mais de 60segundos.
Lavagem				
Fricção anti-séptica				

Por favor confirme se respondeu a todas as questões. Obrigada.

ANEXO VII

Pedido e Autorização para Aplicação do Questionário



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital Infante D. Pedro, EPE
Av. Artur Ravara
3814-501 AVEIRO

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº 309	Data: 20/03/2012
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Otilia Maria de Bastos Andrade, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "A *Perspectiva dos Profissionais de Saúde sobre a sua Prática de Higienização das Mãos*". Os principais objectivos consistem em identificar as práticas de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde e contribuir para sensibilizar e melhorar a prevenção das infecções em meio hospitalar.

Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados, durante os meses de Março, Abril e Maio de 2012, junto dos profissionais de saúde dos Serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica do Hospital Infante D. Pedro.

Em anexo, enviamos exemplares do *Curriculum Vitae* da investigadora, do instrumento de colheita de dados, da Declaração de Consentimento Informado e a Autorização do Director dos Serviços supracitados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que a Professora Doutora Ernestina Silva é a responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível de forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

EB/NC

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO

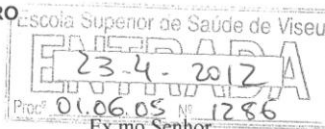
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395

sec-geral@hdaveiro.min-saude.pt

Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro

Capital Social 40.284.651 €

Pessoa Colectiva nº 510 123 210



Ex.mo Senhor

Presidente Escola Sup. Saúde Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Rua D. João Crisóstomo Gomes Almeida

3500-843 VISEU

*Pro Inf. responsável pelo
Anexo B da Portaria de
Culpa para efeitos 23/04/2012*

S/ Ref.º	S/ Comunicação de	N/ Ref.º	Aveiro,
309	20/03/2012	03/155	2-4-2012

ASSUNTO: Pedido de autorização para efectuar colheita de dados.

Em resposta ao pedido de colaboração, e depois de ter obtido parecer favorável da Comissão de Ética, da qual juntamos cópia, vimos pelo presente informar que se autoriza a realização do estudo subordinado ao tema “A Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos” .

Mais se informa que, deverá contactar a Diretora do Serviço de Pediatria quando iniciarem o trabalho.

Quando for dado por concluído o projecto, deverá ser enviado um relatório final ao Serviço de Formação e Investigação deste Centro Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de

Administração

(José Afonso-Dr.)

GM.

CHBV – 347

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada ofício tratar só de um assunto.

EXMO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA EPE.

A Comissão de Ética reuniu no dia 18 de Abril de 2012, com todos os seus elementos. Analisou um pedido de realização de um estudo subordinado ao tema "A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a prática de higienização das mãos" a efectuar no Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica, formulado pela senhora enfermeira D. Otilia Maria de Bastos Andrade, integrado num mestrado na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Tem o consentimento informado e a autorização do Director do Serviço.

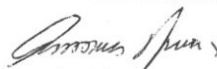
Foram dadas as explicações pedidas em reunião da Comissão pela peticionária.

A Comissão de Ética, após ouvir as explicações pedidas, entendeu por unanimidade dos presentes, nada haver que impeça o pretendido

Respeitosos cumprimentos

Aveiro, 18 de Abril de 2012

Pela Comissão de Ética



Amorim Figueiredo
(Presidente)

ANEXO VIII

Pedido de Autorização aos Diretores de Serviço

Exma. Senhora Dr. Paula Rocha
Directora do Serviço de Pediatria e Urgência de Pediatria
Centro Hospitalar Baixo Vouga
Av. da Universidade
3810-095 Aveiro

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:
A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A
PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermeira do HIP, EPE **Otilia Maria de Bastos Andrade**, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema “*A Perspectiva dos Profissionais de Saúde sobre a sua Prática de Higienização das Mãos*”. Os principais objectivos consistem em conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre as práticas de higienização das mãos e contribuir para a melhoria da prevenção da infecção hospitalar. A finalidade do estudo consiste em sensibilizar para a adesão a uma adequada higienização das mãos.

Nesta perspectiva, solicitamos a V. Ex.^a que se digne autorizar a realização da colheita de dados, durante o mês de Março e Abril de 2012, junto dos médicos, enfermeiros e assistentes operacionais dos Serviços de Pediatria e Urgência Pediátrica.

Em anexo, enviamos um exemplar do Questionário.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.^a, caso entenda serem do interesse dos serviços. Mais informamos que a responsável pela orientação da investigação é a Exma. Sra. Professora Doutora Ernestina Silva, Professora Coordenadora da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem da Criança e do Adolescente da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Muito gratos pela disponibilidade e atenção, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

Aveiro: 15 de Março de 2012

(Otilia Maria de Bastos Andrade)

ANEXO IX
Nota Explicativa do Estudo



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU

Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científica Pedagógica: Enfermagem da Criança e do Adolescente

Investigadora Principal: Otilia Maria de Bastos Andrade

Orientadora: Professora Doutora Ernestina Silva

Curso: 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE A PRÁTICA DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

Exmo(a) Senhor(a) Médico(a) ou Enfermeiro(a) ou Assistente Operacional:

Com o presente estudo pretendemos identificar as práticas de higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde e contribuir para sensibilizar e melhorar a prevenção das infeções em meio hospitalar.

As questões que compõem este instrumento deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e de verdade, não existem respostas certas ou erradas.

O importante é que responda de acordo com a sua opinião.

As suas respostas serão apenas lidas pela equipa que realiza o estudo. Elas não serão efectuadas para outro fim que não o da presente investigação. Neste contexto não é necessário identificar-se com o seu nome, pois a colheita de dados é absolutamente anónima e confidencial.

Face a este enquadramento, apelamos à sua participação voluntária, salientando que o seu contributo ao participar neste estudo, é imprescindível para o êxito do mesmo, que pensamos ser também do seu interesse.

Grata pela sua colaboração,
Aveiro, Maio de 2012

Atenciosamente,

(Enf^a Otilia Andrade)