

Tânea Cristina Fonseca Oliveira

Atitudes do Enfermeiro face às Infecções
Associadas aos Cuidados de Saúde

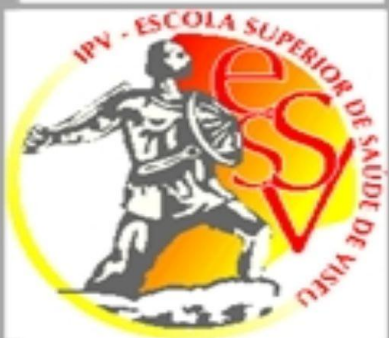
Relatório Final - Volume II

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 1ª edição

Estudo efetuado sob a orientação da:

Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

Fevereiro de 2012



“Quando te empenhas profundamente no que estás a fazer, quando as tuas acções são agradáveis para ti e, ao mesmo tempo, úteis para os outros, quando não te cansas para encontrar a doce satisfação da tua vida e do teu trabalho, estás a fazer aquilo para o qual nasceste”

Gary Zukav

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos aqueles que, directa ou indirectamente contribuíram para a elaboração deste trabalho, em especial à Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes pela orientação e disponibilidade que sempre manifestou.

Aos profissionais da Unidade Local de Saúde da Guarda, pela disponibilidade, sem os quais esta dissertação não seria possível.

Aos meus pais, a quem devo tudo o que sou, aos meus irmãos, pelo carinho e amizade...
Obrigada...

Em Especial ao Tiago pelo amor incondicional pela compreensão dos períodos de ausência...Obrigado...

RESUMO

ENQUADRAMENTO: As infecções adquiridas em consequência da prestação de cuidados constitui um problema grave, com morbilidade e mortalidade significativas. Estas infecções são evitáveis em cerca de um terço dos casos, pelo que a capacidade de as prevenir pode constituir um dos indicadores de qualidade dos cuidados. É um problema escondido, transversal que nenhuma instituição ou país ainda conseguiu resolver. Em cada ano, centenas de milhares de doentes em todo o mundo são afectados pelas IACS, sendo considerado o evento adverso mais frequente durante a prestação de cuidados, em todo o mundo.

OBJECTIVOS: Caracterizar as Atitudes adoptadas pelos Enfermeiros face às IACS; Analisar em que medida as variáveis sócio-profissionais e a formação acerca das IACS influenciam as atitudes do Enfermeiro

MÉTODOS: O estudo transversal de natureza observacional assenta numa lógica de análise descritivo – correlaciona e foi realizado numa amostra definida pelo método não probabilístico, de forma acidental, durante um período de tempo, constituída por 142 Enfermeiros prestadores de cuidados na ULS da Guarda. O perfil médio revela enfermeiros do sexo feminino (76,80%), com idade média de 36 anos, a exercer a profissão entre os 10-19 anos (40,80%) com uma média 13,04 anos, licenciados (69,50%), com a categoria profissional de Enfermeiro graduado (50,00%), com horário na instituição de 35h/semana (70,40%), com vínculo à Função pública (61,30%) e sem duplo emprego (77,47%). De forma a caracterizar as atitudes do enfermeiro, utilizou-se um instrumento de colheita de dados constituído por uma caracterização sócio-profissional e formação acerca das IACS, a Escala de Atitudes face às IACS (Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar, 2006) e uma resposta aberta acerca das condições no serviço que favorecem a infecção nosocomial.

RESULTADOS: Constatou-se que os enfermeiros adoptam atitudes consideradas adequadas, com uma média de 103 respostas adequadas. Nas variáveis pessoais (sexo e idade) infere-se que não há relação entre o sexo e as atitudes do enfermeiro face às IACS. Das variáveis profissionais dos enfermeiros, apenas o duplo emprego influencia as atitudes do enfermeiro face às IACS. Por outro lado inferimos que existe uma relação de dependência entre os enfermeiros com formação acerca das IACS e as atitudes do enfermeiro face às IACS. A idade, o tempo de exercício profissional e o número de horas de formação não se revelam predictoras das atitudes do enfermeiro face às IACS.

CONCLUSÕES: As evidências encontradas neste estudo referem que o duplo emprego e a formação dos profissionais acerca das IACS influencia as atitudes do enfermeiro face a esta problemática. As soluções para os problemas das IACS baseiam-se em medidas de prevenção e controlo de infecção, que requerem a responsabilização e a mudança de comportamentos por parte dos profissionais de saúde.

ABSTRACT

FRAMEWORK: Acquired infections as a result of provision of care remain a serious problem of significant morbidity and mortality. These infections are avoidable by almost a third of the cases thus the preventing capacity could be a quality indication of cares. This is a hidden transversal problem which still has been solved by neither institution nor country. Each year, many hundreds of thousands of patients worldwide are affected by the IACS, it may be viewed as the most frequent adverse event during the provision of care elsewhere in the world.

OBJECTIVES: To characterize the attitude adopted by nurses in the face of IACS; to analyse what extent the socio-professional variables and the formation regarding the IACS influence the nurse's attitudes.

METHODS: The transversal study of the observational nature is based on descriptive analysis defined accidentally not by the provavilistic method– It was made during a certain period of time with a random sample composed of 142 nurses care providers at the ULS in Guarda. The average profile shows nurses of the female sex (76,80%), with average of 36 years of age, practising the profession between 10 to 19 years (40,80%) an average of 13,04 years, graduates (69,50%), with the professional category of graduated nurse (50,00%), with institution's schedule of 35-hour workweek (70,40%), connected with the public service (61,30%) and without double employment (77,47%). In order to characterise the nurse's attitudes, collection of data was made with an instrument constituted by a socio-professional characterization and formation, the scale of attitudes regarding the IACS (Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar, 2006) as well as an open answer regarding the conditions of the service which can lead to nosocomial infection.

RESULTS: It was found the nurses adopt attitudes considered adequate, with an average of 103 adequate answers. In relation to the personal variables (gender and age) we can conclude that there is no relation between the gender of the nurse and his attitude towards the IACS. Relative to the nurse professional variables, only double employment influences his attitude towards the IACS. In other hand, we can conclude that there is a dependent relation between nurses with preparation on IACS and is attitude towards the IACS. Age, professional experience and number of formation hours cannot predict the conduct from nurses towards IACS.

CONCLUSIONS: We found evidences in this study that double employment and formation from the professional about the IACS, influences his conduct towards this problem. Solutions to the IACS problem reside in prevention and control of infection which requires responsibility and change in the health professional's behaviour.

ÍNDICE

Página

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 - INTRODUÇÃO	25
2 – ATITUDE: FORMAÇÃO, DESENVOLVIMENTO, ESTABILIDADE E MUDANÇA	27
2.1 – FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE ATITUDE	28
2.2 – ESTABILIDADE E MUDANÇA DE ATITUDE.....	30
3 – INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	33
3.1 – CADEIA EPIDEMIOLÓGICA DA INFECÇÃO	34
3.2 – INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO HOSPITALAR	37
3.3 – PRINCIPAIS INFECÇÕES NOSOCOMIAS E SUA PREVENÇÃO	39
3.4 – PREVENÇÃO DA INFECÇÃO NOSOCOMIAL	45
3.5 – PRECAUÇÕES BÁSICAS.....	46
3.5.1 – Lavagem das mãos.....	47
3.5.2 – Equipamento de protecção individual.....	50
3.5.3 – Higiene do ambiente hospitalar	51
3.6 – BARREIRAS DE PROTECÇÃO CONTRA A INFECÇÃO CRUZADA.....	51
3.7 – O PAPEL DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO	52
4 – METODOLOGIA.....	55
4.1 – PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	55
4.2 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO	56
4.3 – HIPÓTESES.....	57
4.4 – VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO	58
4.5 – POPULAÇÃO	59

4.6 – PARTICIPANTES.....	59
4.7 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	61
4.8 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	63
5 – RESULTADOS	65
5.1 – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS	65
5.2 – FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE IACS.....	68
5.3 – ATITUDES DO ENFERMEIRO FACE ÀS IACS	70
5.4 – CONDIÇÕES DO SERVIÇO FACILITADORAS DAS IACS	73
5.5 – RESULTADOS DO TESTE DE HIPÓTESES	77
6 - DISCUSSÃO	85
6.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	86
7 - CONCLUSÕES	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	103
APÊNDICE I – Pedido de Autorização para a utilização da Escala de Atitudes do enfermeiro face às IACS.....	113
APÊNDICE II – Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados	123
APÊNDICE III – Distribuição da amostra segundo os graus de concordância relativos a cada item.....	129
ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados.....	135

ÍNDICE DE FÍGURAS

	Página
Figura 1 – Taxa de infecções hospitalares nos Países Europeus.....	38
Figura 2 – Taxa de Prevalência das infecções nosocomiais na corrente sanguínea	44
Figura 3 – Modelo Conceptual da OMS para a higiene das mãos.....	48
Figura 4 – Técnica de lavagem das mãos.....	49
Figura 5 – Indicação para o uso de luvas.....	50
Figura 6 – Modelo Conceptual da relação entre as variáveis	57

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Ponderação para as opções de resposta segundo Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006)	58
Quadro 2 – Operacionalização da Atitude de acordo com Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006)	59
Quadro 3 – Distribuição do instrumento de colheita de dados pela ULS Guarda	60
Quadro 4 – Estatísticas relativas à idade segundo o sexo	60
Quadro 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo e a idade	61
Quadro 6 - Alpha de Cronbach nas dimensões e na atitude global da atitude, estudo de Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006)	62
Quadro 7 – Características Profissionais dos Enfermeiros	65
Quadro 8 – Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional segundo o sexo	66
Quadro 9 - Distribuição dos enfermeiros segundo a variável Formação profissional e o sexo	66
Quadro 10 - Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis profissionais e o sexo	68
Quadro 11 – Distribuição dos enfermeiros segundo a Formação acerca das IACS e o Sexo	69
Quadro 12 – Estatísticas relativas ao número de Horas de Formação segundo o sexo	70
Quadro 13 – Estatísticas relativas à Escala de Atitudes	70
Quadro 14 – Estatísticas relativas nas dimensões e na atitude global da atitude face às IACS	71
Quadro 15 – Estatísticas relativas às Atitudes do Enfermeiro face às IACS	72
Quadro 16 – Atitude do enfermeiro face às IACS	72
Quadro 17 – Condições do serviço relativas ao Centro de Saúde de Seia	74
Quadro 18 - Condições do serviço relativas ao Centro de Saúde de Gouveia	74

Quadro 19 – Condições do serviço relativas ao HNSA	75
Quadro 20 – Condições do serviço relativas ao HSM	76
Quadro 21 - Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors.....	77
Quadro 22 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as características pessoais com as atitudes dos enfermeiros	79
Quadro 23 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as características profissionais com as atitudes dos enfermeiros.....	81
Quadro 24 - Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as características profissionais com as atitudes dos enfermeiros.....	82
Quadro 25 – Matriz Correlacional de Pearson.....	83
Quadro 26 - Matriz Correlacional de Spearman	83
Quadro 27 – Regressão múltipla entre as atitudes e as variáveis independentes (preditoras)	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Página

Gráfico 1 – Histograma das dimensões da atitude dos enfermeiros face às IACS, com curva de normalidade	78
---	----

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARDS – síndrome de Dificuldade Respiratória Aguda

CCI – Comissão de Controlo de Infecção

CDC – Centers for Diseases Control and Prevention

DGS – Direcção Geral da Saúde

EAFIACS – Escala Atitudes face às Infecções associadas aos Cuidados de Saúde

EPINE – Estudo de prevalência das infecções nosocomiais em Espanha

FRE – Factores de Risco extrínsecos

FRI – Factores de Risco Intrínsecos

HELICS – Hospital in Europe Link for Infection Control through Surveillance

HICPAC – Hospital Infection Control Practices Advisory Committee

HNSA – Hospital Nossa Senhora da Assunção

HSM – Hospital Sousa Martins

IACS – Infecção associada aos Cuidados de Saúde

IN – Infecção nosocomial

MRSA - *staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA)

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCI – Programa Nacional Controlo Infecção

TA – Tensão Arterial

UCI – Unidade Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade Cuidados Intensivos Polivalente

ULS – Unidade Local de Saúde

U-MW - *Testes U de Mann-Whitney*

VE – Vigilância Epidemiológica

INCS – Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea

K-W - Testes de Kruskal-Wallis.

1 – INTRODUÇÃO

A infecção hospitalar, também designada por infecção nosocomial, ou Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) continua a ser um grave problema, com crescimento exponencial, considerada mesmo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma “endemia surda” (Ribeiro, 2011).

As infecções adquiridas em consequência da prestação de cuidados constitui um problema, com morbidade e mortalidade significativas. De acordo com os Centers Diseases Control and Prevention (CDC), estas infecções são evitáveis em cerca de um terço dos casos, pelo que a capacidade de as prevenir pode constituir um indicador de qualidade dos cuidados. É um problema escondido, transversal que nenhuma instituição ou país ainda conseguiu resolver. Em cada ano, centenas de milhares de doentes em todo o mundo são afectados pelas IACS. Estas infecções são o evento adverso mais frequente durante a prestação de cuidados, em todo o mundo (Costa, 2011).

A maioria destas infecções são evitáveis, no entanto continuam a ser um sério problema para a segurança dos doentes e os custos financeiros e sociais são enormes. A Direcção-Geral da Saúde reconhece que a IACS é um problema nacional de grande acuidade, afectando não só a qualidade da prestação dos cuidados mas também a qualidade de vida dos doentes e a segurança dos doentes e dos profissionais, aumentando exponencialmente os custos directos e indirectos do sistema de saúde.

As soluções para os problemas das IACS baseiam-se frequentemente em medidas de prevenção e controlo de infecção, incluindo a lavagem das mãos, que sendo medidas simples, de baixo custo e efectivas, requerem contudo a responsabilização e a mudança de comportamentos (Costa, 2011).

Cada um de nós tem um papel importantíssimo a desempenhar na sua instituição, independentemente da sua área profissional, pois todos temos de participar na prevenção da infecção e na aplicação de medidas de controlo para a diminuição do risco de disseminação (Coelho et al, 2011). É um empreendimento multidisciplinar, e de grande complexidade, sendo necessário reunir esforços de todos os grupos profissionais e trabalhar na mesma direcção (Vasconcelos et al, 2011).

Esta conjuntura de factos motivou a escolha desta problemática para estudo do qual emerge a questão geral de investigação, **“Qual a atitude do enfermeiro face às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde?”**. Outras questões se colocam de forma a dar orientar a nossa investigação:

- Em que medida as variáveis sócio-profissionais influenciam a atitude do enfermeiro?

- Qual o impacto da Formação acerca das IACS nas Atitudes do enfermeiro?

Para dar resposta às questões formuladas, delineámos para este estudo, os seguintes objectivos:

- Caracterizar as atitudes adoptadas pelos enfermeiros face às IACS;
- Analisar em que medida as variáveis sócio-profissionais e a Formação acerca das IACS influenciam a atitude do enfermeiro.

Com a finalidade de dar resposta às questões formuladas e atingir os objectivos traçados, foi realizado um estudo observacional com corte transversal, utilizando uma metodologia quantitativa, não experimental e com recurso à análise descritivo – correlacional.

A população acessível que serviu de base a este estudo apresenta uma característica comum: o facto de todos os sujeitos serem enfermeiros prestadores de cuidados directos aos clientes na ULS da Guarda. A fim de ser possível efectuar a recolha de dados necessários para a concretização do nosso estudo, recorreremos à aplicação de um questionário.

A sua estrutura desta dissertação apresenta-se organizada em sete capítulos. O primeiro capítulo refere-se à introdução, o segundo e terceiro capítulos são compostos pelo quadro teórico, onde se expõem aspectos que considerámos importantes para a clarificação do problema em estudo, abordando temas como atitude e infecção nosocomial que nos fornecem informação pertinente para fundamentar o estudo, bem como, para a análise e interpretação dos dados obtidos. O quarto capítulo constituiu o guia dos procedimentos adoptados na condução da investigação, onde se aborda a conceptualização do problema em estudo, as hipóteses, as variáveis, os participantes, o instrumento de colheita de dados e os procedimentos éticos e formais. Os resultados e a discussão dos mesmos são focados no quinto e sexto capítulos, finalizando com as conclusões.

2 – ATITUDE: FORMAÇÃO, DESENVOLVIMENTO, ESTABILIDADE E MUDANÇA

O conceito de atitude é considerado fundamental para analisar e compreender alguns dos problemas mais relevantes dos dias de hoje.

“um dos problemas que existem nas ciências sociais é serem utilizados como termos técnicos palavras que fazem parte da linguagem do dia a dia e que transportam consigo toda uma história da língua, dando origem a ambiguidades quando pretendemos definir ou clarificar conceitos ” (Vala e Monteiro, 2006).

A origem da palavra atitude, deriva de *actus direccionado* para a acção e *aptitudo* que significa aptidão. Estes dois aspectos levam-nos à atitude motora e à atitude mental.

Do ponto de vista psicológico, a atitude indica-nos as disposições mentais do indivíduo. Consiste na tendência mais ou menos constante para responder a objectos. O comportamento de uma pessoa geralmente, é coerente com as suas atitudes.

Deste modo não devemos confundir comportamento com atitude, uma vez que o comportamento é manifestado a partir da atitude, pois ao contrário deste, ela é objectivamente observável. Manifestam-se através de expressões verbais ou não verbais de opiniões e comportamentos.

É um dos conceitos mais antigos e mais estudados em psicologia social. A atitude apresenta-se como um construto hipotético referente à “tendência psicológica favorável ou desfavorável de uma entidade específica”. O construto hipotético indica que as atitudes não são directamente observáveis, isto é, trata-se de uma inferência sobre os processos psicológicos internos de um indivíduo a partir da observação dos seus comportamentos (Chaiken, sd cit. por Vala e Monteiro, 2006).

Constituem os elementos básicos das relações sociais. A atitude é uma tendência, uma predisposição, para responder a um objecto, pessoa ou situação, de forma positiva ou negativa. Implica um estado que orienta o indivíduo a reagir de determinado modo a um objecto, que pode ser uma pessoa, um grupo social, uma instituição, um valor ou um conceito (Monteiro e Santos, 1999).

A atitude é um potencial para reagir de determinado modo a um objecto, portanto, não se pode confundir atitude com comportamento. Não constitui uma relação isolada, mas um conjunto de predisposições, reacções que se desencadeiam em determinadas situações. É através do comportamento manifestado pelo indivíduo que se podem inferir as

atitudes, dado que estas não são objectivamente observáveis, antes, manifestam-se através de expressões verbais ou não verbais, de opiniões e de comportamentos. As atitudes “significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada maneira” (Canut et al (2000,p.30).

A atitude é algo construído por uma intenção ou inclinação que predispõe o agir.

No caminho do desenvolvimento profissional, atendendo às etapas que cada um vai percorrendo, a forma como se encara o que é ser enfermeiro, poderá ser diferente no início da carreira, ou já com alguma experiência e vivência da realidade da enfermagem. A competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um espera, vai sendo moldado pelas experiências de vida e as recollecções que efectuamos ao longo da nossa prática profissional (Nunes, 2011).

É neste sentido que o acto de enfermagem se assemelha ao desempenho de um papel que cada profissional interpreta de forma diferente. Há um estilo pessoal que se constrói, relacionado com a reflexão sobre o vivido e a vontade de adequar os comportamentos e atitudes.

Através da experiência profissional e da formação, os enfermeiros desenvolvem atitudes, crenças, conhecimentos e habilidades que, quando integrados em padrões morais, caracterizam uma prática profissional envolvida e competente.

Utilizando uma analogia podemos dizer que, como os frutos provêm da árvore, os actos provêm das atitudes. Todo o nosso comportamento resulta incompreensível se não tivermos em conta a fonte, ou seja, a atitude de onde provém. O comportamento humano não é produzido por impulsos cegos, mas sim por atitudes prévias. Se concluirmos quais são as predisposições de um indivíduo será possível antecipar o seu comportamento, pelo que a atitude foi denominada pré-comportamento (Vala e Monteiro, 2006).

2.1 – FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE ATITUDES

As atitudes têm uma certa elasticidade, no entanto a sua estabilidade é ameaçada a cada passo. As nossas crenças e atitudes estão sob constante ameaça na moderna sociedade de massas. Algumas vezes, o homem realiza o imprevisível, uma vez que actua contrariamente às suas atitudes (Vala e Monteiro, 2006).

A discrepância entre atitude e comportamento revela que não estamos perante uma causa e um efeito, pois qualquer comportamento é condicionado por uma série de factores, com os quais se deve contar e são eles: Outras atitudes relacionadas com o próprio contexto geral em que o comportamento ocorre, os interesses do sujeito na situação

concreta e a influência social ou o medo de desaprovação dos que estão envolvidos na situação.

As atitudes não nascem com a pessoa, são adquiridas no processo de integração do indivíduo na sociedade, isto é, são aprendidas no meio social. O indivíduo, sendo parte integrante de uma cultura, comunidade e família, adquire as atitudes, sem geralmente ter consciência (Monteiro e Santos, 1999). Estas são influenciadas pelo processo de socialização, sofrendo o reflexo dos padrões culturais vigentes. À medida que a pessoa se torna adulta, as atitudes são reestruturadas pelas experiências de vida e pela formação que cada um apreende de forma selectiva (Gomes, 1993).

Monteiro e Santos (1999) referem que as atitudes são formadas fundamentalmente na infância através dos pais. Com o desenvolvimento da criança, esta influência diminui e é, sobretudo, a partir da adolescência que assume grande importância e se torna mais evidente para as pessoas que convivem com o jovem.

A instituição escolar é outra fonte importante no desenvolvimento das atitudes. É um factor constante e decisivo dado o prolongamento actual da escolaridade. Os meios de comunicação, a imitação, a identificação, o reforço e a gratificação dos pais, colegas e professores são determinantes na formação de atitudes.

Para os autores supra referenciados, é, entre o fim da adolescência e os trinta anos, que as atitudes tomam a sua fase final, sendo menor a probabilidade de mudança nos anos seguintes. Contudo, isto não significa que as atitudes não mudem ou que não se possam adquirir novas atitudes.

A atitude integra segundo Monteiro e Santos três dimensões: a cognitiva, a afectiva e a comportamental. Estas dimensões tendem a ser congruentes entre si, pois são dirigidas para o mesmo objecto.

A **dimensão cognitiva** de uma atitude, traduz a representação cognitiva do objecto para o qual se adopta uma atitude, ou seja inclui um conjunto de crenças sobre um objecto. A crença é a informação que se aceita sobre uma situação, um acontecimento, um conceito. Portanto, esta dimensão é o que se acredita como verdadeiro acerca do objecto, contudo é de salientar que em algumas ocasiões, o conhecimento que se tem de determinado objecto pode não ser o real (Canut et al, 2000).

Vala e Monteiro (2006) salienta que “as crenças que sustentamos têm origem em informação obtida directamente (através da nossa experiência pessoal) ou indirectamente (através da interacção com os outros)”, sendo que a primeira é mais duradoura.

A **dimensão afectiva**, traduz o sentimento ou a carga afectiva que depositamos sobre um determinado objecto social, sendo esta dimensão essencialmente emocional. Com

uma atitude, a pessoa desenvolve sentimentos positivos ou negativos relativamente ao objecto.

As dimensões cognitiva e afectiva, tendem a ser coerentes entre si, uma vez que quanto maior conhecimento se tem sobre determinado objecto, maior carga afectiva se lhe atribui. A um conhecimento vago do objecto corresponde um afecto pouco intenso.

A atitude implica que a pessoa se comporte de determinado modo, assim, a **dimensão comportamental** é constituída pelo conjunto de reacções de um sujeito relativamente ao objecto da atitude. Esta dimensão está ligada às duas anteriores, traduzindo as intenções ou decisões relativas à acção. Contudo, o comportamento não é apenas determinado por aquilo que o sujeito gostaria de fazer, mas também por aquilo que deve fazer.

2.2 – ESTABILIDADE E MUDANÇA DE ATITUDE

As atitudes são formadas por um processo dinâmico ao longo de toda a vida, isto é, a formação depende e relaciona-se com valores e crenças veiculados pela educação e aceites pelas pessoas que constituem os grupos de pertença e de referência.

“Sendo um produto cognitivo tão comum, podemos perguntarmo-nos, de um ponto de vista pragmático, para que servem as atitudes. A resposta a esta pergunta tem sido encontrada por quatro vias: as teorias que salientam as funções motivacionais das atitudes, as que evidenciam as funções cognitivas destas, as que destacam o papel de orientação para a acção e as que revelam as funções sociais das atitudes” (Vala e Monteiro, 2006).

As atitudes são influenciadas pelo processo de socialização e de seguida sofrem reflexo dos padrões culturais em vigor. À medida que a pessoa se desenvolve e se torna adulta, as atitudes vão-se estruturando através das experiências adquiridas ao longo da vida e também pela informação que cada um produz afectivamente e cognitivamente de uma forma selectiva.

As atitudes “nascem, desaparecem e transformam-se, ou seja, fazem parte da história dos indivíduos, podendo mudar em função das suas experiências pessoais e da sua personalidade” (Canut et al, 2000, p.31). Todos sabemos que, se alterarmos ou modificarmos uma atitude ou, até mesmo, procurarmos a sua substituição por outra, é muito difícil, pois é um processo de aprendizagem, este inicia-se sempre com um problema ou com a dificuldade em enfrentar a situação. Daí que uma experiência traumática possibilita a formação ou a modificação das atitudes. As atitudes ao serem formadas através da experiência do sujeito, fazem com que tenham um carácter relativamente duradouro e estável durante largos períodos de tempo.

A “estabilidade relativa baseia-se principalmente nos conteúdos emocionais das atitudes e na influência do ambiente social, determinando que as atitudes aceites e reforçadas sejam mantidas” (Canut et al, 2000, p.33)

A modificação das atitudes, depende basicamente de novas informações relativas ao objecto. A mudança processa-se quando uma das componentes (cognitiva, afectiva ou comportamental) da atitude se altera. A forma como a pessoa reage a essas novas informações varia em função das atitudes em causa, pois é mais fácil mudar-se a atitude relativamente a um objecto sobre o qual se tem um sentimento fraco ou sobre o qual se tem pouca informação (Monteiro e Santos, 1999).

As atitudes das pessoas diferem na sua variabilidade, isto é, diferem na sua susceptibilidade para a mudança. Alguns elementos que intervêm na modificação das atitudes, segundo Canut et al (2000), são: As características das atitudes; A intensidade das necessidades; Personalidade do sujeito; A pertença a determinados grupos.

As características das atitudes, segundo os mesmos autores, são aquelas que permitem obter a sua modificação, nomeadamente: a extremosidade, a consistência, a multiplicidade, a quantidade e a qualidade das necessidades satisfeitas e a importância dos valores e consonância.

Relativamente à quantidade e qualidade de necessidades satisfeitas, a resistência de uma atitude perante a mudança depende, em parte, da intensidade e do número das necessidades satisfeitas. Uma atitude que englobe uma série de necessidades do sujeito como a vida afectiva, o *status* social, a auto-estima possui uma importância privilegiada que a torna imune à mudança (Canut et al, 2000).

A enfermagem é uma profissão que envolve situações que encerram aspectos ético-morais de natureza complexa. Este pressuposto permite que os profissionais de enfermagem vejam com maior clareza o valor das suas próprias intervenções e simultaneamente redefinam o conceito de cuidar.

No âmbito do nosso estudo, vamos, em seguida, analisar a problemática da infecção hospitalar ou nosocomial, clarificando os conceitos com ela relacionados e cimentando os conhecimentos necessários à prossecução deste trabalho.

3 – INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A existência humana encontra-se condicionada ao estabelecimento de inter-relações constantes com os diversos seres vivos, que co-habitam simultaneamente o planeta, formando assim, um conjunto de comunidades ecológicas que, apesar das suas peculiaridades distintas, exercem influências recíprocas no meio ambiente.

Assim, a necessidade de viver de modo saudável, implica a capacidade de oscilar, de forma equilibrada, entre a adopção de comportamentos de individualidade e domínio, paralelamente à adaptação e à flexibilidade relacional exigida para a integração harmoniosa na microbiótica envolvente.

Neste contexto, as infecções hospitalares representam uma forma desarmoniosa da relação do homem com sua microbiota (Fernandes et al, 2000).

Implica por isso que o desempenho dos profissionais de saúde deve ter como base, conhecimentos sobre a diversa microbiótica causadora de agressão ao homem no ambiente hospitalar, bem como as várias formas de prevenir as consequências desastrosas das infecções hospitalares (Rebelo et al., 2007).

Desde que existem hospitais, existe infecções hospitalares. Apesar de não existirem dados registados, sabe-se que era alta a incidência de infecções adquiridas no hospital medieval, principalmente devido à elevada prevalência de doenças epidémicas na comunidade e às precárias condições de higiene. No entanto, apenas na primeira metade do século XIX a questão da infecção hospitalar passou a ser preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Remonta a este século a génese da luta contra a infecção hospitalar protagonizada pelo médico Húngaro Semmelweiss da maternidade de Viena de Áustria, que já então alertava para a necessidade da lavagem das mãos (Lima, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2010) a infecção nosocomial é definida como

“uma infecção adquirida no hospital por um doente internado por outra razão que não essa infecção” ou “uma infecção que ocorre num doente internado num hospital, ou noutra instituição de saúde, e que não estava presente nem em incubação à data de admissão. Estão incluídas as infecções adquiridas no hospital que se detectam após a alta, assim como infecções ocupacionais nos profissionais de saúde”.

Estas infecções desenvolvem-se após 48 a 72h de internamento hospitalar, não estando presentes, nem em incubação, no momento da admissão. Constitui o evento adverso mais comum na área da saúde, sendo também o mais estudado (Tierney et al 2006).

Admite-se que 5 a 10% dos doentes admitidos em instituições de saúde agudos adquiram uma ou mais infecções e que os riscos aumentaram substancialmente nas últimas décadas (Burke 2003 cit. por Peres 2008).

Não sendo um problema novo, as IACS, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo, uma vez que, à medida que a esperança de vida aumenta e que se encontram ao dispor tecnologias cada vez mais invasivas, bem como um maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Segundo a mesma autora, estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (Silva, 2008).

Siegel, Rhinehart et al, 2007 cit por Pina e Peres (2008) consideram que o termo “infecção nosocomial” foi substituído por “infecção associada aos cuidados de saúde” (IACS) como consequência da transição dos cuidados de saúde prestados essencialmente por instituições de cuidados agudos para outros cenários onde estes também ocorrem (como cuidados domiciliários, de ambulatório ou lares residenciais), criando assim, a necessidade de recomendações aplicadas também nesses cenários, mantendo a adesão a princípios comuns da prática de controlo de infecção

A infecção nosocomial constitui uma realidade actual, assustadora, e representa cada vez mais um problema de saúde a que as instituições de saúde e os seus profissionais devem prestar particular atenção, por todos os custos que envolve, quer económicos, quer sociais e psicológicos (Palma et al., 2006).

3.1 - CADEIA EPIDEMIOLÓGICA DA INFECÇÃO

A transmissão da infecção numa unidade de saúde requer três elementos: uma fonte ou reservatório de microrganismos/infecção; um hospedeiro e as vias de transmissão dos microrganismos/infecção. Para melhor direccionar as medidas de isolamento e outras medidas interventivas, é necessário conhecer a cadeia epidemiológica da infecção (DGS, 2007).

Modelos de representação de factores etiológicos:

Embora a história natural seja de grande utilidade para a abordagem do binómio saúde-doença, trata-se apenas de uma das abordagens possíveis. Algumas das outras abordagens para a concepção teórica da representação dos factores etiológicos que

permitem a interpretação das suas inter-relações e as medidas de intervenção são: o modelo linear da cadeia de eventos, a tríade ecológica, o modelo circular ou da roda e o modelo sistémico (DGS, 2007).

1. **Cadeia linear:** representa uma sequência de acontecimentos e enfatiza a figura do agente. É um modelo racional para aplicação às doenças infecciosas em geral.
2. **Tríade ecológica:** agente, hospedeiro, ambiente. Esta tríade sugere que, tanto as características do agente como as do hospedeiro e do ambiente devem ser tidas em conta quando se estuda as infecções.
3. **Modelo da roda:** O hospedeiro estaria no centro da roda com a sua carga genética, anatomia e fisiologia, estilo de vida, e seria cercado pelos meios biológico, físico e social. Os desequilíbrios desta inter-relação estariam na origem da doença.
4. **Modelo sistémico** e a rede de causas: múltiplas causas – múltiplos efeitos.

Tendo presente estes modelos, as intervenções devem tentar atacar os pontos mais fracos da cadeia, da inter-relação entre os vários factores. A fundamentação das medidas de prevenção nestes elos permite racionalizar as acções específicas em vez de se empreender acções inespecíficas na tentativa de controlar as infecções (DGS, 2007).

Agente

Os microrganismos encontram-se em toda a parte: no ar que respiramos, no nosso corpo, na nossa roupa, nos alimentos, na água, nos animais, nas plantas, nos resíduos humanos. Os microrganismos são parte essencial da nossa ecologia e, para que se mantenha um equilíbrio desejável, é necessário compreender a sua interacção com o homem. São poucos os microrganismos que apresentam perigo para o ser humano (DGS, 2007).

Hoje em dia, apesar dos progressos no tratamento das doenças infecciosas, estas infecções continuam a ser um problema importante de saúde pública. Embora a descoberta dos antibióticos tivesse levado alguns a pensar que as doenças infecciosas tinham sido erradicadas, as grandes esperanças quanto à erradicação das infecções não se vieram a concretizar e verifica-se que: Continuam a surgir resistências aos antimicrobianos; Doenças infecciosas que se julgava desaparecidas voltam a surgir; Surgem novos agentes infecciosos; Identificam-se novos agentes causais infecciosos noutras doenças.

A maioria das infecções nosocomiais é causada por bactérias e vírus, menos frequentemente por fungos e raramente por parasitas. Uma das características importantes do agente é a sua patogenicidade: a sua capacidade de produzir doença. Esta patogenicidade é representada pela virulência e capacidade de invadir os tecidos. Outro

factor importante é a dose infectante, isto é, o número de microrganismos necessário para provocar infecção. Há ainda que considerar a especificidade do agente em relação ao hospedeiro (DGS, 2007).

O Homem vive geralmente em harmonia com o mundo dos micróbios e só um pequeno número de espécies (3%) causam infecção em pessoas saudáveis (Fernandes, 2000).

Reservatório ou fonte

- **Reservatório** é o local onde o microrganismo se mantém, metaboliza e multiplica. Todos os microrganismos têm o seu reservatório próprio e as medidas de prevenção devem ser dirigidas a ele em primeiro lugar. Os reservatórios possíveis são de natureza inanimada, de origem animal, de origem no Homem, de origem no Ambiente (DGS, 2007).

- **Fonte:** a fonte é o local de onde o agente infeccioso passa para o hospedeiro quer por contacto directo ou indirecto. A fonte pode ser o próprio reservatório ou a fonte pode ser contaminada pelo reservatório e pode ser fixa ou móvel (DGS, 2007).

Porta de saída

- Pode ser única ou múltipla: as principais portas de saída no ser humano são as vias gastrintestinais e respiratória mas as feridas e a pele também podem sê-lo (DGS, 2007).

Vias de Transmissão

A transmissão a partir da fonte até ao hospedeiro pode ser através do contacto directo (pessoa para pessoa) ou indirecto (através de equipamento contaminado), veículo comum, por via aérea ou através de vectores.

A principal via de transmissão exógena é o contacto directo ou indirecto. Os alimentos e o ar são vias possíveis, mas menos frequentes (DGS, 2007).

Porta de entrada

As principais portas de entrada são: Aparelho respiratório, Aparelho digestivo, Pele e membranas mucosas e Placenta. Para além das vias respiratória, gastrintestinal, genito-urinária, as mucosas e a pele lesada, os procedimentos invasivos criam portas de entrada na medida em que ultrapassam as barreiras naturais de protecção do indivíduo e expõem ao contacto com o exterior locais normalmente protegidos (DGS, 2007).

Hospedeiro susceptível

Após a entrada dos microrganismos no corpo humano, três situações se podem dar:

- Não encontram um ambiente favorável e morrem rapidamente;
- Encontram um ambiente favorável numa área favorável da pele ou mucosas e mantêm-se aí criando uma relação inofensiva ou benéfica: colonização;
- Invadem os tecidos directamente ou através das toxinas que produzem e causam efeitos clínicos adversos: infecção.

Para surgir uma infecção são necessárias algumas condições: é necessário que os microrganismos tenham acesso a uma porta de entrada que lhes seja favorável; que o número de microrganismos seja significativo em função da sua virulência; que o microrganismo tenha afinidade para o tecido em causa e que o hospedeiro seja susceptível.

As características do hospedeiro que podem afectar a sua susceptibilidade à infecção são a idade, o estado da imunidade, as doenças subjacentes e as intervenções médicas, cirúrgicas e outros procedimentos invasivos.

Não é possível evitar completamente a infecção nosocomial. Importa pois conhecer quais as infecções evitáveis e actuar sobre os factores em que é possível intervir: as fontes e as vias de transmissão exógenas, já que os factores do hospedeiro são menos susceptíveis de intervenção.

Para que um programa de controlo de infecção seja eficaz é necessário que todos os profissionais conheçam os verdadeiros riscos e os meios mais eficazes e económicos para os minimizar. A prevenção e controlo de infecção é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde e tem como objectivo evitar que os agentes patogénicos tenham acesso, em número significativo, às portas de entrada de um hospedeiro susceptível (DGS, 2007).

3.2 – INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO HOSPITALAR

A infecção nosocomial (IN) é comum a todo o mundo, tanto aos países desenvolvidos como aos países pobres, estando estas infecções adquiridas em instituições de saúde entre as mais importantes causas de morte e aumento da morbilidade nos doentes hospitalizados, o que faz serem consideradas, um peso significativo tanto para os doentes como para a saúde pública.

A OMS levou a cabo um inquérito de prevalência em 55 hospitais de 14 países, que representavam 4 regiões da OMS (Europa, Mediterrâneo Oriental, Sudoeste Asiático e

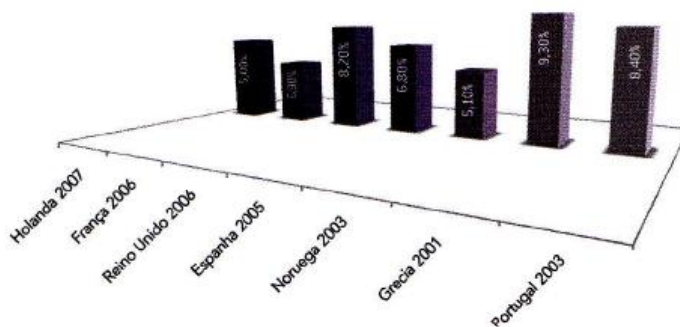
Pacífico Ocidental), no período compreendido entre 1983 e 1985, o qual mostrou que 8,7% dos doentes hospitalizados, em média, contraíam infecções nosocomiais, sendo o valor máximo de 21% e o valor mínimo de 3% (Rebelo et al., 2007; Ducel et al., 2002).

Estima-se que ocorreram cerca de 1.7 milhões de infecções nosocomiais nos hospitais dos Estados Unidos em 2002 e estima-se que estas estiveram associadas a aproximadamente 99 000 mortes (DGS, 2007).

De acordo com dados colhidos pelo 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).

Na última década a taxa de prevalência de infecções hospitalares nos países europeus varia de 5 a 10%, encontrando-se os resultados dos estudos mais recentes, realizados a nível europeu, resumidos no quadro seguinte (Costa, 2011):

Figura 1 – Taxa de infecções hospitalares nos países europeus



Fonte: COSTA, Ana Cristina – Controlo de infecção. *Tecno hospital*. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011) p. 13-16.

Estas diferenças nas taxas, são explicadas, em grande parte, pelas diferentes metodologias adoptadas pelos países na realização destes estudos.

Na Europa mais de quatro milhões de doentes são afectados por aproximadamente 4,5 milhões de episódios de IACS, os quais causam 16 milhões de dias de internamento suplementares, 37000 mortes e custam aproximadamente 7 milhões de euros por ano (Costa, 2011).

De acordo com o estudo de Prevalência de infecção realizado em Portugal no ano 2009, que teve a participação de 114 hospitais e em que foram estudados 21 459 doentes a taxa de prevalência de doentes com infecção nosocomial foi de 9,8% e a prevalência de

infecção nosocomial foi de 11%. No ano de 2010 o mesmo estudo teve a participação de 97 hospitais incluindo 14 hospitais privados, num total de 21011 doentes. Observou-se uma taxa de prevalência de infecção nosocomial de 11,7% em 9,8% de doentes e uma taxa de prevalência de infecção da comunidade de 22,5% em 22,3% de doentes.

No que se refere à ocorrência de infecção por *staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA), verifica-se que, nos países do Sul da Europa, a taxa oscila entre os 20 e 40%. Em Portugal, em 2004, rondava os 50%, segundo o tipo de internamento em análise (DGS, 2007).

No ano de 2009 o *Staphylococcus aureus* metilina resistente foi o microrganismo mais frequentemente isolado nas IN (15,8%) (Costa et al, 2009).

No ano de 2010 observou-se um predomínio de bactérias de Gram negativo. O *Staphylococcus (aureus e epidermidis)*, *E. coli* e *Pseudomonas aeruginosa* corresponderam a 66% dos microrganismos isolados. O dado mais preocupante é uma taxa de MRSA de 69,2% (Pina et al, 2010).

Até ao momento, através dos resultados dos estudos de incidência e de prevalência de infecção obtidos, observa-se que a dimensão do problema da infecção em Portugal é muito semelhante à da maioria dos países europeus, à excepção da infecção por estirpes resistentes, sobretudo por *staphylococcus aureus* metilina-resistente, onde parece ser mais elevada (Costa et al, 2011).

3.3 – PRINCIPAIS INFECÇÕES NOSOCOMIAIS E SUA PREVENÇÃO

O ambiente hospitalar, apesar das medidas tomadas pelas instituições é sempre um meio de eleição para a propagação e desenvolvimento de infecções. O organismo do doente encontra-se com as defesas diminuídas. O ambiente hospitalar apresenta logo à partida condições óptimas para o desenvolvimento patogénico.

As infecções hospitalares resultam de múltiplos factores, como, aliás, já vimos anteriormente, factores esses que predisõem ao aparecimento de diversos tipos de infecção.

Iremos, agora, abordar as infecções nosocomiais mais frequentes, caracterizando-as e descrevendo as medidas adequadas para a sua prevenção.

De acordo com o Inquérito de Prevalência de Infecção Nosocomial 2010 de âmbito nacional, refere que a prevalência de IN por serviços/áreas assistenciais onde se observou taxas mais elevadas foi respectivamente nas UCIP/outras UCI (39,7%), seguindo-se as Cirurgias/Especialidades Cirúrgicas (16,3%) e Hematologia-oncologia (15,9%). As taxas

mais baixas correspondem aos serviços de obstetrícia/Ginecologia (1,8%) e Psiquiatria (1,3%) (Pina et al 2010).

Pina et al (2010) consideram como factores predisponentes para aquisição de infecção, os factores de risco intrínseco (FRI) (doentes com tumores sólidos ou hematogénicos, doentes neutropénicos e imunodeprimidos) e factores de risco extrínseco (FRE) (procedimentos invasivos - presença de cateter venoso central, cateter venoso periférico, cateter urinário, alimentação parentérica, ventilação invasiva; Tipo de cirurgia – limpa, contaminada ou suja).

Dos doentes estudados, 20,6% não apresentava qualquer FRE podendo ser considerados de baixo risco, apresentando uma taxa de prevalência de IN de 5,9%; Em 42% dos doentes verificou-se a presença de 1 FRE sendo a taxa de IN de 25,8%; em 28,2% dos doentes observaram-se 2 a 3 FRE e uma taxa de IN de 38,1%; 9,2% dos doentes tinham mais de 3 FRE com uma taxa de IN de 30,1%. Os doentes com 2 ou mais FRE podem ser considerados de risco elevado (Pina et al 2010).

Consideram também a idade da população estudada, o tempo de internamento a lotação hospitalar e o uso de antimicrobianos segundo o tipo de infecção.

Estudos efectuados em 1988 e 1993, se concluiu que cerca de 10% dos doentes internados nos hospitais portugueses adquiriram uma infecção nosocomial, sendo a infecção urinária a mais frequente (Pina, 2003).

O estudo de prevalência de infecção, realizado em Portugal no ano 2009, revelou que os tipos de infecção mais prevalente foram as infecções das vias respiratórias e das vias urinárias, com taxas de 3,8% e 2,7% respectivamente. As infecções do local cirúrgico e as infecções nosocomiais da corrente sanguínea representam, 1,3% e 0,7% do total de infecções (Costa et al 2009). Este estudo vai de acordo aos resultados obtidos no estudo de prevalência Infecção nosocomial de 2010 que nos remete para cinco localizações mais frequentes: vias respiratórias inferiores (33,2%), vias urinárias (23,8%), local cirúrgico (14,3%), pele e tecidos moles (10,1%) e corrente sanguínea (5,9%) corresponderam a 87,3% das IN (Pina et al, 2010).

Veloso et al (2008) refere que as localizações mis frequentes das IN são respectivamente as vias respiratórias (29%), vias urinárias (25,8%), seguidas das hematogéneas (12,9%) e infecção do SNC (9,6%).

Infecção respiratória nosocomial

De acordo com os últimos estudos apresentados a infecção das vias respiratórias inferiores é a infecção nosocomial mais frequente, verificando-se uma maior prevalência nos

serviços de Medicina / especialidades (55,1%) e nas unidades de cuidados intensivos (31,6%) (Pina et al 2010).

A infecção respiratória de origem hospitalar mais comum é a pneumonia nosocomial. Os doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva são os mais susceptíveis uma vez que têm as primeiras linhas de defesa contra a infecção alteradas, são dos doentes que estão em maior risco de desenvolver Pneumonia Nosocomial. Esta infecção precoce resulta quase sempre da aspiração consequente à própria entubação. (Pina et al 2004).

Nos doentes ventilados mecanicamente a taxa de infecção nosocomial é de 8,3% a par dos doentes sem ventilação invasiva é de 3,5% (Pina et al, 2010).

A Pneumonia associada à ventilação é uma complicação que tem sido descrita em 8-28% dos doentes ventilados. A sua incidência varia com o tipo de Unidade e com as afecções e gravidade dos doentes admitido, chegando a atingir mais de 70% nos doentes com Síndrome de Dificuldade Respiratória do Adulto (*ARDS*). É responsável por 20 a 30% da mortalidade hospitalar, aumenta significativamente quer a demora média (em cerca de 4 dias) quer os custos (Pina et al 2004).

O agente infeccioso mais frequente é a *Pseudomonas aeruginosa*, seguida de *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella sp*, *Enterobacter* e *Escherchia coli*.

A infecção respiratória nosocomial é definida com a “existência de febre, tosse, secreções purulentas, aparecimento de sinais sugestivos de pneumonia na radiografia do tórax, culturas positivas na expectoração ou nas hemoculturas”. Estas manifestações podem surgir 48 a 72 horas após o internamento e até 48 horas após a alta (DGS, 2004).

Uma das medidas preventivas recomendadas por Pina (2005), passa pela realização de cinesiterapia respiratória de acordo com a situação clínica do doente. A aspiração só deve ser feita quando necessário, sem protocolos preestabelecidos, uma vez que constitui risco de infecção.

Infecção urinária

Actualmente e segundo os estudos demonstrados a infecção urinária é a segunda infecção nosocomial mais frequente, predomina em doentes algaliados e está directamente relacionada com o número de dias de permanência do cateter urinário (Pina, 2005).

A taxa de IN é superior em doentes com presença de cateter urinário (7,9%) do que sem a presença deste (1,2%) (Pina et al, 2010). A presença de algália também facilita o desenvolvimento de biofilme (acumulação de microrganismos e respectivos produtos

celulares formando uma comunidade estruturada numa superfície sólida) entre o cateter e a mucosa uretral, constituindo um ambiente propício para as bactérias invadirem e proliferarem, já que estão protegidas dos mecanismos de defesa do hospedeiro, da acção dos antimicrobianos e da própria acção mecânica do fluxo de urina (Tenke et al, 2008 cit. por Teixeira 2010).

O agente etiológico isolado mais presente nesta infecção é *Escherichia coli*, assumindo maior importância no sexo feminino, ao passo que, no sexo masculino, outros agentes para além de *E. coli*, como *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus* spp e *Enterococcus* spp, assumem maior importância (Teixeira, 2010).

As infecções urinárias nosocomiais, são definidas pela “presença de sinais e sintomas e uroculturas positivas após 72 horas do internamento hospitalar e até sete dias após a alta desde que não associadas a procedimentos de manipulação ou instrumentalização em ambulatório” (Henriques e Almeida, 2005, p.55).

São vários os factores de risco relacionados com a ITU nosocomial descritos em diversos estudos. Os não modificáveis relacionados com a susceptibilidade do utente à infecção, como a idade avançada, o género feminino, o estado debilitado (utentes com outros locais activos de infecção), a severidade da doença na admissão e a doença crónica preexistente (como a diabetes, a desnutrição e a insuficiência renal); os modificáveis, como de terapêutica imunossupressora e/ou antimicrobial, o prolongamento da estadia no hospital, a manipulação urológica e a presença de cateter vesical (Fernandes, 2009).

O factor de risco mais importante no desenvolvimento de ITU nosocomial, reside na presença de cateter vesical, correspondendo a 80% dos casos (Kalsi, 2003; Lai, 2002 cit. por Fernandes 2009).

A probabilidade de aquisição de uma infecção urinária vai aumentando na proporção directa da duração da cateterização, mesmo que se cumpram rigorosamente todas as medidas de prevenção (Fernandes, 2000).

O risco de contrair bacteriúria é de 5% por cada dia de cateterização. Dos doentes que adquiriram infecção associada à cateterização urinária, 1-4% desenvolverá bacteriémias, desses, 13-30% morrerão (Pratt et al, 2001; Mangnall e Watterson, 2006 cit por Graveto, 2009).

Os profissionais de saúde devem algaliar o doente somente quando estritamente necessário. A incontinência urinária isolada não é uma indicação para a cateterização vesical. Quando algaliado deverá manter o saco colector abaixo do nível da bexiga, de modo a evitar o refluxo de urina (Henriques e Almeida, 2005).

Estas infecções constituem um grave problema de saúde pública e, apesar de não estarem disponíveis dados exactos para a Europa, sabe-se que são responsáveis por um número elevado de internamentos anualmente, e, por outro lado, pelo aumento do tempo de internamento em doentes previamente admitidos, tendo como consequências o aumento das taxas de mortalidade e morbilidade, aumento dos custos de tratamento e da duração do internamento (Graveto, 2009).

Infecção do local Cirúrgico

A infecção do local cirúrgico é, conjuntamente com a infecção respiratória, a infecção urinária e a bacteriémia relacionada com os catéteres vasculares, uma das infecções nosocomiais mais frequentes. Nos inquéritos de prevalência efectuados em Portugal em 1988, 1993 e 2003, a infecção do local cirúrgico representou, respectivamente, 20%, 16% e 13,03% das infecções nosocomiais detectadas, tendo sido o tipo de infecção mais frequente nos serviços de Cirurgia. Também no sistema de vigilância epidemiológica NNIS nos anos 1986-1992, foi a infecção mais frequente (37%) (Pina et al 2004).

Em 2009 e de acordo com o estudo de Prevalência de Infecção, a prevalência da infecção do local cirúrgico foi de 1,3% (Costa, 2011). Em 2010 este tipo de infecção foi mais frequente nos serviços cirúrgicos (26,1%), seguida das unidades neonatais/perinatais (21,6%), correspondendo a 14,3% das infecções nosocomiais (Pina et al 2010).

O risco de infecção está relacionado com factores intrínsecos (do doente e da própria cirurgia), aspectos da preparação pré-operatória e factores intra e post operatórios. Nos factores intrínsecos, há a referir a diabetes, o tabagismo, a terapêutica com esteróides, o estado nutricional e as transfusões de sangue. Na preparação pré-operatória do doente, o duche com anti-séptico, a tricotomia, a desinfecção das mãos do cirurgião e da restante equipa cirúrgica, a atitude perante o pessoal infectado ou colonizado, a profilaxia antibiótica e a duração do internamento pré-operatório são factores a ter em consideração. O ambiente no bloco operatório, o vestuário do pessoal dos trabalhadores do bloco, os campos cirúrgicos, a assepsia e a técnica cirúrgica são factores intra-operatórios que condicionam o aparecimento da infecção do local cirúrgico. O factor post-operatório mais importante é o penso e a sua técnica de execução (Pina e Silva, 2004).

A infecção do local cirúrgico classifica-se em Incisional superficial, Incisional profunda e Órgão / Espaço.

As recomendações elaboradas, com base nesses estudos, pela HICPAC (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee) do Programa de Controlo de Infecção do CDC, Atlanta, e publicados no *Infection Control and Hospital Epidemiology* - Abril 1999,

reportam-se essencialmente às recomendações no pré-operatório relacionadas com o doente, ao vestuário e campo cirúrgico e Cuidados incisionais no Post-operatório.

Infecção ou bacteriémia associada a acessos vasculares

A infecção ou bacteriémia associada a acessos vasculares ocupa um lugar assaz importante na topografia das infecções hospitalares, e está ligada ao avanço tecnológico e à preocupação de maior sobrevivência dos doentes.

No programa HELICS-UCI, define-se infecção da corrente sanguínea como:

hemocultura(s) positiva(s) de um agente patogénico reconhecido; ou uma combinação de sintomas clínicos (febre superior a 38°C, arrepios, hipotensão) e duas hemoculturas positivas de um contaminante da pele em 2 amostras separadas obtidas num período inferior a 48 horas. Dessa forma, só são incluídas as infecções com comprovação microbiológica, não estando contemplados os casos de sepsis clínica (Pina et al, 2010).

A exposição a procedimentos invasivos, assim como a permanência de dispositivos invasivos, foram identificados como importantes factores de risco de natureza extrínseca. No que se refere às INCS (Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea — septicemia) verificou-se o seu aumento, provavelmente associado ao aumento concomitante de uso de cateter vascular central (Figura 2). Tal facto poderá, eventualmente, estar relacionado com o envelhecimento da população.

Figura 2 – Taxa de prevalência das infecções nosocomiais na corrente sanguínea

	1988	1993	2003
INCS	3,24%	6,22%	9,11%
Cateter central	–	4,31%	7,96%

Fonte: Pina e Silva, 2005

Os acessos vasculares são utilizados para a administração de medicamentos ou outras terapêuticas, alimentação parentérica, em hemodiálise, monitorização hemodinâmica, etc.

De acordo com o Inquérito de prevalência de infecção de âmbito Nacional 2010, os utentes com presença de Cateter vascular central apresentaram taxas e IN de 7%, em contrapartida dos doentes que não apresentavam cateter vascular central com taxas de IN de 0,1%. Também os utentes com presença de cateter venoso periférico apresentam

índices de IN no entanto mais baixos, respectivamente de 0,9% e 0,4% para doentes sem cateter venoso periférico (Pina et al, 2010).

Nas duas últimas décadas verificou-se um importante aumento da incidência de sepsis nosocomial, que constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade hospitalares. Nos Estados Unidos, aproximadamente 8% de todas as infecções nosocomiais são sepsis. Em Espanha, de acordo com o Estudo de Prevalência das Infecções Nosocomiais em Espanha (EPINE), os números vão desde o 8 ao 11% de todas as infecções nosocomiais (Arantes, 2003 cit. por Rodrigues, 2008).

Em Portugal no ano de 2009 a taxa de IN da corrente sanguínea representa 0,7% respectivamente (Costa et al, 2009). Em 2010 as IN da corrente sanguínea corresponde a 5,9% do total das infecções. Os serviços com maior incidência de infecções nosocomiais da corrente sanguínea, são o serviço de hematologia/oncologia (49,2%), seguida das unidades neonatais e perinatais (35,1%) (Pina et al, 2010).

A prevenção da bacteriémia segundo Pina (2005) e Henriques e Almeida (2005), passa por medidas essenciais tais como:

- Definir critérios objectivos para a cateterização, perfusão e terapêutica intravenosa;
- Utilizar técnica asséptica na colocação dos catéteres centrais e durante todas as manipulações das vias de acesso e do local de inserção;
- Escolher o tipo de catéter, considerando o local de inserção e o tempo de utilização previsto;
- Desinfectar a pele do local de inserção do catéter com um anti-séptico de base alcoólica aplicado com fricção durante 30 segundos, deixar actuar até secar;
- Substituir sistemas de perfusão cada 48 a 72 horas;

3.4 - PREVENÇÃO DA INFECÇÃO NOSOCOMIAL

As infecções associadas com a prestação de cuidados de saúde constituem um importante problema de Saúde Pública, ainda que o nível de prioridade que se lhes atribui não se possa considerar muito elevado, pelo menos, na perspectiva do planeamento, programação, implementação e avaliação de programas de prevenção (Vasconcelos et al, 2011).

Esse insuficiente desenvolvimento de programas de prevenção no nosso país pode estar relacionado com diversos factores, destacando-se: europeus e nacionais, a nível local ou por sectores específicos; o insuficiente interesse (ou mesmo relativo desinteresse) dos órgãos de gestão de unidades de saúde; a insuficiente dotação de recursos humanos

formados (e treinados) para pôr em prática tais programas nos hospitais (e em outras unidades de saúde) (Pina et al, 2010).

Um dos grandes factores que mais tem contribuído para a necessidade de se incidir na prevenção, é o crescente aumento das infecções nosocomiais, 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 (Albuquerque, 2008).

Com efeito, o controlo da infecção representa uma parte importante do controlo de riscos, uma vez que cuidar de forma segura dos doentes, do equipamento e dos fluidos orgânicos é fundamental para prevenir que os doentes e profissionais contraíam infecções no hospital (Wilson, 2003 cit. por Lima 2008).

A prevenção destas infecções constitui uma responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde, devendo todos trabalhar em cooperação para reduzir o risco de infecção nos doentes e nos profissionais. Isto inclui, os profissionais que prestam cuidados directos ao doente, a gestão, as instalações, o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos, entre outros (Vasconcelos et al, 2011).

Requer um programa integrado e monitorizado que inclua os seguintes componentes essenciais: limitar a transmissão de microrganismos entre doentes durante os cuidados directos que lhes são administrados, através da lavagem das mãos e da utilização de luvas, da prática asséptica adequada, de estratégias de isolamento, de práticas de esterilização e desinfecção e tratamento de roupas; controlar os riscos ambientais de infecção; proteger os doentes pela utilização de profilaxia antibiótica, nutrição e vacinação; limitar o risco de infecção endógena minimizando os procedimentos invasivos e promovendo a utilização correcta de antibióticos; fazer a vigilância epidemiológica das infecções, identificando e controlando surtos; prevenir infecções nos profissionais; intensificar as boas práticas de cuidados aos doentes e a formação contínua dos profissionais” (Ducel et al., 2002, p.47).

A vigilância epidemiológica é considerado o pilar da prevenção deste tipo de infecções, já que, segundo os peritos, pode evitar até 33% das mesmas (Palacios, 2008).

Existe porém a convicção de que o caminho no que respeita à prevenção, já está trilhado, na medida em que existem as normas emanadas pela tutela que uniformizam as boas práticas, cabendo assim a cada profissional, o empenho na aplicação das mesmas.

3.5 – PRECAUÇÕES BÁSICAS

As precauções básicas, previamente designadas por Universais, constituem estratégia de primeira linha, para o controlo das infecções associadas à prestação de

cuidados de saúde. São um conjunto de medidas que devem ser cumpridas sistematicamente, por todos os profissionais que prestam cuidados de saúde, a todos os doentes, independentemente de ser conhecido o seu estado infeccioso. As Precauções Básicas aplicam-se a: sangue e fluidos orgânicos, secreções e excreções (excepto suor) e soluções de continuidade da pele e membranas mucosas.

As Precauções Básicas constam do seguinte:

- Higienização das mãos;
- Uso racional das barreiras protectoras, adaptadas aos procedimentos (Luvas, máscara ou respirador facial, protecção de olhos e face, bata, avental de plástico);
- Isolamento - colocação dos doentes, conforme a cadeia epimiológica da Infecção (isolamento estrito, por coortes e de contacto).
- Controlo ambiental: ambiente, material, resíduos, roupas, alimentação, desinfestação, transporte de doentes;
- Prevenção dos acidentes por picada/ corte e encaminhamento pós-exposição e programa de vacinação.

3.5.1 - Lavagem das mãos

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efectivas na redução da infecção associada aos cuidados de saúde contribuindo desse modo para a redução da morbidade e mortalidade dos doentes. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes, e entre doentes através das mãos, é uma realidade incontornável (Carneiro, 2011).

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

Os profissionais de saúde devem higienizar as mãos de acordo com o modelo conceptual dos “*Cinco Momentos*” proposto pela OMS, aos quais correspondem as indicações ou tempos em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica. Com o intuito de facilitar a compreensão, este novo conceito integrado foca apenas cinco indicações.

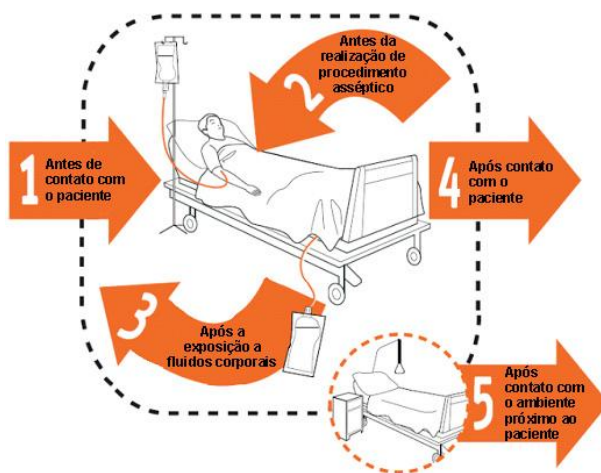
Os “cinco momentos” para a higiene das mãos na prática clínica são os seguintes:

1. Antes do contacto com o doente;

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

DGS (2010)

Figura 3 - Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos (Conceito dos “Cinco Momentos”)



Fonte: Direcção Geral da Saúde, 2010

Técnicas de higiene das mãos

De modo a simplificar a interpretação do vasto leque de conceitos sobre higiene das mãos, são definidos três métodos a utilizar. De acordo com os procedimentos a efectuar, assim a técnica de higienização a utilizar:

a) **Lavagem:** higiene das mãos com água e sabão (comum ou com antimicrobiano). Esta técnica aplica-se às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições, após usar as instalações sanitárias. O procedimento demora cerca de 60 segundos.

b) **Fricção anti-séptica:** aplicação de um anti-séptico de base alcoólica para fricção das mãos (a sua utilização não necessita de água nem de toalhetes). Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/assépticos, como, na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 15-30 segundos.

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

Figura 4 – Técnica de lavagem das mãos



Fonte: Direcção Geral da Saúde, 2010

A transmissão cruzada de agentes patogénicos, geralmente através das mãos, temporariamente contaminadas de profissionais de saúde, representa um importante meio de aquisição de infecções nosocomiais.

Vários estudos têm demonstrado a baixa adesão à existência de protocolos de higiene. Recentemente avanços em ciência de comportamento e da investigação acerca do cumprimento da higiene das mãos, têm permitido compreender melhor os obstáculos para aumentar a conformidade com as práticas de higiene das mãos, dentro das instituições de saúde (Carneiro et al, 2011).

Com a adesão de Portugal em 2008 ao desafio *Clean care is safer care* da “World Alliance for patient Safety” da OMS, cujo principal objectivo é fomentar a higiene das mãos em todos os hospitais à escala mundial e nacional. Os indicadores de sucesso desta campanha são o aumento da adesão dos profissionais de saúde à prática da higiene das mãos e a diminuição da prevalência das IACS. Foi possível, após o primeiro ano de

implementação desta campanha diminuir em 4% a taxa de *staphylococcus aureus* metilina-resistente (MRSA), que é um dos microorganismos que tem causado grande preocupação, não só porque Portugal é um dos países da Europa com taxas mais elevadas, mas também porque os custos atribuíveis às infecções por MRSA, são muito superiores, relativamente às infecções por *S. aureus* sensíveis à metilina (Costa, 2011).

3.5.2 - Equipamentos de protecção individual

É responsabilidade de cada profissional de saúde seleccionar as barreiras protectoras mais apropriadas em função do contacto previsto (luvas, mascar e protecção de olhos, luvas e avental plástico). Para quebrar a cadeia epidemiológica da transmissão cruzada da infecção é necessário: Adequar as barreiras protectoras aos procedimentos; Cumprir as regras de colocação e remoção das mesmas; Formar e treinar profissionais e educar os doentes e visitas para a selecção das barreiras (DGS, 2007).

Uso de luvas

As luvas devem ser usadas para procedimentos invasivos, contacto com locais estéreis, pele não intacta, membranas mucosas e durante todas as actividades em que haja risco de exposição a sangue, fluidos orgânicos, secreções e excreções. As luvas estéreis devem ser usadas em procedimentos que envolvam assépsia (técnicas assépticas) e as não estéreis para procedimentos em que apenas se pretende protecção dos profissionais, de acordo com a figura 5. Devem existir luvas de nitrilo ou outro material similar para contacto com químicos. Para as limpezas devem ser usadas luvas de borracha (ménage).

Figura 5 – Indicação para o uso de luvas



Fonte: Direcção Geral da Saúde, 2010

As luvas devem ser seleccionadas de acordo com os procedimentos e o nível de risco que representam para o doente e o risco para os profissionais de saúde. Estas devem mudadas entre procedimentos no mesmo doente após contacto com material que possa conter alta concentração de microorganismos e removidas imediatamente após a sua utilização. Ter especial atenção aos cortes e outros ferimentos da pele, devendo estes ser cobertos com adesivos impermeáveis antes de prestar cuidados (DGS, 2007).

3.5.3 - Higiene do ambiente hospitalar

O conceito de ambiente seguro, refere-se ao espaço que nos rodeia e no qual as pessoas (doentes, visitas e profissionais) não correm risco de infecção ou outros riscos. No contexto das Unidades de Saúde refere-se às práticas ou processos de eliminação, remoção ou destruição da contaminação existente no ambiente e que pode atingir o hospedeiro susceptível. O controlo do ambiente e a sua relação com o risco de infecção, dependem de diversas variáveis: Tipo de procedimentos; Susceptibilidade do hospedeiro; Comportamento dos profissionais; Nível de limpeza/desinfecção/esterilização dos dispositivos médico; Nível de higienização do ambiente (DGS, 2007).

A transmissão cruzada de infecção induzida pelas pessoas e as suas práticas, assume um papel preponderante no contexto do aparecimento destas infecções. No entanto, reconhecesse que um ambiente limpo e seco reduz os riscos de infecção dos doentes e profissionais, na medida em que a limpeza reduz significativamente o número e tipo de microorganismos presentes no ambiente e promove a ausência de humidade que é outro dos requisitos essenciais para manter o ambiente salubre (DGS, 2007).

Na tentativa de controlar o ambiente, há que estabelecer regras em relação ao circuito de limpos e de sujos, no que diz respeito à circulação de roupa, de resíduos e da alimentação (DGS, 2007).

3.6 – BARREIRAS DE PROTECÇÃO CONTRA A INFECÇÃO CRUZADA

O estabelecimento de barreiras de protecção contra a infecção cruzada é designado por isolamento e é baseado na criação de barreiras físicas para evitar a transmissão de agentes infecciosos de um indivíduo para o outro (Pina, 1996).

Para além do cumprimento das Precauções Básicas atrás descritas, existem as recomendações complementares ou adicionais - Precauções Dependentes das Vias de Transmissão **Via aérea**, **Gotículas** e **Contacto** (directo e indirecto). Estas Precauções têm por objectivo, orientar os profissionais na prestação segura dos cuidados de acordo com a

cadeia epidemiológica da infecção, as vias de transmissão e as patologias. As Precauções Dependentes das Vias de Transmissão complementam as Precauções Básicas mas não as substituem (DGS, 2007).

O isolamento é “o estabelecimento de barreiras físicas de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir a transmissão de agentes infecciosos: de um doente para o outro, dos doentes para os prestadores de cuidados e dos prestadores dos cuidados para os doentes (Alves e Alves, 2003).

Para Henriques e Almeida (2005, p.97) referem que o isolamento é o “estabelecimento de barreiras físicas de níveis variáveis, de modo a limitar ou mesmo suprimir, a transmissão dos agentes infecciosos”.

Consideram-se dois tipos de isolamento:

- **Isolamento protector** ⇨ consiste em prevenir as infecções em doentes imuno-comprometidos, quer pela natureza da sua doença, quer por terapêuticas imunossupressoras a que estão sujeitos;
- **Isolamento de contenção** ⇨ consiste em prevenir a transmissão de doenças infecciosas de um doente para os outros e/ou para os profissionais.

Estes dois processos podem ser postos em prática separadamente ou em combinação (Alves e Alves, 2003).

3.7 – O PAPEL DA COMISSÃO DE CONTROLO DE INFECÇÃO

Através dos capítulos anteriores pode inferir-se que os valores de incidência e da prevalência da infecção nosocomial são significativamente reveladores da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Naturalmente cada um de nós tem um papel importantíssimo a desempenhar na sua instituição, independentemente da sua área profissional, pois todos temos de participar na prevenção da infecção e na aplicação de medidas de controlo para a diminuição do risco de disseminação. A implementação de práticas consistentes baseadas na evidência científica e aplicadas na actividade diária é um dos grandes desafios dos profissionais dedicados ao controlo da infecção (Coelho et al, 2011).

Os programas de controlo de infecções são eficazes sempre que sejam integrais e compreendam actividades de vigilância e prevenção, bem como formação do pessoal (DGS, 2007).

A formação dos profissionais de Saúde é um elemento fundamental na prevenção das infecções nosocomiais, pois só possuindo os conhecimentos se pode actuar

correctamente, “a formação deve ser dirigida a todos os profissionais que trabalham nas Instituições de Saúde, tanto os que prestam cuidados directos, como os que trabalham noutras áreas (exames complementares, serviços hoteleiros, etc.)” Pina, 2006 cit. por Lima, 2008).

Cada vez mais, a prática dos cuidados de enfermagem é um foco de grande atenção a nível infeccioso, pois os enfermeiros são os profissionais, que devido ao seu elevado número de horas de prestação directa de cuidados de enfermagem podem, no campo da prevenção e controlo da infecção hospitalar, desempenhar um papel fulcral. Desta forma torna-se imperativo e essencial que as boas práticas sejam uma constante na sua forma de estar, ser e actuar (Lima, 2008).

Na referência ao papel do enfermeiro nas comissões de infecção, Cardoso e Silva (2004, p.56), salientam “a participação do enfermeiro como educador em potencial, gerador e multiplicador de conhecimento, actualizando, supervisionando, corrigindo e orientando a equipe.”

O controlo das infecções hospitalares é um trabalho de todos que deverá envolver entidades governamentais, administrações das unidades de saúde, todos os profissionais de saúde, doentes e seus familiares, ou seja é transversal a toda a sociedade civil. A colaboração mais que a competição deve ser a marca do trabalho de equipa (Coelho et al, 2011).

Os profissionais são agentes de formação de conduta e opinião, podendo influenciar realidades, pelo que devem usar toda a sua capacidade para melhorar as condições de saúde da organização, e estar envolvidos e sensibilizados para a problemática do controlo da infecção. Os resultados não mudam se cada um não se assumir como agente de mudança (Vasconcelos et al 2011).

4 – METODOLOGIA

Numa sociedade cada vez mais exigente, consciente e instruída, a investigação científica, tem cada vez mais um papel relevante no desenvolvimento de conhecimentos pois é o único sistema científico que permite o exame de fenómenos para obtenção de respostas a questões que merecem ser investigadas. Passado está o tempo em que os conhecimentos eram adquiridos empiricamente, sem nunca terem sido questionadas acerca da sua validade e eficácia

No que diz respeito à profissão de enfermagem, a investigação é o motor de aquisição de novos conhecimentos, surgindo assim como um instrumento de formação da profissão. Este processo sistemático, objectivo, racional, geral, verificável, certo e falível é de suma importância na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e no aprofundamento de conhecimentos com vista à melhoria dos mesmos.

Depois de concluída a pesquisa bibliográfica acerca do tema em estudo, torna-se necessário descrever e explicar todos os métodos que vão ser utilizados ao longo do trabalho prático. A metodologia torna-se imprescindível em qualquer trabalho de investigação, pois é através dela que se estudam, descrevem e explicam todas as etapas que se vão processar.

Neste capítulo descreve-se a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo “Atitude do Enfermeiro face às Infecções Associadas aos cuidados de saúde” e para a análise dos dados.

4.1 - PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

As infecções associadas aos cuidados de saúde são um assunto que assume cada vez mais importância no meio hospitalar e é, cada vez mais, debatido no seio dos profissionais de saúde e dos enfermeiros em particular.

As infecções nosocomiais estão amplamente propagadas, crescendo cada vez mais como problema de saúde pública, com crescentes repercussões económicas e humanas. Constituem um problema de grande transcendência, tanto para doentes, por afectar um grande número deles, como para a sociedade, pelas consideráveis consequências que delas derivam. Podem-se apontar como principais causas: um maior número de pessoas em condições de aglomeração (número de pessoas/espço); uma maior

frequência de alterações da imunidade (idade, doença, tratamentos); novos microorganismos e aumento da resistência bacteriana aos antibióticos (Ducel, 2003 cit. por Rodrigues, 2008).

De facto, as infecções adquiridas durante o internamento funcionam como indicador da qualidade dos cuidados prestados num serviço ou instituição. São responsáveis por uma importante taxa de morbilidade e por uma mortalidade significativa, aumentam o número de dias de internamento e o consumo de medicamentos e, conseqüentemente, aumentam de modo significativo os custos do internamento. A demora média de internamento referindo que, sem infecção nosocomial, a demora é de 11,3 dias e com infecção nosocomial passa a 25,1 dias (Pina, 2005).

Podem constituir, também, um problema para a família do utente, tanto ao nível afectivo, como ao nível socio-económico, e daí podem surgir eventuais queixas e serem instaurados processos às instituições, acusando-as de prática negligente e, até, como acontece em países mais desenvolvidos, exigindo a reparação dos danos causados.

Nesta perspectiva, é urgente consciencializar os enfermeiros de que são actores que desempenham o papel principal na prevenção, controlo e vigilância da infecção hospitalar, devendo, por isso, adoptar condutas correctas e respeitar as normas implementadas pela instituição nesse sentido, prevenir infecções implica custos menores.

O problemas da infecção hospitalar é um problema de saúde pública reputado como sendo duma importância máxima, cujo minorar tem de constituir-se numa inquietação permanente de todos quanto trabalham nas instituições de saúde, já que nenhum deles, seja qual for a sua formação ou a sua informação, pode eximir-se a prestar uma colaboração activa no sentido de reduzir os múltiplos e graves inconvenientes provocados pelas infecções hospitalares. “as infecções nosocomiais são um desafio importante para aqueles que têm como função melhorar a saúde da população” (Veiga, 2011)

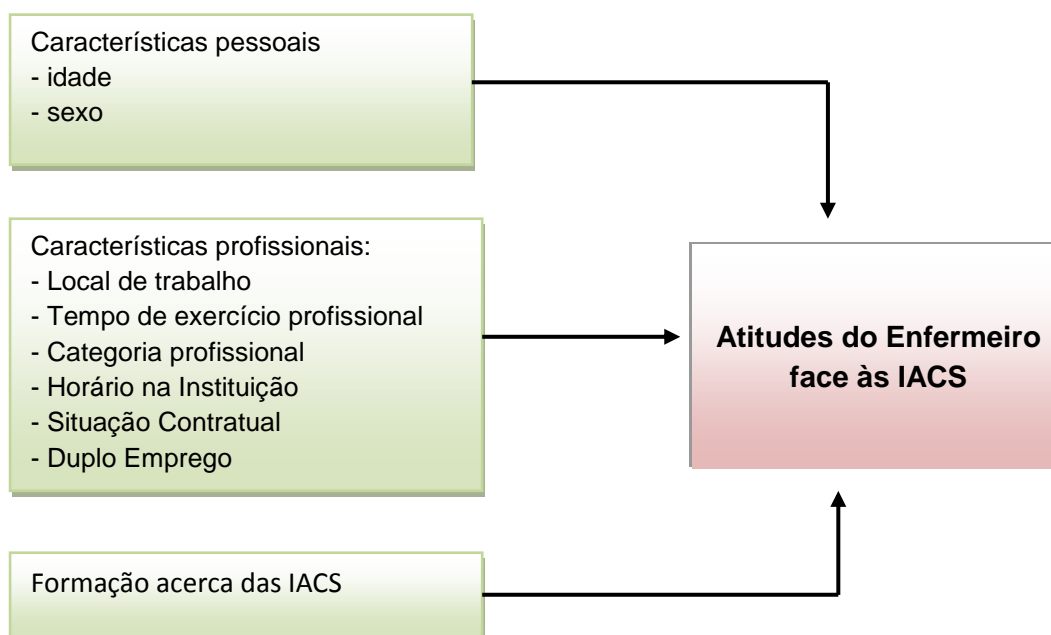
4.2 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O estudo em causa define-se como observacional com corte transversal, utilizando uma metodologia quantitativa, não experimental e com recurso à análise descritivo - correlacional, propondo-se a caracterizar as atitudes dos enfermeiros face às IACS, que se encontram na prestação de cuidados directos aos clientes.

4.3 – HIPÓTESES

Pretende este estudo caracterizar a atitude dos enfermeiros face às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, através de hipóteses não direccionadas predizendo a existência e a natureza da relação entre as variáveis, de acordo com o esquema conceptual apresentado

Figura 6 – Modelo Conceptual da relação entre as variáveis



Perante o exposto, e tendo em conta o enunciado do nosso problema, foram formuladas as seguintes hipóteses:

- **H 1** - Há relação entre as características pessoais (género e idade) e a Atitude do Enfermeiro face às IACS.
- **H 2** – As características profissionais (local de trabalho, tempo de exercício profissional, categoria profissional, horário na instituição, Situação contratual, Duplo emprego) relacionam-se com a Atitude do Enfermeiro face às IACS.
- **H 3** – Há relação entre a Formação acerca das IACS e a Atitude do Enfermeiro.
- **H 4** – As variáveis independentes (Idade, Tempo de exercício profissional, Número de horas de formação acerca das IACS) predizem as Atitudes do Enfermeiro.

4.4 - VARIÁVEIS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

Variável dependente: Atitude do enfermeiro face às IACS.

Variáveis independentes:

- Características pessoais: Género; Idade
- Características Profissionais: Local de trabalho, Tempo de exercício profissional; Formação profissional; Categoria profissional; Horário na instituição; Situação contratual; Duplo emprego
- Formação acerca das IACS.

Operacionalização da Variável dependente

Esta variável será operacionalizada com recurso à Escala de Atitudes do Enfermeiro face às IACS (Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar, 2006), constituída por trinta e seis declarações, oito das declarações (7; 8; 9; 12; 15; 21; 22 e 30) estão elaboradas na negativa.

Considera-se um conjunto de opções de resposta sob a forma de escala de *Likert* desde o concordo plenamente ao discordo plenamente com a pontuação descrita no quadro 1, com a excepção das oito questões negativas que a sua ponderação será inversa.

Quadro 1 – Ponderação para as opções de resposta segundo Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006)

OPÇÕES DE RESPOSTA	PONDERAÇÃO
Concordo plenamente	5
Concordo	4
Não concordo nem discordo	3
Discordo	2
Discordo plenamente	1

Os autores consideram que a atitude é uma disposição que resulta da organização de três componentes: afectivo, cognitivo e comportamental. As mesmas são descritas no quadro 2, no qual se incluem os indicadores abordados em cada uma das dimensões e as questões onde cada uma delas tende a ser contemplada.

Quadro 2- Operacionalização da Atitude de acordo com Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006)

DIMENSÕES	INDICADORES	QUESTÕES	SCORE
Cognitiva	Conhecimento dos riscos inerentes ao contacto com doentes; Conhecimento da utilização de medidas de protecção pessoal e da unidade.	3;5;7;9;10;12;13; 14;16;25;27;35	12 – 60
Afectiva	Sensibilização para a protecção pessoal e dos doentes.	1;6;8;11;17;20;22;24 ;29;32;33;36	12 – 60
Comportamental	Utilização de medidas de protecção pessoal; Utilização de medidas de protecção da unidade.	2;4;15;18;19;21;23;2 6;28;30;31;34.	12 – 60

As dimensões expressas anteriormente estão distribuídas sob a forma de questões equitativamente no instrumento de colheita de dados.

O score máximo aponta para uma pontuação de cento e oitenta e o score mínimo apresenta a pontuação de trinta e seis. Os dados obtidos serão agrupados em intervalos após a sua recolha de acordo com as respostas obtidas. Sendo que, quanto maior é o score obtido, mais positiva é atitude do enfermeiro face às IACS.

4.5 - POPULAÇÃO

A população em causa são os Enfermeiros prestadores de cuidados da Unidade local de Saúde da Guarda, das respectivas unidades de saúde: Centro de saúde de Seia (C.S. Seia), Centro de Saúde de Gouveia (C.S.Gouveia), Hospital Nossa Senhora da Assunção (HNSA) Seia (serviço de Medicina, Cirurgia, Urgência, Bloco operatório, Consulta externa, cuidados paliativos e convalescença) e Hospital Sousa Martins (HSM) Guarda (serviço de Medicina B, Urgência, Cirurgia Homens, Ortopedia Mulheres, UCI, Cirurgia ambulatório, Consulta externa, Pneumologia e Cardiologia).

4.6 - PARTICIPANTES

A amostra foi definida pelo método não probabilístico, onde incluímos todos os enfermeiros da Unidade Local de Saúde da Guarda, de forma acidental durante um período de tempo, comportando 142 enfermeiros, sendo 109 do género feminino e 33 do género masculino, com idades compreendidas entre os 24 e 60 anos, com uma média de idade de 36.18 anos.

Deparamo-nos com algumas dificuldades na adesão ao preenchimento dos questionários nos Centros de Saúde de Seia e Gouveia e Hospital Sousa Martins – Guarda,

talvez devido ao facto de existirem múltiplas solicitações de preenchimento de questionários nesses locais.

Foram entregues um total de 283 questionários, 22 no Centro de Saúde de Seia, 21 no Centro de Saúde de Gouveia, 74 no Hospital Nossa Senhora da Assunção – Seia e 166 no Hospital Sousa Martins Guarda. Podemos verificar que o total de questionários devolvidos e preenchidos, atingiu os 50,18% (142 questionários), que constitui a amostra do nosso estudo (cf. Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição do instrumento de colheita de dados pela ULS Guarda

Unidade Local Saúde	Centro Saúde Seia		Centro Saúde Gouveia		H. Nossa Sr. ^a Assunção - Seia		H. Sousa Martins Guarda		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Questionários										
Preenchidos	12	54.55	7	33.34	63	85.14	60	36.14	142	50.18
Não Preenchidos	10	45.45	14	66.66	11	14.86	106	63.86	141	49.82
Total	22	100.00	21	100.00	74	100.00	166	100.00	283	100.00

O serviço onde os enfermeiros desempenham funções, não foi analisado pelo facto da grande maioria da amostra, não identificar o respectivo serviço, identificando unicamente a instituição.

A maioria dos enfermeiros (76,80%) são do **sexo** feminino, sendo 23,20% do sexo masculino. No que se refere às estatísticas da **idade** em função do sexo, constatamos que em média, os homens (35,30 anos) são mais novos que as mulheres (36,46 anos). Sendo contudo o elemento mais velho, do sexo feminino com 60 anos (cf. Quadro 4).

Quadro 4 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo

Idade	n	Mínimo	Máximo	Média	Dp	Kurtosis	Skewness
Feminino	109	24	60	36.46	8.583	- 0.473	0.533
Masculino	33	25	54	35.30	8.921	-0.872	0.642
Total	142	24	60	36.18	8.645	-0.597	0.547

No sexo feminino dominam os inquiridos com 30-39 anos, com 39,40%; enquanto que nos elementos do sexo oposto dominam os inquiridos mais novos com 36,40%, contudo não se observam diferenças estatísticas significativas (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo e a idade

VARIÁVEIS	FEMININO (n=109)		MASCULINO (n=33)		TOTAL (n=142)		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Idade							1.430	0.489
<30 anos	28	25.70	12	36.40	40	28.20		
30-39 anos	43	39.40	11	33.30	54	38.00		
≥40 anos	38	34.90	10	30.30	48	33.80		

Em síntese: A amostra é constituída por 142 enfermeiros prestadores de cuidados na ULS da Guarda. O perfil médio revela enfermeiros do sexo feminino (76,80%), com idade média de 36 anos.

4.7 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a realização do estudo, utilizámos um instrumento de colheita de dados, que inclui:

Parte I - Questionário sócio-profissional;

Parte II - Escala de atitudes face às IACS (Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar, 2006);

Parte III - Resposta aberta acerca das condições no serviço que favorecem a infecção nosocomial.

Parte I – Questionário sócio-profissional

As questões são subdivididas nos itens: Características pessoais (sexo, idade) e Características Profissionais (local de trabalho, tempo de exercício profissional, Formação profissional, categoria profissional, Horário na instituição, Situação contratual, Duplo emprego e Formação acerca das IACS).

Parte II – Escala de Atitudes dos Enfermeiros face às IACS

A fim de caracterizar as atitudes dos enfermeiros, foi utilizada a Escala de Atitudes do Enfermeiro face às IACS de Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006). É uma escala de atitudes composta por 36 itens, onde o sujeito avaliado responde às questões sob a forma de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos. Após a orientação inicial descrita pelo questionário, são apresentadas as alternativas que variam de condição “concordo plenamente”, até a intensidade “discordo plenamente”, com que o indivíduo experimenta as situações descritas em cada item. No final do questionário é apresentada uma questão

aberta de forma a possibilitar ao inquirido deixar a sua opinião sobre a ocorrência da infecção associada aos cuidados de saúde no seu serviço.

Constatou-se pela análise das correlações de cada dimensão com as restantes, que estas oscilam entre associações positivas baixas (0,251) e associações positivas moderadas (0,467) ou mesmo perfeitas (1,000) para a atitude global. Estes valores indicam-nos que todas as dimensões contribuem de várias formas e com diferentes “pesos” para medir a atitude global, mas todas as dimensões contribuem no mesmo sentido (correlações positivas) para a atitude global (cf. Quadro 6).

A análise do *Alpha de Cronbach*, revela que os valores obtidos para cada uma das dimensões são satisfatórios (todos superiores a 0,646), o que nos indica que mesmo excluindo as dimensões, uma a uma, os valores de fiabilidade interna (Alpha) mantêm-se superiores a 0,646; o que significa que a atitude global não depende exclusivamente de uma só dimensão. Em termos gerais, o valor de Alpha geral obtido (0,686) é considerado baixo.

No quadro seguinte estão apresentados os respectivos valores do *Alpha de Cronbach*.

Quadro 6 - *Alpha de Cronbach* nas dimensões e nota global da atitude, estudo de Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006)

Atitude	Médias	Correlação entre itens	α de Cronbach (Após itens eliminados)
Cognitiva	219.90	0.251	0.741
Afectiva	223.46	0.467	0.646
Comportamental	220.19	0.419	0.653
Atitude global	132.71	1.000	0.085
<u>α geral</u>	-----	-----	<u>0.686</u>

Da análise das diferentes dimensões da atitude, salientamos que em média a dimensão afectiva é a que mais contribui para a melhor atitude global (51,96%), seguida da dimensão comportamental (47,75%). Já a dimensão cognitiva é a que menos contribui para a atitude global (45,52%).

Na dimensão cognitiva obteve-se um mínimo de 36 pontos e um máximo de 57 pontos; na dimensão afectiva o mínimo é de 38 pontos e o máximo de 59 pontos e na dimensão comportamental da atitude verifica-se um mínimo de 39 pontos e um máximo de 55 pontos.

No valor global da atitude obteve-se um mínimo de 120 pontos e um máximo de 165 pontos.

Parte III

Condições físicas - No final do questionário foi elaborada uma questão aberta, com o objectivo dos inquiridos manifestem a sua opinião, sobre as condições que no seu serviço facilitam a infecção cruzada. As respostas obtidas foram bastante variadas e o seu conteúdo foi agrupado nas seguintes categorias: Condições Físicas, Recurso Materiais, Formação e Critérios Clínicos.

Este instrumento de colheita de dados foi aplicado durante o mês de Novembro e Dezembro de 2011, aos enfermeiros da Unidade Local de Saúde da Guarda.

4.8 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Relativamente à colheita de dados, aos inquiridos foi pedida a sua colaboração voluntária explicando o objectivo do estudo e informando-os do máximo sigilo de todas as informações constantes nas suas respostas, assim como o seu anonimato.

No que diz respeito à utilização do instrumento de colheita de dados, foi pedido o consentimento, via e-mail a todos os autores do questionário, tendo um parecer positivo de forma escrita para a sua utilização e aplicação (Apêndice I).

Deve também sempre ter-se em conta a necessidade do consentimento institucional para aplicação do instrumento de colheita de dados, motivo pelo qual foi solicitada a autorização aos Conselhos de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda (Apêndice II).

5 - RESULTADOS

A apresentação e análise dos dados está organizada em duas partes. A primeira parte consta de uma análise do tipo descritivo e na segunda é feita uma análise do tipo inferencial, em que se testa a existência de associação entre as variáveis e as Atitudes do Enfermeiro Face às IACS.

5.1 – CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Os resultados relativos ao **local de trabalho**, indicam que a grande maioria das mulheres e dos homens exercem funções no HNSA, respectivamente com 43,10% e 48,00% (cf. Quadro 7).

Quanto ao **tempo de exercício profissional**, verificamos que no sexo feminino a maioria se situa no grupo dos 10-19 anos de serviço, com 43,10%; enquanto que nos elementos do sexo oposto a maioria exerce a profissão à menos de 10 anos (45,50%) (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Características Profissionais dos Enfermeiros

	FEMININO (n=109)		MASCULINO (n=33)		TOTAL (n=142)		χ ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Local de trabalho							0.770	0.857
C.S. Seia + C.S. Gouveia	16	14.68	3	9.09	19	13.38		
HNSA	47	43.10	16	48.00	63	44.40		
HSM	46	42.20	14	42.40	60	42.30		
Tempo de exercício profissional							1.977	0.577
<10 anos	38	34.90	15	45.50	53	37.30		
10-19 anos	47	43.10	11	33.30	58	40.80		
>20 anos	24	22.02	7	21.21	23	21.83		

No que se refere às estatísticas do tempo de exercício profissional em função do sexo, constatamos que em média, os homens (11,76 anos) trabalham à menos tempo que as mulheres (13,42 anos) (cf. Quadro 8).

Quadro 8 - Estatísticas relativas ao tempo de exercício profissional segundo o sexo

	n	Mínimo	Máximo	Média	Dp	Kurtosis	Skewness
Tempo de exercício profissional							
Feminino	109	1	38	13.42	8.747	-0.027	0.631
Masculino	33	2	33	11.76	8.434	-0.265	0.754
Total	142	1	38	13.04	8.674	-0.103	0.652

No que respeita à **formação profissional**, domina a licenciatura para os dois sexos com 54,50% (masculino) e 74,10% (feminino) constando diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=15,015$; $p=0,036$). A maioria dos enfermeiros de ambos os sexos, não possui Curso de pós-graduações, Curso de Especialização/pós Licenciatura, em Enfermagem nem Curso de Mestrado.

Dos enfermeiros que possuem Curso de Pós graduação, 33,33% é na área da Emergência/urgência. A área do Curso Especialização/pós-licenciatura em Enfermagem que domina em ambos os sexos dos enfermeiros é em Enfermagem Médico-cirúrgica com 53,13%, seguida da Enfermagem de Reabilitação com 25% dos enfermeiros. No que diz respeito ao curso de Mestrado é na área de Administração e gestão serviços de saúde que se verifica o maior número de enfermeiros com 55,56% (cf. Quadro 9).

Quadro 9 – Distribuição dos enfermeiros segundo a variável Formação profissional e o sexo

Formação Profissional	FEMININO (n=109)		MASCULINO (n=33)		TOTAL (n=142)		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Formação profissional							15.015	0.036
Bacharelato	1	0.90	---	00.00	1	0.70		
Licenciatura	78	74.10	18	54.50	96	69.50		
+Pós graduação	9	5.60	1	3.00	10	5.00		
+Especialidade	12	11.00	6	18.20	18	13.50		
+Mestrado	1	0.90	1	3.00	2	1.40		
+Pós graduação, Especialidade e Mestrado	2	1.90	2	6.10	4	2.80		
+Pós graduação e Especialidade	5	4.60	2	6.10	7	5.00		
+Especialidade e Mestrado	---	00.00	3	9.10	3	2.10		
Não respondeu	1	0.90	---	---	1	0.70		
Curso de Pós Graduação	16	14.68	5	15.20	21	14.79	0.010	0.919
Áreas dos Curso de Pós Graduação								
Emergência/Urgência	5	31.25	2	40.00	7	33.33		
Gestão de Cuidados de saúde	1	6.25	1	20.00	2	9.52		
Cessação Tabágica	1	6.25	---	---	1	4.76		

Gerontologia	3	18.75	---	---	3	14.29		
Análises aerobiológicas	1	6.25	---	---	1	4.76		
Situação de crise e emergência	1	6.25	---	---	1	4.76		
Gestão/Administração de serviços de saúde	2	12.50	2	40.00	4	19.05		
Ciências do sono	1	6.25	---	---	1	4.76		
Cuidados paliativos	1	6.25	---	---	1	4.76		
Curso Especialização/ Curso pós-licenciatura em Enfermagem	19	17.43	13	39.40	32	22.54	6.545	0.011
Áreas do Curso Especialização/ pós-licenciatura em Enfermagem								
Médico-Cirúrgica	8	42.11	9	69.23	17	53.13		
Reabilitação	5	26.32	3	23.08	8	25.00		
Saúde Materna e obstétrica	1	5.26	1	7.69	2	6.25		
Saúde Comunitária	4	21.05	---	---	4	12.50		
Saúde Mental e psiquiátrica	1	5.26	---	---	1	3.12		
Curso de Mestrado	3	2.75	6	18.20	9	6.34	9.916	0.002
Áreas do Curso de Mestrado								
Administração e gestão de serviços de saúde	1	33.33	4	66.67	5	55.56		
Medicina do sono	1	33.33	---	---	1	11.11		
Enfermagem médico-cirúrgica	---	---	2	33.33	2	22.22		
Enfermagem Reabilitação	1	33.33	---	---	1	11.11		

Relativamente à **categoria profissional**, no sexo feminino dominam as enfermeiras graduadas, com 55,00%; enquanto que nos elementos do sexo oposto dominam os enfermeiros com 42,40%, constatando-se diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=8,014$; $p=0,018$).

Quanto ao **horário na instituição**, a grande maioria das mulheres e dos homens pratica horários de 35h/semana, respectivamente com 73,40% e 60,60%.

Referindo-nos à **situação contratual**, a maioria das mulheres e dos homens apresenta vínculo à função pública, respectivamente com 63,30% e 54,55%.

Quanto ao **duplo emprego**, em ambos os sexos domina a não existência de duplo emprego, com diferenças estatísticas altamente significativas ($\chi^2=12,184$; $p=0,000$). A existência de duplo emprego nos elementos do sexo masculino (42,40%) é mais significativo do que no sexo oposto (13,76%) (*cf.* Quadro 10).

Quadro 10 – Distribuição dos enfermeiros segundo as variáveis profissionais e o sexo

	FEMININO (n=109)		MASCULINO (n=33)		TOTAL (n=142)		χ^2	P
	n	%	n	%	n	%		
Categoria profissional							8.014	0.018
Enfermeiro	40	36.70	14	42.40	54	38.00		
Enfº Graduado	60	55.00	11	33.30	71	50.00		
Enfº Especialista	9	8.30	8	24.20	17	12.00		
Horário na Instituição							2.416	0.299
35 horas/semana	80	73.40	20	60.60	100	70.40		
≥40 horas/semana	29	26.60	13	39.39	42	29.58		
Situação contratual							1.556	0.459
Vínculo à função pública	69	63.30	18	54.55	87	61.30		
CIT	25	22.94	7	21.21	32	22.50		
Recibo verde	14	12.84	7	21.21	21	14.80		
Não respondeu	1	0.92	1	3.03	2	1.40		
Duplo emprego							12.184	0.000
Não	91	83.49	19	57.60	110	77.47		
Sim	15	13.76	14	42.40	29	20.42		
Não respondeu	3	2.75	---	---	3	2.11		

Em síntese: A amostra é constituída por 142 Enfermeiros prestadores de cuidados. A maioria da amostra reporta-se aos **profissionais do HNSA (44,40%)**, a exercer a profissão entre os **10-19 anos (40,80%)** com uma média 13,04 anos, **licenciados (69,50%)**, com a **categoria profissional de Enfermeiro graduado (50,00%)**, com **horário na instituição de 35h/semana (70,40%)**, com **vínculo à Função pública (61,30%)** e **sem duplo emprego (77,47%)**.

5.2 – FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE IACS

Os resultados relativos à formação dos enfermeiros acerca das IACS indicam que grande maioria dos enfermeiros de ambos os sexos detêm **formação acerca das IACS**, tendo essa formação sido maioritariamente ministrada na instituição. Constatando-se diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=7,170$; $p=0,028$). Os cursos de formação com menos de 15 horas, são as formações dominantes em ambos os sexos, com 60,50% e 62,96% respectivamente para mulheres e homens. Quanto ao **número de horas** de formação, no sexo feminino dominam os enfermeiros com cursos de formação com menos de 15 horas, com 64,47%; enquanto que nos elementos do sexo oposto se registam maior

número de cursos com mais de 30 horas com 33,33%, com diferenças estatísticas altamente significativas ($\chi^2=17,243$; $p=0,000$) (cf. Quadro 11).

Em síntese: Os enfermeiros do nosso estudo, possuem **formação acerca das IACS (72,54%)**, tendo a mesma sido ministrada na **instituição (69,90%)**, através de **cursos de formação (61,17%)**, com uma carga horária **<15 horas (55,34%)**.

Quadro 11 – Distribuição dos enfermeiros segundo a Formação acerca das IACS e o sexo

	FEMININO (n=109)		MASCULINO (n=33)		TOTAL (n=142)		χ^2	P
	n	%	n	%	N	%		
Formação acerca das IACS							1.683	0.195
Não	32	29.36	6	18.20	38	26.76		
Sim	76	69.72	27	81.80	103	72.54		
Não respondeu	1	0.92	---	---	1	0.70		
Local de formação							7.170	0.028
Instituição	58	76.32	14	51.90	72	69.90		
Outros locais	9	11.84	6	22.20	15	14.56		
Instituição+ Outros locais	7	9.21	7	25.90	14	13.60		
Não respondeu	2	2.63	---	---	2	1.94		
Tipo de formação							3.075	0.380
Jornadas	13	17.10	5	18.52	18	17.48		
Simpósio	2	2.60	2	7.41	4	3.88		
Curso de formação	46	60.50	17	62.96	63	61.17		
Consulta própria	15	19.70	2	7.41	17	16.50		
Não respondeu	---	---	1	3.70	1	0.97		
N.º de horas de formação							17.243	0.000
<15 horas	49	64.47	8	29.63	57	55.34		
15-29 horas	13	17.11	6	22.22	19	18.45		
≥30 horas	4	5.26	9	33.33	13	12.62		
Não respondeu	10	13.16	4	14.82	14	13.59		

As estatísticas relacionadas com o **número de horas de formação** em função do sexo, indicam para a totalidade da amostra um mínimo de 1 hora e um máximo de 90 horas, sendo a média de horas de formação de 14,19 horas. Constatamos que em média, os homens (24,30 horas) realizaram mais tempo de formação que as mulheres (10,67 horas) (cf. Quadro 12).

Quadro 12 - Estatísticas relativas ao número de Horas de Formação segundo o sexo

	n	Mínimo	Máximo	Média	Dp	Kurtosis	Skewness
Nº de horas de formação							
Feminino	66	1	40	10.67	8.450	1.427	1.283
Masculino	23	2	90	24.30	20.288	4.132	1.750
Total	89	1	90	14.19	13.845	10.219	2.579

5.3 – ATITUDES DO ENFERMEIRO FACE ÀS IACS (AEFIACS)

No que se relaciona com as atitudes dos enfermeiros face à IACS, os scores esperados relativos à escala de Atitudes utilizada varia entre o mínimo de 36 e um máximo de 180. No presente estudo a média foi de 143.104 com um score mínimo de 119 e um máximo de 164.

No que se refere à amostra dos autores Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006) a média é ligeiramente mais elevada situando-se nos 145,23 com um score mínimo de 120 e um máximo de 165 (*cf.* Quadro 13).

Quadro 13 – Estatísticas relativas à Escala de Atitudes

AEFIACS Score Global	AEFIACS Scores Esperados	Resultados Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006) (n=69)	AEFIACS Estudo Presente (n=142)
Min	36	120	119
Máx.	180	165	164
Média	108	145.23	143.104

As estatísticas relacionadas com as atitudes do enfermeiro face às IACS e respectivas dimensões, diferenciadas por sexo estão patentes no quadro 14.

Os resultados indicam que a média da atitude global foi de 143,104, sendo muito aproximada em ambos os sexos. No sexo feminino a média da atitude situa-se nos 143,085 entre um mínimo de 121 e um máximo de 124, observando-se uma média mais elevada na atitude afectiva (48,676). No que respeita ao sexo masculino a média da atitude global é 143,161, variando entre um mínimo de 119 e um máximo de 158, constatando que é na atitude comportamental (48,576) que se obteve média mais elevada (*cf.* Quadro 14)

Quadro 14 – Estatísticas relativas nas dimensões e na atitude global do enfermeiro face às IACS segundo o sexo

		n	Mínimo	Máximo	Média	Dp	Kurtosis	Skewness
Feminino	Cognitiva	97	38	56	46.237	3.936	- 0.268	0.319
	Afectiva	108	40	55	48.676	3.557	-0.254	-0.543
	Comportamental	107	38	59	47.906	3.773	0.284	-0.029
	Atitude Global	94	121	164	143.085	8.168	0.368	-0.081
Masculino	Cognitiva	31	36	54	46.161	4.796	-0.847	-0.085
	Afectiva	32	35	54	48.531	4.166	2.711	-1.442
	Comportamental	33	38	54	48.576	3.953	0.231	-0.820
	Atitude Global	31	119	158	143.161	10.260	0.210	0.703
Total	Cognitiva	128	36	56	46.219	4.141	-0.443	0.172
	Afectiva	140	35	55	48.643	3.689	0.715	-0.820
	Comportamental	140	38	59	48.064	3.812	0.110	-0.215
	Atitude Global	125	119	164	143.104	8.690	0.345	-0.314

Ainda no contexto das atitudes do enfermeiro face às IACS, as respostas aos itens da escala de atitudes foram agrupadas em adequadas e não adequadas, atendendo se a resposta ao item foi verdadeira ou falsa.

Analisadas as frequências de respostas aos itens consideradas como adequadas., observou-se que varia com um mínimo de 10 e um máximo de 140 com uma média de 103.33 de respostas adequadas.

O item com maior número de respostas adequadas (140 respostas) foi o item 26 *“Após o contacto com fluidos orgânicos de doentes infectados lava as mãos”* em que 98,60 % dos enfermeiros responderam de forma adequada. Seguindo-se com 139 respostas adequadas os itens 24 *“A formação sobre infecção nosocomial é importante para todos os profissionais de saúde”*, item 32 *“É importante incentivar os doentes a lavar as mãos”*.

Relativamente às respostas consideradas não adequadas o score variou entre um mínimo de 2 e um máximo de 131 com uma média de 37,78 respostas não adequadas.

Os itens com maior número de respostas não adequadas por parte dos enfermeiros reportam-se ao item 3 *“A infecção respiratória é a segunda principal infecção hospitalar”* e ao item 9 *“O suor tem muita importância como fonte de infecção hospitalar”*, respectivamente com 131 e 106 respostas por parte dos enfermeiros, denotando-se défice de conhecimentos (cf. Quadro 15 e 16).

Quadro 15 – Estatísticas relativas às Atitudes do Enfermeiro face às IACS

	Mínimo	Máximo	Média
Atitudes dos enfermeiros face às Infecções Associadas aos cuidados de saúde			
Adequadas	10	140	103.33
Não adequadas	2	131	37.78

Quadro 16 – Atitudes do Enfermeiro face às IACS

Respostas	V	F	Adequadas		Não Adequadas		Total	
			n	%	N	%	n	%
ITENS								
1. O enfermeiro sente que o tempo disponível para a prestação de cuidados é escasso	X		116	81.70	26	18.30	142	100.00
2. Na prestação de qualquer cuidado costuma utilizar luvas		X	42	29.58	100	60.42	142	100.00
3. A infecção respiratória é a segunda principal infecção hospitalar		X	10	7.04	131	92.25	141	99.30
4. Substituiu os sistemas de perfusão cada 48 a 72 horas	X		106	74.65	36	25.35	142	100.00
5. O isolamento de contenção consiste na prevenção de infecções em doentes imuno-comprometidos		X	35	24.75	104	73.24	139	97.90
6. É importante a mudança de luvas para impedir o contágio a outros doentes	X		135	95.07	5	3.52	140	98.60
7. As mãos dos profissionais de saúde não são uma fonte de infecção hospitalar		X	130	91.55	12	8.45	142	100.00
8. Os fluidos orgânicos não são importantes na infecção hospitalar		X	138	97.18	4	2.82	142	100.00
9. O suor tem muita importância como fonte de infecção hospitalar		X	36	25.35	106	74.65	142	100.00
10. A principal infecção hospitalar é a infecção urinária		X	60	42.25	79	55.63	139	97.90
11. Na prestação de qualquer cuidado, é importante o enfermeiro tomar medidas de protecção individual	X		127	89.44	15	10.56	142	100.00
12. A infecção bacteriana associada aos acessos vasculares não é considerada infecção hospitalar		X	121	85.21	21	14.79	142	100.00
13. A infecção nosocomial pode manifestar-se após a alta	X		127	89.44	15	10.56	142	100.00
14. A probabilidade de aquisição de uma infecção urinária nosocomial vai aumentando na proporção directa da duração da cateterização	X		129	9.85	13	9.15	142	100.00
15. Após contacto superficial como verificar o pulso e a avaliar a TA a doentes não infectados não lava as mãos		X	110	77.46	32	22.54	142	100.00
16. O risco de infecção respiratória hospitalar está presente quando há diminuição da capacidade de tossir	X		82	57.75	57	40.14	139	97.90
17. Na prevenção da infecção respiratória nosocomial é importante a cinesiterapia respiratória	X		78	54.93	63	44.37	141	99.30
18. Costuma aspirar as secreções, como medida de prevenção da infecção respiratória nosocomial		X	74	52.11	68	47.89	142	100.00
19. Só aspira secreções quando o doente apresenta obstrução das vias aéreas	X		62	43.67	80	56.33	142	100.00
20. Após a lavagem das mãos utiliza os toalhetes para fechar a torneira	X		100	70.42	42	29.58	142	100.00
21. Lava as mãos sempre da mesma forma independentemente do acto que vai realizar		X	81	57.04	60	42.25	141	99.30
22. Não é importante uma lavagem asséptica das mãos antes de qualquer procedimento invasivo		X	125	88.03	17	11.97	142	100.00

23. É importante a lavagem cirúrgica das mãos antes de qualquer intervenção cirúrgica	X		133	93.66	9	6.34	142	100.00
24. A formação sobre infecção nosocomial é importante para todos os profissionais de saúde	X		139	97.89	3	2.11	142	100.00
25. A infecção respiratória de origem hospitalar mais comum é a pneumonia nosocomial	X		97	68.31	45	31.69	142	100.00
26. Após contacto com fluidos orgânicos de doentes infectados lava as mãos	X		140	98.59	2	1.41	142	100.00
27. O agente infeccioso que predomina na infecção urinária nosocomial é a <i>Escherichia coli</i>	X		102	71.83	36	25.35	138	97.20
28. Costuma utilizar o material descartável uma única vez	X		135	90.07	7	4.93	142	100.00
29. É importante o enfermeiro antes de algaliar o doente fazer uma lavagem asséptica das mãos	X		120	84.50	12	8.45	142	100.00
30. Costuma algaliar o doente sempre que é incontinente		X	71	50.00	70	49.30	141	99.30
31. Mantém o saco colector abaixo do nível da bexiga do doente	X		133	93.66	9	6.34	142	100.00
32. É importante incentivar os doentes a lavar as mãos	X		139	97.89	2	1.41	141	99.30
33. É importante a lavagem das mãos após a prestação de cuidados	X		138	97.18	3	2.11	142	100.00
34. Protege as suas lesões da pele com penso impermeável antes da prestação de cuidados	X		135	95.07	7	4.93	142	100.00
35. A descontaminação do ambiente é uma medida de controlo de infecção nosocomial	X		130	91.55	11	7.75	141	99.30
36. O enfermeiro sente que a sua saúde está em risco ao prestar cuidados	X		84	59.15	58	40.85	142	100.00

Em síntese: Os enfermeiros da ULS Guarda adoptam atitudes consideradas positivas, com uma média de 103 respostas adequadas, denotando conhecimentos no que relaciona com as IACS.

5.4 – CONDIÇÕES DO SERVIÇO FACILITADORAS DAS IACS

A parte III do Instrumento de Colheita de Dados, não foi respondida por todos os enfermeiros. Assim responderam à questão acerca de quais as condições que no seu serviço são um meio facilitador da infecção cruzada 84 enfermeiros.

Após a análise dos dados relativos à questão supracitada, e em face à grande variedade de respostas encontradas, para analisar o seu conteúdo foram agrupadas em categorias, sub-categorias e unidades de registo.

Constatamos que no C.S. de Seia 57,14% dos enfermeiros apontam, como principal factor de focos de infecção as condições inadequadas e degradadas e 42,86% dos enfermeiros argumentam o facto da sala de realização de pensos ser demasiado pequena para o atendimento múltiplo de doentes (*cf.* Quadro 17).

Quadro 17 – Condições do serviço relativas ao Centro de Saúde de Seia

Categorias	Sub-categorias	n	%
Condições Físicas	• Sala de espera dos utentes de dimensão reduzida	1	14,29
	• Sala de colheita de sangue multifuncional	2	28,57
	• Sala de realização de pensos demasiado pequena para o atendimento múltiplo de doentes	3	42,86
	• Sala de esterilização e sujos funcionam no mesmo espaço	1	14,29
	• Instalações inadequadas e degradadas	4	57,14
Recursos Materiais	• Défice de material reutilizável para a realização de pensos	1	14,29
Formação	• Inadequada por parte das assistentes operacionais, défice na higienização das salas de trabalho	1	14,29
TOTAL		7	100,00

No C. S. de Gouveia as condições consideradas pelos enfermeiros como um meio facilitador de infecção cruzada, salienta-se a inexistência de manutenção do ar condicionado com 100% das respostas por parte dos enfermeiros (cf. Quadro 18).

Quadro 18 – Condições do serviço relativas ao Centro de Saúde de Gouveia

Categorias	Sub-categorias	n	%
Recursos Materiais	• Inexistência de máquina para lavagem de urinóis e arrastadeiras	1	50,00
Formação	• Lavagem das mãos ausente ou inadequada	1	50,00
	• Não mudança de luvas de doente para doente	1	50,00
	• Método de limpeza de desinfecção dos espaços físicos deficiente	1	50,00
	• Inexistência de manutenção do ar condicionado	2	100,00
	• Manipulação dos resíduos hospitalares de forma inadequada	1	50,00
TOTAL		2	100,00

Verifica-se que no HNSA, 35,29 % dos enfermeiros referem que o espaço reduzido entre as camas é a principal condição física facilitadora da infecção cruzada, 32,35% apontam como factor a sobrelotação de doentes no serviço de urgência. Outros factores relevantes referidos pelos enfermeiros são a inexistência de quartos de isolamento no

Serviço de Observação (23,53%) e a inexistência de um WC por enfermaria no serviço de cirurgia (20,59%), de salientar a declaração “Único WC para 9 camas” (cf. Quadro 19).

Quadro 19 – Condições do serviço relativas ao HNSA

Categorias	Sub-categorias	n	%
Condições físicas	• Inexistência de pia de despejos para fluidos orgânicos	4	11.76
	• Inexistência de local para lavagem para feridas	1	2.94
	• Existência de uma única sala de tratamentos para doentes do foro cirúrgico e não cirúrgico	3	8.82
	• Inexistência de portas automáticas	2	4,41
	• Espaço entre as camas reduzido	12	35.29
	• Inexistência de quarto de isolamento no SO	8	23.53
	• Número de quartos de isolamento insuficiente	1	2.94
	• Sobrelotação de doentes no SU	11	32.35
	• Espaço físico comum para doentes do S.O e SU	1	2.94
	• Inadequado circuito de alimentação e roupa	1	2.94
	• Inexistência de circuito definido para limpos e sujos	4	11.76
	• Facilidade de entrada no bloco operatório	2	4.41
	• Elevadores comuns para alimentação, limpos e sujos	1	2.94
	• Inexistência de um WC por enfermaria no serviço de cirurgia	7	20.59
	• Existência de um refeitório comum para doentes do serviço de cirurgia e medicina	3	8.82
	• Inexistência de um circuito (S.Cirurgia - Bloco Operatório) isolado, sem ter de passar pelo corredor de acesso ao Serviço medicina e portaria hospital	3	8.82
• Único espaço para realização de cinesiterapia, que abrange toda a tipologia de doentes (crianças, adultos, infectados)	1	2.94	
Recursos Materiais	• Escassez de equipamento individualizado para doentes infectados (Monitor de sinais vitais, termómetro, etc.)	1	2.94
Critérios Clínicos	• Internamentos prolongados	2	5,88
TOTAL		34	100,00

Relativamente ao HSM, constatamos que 48,78% dos enfermeiros refere ser a inexistência de quartos de isolamento a condição física mais determinante para proporcionar a infecção cruzada, 29,27% refere ser o espaço entre as camas e a sobrelotação de doentes (19,51%). A ausência e inadequada formação dos profissionais também é uma das condições focadas por 12,20% dos enfermeiros (cf. Quadro 20).

Quadro 20 - Condições do serviço relativas ao HSM

Categorias	Sub-categorias	n	%
Condições Físicas	• Espaço entre as camas	12	29.27
	• Inexistência de cortinas	1	2.44
	• Sala de pequena cirurgia, comum para cirurgias limpas e sujas	1	2.44
	• Inexistência de circuito definido para limpos e sujos	4	9.76
	• Inexistência de quartos de isolamento	20	48.78
	• Ausência de sistema de filtragem de ar	1	2.44
	• Sala de sujos longe das zonas de trabalho	1	2.44
	• Inexistência de WC para profissionais	3	7.32
	• Contentor de resíduos hospitalares com elevação da tampa deficiente	2	6.67
	• Torneiras inadequadas	3	7.32
	• Espaço comum para refeitório/vestiário/arrumos	1	2.44
	• Estrutura física inadequada	3	7.32
	• Entrada e saída única na UCIP para doentes, visitas, profissionais	2	4.88
	• Espaço físico inadequado para preparação de alimentação parentérica	1	2.44
	• Ausência de lavatórios nas enfermarias	1	2.44
• Sobrelotação de doentes	8	19.51	
Recursos Materiais	• Ausência de SABA nas enfermarias	1	2.44
	• Cadeiras de rodas velhas e danificadas, que não permitem a sua lavagem	1	2.44
	• Ausência de fardas para uso único	4	9.76
	• Material inadequado para lavagem e desinfecção bacias/urinóis/arrastadeiras	2	4.88
Formação	• Utilização de luvas de forma inadequada	2	4.88
	• Ausência e inadequada formação dos profissionais	5	12.20
	• Técnica asséptica deficiente na cateterização vesical	1	2.44
	• Medidas de protecção individual insuficientes	1	2.44
	• Limpeza e desinfecção dos espaços físicos inadequada	1	2.44
	• Ausência de critérios que definam o tipo de EPI em função do agente infeccioso	1	2.44
	• Higienização das mãos inadequada	1	2.44
	• Não utilização de Equipamento Protecção Individual	1	2.44
TOTAL		41	100,00

Em síntese: As condições apontadas pelos enfermeiros da ULS Guarda como um meio facilitador da infecção cruzada, referem-se às **condições inadequadas e degradadas** dos edifícios, **inexistência de manutenção do ar condicionado**, **espaço reduzido entre as camas**, **inexistência de quartos de isolamento** e a **sobrelotação de doentes**.

5.5 – RESULTADOS DO TESTE DE HIPÓTESES

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses formuladas, através de *Testes U de Mann-Whitney (U-MW)*, *Testes de Kruskal-Wallis (K-W)* e Regressão linear.

TESTE DA NORMALIDADE

Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors verificamos que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente (Atitude do Enfermeiro Face às IACS), não se encontra enquadrada na normalidade em nenhuma das suas dimensões ($p < 0,05$) (cf. Quadro 21).

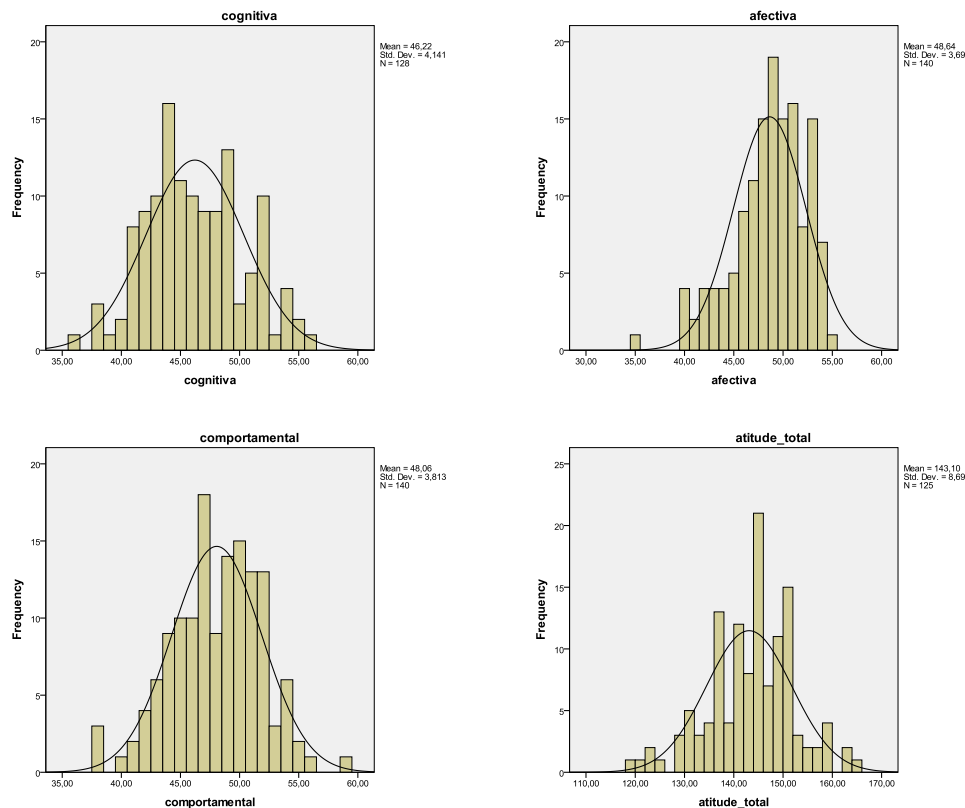
Pela análise do gráfico 1 assume-se a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para as dimensões, o que nos limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Quadro 21 – Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
Cognitiva	0.099	0.004**
Afectiva	0.117	0.000***
Comportamental	0.082	0.037*
Atitude total	0.085	0.027*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Gráfico 1 – Histogramas das dimensões da atitude dos enfermeiros face às IACS, com curva de normalidade



As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

O tratamento dos dados será feito informaticamente através do programa SPSS. 19, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância:

- ◆ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ◆ $p < 0.05$ – significativo
- ◆ $p < 0.01$ – bastante significativo
- ◆ $p < 0.001$ – altamente significativo

Com a finalidade de saber quais os factores que influenciam as atitudes dos enfermeiros face às IACS e suas dimensões, formulámos as hipóteses que se seguem, na tentativa de encontrar alguma diferença estatisticamente significativa entre as variáveis em causa.

Hipótese 1 – Há relação entre as características pessoais (sexo e idade) e as Atitudes do Enfermeiro face às IACS.

Para procurarmos saber em que medida o sexo influencia as dimensões das atitudes do enfermeiro, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney (UM-W). Salienciamos que os inquiridos do sexo masculino apresentam índices mais elevados na totalidade das dimensões, excepto na dimensão cognitiva, em que os elementos do sexo feminino apresentam uma ordenação média mais elevada. O resultado do teste UM-W ($p=0,625$) não é estatisticamente significativo, pelo que podemos inferir que não há relação entre o sexo e as atitudes do enfermeiro face às IACS (*cf.* Quadro 22).

Para estudarmos a relação entre a idade e as atitudes do enfermeiro face às IACS efectuamos um teste de Kruskal-Wallis (K-W). Verificou-se que enfermeiros com mais de 40 anos apresentam ordenações médias mais elevadas nas dimensões afectiva e comportamental, e dos enfermeiros entre os 30-39 anos na dimensão cognitiva e atitude global. Não existindo contudo diferenças estatísticas significativas ($p=0,134$), infere-se a independência das variáveis em estudo (*cf.* Quadro 22).

Quadro 22 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando o sexo e a idade com as Atitudes dos enfermeiros face às IACS

Dimensões da atitude Variáveis	Cognitiva	Afectiva	Comportamental	Atitude global	Teste
	Ordenação média	Ordenação Média	Ordenação Média	Ordenação média	
Sexo					
Feminino	64.64	70.22	68.05	62.09	Mann-Whitney
Masculino	64.06	71.44	78.44	65.76	
UM-W	1490.00	1698.00	1503.50	1371.50	
Z	-0.075	-0.150	-1.291	-0.489	
P	0,940	0.881	0.197	0.625	
Idade					
<30 anos	55.54	61.01	70.55	53.41	Kruskal-Wallis
30-39 anos	69.18	73.17	69.58	69.69	
≥40 anos	66.48	75.56	71.46	63.77	
K-W	2.951	3.179	0.054	4.014	
P	0.229	0.204	0.973	0.134	

Hipótese 2 – As características profissionais (local de trabalho, tempo de exercício profissional, categoria profissional, horário na instituição, Situação contratual, Duplo emprego) relacionam-se com a Atitude do Enfermeiro face às IACS.

Para sabermos a influência do local de trabalho, efectuamos um teste de K-W, de onde salientamos os enfermeiros que exercem funções no HNSA com ordenações médias mais elevadas em quase todas as dimensões e global. Ao invés notamos piores índices nos enfermeiros que exercem funções nos Centros de Saúde. Não existindo contudo diferenças estatísticas significativas ($p=0,166$) inferimos que as atitudes do enfermeiro face às IACS são semelhantes nos diferentes locais de trabalho (*cf.* Quadro 23).

De igual modo, para estudarmos a relação do tempo de exercício profissional com as dimensões das atitudes do enfermeiro, utilizamos um Teste K-W. Os enfermeiros com tempo de exercício profissional superior a 20 anos de serviço apresentam ordenações médias mais elevadas na atitude global e atitude comportamental. No entanto, os enfermeiros que exercem a sua profissão entre os 10 e os 19 anos de exercício observa-se ordenações médias mais elevadas na atitude cognitiva e afectiva. O resultado do teste (K-W) não é estatisticamente significativo ($p=0,278$), pelo que podemos inferir que não há relação entre o tempo de exercício profissional e as atitudes do enfermeiro face às IACS (*cf.* Quadro 23).

Pronunciando-nos sobre a categoria profissional, os resultados obtidos pelo teste de K-W, indicam-nos que os enfermeiros especialistas têm índices mais elevados em todas as dimensões e na atitude global, com diferenças estatísticas significativas para a dimensão cognitiva ($p=0,022$). Contudo, e não se verificando diferenças estatisticamente significativas para a atitude global ($p=0,125$), podemos inferir que não há relação entre a categoria profissional e atitude do enfermeiro face às IACS (*cf.* Quadro 23).

Relativamente ao horário de trabalho, efectuamos um teste de U-MW para estudar a relação entre esta variável e a atitude do enfermeiro face às IACS. Constata-se que os enfermeiros com uma carga horária de 35h/semana revelam índices mais elevados nas dimensões cognitiva e afectiva e atitude global. Os enfermeiros com uma carga horária superior a 40h/semana apresentam índices mais levados na dimensão comportamental. Verificam-se diferenças estatísticas significativas ($p=0,009$) na dimensão cognitiva. Não existindo contudo diferenças estatísticas significativas na atitude global ($p=0,247$), infere-se a independência das variáveis em estudo (*cf.* Quadro 23).

Para sabermos a influência da situação contratual nas dimensões das atitudes do enfermeiro, utilizamos, mais uma vez, um Teste de K-W. Salientamos que os enfermeiros com vínculo à função pública apresentam ordenações médias mais elevadas nas dimensões

cognitiva e afectiva. Na dimensão comportamental verifica-se índices mais elevados nos enfermeiros com CIT. Constatam-se com diferenças estatísticas significativas ($p=0,043$) na dimensão cognitiva. Não existindo contudo diferenças estatísticas significativas na atitude global ($p=0,494$), infere-se que não existe relação entre a situação contratual e a atitude do enfermeiro face às IACS.

Por fim, e no que se refere ao duplo emprego, utilizamos um Teste UM-W, para estudar a relação entre esta variável e a atitude do enfermeiro face às IACS.

Os enfermeiros com duplo emprego têm índices mais elevados nas dimensões cognitiva e comportamental e atitude global. Na dimensão afectiva verificam-se índices mais elevados nos enfermeiros sem duplo emprego, sendo que se encontraram diferenças estatísticas altamente significativas ($p=0,000$) e significativas ($p=0,038$) nas dimensões cognitiva e atitude global. Face ao exposto, inferimos que existe relação de dependência entre os enfermeiros com duplo emprego e a atitude face às IACS, confirmando-se assim a hipótese em estudo.

Quadro 23 – Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as características profissionais com as atitudes dos enfermeiros face às IACS

Dimensões da atitude	Cognitiva	Afectiva	Comportamental	Atitude global	Teste	
	Ordenação	Ordenação	Ordenação	Ordenação		
Variáveis	Média	Média	Média	Média		
Local de trabalho						
C.S. Seia + C.S Gouveia	53.44	65.45	56.63	49.66	Kruskal-Wallis	
HNSA	72.53	75.52	69.36	68.35		
HSM	59.26	66.71	75.98	61.10		
	K-W	5.316	1.781	3.289	3.587	
	P	0.070	0.410	0.193	0.166	
Tempo de exercício						
<10 anos	54.80	63.62	73.75	56.69	Kruskal-Wallis	
10-19 anos	73.08	76.60	63.21	68.33		
>20 anos	65.93	71.41	95.31	69.71		
	K-W	6.067	2.825	3.263	2.562	
	P	0.058	0.244	0.196	0.278	
Categoria profissional						
Enfermeiro	54.23	62.60	74.87	57.17	Kruskal-Wallis	
Enfº Graduado	67.98	74.89	65.05	63.43		
Enfº Especialista	81.38	77.06	78.74	78.47		
	Kw	7.605	3.301	2.593	4.153	
	P	0.022	0.192	0.274	0.125	

Horário					
35 horas/semana	70.02	72.31	68.43	65.48	Mann-Whitney
≥40 horas/semana	51.43	66.29	75.33	57.33	
U	1213.50	1881.00	1855.00	1437.50	
Z	-2.598	-0.808	-0.927	-1.158	
P	0.009	0.419	0.354	0.247	
Situação contratual					
Vínculo à função pública	69.28	73.33	66.41	64.69	Kruskal-Wallis
CIT	49.66	67.05	77.53	59.28	
Recibo verde	59.36	57.45	69.79	54.44	
K-W	6.294	2.837	1.815	1.412	
P	0.043	0,242	0,404	0,494	
Duplo emprego					
Não	56.59	69.92	66.13	57.79	Mann-Whitney
Sim	84.22	65.59	79.67	73.40	
UM-W	776.50	1467.00	1256.50	1003.50	
Z	-3.611	-0.524	-1.637	-2.078	
P	0.000	0,600	0,102	0.038	

Hipótese 3 – Há relação entre a formação acerca das IACS e a Atitude do Enfermeiro face às IACS.

Para procurarmos saber em que medida a formação acerca das IACS tem influência nas atitudes do enfermeiro, utilizamos um Teste UM-W, de onde constatamos que os enfermeiros com formação revelam ordenações médias mais elevadas na totalidade das dimensões. Existindo diferenças estatísticas bastante significativas ($p=0,001$) e significativa ($p=0,037$) na dimensão cognitiva e atitude global inferimos que existe relação de dependência entre os enfermeiros com formação acerca das IACS e a atitude face às IACS, confirmando-se assim a hipótese em estudo (cf. Quadro 24).

Quadro 24 – Testes U de Mann-Whitney relacionando a formação acerca das IACS e as atitudes dos enfermeiros face às IACS

Dimensões da atitude	Cognitiva	Afectiva	Comportamental	Atitude global	Teste
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	
Variáveis					
Formação					
Não	47.11	63.11	67.26	51.56	Mann-Whitney
Sim	70.42	72.59	71.00	66.63	
UM-W	1019.00	1657.00	1785.50	1158.00	
Z	-3.199	-1.244	-0.486	-2.086	
P	0.001	0.214	0.627	0.037	

Hipótese 4 – As variáveis independentes (idade, tempo de exercício profissional e Número de horas de formação) predizem significativamente as Atitudes do Enfermeiro face às IACS.

Para sabermos se a idade, o tempo de exercício profissional e o Número de horas de formação, são preditoras da atitude do enfermeiro, efectuamos uma regressão múltipla, pois trata-se do método mais adequado para realizar análises multivariadas.

O método de estimação usado foi o de stepwise (passo a passo) que origina tantos modelos quantos necessários, até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

Os resultados apresentados na tabela 25 mostram as correlações entre as dimensões da atitude e a atitude global com as variáveis independentes (idade, tempo de exercício profissional e número de horas de formação), oscilando entre valores sem significância estatística. Nenhuma das variáveis se correlaciona negativamente com a atitude do enfermeiro.

Tabela 25 – Matriz Correlacional de Pearson

	Cognitiva			Afectiva			Comportamental			Atitude Global		
	r	r ²	p	r	r ²	p	r	r ²	P	r	r ²	p
Idade	0.092	0.084	0.031	0.009	0.0081	0.920	-0.018	0.00032	0.830	0.043	0.0018	0.635
Tempo Exercício profissional	0.124	0.154	0.242	0.015	0.0002	0.859	-0.008	0.00032	0.927	0.055	0.0025	0.543
N.º horas formação	0.262	0.068	0.059	-0.141	0.02	0.194	-0.005	0.00002	0.961	0.058	0.003	0.614

Uma vez que não existe normalidade da variável dependente em nenhuma das dimensões, optou-se por se realizar uma matriz não paramétrica através da correlação de Spearman (*cf.* Quadro 26). Consta-se não haver correlação entre a atitude do enfermeiro e as variáveis idade, Tempo de exercício profissional e Número de horas de formação.

Tabela 26 – Matriz Correlacional de Spearman

	Cognitiva			Afectiva			Comportamental			Atitude Global		
	r	r ²	p	r	r ²	p	r	r ²	p	r	r ²	p
Idade	0.127	0.016	0.154	0.104	0.010	0.223	-0.006	0.00036	0.947	0.084	0.007	0.351
Tempo Exercício profissional	0.135	0.018	0.129	0.128	0.016	0.130	0.007	0.00004	0.931	0.097	0.0094	0.280
N.horas formação	0.246	0.060	0.067	-0.009	0.00008	0.932	0.085	0.007	0.431	0.190	0.036	0.095

No quadro seguinte apresentamos de forma sumária o último modelo de regressão obtido, que comprova as variáveis que entraram neste modelo de regressão constituindo-se assim como preditoras da atitude. A correlação que estas variáveis estabelecem com a atitude é fraca ($r=0.075$; $p=0,936$) explicando no seu conjunto apenas 3,5% da variação da atitude global.

Os testes F são todos estatisticamente não significativos, o que leva à aceitação de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, dado não apresentarem significância estatística, por isso, não permite afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo na atitude, pois os coeficientes de cada uma são próximos de zero.

Finalmente pelos coeficientes padronizados beta notamos que a idade é a que apresenta maior valor preditivo, surgindo em último lugar o n.º de horas de formação. Nenhuma das variáveis estabelece com a atitude global uma relação directa, pelo que não são preditoras das atitudes do enfermeiro face às IACS (cf. Quadro 27).

Quadro 27 – Regressão múltipla entre as atitudes e as variáveis independentes (preditoras)

Variável dependente: Atitude do enfermeiro face às IACS					
R = 0.075					
R2 = 0.006					
R2 Ajustado = 0.035					
Erro padrão da estimativa = 8,714					
F = 0,139					
P = 0.936					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Beta	Coeficiente padronizado	T	p	Colinearidade VIF
Constante	146,928		9.892	0.000	2,847
Idade	-0.147	-0.142	-0.233	0.817	9,747
Tempo de exercício	0.100	0.099	0.162	0.872	5,285
N.º de horas de formação	0.045	0.070	0.585	0.561	1,738
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	31.776	3	10.592	0.139	0.936
Residual	5619.403	74	75.938		
Total	5651.179	77			

Em síntese: Das variáveis profissionais dos enfermeiros, apenas o duplo emprego influencia as atitudes do enfermeiro face às IACS. Por outro lado inferimos que existe uma relação de dependência entre os enfermeiros com formação acerca das IACS e as atitudes do enfermeiro face às mesmas.

6 – DISCUSSÃO

Várias foram as etapas percorridas durante este estudo como tal este capítulo não se pode dissociar de cada uma delas.

Autoras como Polit e Hungler (1995, p.280) referem que,

“a secção de discussão dos relatórios de pesquisa dedica-se a uma interpretação das descobertas. Nos estudos de orientação quantitativa, as interpretações são na sua maioria dos casos especulativos, representando os melhores palpites do pesquisador «palpites esses que podem, naturalmente, estar construídos sobre uma sólida teoria ou pesquisa anterior» a respeito do significado das descobertas”.

Numa publicação mais recente, Fortin (2009) diz-nos que “a apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação. Esta secção do relatório coloca os resultados num contexto de realidade”.

Para cimentar este contexto real referido pela autora, há a salientar que no desenrolar deste estudo algumas foram as dificuldades encontradas.

Um primeiro aspecto a considerar prende-se com as características da amostra. A nossa amostra, não deixando de ser uma amostra representativa pode no entanto melhorar a validade do estudo se for maior.

Outra possível limitação tem a ver com o leque das variáveis em estudo que eventualmente não cobrirão a totalidade de situações envolvidas nas atitudes do enfermeiro face às IACS.

No que concerne ao instrumento utilizado poderemos sempre questionar-nos se o instrumento utilizado foi o mais adequado.

No decorrer da pesquisa de referências sobre atitude, tivemos a noção que esta é uma área muito debatida na psicologia, mas um pouco esquecida na área das ciências ditas exactas, daí a necessidade de adaptação dos conceitos. No que concerne às atitudes do enfermeiro face às infecções Associada aos cuidados de saúde, deparámo-nos com um número escasso de estudos científicos face a esta problemática.

Outra dificuldade que se nos deparou está relacionada com a obtenção da autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados e a disponibilidade dos enfermeiros para o preenchimento do questionário.

6.1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao longo deste capítulo procuramos fazer uma reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido, recorrendo sempre que oportuno à comparação com a opinião dos autores que nos deram suporte teórico.

Para a elaboração deste estudo, baseámo-nos numa amostra de 142 profissionais de enfermagem, da ULS da Guarda, a qual foi seleccionada através do método não probabilístico.

No que concerne às características pessoais da nossa amostra, verificou-se que a maioria (76,80%) dos enfermeiros inquiridos são do sexo feminino e os restantes (23,20%) do sexo masculino, o que já era esperado, uma vez que o contingente dos profissionais de enfermagem, em geral, continua a ser essencialmente constituído por mulheres.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo conduzido por Barroca et al (2006) em que predomina o sexo feminino com uma representatividade que varia entre os 80% e 85%.

Por se verificar uma elevada dispersão dos efectivos relativamente à idade, procedeu-se à recodificação dessa variável e ao seu agrupamento por faixas etárias. Verificou-se que os profissionais com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos são os mais representativos, com 38% do total da amostra. A média de idades situa-se nos 36 anos, com uma variação entre um mínimo de 24 anos e um máximo de 60 anos. Estes resultados não vão de encontro ao estudo realizado por Barroca et al (2006) em que se verificou um domínio dos sujeitos com idades inferiores a 30 anos. Constatamos que a atitude global revela índices mais elevados nos enfermeiros com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos de idade e mais baixa nos enfermeiros com idades inferiores a 30 anos de idade.

O comportamento dos indivíduos varia consoante a idade, e (Lidz, 1983) acrescenta que “só por si a passagem do tempo é uma determinante de comportamentos, não somente porque há uma necessidade de ingressar nos papéis apropriadas da idade, como também as mudanças na formação exigem a alteração de atitudes e auto-conceitos.

Na análise de cada uma das dimensões, a cognitiva revela ordenações médias mais baixas nos enfermeiros com idade inferior a 30 anos e mais elevada nos enfermeiros entre os 30 e os 39 anos. Nas dimensões afectiva e comportamental verifica-se que são os enfermeiros com idade superior a 40 anos que revelam ordenações médias mais elevadas, apresentando um padrão inverso os enfermeiros com idades inferiores a 30 anos.

Estes resultados não corroboram com o estudo efectuado por Barroca et al (2006), que se verificou o fenómeno inverso. A atitude comportamental é aquela que apresenta menor variação. Nunes (2011), refere que no caminho do desenvolvimento profissional, atendendo às etapas que cada um vai percorrendo, a forma como se encara o que é ser enfermeiro, poderá ser diferente no início da carreira, ou já com alguma experiência e vivência da realidade da enfermagem. A competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um espera, vai sendo moldado pelas experiências de vida e as colecções que efectuamos ao longo da nossa prática profissional.

Com a formulação da hipótese 1 pretendíamos saber se as características pessoais (sexo e idade) influenciam a atitude do enfermeiro face às IACS. Não se verificando diferenças estatisticamente significativas, levando-nos a concluir que nem o sexo, nem a idade têm influência na atitude do enfermeiro face às IACS.

Referindo-nos ao local de trabalho, verificamos que do total da amostra, 44,40% representam o HNSA, seguidos do HSM com 42,30% dos enfermeiros, C.S. Seia e C.S. Gouveia com 13,38%.

Apesar de todas as instituições referidas pertencem à Unidade Local de Saúde da Guarda e ao Sistema Nacional de Saúde há fortes probabilidades de serem distintos como local “respeitante a determinado local ou sítio” (Dicionário de Língua Portuguesa, 1999, p.663), e com os meios que têm ao dispor.

Da análise dos resultados obtidos salientamos que os enfermeiros do HNSA apresentam, índices mais elevados nas dimensões cognitiva e afectiva e dimensão global. O C.S. Seia e Gouveia foi a instituição que revelou uma atitude global mais baixa.

Estes resultados fazem-nos reflectir no referido por Monteiro e Santos (1999), onde as atitudes não nascem com a pessoa, são adquiridas no processo de integração do indivíduo na sociedade, isto é, são aprendidas no meio social. O indivíduo, sendo parte integrante de uma cultura, comunidade e família, adquire as atitudes, sem geralmente ter consciência disso.

Relacionando o tempo de exercício profissional, com o sexo constatou-se que em média as mulheres trabalham há mais tempo do que os homens. A maioria da amostra, 40,80% dos enfermeiros trabalha entre os 10 e aos 19 anos, com uma média de 13 anos de exercício profissional.

Utilizando o teste de hipótese K-W na análise inferencial, verificámos que a atitude global apresenta índices mais elevados nos enfermeiros com que exercem a profissão entre os 10 e os 19 anos, do lado oposto encontramos os enfermeiros com menos de 10 anos de exercício profissional.

Resultados análogos foram observados por Barroca et al (2006) em que os enfermeiros com exercício profissional superior a 10 anos, apresentavam índices mais elevados na atitude global, com 37,75%, ao invés dos enfermeiros com tempo de exercício profissional compreendido entre os 6-10 anos com uma atitude global de 28,36%.

De facto “a experiência não é em si uma aprendizagem no entanto a aprendizagem não pode passar sem a experiência”. Ou seja, a formação exige uma presença consciente do sujeito, em que a sua intencionalidade é explicitada com a sua intervenção no processo de aprendizagem, numa estratégia de auto formação direccionada para a experiência e incorporando um processo de mudança (Amiguiho, 1992, p.32).

No contexto da formação profissional domina a licenciatura para os dois sexos com, constatando-se existirem diferenças estatísticas significativas O que provavelmente pode dever-se ao facto do curso de enfermagem ter passado, recentemente, a ser uma licenciatura e à obrigatoriedade, imposta pela Ordem dos Enfermeiros, de os enfermeiros possuidores de bacharelato terem que completar a licenciatura até final de 2007. A maioria dos enfermeiros de ambos os sexos, não possui Curso de pós-graduações, Curso de Especialização/pós Licenciatura, nem Curso de Mestrado. O facto das administrações hospitalares não incentivarem a especialização desses profissionais, poderá em parte, explicar os dados obtidos.

Os profissionais pertencentes à categoria de enfermeiro graduado são os de maior representatividade, seguida da dos enfermeiros e por último pela categoria dos enfermeiros especialistas, constatando-se existirem diferenças estatísticas significativas.

O baixo número de enfermeiros a exercer funções de especialistas, poderá dever-se ser ao facto do congelamento das progressões na carreira, o qual se verificou em Agosto de 2005 e a ausência de abertura de vagas hospitalares para estes enfermeiros que, de algum modo, pode justificar a baixa percentagem de enfermeiros desta categoria apesar de muitos possuírem formação para ocupar tal cargo.

Em relação aos resultados obtidos constata-se uma atitude global mais elevada no enfermeiro especialista e nas atitudes cognitiva, afectiva e comportamental, com diferenças estatísticas significativas para a dimensão cognitiva. Os resultados invertem-se na categoria de enfermeiro com piores índices na atitude global.

Estes dados vêm corroborar com os dados obtidos no estudo de Barroca et al (2006), que se verifica uma atitude global mais elevada para os enfermeiros especialistas com 41,50%.

Referindo-nos ao horário da instituição, grande maioria das mulheres e dos homens praticam horários de 35h/semana, respectivamente com 73,40% e 60,60%. Salientamos

índices mais elevados nos enfermeiros com 35h/semana nas dimensões cognitiva e afectiva e atitude global, e nos enfermeiros com >40h/semana com ordenações médias mais elevadas na atitude comportamental, verificando-se diferenças estatísticas significativas na dimensão cognitiva.

Estes resultados corroboram com Fisman et al. cit. por Zapparoli (2006, p.70), em que referem que a “sobrecarga de trabalho, a pressão e o ritmo acelerado do trabalho no ambiente hospitalar, para além de deixar o profissional sob stress, exige maior rapidez na execução das tarefas e dificulta o planeamento dos cuidados, levando assim à sua execução de forma inadequada”.

Reportando-nos à situação contratual, observou-se que a maioria dos enfermeiros do sexo feminino e masculino têm vínculo com a função pública, respectivamente com 63,30% e 56,30%. Verifica-se que a atitude global é mais elevada nos enfermeiros que estão ligados à função pública, tal como nas dimensões cognitiva e afectiva, constatando-se o fenómeno inverso na dimensão comportamental.

Relativamente ao duplo emprego, constata-se que em ambos os sexos domina a não existência de duplo emprego, mas com diferenças estatísticas altamente significativas; por uma existência substancial de duplos empregos nos elementos do sexo masculino. Tais resultados podem dever-se ao facto do desemprego na área da enfermagem estar a aumentar significativamente nos últimos 2 anos.

Para verificarmos se o duplo emprego tem influência na atitude do enfermeiro, foi utilizado o teste U-MW, constatando que os enfermeiros com duplo emprego apresentam ordenações médias mais elevadas na totalidade das dimensões, excepto na dimensão afectiva, em que os enfermeiros sem duplo emprego apresentam índices mais elevados. Existindo diferenças estatísticas significativas nas dimensões cognitiva e atitude global. Face ao nível de significância obtido aceitamos a hipótese de que o duplo emprego tem influência na atitude do enfermeiro face às IACS.

Das variáveis profissionais, apenas o duplo emprego tem influência nas atitudes do enfermeiro face às IACS.

No contexto da formação acerca das IACS, os profissionais de ambos os sexos apresentam formação acerca desta temática, tendo sido maioritariamente ministrada na instituição, constatando-se diferenças estatísticas significativas. Os cursos de formação, são as formações dominantes em ambos os sexos, com 60,50% e 62,96% respectivamente para mulheres e homens. Quanto ao número de horas de formação, no sexo feminino dominam os inquiridos com menos de 15 horas, com 64,47%; enquanto que nos elementos do sexo oposto dominam os inquiridos com mais de 30 horas com 33,33%, diferenças estatísticas altamente significativas.

Todos sabemos que a formação é um factor determinante na mudança de atitudes, no entanto esquecemo-nos muitas vezes que as IACS constituem um dos maiores desafios da medicina actual. A prevenção das infecções nosocomiais constitui uma responsabilidade de todas as pessoas e de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde. Todos devem trabalhar em cooperação para reduzir o risco de infecção dos pacientes e profissionais de saúde. Os programas de controlo de infecções são eficazes sempre que sejam integrais e compreendam actividades de vigilância e prevenção, bem como formação do pessoal (Rodrigues, 2008).

A formação deve ser dirigida a todos os profissionais que trabalham nas Instituições de Saúde, tanto os que prestam cuidados directos, como os que trabalham noutras áreas (exames complementares, serviços hoteleiros, etc.) sendo necessário estabelecer uma política de formação em controlo da infecção, que se traduz na formação permanente, devendo esta avaliar regularmente as necessidades de actualização em conhecimentos ou práticas (Pina, 2006). Um dado importante a salientar é que a maioria dos enfermeiros com formação sobre infecção obteve-a dentro das instituições, o que leva a cimentar a opinião da autora. Sem dúvida, que a formação é um processo de mudança institucional, devendo por isso estar intimamente relacionada com as instituições onde os formandos exerçam a sua actividade profissional (Nóvoa cit. por Dias 2204).

Em relação aos resultados obtidos, observámos que os enfermeiros com formação apresenta índices mais elevados na totalidade das dimensões. Existindo diferenças estatísticas bastante significativas na dimensão cognitiva e atitude global. Este aspecto salienta o papel do enfermeiro nas comissões de controlo de infecção, sendo importante identificar as necessidades na área da formação multidisciplinar e desenvolver acções de formação e participar em acções de coordenação com o centro de formação, pois só assim se pode cuidar baseado em conhecimentos científicos.

Como o nível de significância obtido na atitude global é infere-se que a formação acerca das IACS está relacionada com as atitudes do enfermeiro.

Em relação às respostas dos enfermeiros aos itens da escala de atitudes face às IACS, podemos constatar que a maioria das respostas dadas pelos enfermeiros são adequadas com uma média de 103,33 respostas consideradas adequadas, ao invés das respostas não adequadas com uma média de 37,78 respostas consideradas não adequadas.

Um estudo conduzido por Santos et al (2008) a 134 profissionais de saúde sobre os riscos nas unidades de saúde, revelou insuficientes conhecimentos por parte dos profissionais de saúde sobre os riscos, Transmissão e prevenção das IACS, o que não vai de encontro aos resultados obtidos com este estudo.

Iremos abordar os itens da escala de atitudes cuja informação considerámos mais relevante, tendo em conta as respostas obtidas.

Reportando-nos ao item 1, sendo uma dimensão afectiva da atitude que faz referência ao tempo disponível para a prestação de cuidados, 116 enfermeiros responderam de forma adequada, o que vai ao encontro ao referido pelos autores Alves e Alves (2003) que salientam que são quatro os factores que aumentam a transmissão da infecção cruzada, entre os quais o ratio enfermeiro/doente diminuindo o tempo disponível para a prestação de cuidados.

No item 2 (Na prestação de qualquer cuidado costuma utilizar luvas) verificou-se um reduzido número de respostas adequadas, apenas 29,58% enfermeiros responderam adequadamente. Tal constatação pode ficar a dever-se ao facto de existir um grande número de actividades de prestação directa de cuidados que preenchem um turno de trabalho do enfermeiro, em que, devido aos riscos decorrentes desses cuidados, se justifica o uso de luvas (Lima 2008).

Um estudo de âmbito nacional, realizado no ano de 1997, sobre os recursos e as condições de trabalho dos enfermeiros portugueses, no que se refere ao âmbito hospitalar, verificou-se que em 97,5% dos serviços de medicina, os enfermeiros utilizavam “sempre” ou “quase sempre” luvas na prestação de cuidados aos doentes (Carapinheiro, 1997). Embora seja conhecida a natureza da prestação de cuidados de saúde, torna-se essencial fazer uma gestão adequada do risco associado aos diversos tipos de cuidados e procedimentos a fim de se tomar a decisão se é ou não necessário utilizar luvas e, quando indicado, seleccionar a luva que maior segurança confere, de acordo com as normas emanadas pela Direcção Geral da Saúde, 2010.

Um estudo conduzido por Bergamini (2009) a 165 profissionais, demonstrou atitudes incorrectas observadas no uso de luvas, no entanto dois em cada três profissionais adoptam medidas correctas na lavagem das mãos.

No que diz respeito à importância da mudança de luvas para impedir o contágio a outros doentes (item 6), a grande maioria dos enfermeiros (135) responderam de forma consensual e adequada, o que vai de encontro às normas da Direcção Geral da Saúde (2007) que refere que as luvas devem ser mudadas entre procedimentos no mesmo doente após contacto com material que possa conter alta concentração de microorganismos e estas devem ser removidas imediatamente após a sua utilização (antes de tocar em outros doentes, objectos ou superfícies).

Referindo-nos ao item 11 (Na prestação de qualquer cuidado, é importante o enfermeiro tomar medidas de protecção individual), as respostas por parte dos enfermeiros foi na sua grande maioria adequadas (127 respostas). De facto, a actividade de enfermagem

pressupõe um contacto frequente e contínuo com os utentes, também eles em situação de risco. Mais do que o contacto com a pessoa, os enfermeiros contactam com os seus fluidos corporais, veículo de transporte de potenciais microrganismos patogénicos. O risco de contágio está quase sempre presente, daí a necessidade de se criar uma forma de estar e de ser diferente, voltada para a protecção e prevenção, adoptando medidas simples, na prática quotidiana, e não apenas nas situações mais evidentes de risco. De algum modo, os resultados do presente estudo corroboram com as directrizes emanadas pela DGS (2006), segundo as quais, dado o grau de incerteza relativamente à presença e/ou tipo de agentes biológicos existentes, deverão os profissionais adoptar uma atitude de autoprotecção constante e desenvolver hábitos de trabalho seguros, devendo adoptar, como prática de rotina, um conjunto de procedimentos que se designa por “precauções universais ou padrão”, e que englobam, entre outros, aspectos relativos às barreiras de protecção.

Não menos importante é a lavagem das mãos, por um lado, protege o utente e, por outro, protege o profissional de saúde em relação a microrganismos prejudiciais à sua saúde. A transmissão cruzada de agentes patogénicos através das mãos, temporariamente contaminadas de profissionais de saúde, representa um importante meio de aquisição. Vários estudos têm demonstrado a baixa adesão à existência de protocolos de higiene (Carneiro et al, 2011). Neste contexto, a higiene das mãos integrada no conjunto de precauções básicas, constitui a medida mais relevante na prevenção no controlo da infecção, o que vai de encontro ao nosso estudo em que a maioria dos enfermeiros (130) responde de forma adequada ao item 7 da escala de atitudes (As mãos dos profissionais de saúde não são uma fonte de infecção hospitalar), porém 12 enfermeiros discordam dos estudos demonstrados respondendo de forma não adequada.

Apesar dos profissionais reconhecerem a importância da lavagem das mãos como medida simples, mas efectiva na redução das IACS, estes nem sempre o fazem da melhor forma, uma vez que as respostas adequadas ao item 21 (lava as mãos sempre da mesma forma independentemente do acto que vai realizar) atingem uma percentagem de 57,04%.

Vários estudos em hospitais americanos e europeus demonstram que a adesão à higiene das mãos varia de 29 a 48%, dependendo do tipo de unidade de atendimento do paciente. Factores que aumentam a adesão à higiene das mãos são: disponibilidade e fácil acesso às pias e/ou álcool gel, número de profissionais por paciente e envolvimento dos profissionais da saúde com a unidade (Costa, 2005).

Na escala de atitudes e reportando-nos ao item 15 (Após o contacto superficial como verificar o pulso e avaliar a TA a doentes não infectados não lava as mãos) 110 enfermeiros responderam de forma adequada, reconhecendo a importância deste acto. o que vai de encontro ao estudo efectuado em Portugal após 26 meses de recolha de dados (Julho 2008-Stembro 2010) em que refere que os momentos de higiene das mãos em que

os profissionais de saúde mais cumprem a desinfecção foram “após o doente e “após o ambiente do doente” (Carneiro, 2011).

Relativamente ao item 22 (Não é importante uma lavagem asséptica das mãos antes de qualquer procedimento invasivo) e ao item 23 (É importante a lavagem cirúrgica das mãos antes de qualquer intervenção cirúrgica) as respostas na sua grande maioria foram adequadas, respectivamente com 125 e 133 respostas adequadas.

Ainda de acordo com o estudo referido anteriormente a “compliance” de higienização das mãos por categoria profissional é mais elevada na categoria de enfermagem.

Parece-nos ser consensual que os enfermeiros têm adoptado uma conduta de boas práticas no concerne á lavagem das mãos o que podemos concluir através dos resultado obtidos neste estudo em que, 98,60% dos enfermeiros responderam de forma adequada ao item 26 (Após o contacto com fluidos orgânicos de doentes infectados lava as mãos) e 97,18% responderam de forma adequada ao item 33 (é importante a lavagem das mãos após a prestação de cuidados). Os enfermeiros respondentes encontram-se em consonância com as recomendações emanadas pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006, p.12), que alertam para a remoção rápida de derrames e salpicos de sangue e de outra matéria orgânica; remoção rápida de materiais contaminados e fluidos das unidades dos doentes, fazendo contenção na fonte e evitando a formação de salpicos e aerossóis aquando da descontaminação desses materiais.

Ainda a este respeito, outros autores não são da mesma opinião, Espada (2007, p.48) acrescenta que para além da “frequência da lavagem das mãos ser cerca de metade do que deveria ser, leva menos tempo do que deveria lavar”.

De acordo com as orientações da OMS, para uma adequada implementação da higiene das mãos nas unidades de saúde é fundamental o cumprimento de alguns princípios, nomeadamente proceder ao ensino de doentes, visitas, voluntariado e fornecedores sobre a higiene das mãos, acerca deste aspecto 97,89% dos enfermeiros responderam adequadamente ao item 32 (É importante incentivar os doentes a lavar as mãos).

Outra das precauções básicas para o controlo das infecções associadas à prestação de cuidados de saúde, consiste no isolamento de doentes, conforme a cadeia epidemiológica da infecção, no entanto o número de respostas adequadas ao item 5 (o isolamento de contenção consiste na prevenção de infecções em doentes imunocomprometidos) é considerada baixa, em que 24,75% dos enfermeiros respondem adequadamente.

“o conceito de patogenicidade dos microrganismos mudou e sabe-se que esta capacidade pode variar conforme a susceptibilidade do hospedeiro. Qualquer microrganismo pode constituir risco de infecções oportunistas em doentes imunodeprimidos, desde que encontre condições ideais para sobrevivência. Por isso, quaisquer medidas instituídas têm que ter em conta a especificidade dos serviços, dos procedimentos e dos doentes em causa” (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge 2006).

Considerando o item 35 (A descontaminação do ambiente é uma medida de controlo da infecção nosocomial) 97,20% dos enfermeiros responde de forma adequada, reconhecendo ser uma das medidas de controlo da infecção hospitalar.

A transmissão cruzada de infecção, induzida pelas pessoas e as suas práticas, assume um papel preponderante no contexto do aparecimento destas infecções. No entanto, reconhece-se que um ambiente limpo e seco reduz os riscos de infecção dos doentes e profissionais, na medida em que a limpeza reduz significativamente o número e tipo de microrganismos presentes no ambiente e promove a ausência de humidade que constitui outro dos requisitos essenciais para manter o ambiente salubre. (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006)

O controlo da infecção é um empreendimento multidisciplinar, de grande complexidade, sendo necessário reunir os esforços de todos os grupos profissionais (Vasconcelos et al, 2011), deste modo, 97,89% dos enfermeiros respondem adequadamente ao item 24, reconhecendo que é importante a formação sobre infecção nosocomial para todos os profissionais de saúde. Por outro lado a DGS (2007) é consensual, considerando fundamental assegurar o registo contínuo, a análise, a interpretação e a informação de retorno relativamente à IACS, num quadro de sistemas bem estruturados de vigilância epidemiológica (de estrutura, de processo e de resultado) sustentados pela divulgação de padrões de qualidade dos cuidados, designadamente recomendações de boas práticas e pela formação e informação dos profissionais (de gestão e de prestação).

Actualmente e segundo os estudos de prevalência de infecção realizados em Portugal no ano de 2009 e 2010, referem que os tipos de infecção que mais prevalece foram as infecções das vias respiratórias e das vias urinárias, com taxas de 3,8% e 2,75% no ano de 2009. Sendo assim, a infecção respiratória é a infecção nosocomial mais frequente, o que não vai de encontro ao número de respostas adequadas (10 respostas) por parte dos enfermeiros no item 3 da escala de atitudes, que refere “A infecção respiratória é a segunda principal infecção hospitalar”.

A infecção respiratória de origem hospitalar mais comum é a pneumonia nosocomial (Pina et al 2004), o que vai de encontro às 97 respostas adequadas obtidas ao item 25 da escala de atitudes.

Referindo-nos ao número de respostas obtidas aos itens 16 “O risco de infecção respiratória hospitalar está presente quando há diminuição da capacidade de tossir” e 17 “Na prevenção da infecção respiratória nosocomial é importante a cinesiterapia respiratória”, 82 enfermeiros e 78 enfermeiros responderam de forma adequada respectivamente. No entanto, o número de enfermeiros que responderam de forma não adequada é significativo com 57 e 63 respostas respectivamente. A indecisão é grande.

O risco de infecção respiratória está presente quando os reflexos das vias aéreas superiores estão diminuídos, favorecendo a aspiração de secreções orofaríngeas; Há diminuição da capacidade da tosse, levando a atelectasias e a estase brônquica (Henriques e Almeida, 2005). A prevenção desta infecção faz-se através de acções como as recomendadas por Pina (2005), nomeadamente: a cinesiterapia respiratória é uma medida de prevenção importante a ter em conta de acordo com a situação clínica do doente.

A aspiração só deve ser feita quando necessário, sem protocolos preestabelecidos, uma vez que constitui risco de infecção.

No item 19 (Só aspira secreções quando o doente apresenta obstrução das vias aéreas), o autor referido anteriormente é de opinião que esta só se deve realizar quando necessário, já nas respostas obtidas constata-se que 80 enfermeiros são discordantes dessa opinião, uma vez que respondem de forma não adequada.

No que diz respeito ao item 10 da escala de atitudes (A principal infecção hospitalar é a infecção urinária) 60 enfermeiros respondem de forma adequada, o que de facto se pode justificar pelo número de respostas adequadas ao item.

Segundo os estudos demonstrados a infecção urinária é a segunda infecção nosocomial mais frequente, predomina nos doentes algaliados e está directamente relacionada com o número de dias de permanência do cateter urinário (Pina, 2005).

Reportando-nos ao item 14 em que menciona que a aquisição de uma infecção urinária nosocomial vai aumentando na proporção directa da duração da cateterização, 129 enfermeiros responderam adequadamente, o que vai de encontro ao estudo descrito por Fernandes (2000).

Uma das medidas de prevenção para que tal infecção não ocorra, é manter o saco colector abaixo do nível da bexiga do doente (Henriques e Almeida, 2005), em que 133 enfermeiros responderam de forma adequada (item 31).

De acordo com os mesmos autores outra medida preventiva passa por algaliar o doente somente quando estritamente necessário. A incontinência urinária isolada não é uma indicação para a cateterização vesical, devendo considerar outros métodos alternativos (colector externo, fraldas descartáveis, algaliação intermitente), a mesma conduta é

adoptada pelos profissionais de enfermagem, uma vez que constatámos 117 respostas adequadas dadas pelos enfermeiros ao item 30 (Costuma algaliar o doente sempre que é incontinente) da escala de atitudes.

A grande maioria dos enfermeiros é conhecedor do agente infeccioso que predomina na infecção urinária nosocomial, respondendo 102 enfermeiros de forma adequada ao item 27 (O agente infeccioso que predomina na infecção urinária nosocomial é a *Escherichia coli*).

Um estudo referido por Teixeira (2010), menciona que o agente etiológico mais presente nesta infecção é a *Escherichia coli*.

Um estudo de intervenção educacional desenvolvido na Argentina demonstrou a redução da taxa de infecção de trato urinário de 21,3 para 12,39 por 1.000 cateter vesicais/dias em duas unidades de terapia intensiva (UTI) ($p = 0,006$), se os profissionais adoptarem medidas adequadas nos cuidados prestados (Rosenthal cit. por Costa, 2005).

A infecção ou bacteriémia associada aos acessos vascular ocupa um lugar importante na topografia das infecções hospitalares, com uma evolução crescentes nas duas últimas décadas (Pina e Silva, 2005), a maioria dos enfermeiros responde em concordância ao item 12 (A infecção bacteriana aos acessos vasculares não é considerada infecção hospitalar) com 121 respostas adequadas, reconhecendo a bactériémia como infecção hospitalar.

Também nos parece que a maioria dos profissionais está consciente da sua prevenção, uma vez que ao item 4 (Substitui os sistemas de perfusão a cada 48 a 72 horas) responderam de forma adequada 84,65% dos enfermeiros o que vai de encontro às medidas preventivas preconizadas por Pina (2005) e Henriques e Almeida (2005).

Um estudo desenvolvido acerca da Intervenção educacional abordando boas práticas na prevenção da bacteriémia, demonstrou que se conseguiu reduzir a taxa de infecção de 9,4 por 1.000 cateteres/dia para 5,5 por 1.000 cateteres/dia (Warrem e tal cit. por Costa, 2005). Outro estudo realizou uma intervenção de forma a avaliar o conhecimento, abordando factores de risco e condutas práticas associadas com infecção de corrente sanguínea e cuidados com o CVC numa UCI cirúrgica. A colocação de cartazes de modo a reforçar as informações do módulo educativo foram colocados na unidade. A taxa de infecção de corrente sanguínea caiu 66% de 10,8 para 3,7 por 1.000 CVC-dias ($p < 0,001$) (Coopersmith cit por Costa, 2005).

As infecções associadas aos cuidados podem manifestar-se depois da alta do doente e de acordo com o item 13 da escala de atitudes, 89,44% dos enfermeiros respondem adequadamente a esta declaração, o que vai de encontro à definição de IACS.

IACS é uma infecção que ocorre num doente durante a prestação de cuidados, que não existia nem estava em incubação na altura da prestação desses cuidados. Considera-se uma consequência indesejada da prestação de cuidados de saúde, onde quer que sejam prestados. Inclui também as que se manifestam após a alta, assim como as infecções decorrentes da actividade profissional, que surgem nos funcionários da instituição (Vasconcelos et al, 2011).

Relativamente ao item 36 (O enfermeiro sente que a sua saúde está em risco ao prestar cuidados) e considerando a dimensão afectiva foi considerada como verdadeira a maioria de respostas obtidas por parte dos enfermeiros respondentes, assim sendo, 84 enfermeiros responderam de forma adequada.

É consensual que os enfermeiros são o grupo profissional que mais tempo de trabalho passa junto do doente. Aliado a este facto, salienta-se que os riscos a que está sujeito são de várias ordens, nomeadamente biológicos, psicossociais, ergonómicos, químicos e físicos, e que, em conjunto com práticas de trabalho inadequadas ou desconhecimento do risco real a que estão expostos, concorrem para que facilmente sejam vítimas de acidentes de trabalho ou de doenças profissionais (Carvalho, 2008).

Através das respostas à questão aberta do questionário, onde se solicita uma referência às condições do serviço que são um meio facilitador da infecção cruzada, os resultados obtidos têm em conta cada uma das instituições.

Os enfermeiros do C.S. Seia (57,14%) apontam, como principal factor de focos de infecção, as condições inadequadas e degradadas e 42,86% dos enfermeiros argumentam o facto da sala de realização de pensos ser demasiado pequena para o atendimento múltiplo de doentes.

No C.S. Gouveia salienta-se a inexistência de manutenção do ar condicionado com 100% das respostas por parte dos enfermeiros.

Os sistemas de ventilação adequados requerem um desenho e manutenção correctas, a fim de minimizar a contaminação microbiana. Todas as entradas de ar exterior devem estar localizadas o mais alto possível, em relação ao chão; as entradas devem ficar distantes das saídas, dos incineradores ou das caldeiras” (Pina 2006, p.62).

No HNSA 35,29 % dos enfermeiros referem que o espaço reduzido entre as camas é a principal condição física facilitadora da infecção cruzada, esta opinião é partilhada por 29,28% dos enfermeiros do HSM, o que vai de encontro ao referido por Alves e Alves (2003) que considera este factor como um dos quatro que aumentam a infecção cruzada.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006) “as camas devem ter de distância entre si (e das paredes, excepto da cabeceira), um metro de distância mínima, sendo o ideal 1,30m.

Outro factor apresentado pelos enfermeiros do HNSA é a inexistência de um WC por enfermaria no serviço de cirurgia, salientando a declaração “*Único WC para 9 camas*”. Segundo o mesmo instituto, deve existir uma casa de banho por cada quatro camas, sendo o rácio mínimo de um chuveiro por cada doze camas.

Os enfermeiros do HNSA e HSM alertam para a sobrelotação de doentes, com 32,35% e 19,51% respectivamente

O Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006) menciona que idealmente, as salas de internamento devem ter no máximo quatro camas, contabilizando-se cerca de nove metros quadrados para cada cama.

Um estudo realizado num hospital pediátrico, com o intuito de avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre os possíveis factores de risco envolvidos na ocorrência de infecções, demonstrou que ausência de rotinas pré-estabelecidas, inadequação de planta física e instalações, falta de material e equipamentos, desproporção entre o número de profissionais e o número de camas ocupados, falta de treino e orientação dos funcionários e acompanhantes, são factores primordiais para o desenvolvimento de infecções nosocomiais (Turrini, 2000).

Em Portugal tem-se verificado um aumento crescente de estirpes multiresistentes nas infecções, o que preocupa os profissionais de saúde e sem excepção os enfermeiros, que apontam a inexistência de quartos de isolamento como determinante para a ocorrência de IACS. Constatamos que 48,78% dos enfermeiros do HSM partilham desta opinião, tal como 23,53% dos enfermeiros do HNSA.

O controlo de infecção tem por base o isolamento de estruturas e procedimentos, que assentam em precauções simples e bem, estabelecidas, passando pela contenção na fonte, bloqueio das vias de transmissão e protecção do hospedeiro susceptível (Vasconcelos et al, 2011).

Para além das condições físicas, obtiveram-se respostas respeitantes a recursos materiais como a não existência de equipamento para lavagem e desinfecção de urinóis/arrastadeiras ou a ausência de solução alcoólica nas enfermarias, recursos humanos salientando a sua escassez, défice de formação e mesmo o funcionamento do serviço foi referido.

Tornar o ambiente isento de microrganismos não é viável nem desejável, já que estes fazem parte integrante da nossa ecologia e contribuem para manter o equilíbrio entre o homem e o meio ambiente.

Segundo o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2006), a maior parte dos microrganismos presentes no ambiente não são passíveis de causar doença nos indivíduos cujas defesas contra a infecção estão mantidas. No entanto, de forma oportunista, quaisquer microrganismos podem causar infecção em doentes imunodeprimidos. Por outro lado, estes microrganismos sobrevivem com dificuldade se forem privados das condições favoráveis ao seu crescimento e proliferação (humidade, temperatura e alimento, como é o caso da matéria orgânica).

Aceitando o desafio da OMS, de tornar a prestação de cuidados de saúde mais segura, o Ministério da Saúde reformula, através do documento elaborado pela Direcção-Geral da Saúde, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI). Este programa visa, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infecção nas unidades de saúde. Conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da IACS seja promovida a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente.

A proposta do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde elaborada pela Direcção-Geral da Saúde (2007), alerta que “apesar de 68% dos hospitais disporem já de um sistema de vigilância de infecção hospitalar, só 38% têm protocolo de utilização de antibióticos e apenas 59% conseguem ter aprovado, por os respectivos Conselhos de Administração, o plano de actividades da CCI”. Perante este contexto nacional, torna-se imperativa a implementação do PNCI que, ao melhorar progressivamente a dinâmica das CCI, conferindo-lhes inequívoca autoridade técnica e ao disponibilizar um sistema de registo nacional, entre outras medidas, contribuirá, certamente, para a diminuição sustentada da taxa de incidência da IACS.

A preocupação do Ministério da Saúde vem apoiar aspectos, por nós, considerados muito importantes para a prestação de cuidados nomeadamente, a introdução, nos planos curriculares das escolas de Enfermagem, de temas como Infecção Relacionada com os Cuidados de Saúde. Incentivar a colocar e desenvolver questões de investigação relacionadas com esta temática nomeadamente na área das boas práticas, na formação fornecida pelas instituições, na integração de novos profissionais, no ambiente hospitalar e no estender este mesmo estudo a outras instituições hospitalares e a outros serviços é um caminho que é importante percorrer para melhorar a qualidade nesta área e contribuir para a diminuição da infecção hospitalar.

7 - CONCLUSÕES

No terminus deste trabalho, impõem-se algumas reflexões sobre o mesmo e sobre os resultados obtidos.

A realização deste estudo permitiu-nos atingir o objectivo proposto, relacionado com “aprofundar conhecimentos na elaboração de estudos de investigação”, criando uma dinâmica de trabalho que nos permitiu reforçar conhecimentos e desenvolver competências nesta área, tanto no âmbito da infecção hospitalar, como no processo e metodologia de investigação.

Este documento permite-nos atingir o objectivo de “Fornecer elementos de avaliação no âmbito da Unidade Curricular – relatório final do I Curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica”

A amostra constituída por 142 enfermeiros prestadores de cuidados na ULS da Guarda. Revela um perfil médio de enfermeiros do sexo feminino (76,80%), com idade média de 36 anos. Os profissionais mais representativos reporta-se aos enfermeiros do HNSA (44,40%), a exercer a profissão entre os 10-19 anos (40,80%) com uma média 13,04 anos, licenciados (69,50%), com a categoria profissional de Enfermeiro graduado (50,00%), com horário na instituição de 35h/semana (70,40%), com vínculo à Função pública (61,30%) e sem duplo emprego (77,47%).

O objectivo delineado inicialmente de “Caracterizar a atitude adoptada pelos enfermeiros que se encontram na prestação directa de cuidados nos vários serviços da ULS da Guarda, face às IACS” foi atingido, uma vez que, podemos constatar que a atitude global dos enfermeiros em estudo é positiva. Observa-se ainda, que as frequências dos itens das respostas consideradas adequadas dos enfermeiros, varia entre um mínimo de 10 e um máximo de 140 com uma média de 103,33 respostas adequadas.

Podemos ainda, retirar deste estudo que a dimensão afectiva que se refere à sensibilização para a protecção pessoal e dos doentes é a dimensão que tem mais relevância com uma média de 48,643% na atitude global, logo seguida da dimensão comportamental (utilização de medidas de protecção pessoal e da unidade ou colectiva) com 48,064% e, por fim, a dimensão cognitiva (que visa a medição do conhecimento dos riscos inerentes ao contacto com doentes e da utilização de medidas de protecção pessoal e colectiva) com 46,219%.

Estes dados revelam-nos que os enfermeiros detêm conhecimentos sobre o risco de infecção e as medidas de protecção pessoal e colectiva a utilizar para prevenir a infecção,

mas nem sempre adequam os comportamentos à situação e demonstram, também, alguma desmotivação para aplicação adequada das medidas de protecção pessoal e dos doentes.

Quanto ao segundo objectivo deste estudo que é “analisar em que medida as variáveis Sócio-profissional e a Formação acerca das IACS influenciam a atitude dos enfermeiros”, podemos inferir que as características pessoais (sexo e idade) não influenciam a atitude do enfermeiro face às IACS. Reportando-nos às variáveis profissionais, apenas o duplo emprego tem influência nas atitudes do enfermeiro face às IACS. Por outro inferimos que existe uma relação de dependência entre os enfermeiros com formação acerca das IACS e as atitudes dos mesmos face a esta problemática.

Consideramos importante que se invista na formação direccionada para enfermeiros e outros profissionais que intervenham no processo cuidativo, de forma a ir ao encontro do proposto pelo Ministério da Saúde, com vista a diminuição da infecção hospitalar nas instituições, estimulando o desenvolvimento de competências na área da prevenção da infecção e assim otimizar a qualidade dos cuidados prestados nas nossas instituições. Este momento formativo deve ser, em nosso entender, iniciado durante o processo de acolhimento e integração de novos elementos no serviço, tal como nos estabelecimentos de ensino.

Tendo consciência que os resultados do nosso estudo não podem ser extrapolados ou generalizados para a população de enfermeiros, devido à dimensão da amostra, considerámos importante que outros estudos sejam levados a cabo nesta área, quer nos serviços, em particular, quer nas instituições em geral, a fim de se obter um conhecimento real e efectivo de cada situação. Assim, com base nesses dados podem ser introduzidas medidas correctivas de forma mais adequada e ajustada a cada caso, sejam elas formativas ou normativas.

Desta forma, esperamos que cada vez mais os enfermeiros adoptem a atitude mais adequada na prevenção da infecção hospitalar e assim contribuam cada vez mais para a diminuição da sua incidência e não sejam mais um elo na cadeia epidemiológica da infecção hospitalar, mas que sejam eles a quebrar essa cadeia.

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.

AMIGUINHO, Abílio - **Viver a formação, construir a mudança**. Lisboa: Educa, 1992.

ALVES, Ana Isabel Pereira de Macedo; ALVES, Cecília Maria Pereira de Macedo – Prevenção e controlo da infecção por MRSA. Lisboa. Nursing. N.º 174 (2003), p.25-29.

BARROCA, Cruz; CRUZ, Cristina; GASPAR, Ana; VALDEMAR, José – Atitudes do Enfermeiro face às Infecções nosocomiais. Guarda: Escola superior de Saúde da Guarda, 2006. Dissertação da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

BERGAMINI M; Cucchi A; STEFANATI A; CAVALLARO A; GABUTTI G - Knowledge of preventive measures against occupational risks and spread of healthcare-associated infections among nursing students. An epidemiological prevalence study from Ferrar. J Prev Med [Em linha] 2009 [Consult. 12 Outubro. 2011]. Disponível em WWW: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=MEDLINE&lang=p&form=F>

CANUT, Brusola; [et al.] – **Enfermería: Enfermería Psicossocial Y Salud Mental**. Barcelona: Masson, 2000.

CARAPINHEIRO, G.; LOPES, N.M. – **Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses – estudo sociográfico de âmbito nacional**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1997. 174 p. ISBN 972-95420-1-5.

CARDOSO, Renata da Silva; SILVA Maria Anice – A percepção dos enfermeiros acerca da comissão de infecção hospitalar: desafios e perspectivas. Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis. Vol. 13, nº especial (2004), p.50-57.

CARNEIRO, Jandira; MATOS, Filipe; ESTEVES, Francisco – Contributo do Estudo Europeu para a 5ª Meta Internacional de Segurança do Doente. Tecno hospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011) p. 18-22.

CARVALHO, A.C. – Avaliação de Riscos Profissionais em Unidade de Cuidados Intensivos. Rev. Sinais Vitais. Nº 79 (2008), p. 58-62.

CDC – 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. MMWR [Em linha]. Vol. 51: nº 16 (2002), 56 p. [Consult. 12 Outubro. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.cdc.gov/sharpssafety/pdf/WorkbookComplete.pdf>>

COSTA, Ana Cristina; NORIEGA; FONSECA, Luís Filipe; SILVA, Goreti - Inquérito nacional de prevalência de infecção 2009 [Em linha]. Lisboa: DGS, 2009. [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>, <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>>

COSTA, Ana Cristina – Controlo de infecção. Tecno hospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011) p. 13-16.

COSTA, Sílvia Figueiredo – Impacto da educação no controlo da infecção. Revista prática hospitalar. Ano VII, N.º 42 (Nov./Dez 2005). ISSN 1679-5512.

COELHO, Filomena [et al.] – Velhos problemas, novos desafios. Tecno hospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011) p.30-32.

DIAS, José Manuel – **Formadores: que desempenho**. Lisboa: Lusociência, 2004.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Lisboa: Fulminense, 1999.

DUCEL, G.; FABRY, J.; NICOLLE, L. – Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - um guia prático [Em linha]. Lisboa: INSRJ (2002) 93p. [Consult. 2 Setembro.2011]. Disponível em: [WWW:<URL:http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf](http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd49/man_oms.pdf).

ESPADA, A. – Mãos limpas salvam vidas. Nursing. Lisboa. Ano 17, nº 225 (2007), p. 48-50.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N.R. – **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. 1721 p. ISBN 85-7379-249-3.

FERNANDES, Catarina Maria Duarte – Incidência e controlo da infecção urinária em doentes com AVC. Revista Investigação em Enfermagem. Edições sinais vitais, n.º 20 (Agosto 2009), p.6-14.

FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusociência, D. L. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

GOMES, Ana Maria – Atitudes do enfermeiro perante a doença grave. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: Ano 1993, n.º 3, p. 235-253.

GRAVETO, João M. G. Nascimento; CAMPOS, Diana C.Ferreira. Cateterização urinária – Evidência científica sobre limpeza peri-uretral na prevenção da infecção urinária com ou sem antissépticos?. Revista Portuguesa de Enfermagem, n.º 18. (Abril/ Maio/Junho 2009). p. 25-27.

HENRIQUES, Maria do Carmo Amaral; ALMEIDA, Judite Patrício – **Manual de prevenção de infecções nosocomiais**. Viseu: Associação de Paulo Jorge F. R. Abreu, 2005.

LIDZ, Theodore - **A pessoa, seu desenvolvimento durante o ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Gráficas, 1983.

LIMA, Jorge Patrício de Barros - A utilização de equipamentos de protecção individual pelos profissionais de Enfermagem – práticas relacionadas com o uso de luvas [Em linha]. Braga: Escola de Engenharia da Universidade do Minho, 2008. Dissertação de Mestrado [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em:

http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9160/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Jorge_Lima_01.03_frente_verso.pdf

MONTEIRO, Manuela M.; SANTOS, Margarida F. – **Psicologia**. Porto: Porto Editora, 1999.

NUNES, Lucília – **Ética em Enfermagem**. Lusodidacta, 2011. ISBN – 9789728930677.

PALACIOS, L.G. – Riesgos asociados a los cuidados sanitários. Rev. EL MEDICO. Vol. 10: nº2 (2008), p. 46-59.

PALMA, F.M.; GUERREIRO, I.M.; PALMA, M.D. – Estetoscópios como veículo de disseminação da infecção nosocomial. Rev. Investigação em Enfermagem. Nº 14 (2006), p. 55-63.

PINA, Elaine; SILVA, Goreti; FERREIRA, Etelvina – **Relatório Inquérito de Prevalência de infecção 2010**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2010. [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em [WWW: <URL:http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0](http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0)

PINA, E. – Actualidade e perspectivas de futuro do Programa Nacional. Nursing. Ano 15: nº 180 (2003), p. 8-10.

PINA, Elaine; SILVA, M. Goreti; GEADA, Ana – **Recomendações para a prevenção da Infecção respiratória em doente ventilado**. [Em linha]. Lisboa: DGS, 2004. [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em [WWW: <URL:http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0](http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0)

PINA, E.; Silva, G. - **Estudo nacional de prevalência de infecção nosocomial : relatório do Plano de Acção do PNCI 2001-2004 : Programa Nacional de Controlo de Infecção**. Lisboa. Junho de 2005.

PINA, Elaine – **Infecções relacionadas com cuidados de saúde**. Jornadas Bio Mérieux. Porto 25 de Outubro de 2005.

PINA, Elaine; PERES, David – Vigilância epidemiológica na infecção associada a cuidados de saúde. Nursing (suplemento). N.º 239 (Novembro 2008), p.2-3.

PINA, Elaine - **Prevenção de infecções adquiridas no Hospital - um guia prático**. Lisboa Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006.

PINA, Elaine [et al.] - Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia). Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. 28, n.º 1 (2010).

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTARIA n.º 43/2011. DR. 1ª Série.14 (2011-20-01) 377-466. Aprova o Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares para o período de 2011 -2016.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - *circular normativa* n.º 13/DQS/DSD [Em linha]. 2010-06-14. Orientação de Boa prática clínica para higiene das mãos nas unidades de saúde [Consult. 12 Outubro. 2011]. Disponível em: <http://www.dqs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - *circular normativa* n.º 18/DSQC/DSC [Em linha]. 2007-10-15. Comissão de Controlo de Infecção [Consult. 20 Outubro. 2011]. Disponível em: <http://www.dqs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009189.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [Em linha]. Lisboa:

DGS, 2007. 20 p. [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, Recomendações para as precauções de isolamento/Precauções básicas e dependentes das vias de transmissão [Em linha]. Lisboa: DGS, 2007. 20 p. [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>

REBELO, B.S.C.; VALENTE, J.P.O. - Infecções hospitalares – uma realidade actual. Rev. Sinais Vitais, n.º 70 (2007), p. 27-29.

RIBEIRO, Abraão – Controlo de infecção? Tecno hospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011), p.11.

RODRIGUES, Cecília Maria – **Incidência e factores associados à Infecção Nosocomial em Unidades de Medicina num hospital universitário**. [Em linha]. Porto: Faculdade de medicina da universidade do Porto. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, 2008. Dissertação de Mestrado [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em: <http://www.google.pt/search?hl=pt->

SILVA, M.G. – Programa remodelado. Que novidades? Nursing (suplemento). Ano 18: nº 230 (2008), p. 4-7.

TEIXEIRA, Sofia Isabel capela – **Infecções do Tracto Urinário no Litoral Alentejano – Etiologia e Susceptibilidade aos Antimicrobianos**. [Em linha]. Lisboa: Faculdade de medicina da universidade de Lisboa, 2010. Dissertação de Mestrado [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/1923>.

SANTOS, Cristina; SANTOS, Esmeralda; CAMPO, Fernando – Avaliação do risco. Um passo para o controlo [Em linha] 2008. [Consult. 21 Out. 2011]. Disponível em:

http://www.inform.pt/seminarios/shst/pdf/AR_CristinaSantos.pdf

TIERNEY LM; MACPHEE SJ; PAPADAKIS MA, - **Diagnóstico e Tratamento**. 45ª edição. MacGraw Hill Editores: Current Medicina, 2006.p.1202.

TURRINI, R. N. T. - Percepção das Enfermeiras sobre factores de risco para a infecção hospitalar. Rev.Esc.Enf.USP [Em linha] 2000. V 34, n. 2, p. 174-84 [Consult. 24 Out. 2011]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n2/v34n2a07.pdf>

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedita – **Psicologia Social**. 7ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2006. ISBN 9789723108453.

VASCONCELOS, Carlos [et al.] – Um investimento na qualidade da saúde. Tecno hospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011) p.34-38.

VEIGA, Carlos Leça – Para quando a declaração da Infecção Hospitalar? Tecno hospital. Porto. ISSN 1645-9431. N.º 43 (Janeiro/Fevereiro 2011) p. 24-29.

WORD HEALTH ORGANIZACION – Clean Care is Safe Care. The burden of health care-associated infection worldwide [Em linha] 2010. [Consult. 21 Out. 2011]. Disponível em: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_haic/en/index.html.

ZAPPAROLI, A.S.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C. – Práctica segura del uso de guantes en la puncion venosa por los trabajadores de enfermeria. Rev. Ciência y Enfermeria. Vol. 12, nº 2 (2006), p. 63-72.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Pedido de autorização para a utilização das escalas

APÊNDICE II

Pedido de autorização para efectuar a colheita de dados

APÊNDICE III

**Distribuição da amostra segundo os graus de concordância
relativos a cada item**

Distribuição da amostra segundo os graus de concordância relativos a cada item

Itens Respostas	CP		C		NC/ND		D		DP		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1. O enfermeiro sente que o tempo disponível para a prestação de cuidados é escasso	42	29,60	74	52,10	17	12,0	6	4,20	3	2,10	142	100,00
2. Na prestação de qualquer cuidado costuma utilizar luvas	35	24,60	55	38,70	10	7,00	29	20,4	13	9,2	142	100,00
3. A infecção respiratória é a segunda principal infecção hospitalar	24	16,90	93	65,50	14	9,90	9	6,30	1	0,70	141	99,30
4. Substituiu os sistemas de perfusão cada 48 a 72 horas	64	45,10	42	29,60	13	9,20	14	9,90	9	6,30	142	100,00
5. O isolamento de contenção consiste na prevenção de infecções em doentes imuno-comprometidos	13	9,20	53	37,30	38	26,80	22	15,50	13	9,30	139	97,90
6. É importante a mudança de luvas para impedir o contágio a outros doentes	111	78,20	24	16,90	2	1,40	2	1,40	1	0,70	140	98,60
7. As mãos dos profissionais de saúde não são uma fonte de infecção hospitalar	10	7,00	2	1,40	0	0,0	23	16,20	107	75,4	142	100,00
8. Os orgânicos não são importantes na infecção hospitalar	1	0,70	2	1,40	1	0,70	32	22,50	106	74,60	142	100,00
9. O suor tem muita importância como fonte de infecção hospitalar	18	12,70	47	33,10	41	28,90	27	19,00	9	6,30	142	100,00
10. A principal infecção hospitalar é a infecção urinária	25	17,60	33	23,20	21	14,80	49	34,50	11	7,70	139	97,90
11. Na prestação de qualquer cuidado, é importante o enfermeiro tomar medidas de protecção individual	87	61,30	40	28,20	5	3,70	10	7,00	0	0,0	142	100,00
12. A infecção bacteriana associada aos acessos vasculares não é considerada infecção hospitalar	0	0,0	8	5,60	13	9,20	62	43,70	59	41,50	142	100,00
13. A infecção nosocomial pode manifestar-se após a alta	70	49,30	57	40,10	11	7,70	2	1,40	2	1,40	142	100,00
14. A probabilidade de aquisição de uma infecção urinária nosocomial vai aumentando na proporção directa da duração da cateterização	63	44,40	66	46,50	8	5,60	5	3,50	0	0,0	142	100,00
15. Após contacto superficial com verificar o pulso e a avaliar a TA a doentes não infectados não lava as mãos	2	1,40	12	8,50	18	12,70	53	37,30	57	40,10	142	100,00
16. O risco de infecção respiratória hospitalar está presente quando há diminuição da capacidade de tossir	25	17,60	57	40,10	24	16,90	20	14,10	13	9,20	139	97,00
17. Na prevenção da infecção respiratória nosocomial é importante a cinesiterapia respiratória	21	14,80	57	40,10	34	23,90	25	17,60	4	2,80	142	100,00
18. Costuma aspirar as secreções, como medida de prevenção da infecção respiratória nosocomial	9	6,30	20	14,10	45	31,70	45	31,70	23	16,20	141	99,30
19. Só aspira secreções quando o doente apresenta obstrução das vias aéreas	13	9,20	49	34,50	19	13,40	43	30,30	18	12,70	142	100,00
20. Após a lavagem das mãos utiliza os toalhetes para fechar a torneira	50	35,20	50	35,20	25	17,60	13	9,20	4	2,80	142	100,00
21. Lava as mãos sempre da mesma forma independentemente do acto que vai realizar	19	13,40	31	21,80	10	7,00	55	38,70	26	18,30	141	99,30
22. Não é importante uma lavagem asséptica das mãos antes de qualquer procedimento invasivo	1	0,70	8	5,60	8	5,60	30	21,10	95	66,90	142	100,00
23. É importante a lavagem cirúrgica das mãos antes de qualquer intervenção cirúrgica	114	80,30	19	13,40	2	1,4	3	2,1	4	2,8	142	100,00
24. A formação sobre infecção nosocomial é importante para todos os profissionais de saúde	113	79,60	26	18,30	2	1,4	0	0,0	1	0,7	142	100,00
25. A infecção respiratória de origem hospitalar mais comum é a pneumonia nosocomial	35	24,60	62	43,70	39	27,50	4	2,8	2	1,4	142	100,00

26. Após contacto com fluidos orgânicos de doentes infectados lava as mãos	121	85,20	19	13,40	0	0,0	1	0,70	1	0,70	142	100,00
27. O agente infeccioso que predomina na infeção urinária nosocomial é a <i>Escherichia coli</i>	38	26,80	64	45,10	26	18,30	9	6,30	1	0,70	138	97,20
28. Costuma utilizar o material descartável uma única vez	108	76,10	27	19,00	5	3,50	2	1,40	0	0,0	142	100,00
29. é importante o enfermeiro antes de algaliar o doente fazer uma lavagem asséptica das mãos	84	66,20	36	25,40	3	2,1	7	4,90	2	1,40	142	100,00
30. Costuma algaliar o doente sempre que é incontinente	6	4,20	18	12,70	46	32,40	70	49,30	1	0,70	141	99,30
31. Mantém o saco colector abaixo do nível da bexiga do doente	96	67,60	37	26,10	8	5,60	1	0,70	0	0,0	142	100,00
32. É importante incentivar os doentes a lavar as mãos	102	71,80	37	26,10	2	1,4	0	0,0	0	0,0	141	99,30
33. é importante a lavagem das mãos após a prestação de cuidados	119	83,80	19	13,40	1	0,70	2	1,40	1	0,70	142	100,00
34. Protege as suas lesões da pele com penso impermeável antes da prestação de cuidados	85	59,90	50	35,20	7	4,90	0	0,0	0	0,0	142	100,00
35. A descontaminação do ambiente é uma medida de controlo de infeção nosocomial	74	52,10	56	39,40	8	5,60	3	2,1	0	0,0	141	99,30
36. O enfermeiro sente que a sua saúde está em risco ao prestar cuidados	29	20,40	55	38,70	37	26,1	18	12,70	3	2,10	142	100,00

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de Colheita de Dados

PARTE I

Questionário sócio-profissional

1 – Género: Feminino () Masculino ()

2 – Idade: _____ anos

3 – Local de Trabalho: _____

4 – Tempo de Exercício Profissional: _____ anos

5 – Formação profissional

• Bacharelato () Ano de conclusão _____

• Licenciatura () Ano de conclusão _____

• Curso Pós-graduação: Não () Sim ()

Se sim, qual? _____ Ano de conclusão _____

• Especialidade: Não () Sim ()

Se sim, qual? _____ Ano de conclusão _____

• Mestrado: Não () Sim ()

Se sim, qual? _____ Ano de conclusão _____

6 – Categoria Profissional:

- Enfermeiro ()
- Enfermeiro Graduado ()
- Enfermeiro Especialista ()

7 – Horário na Instituição

- 35h / semana ()
- 40h / semana ()
- ≥ 42h / semana ()

8 – Situação Contratual / Tipo de vínculo: _____

9 – Duplo emprego: Não () Sim ()

10 – Formação acerca das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde:

Não () Sim ()

10.1 - Se respondeu afirmativamente, qual o local onde adquiriu formação:

- Na Instituição ()
- No Exterior ()

10.2 – Forma / Tipo de Formação:

- Jornadas ()
- Simpósio ()
- Curso Formação ()
- Consulta pelo próprio ()

10.3 – Número de horas de formação: _____ horas.

PARTE II

Escala de Atitudes do Enfermeiro face às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Segundo Barroca, Cruz, Gaspar e Valdemar (2006)

Tendo em conta a prestação de cuidados de Enfermagem que presta, bem como o seu papel relativamente às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, responda a cada uma das declarações, colocando uma cruz no quadrado correspondente à sua resposta, de acordo com a seguinte grelha:

Concordo Plenamente	Concordo	Não concordo Nem discordo	Discordo	Discordo Plenamente
CP	C	NC/ND	D	DP

N.º	Itens	CP	C	NC ND	D	DP
1	O enfermeiro sente que o tempo disponível para a prestação de cuidados é escasso.					
2	Na prestação de qualquer cuidado costuma utilizar luvas.					
3	A infecção respiratória é a segunda principal infecção hospitalar.					
4	Substitui os sistemas de perfusão cada 48 a 72 horas					
5	O isolamento de contenção consiste na prevenção de infecções em doentes imuno-comprometidos.					
6	É importante a mudança de luvas para impedir o contágio a outros doentes.					
7	As mãos dos profissionais de saúde não são uma fonte de infecção hospitalar.					
8	Os fluidos orgânicos não são importantes na infecção hospitalar.					
9	O suor tem muita importância como fonte de infecção hospitalar.					
10	A principal infecção hospitalar é a infecção urinária.					
11	Na prestação de qualquer cuidado, é importante o enfermeiro tomar medidas de protecção individual.					
12	A infecção bacteriana associada aos acessos vasculares não é considerada infecção hospitalar.					
13	A infecção nosocomial pode manifestar-se após a alta.					
14	A probabilidade de aquisição de uma infecção urinária nosocomial vai aumentando na proporção directa da duração da cateterização.					
15	Após contacto superficial como verificar o pulso e avaliar a TA a doentes não infectados não lava as mãos.					
16	O risco de infecção respiratória hospitalar está presente quando há diminuição da capacidade de tossir.					
17	Na prevenção da infecção respiratória nosocomial é importante a cinesiterapia respiratória.					

18	Costuma aspirar as secreções, como medida de prevenção da infecção respiratória nosocomial.					
19	Só aspira secreções quando o doente apresenta obstrução das vias aéreas.					
20	Após a lavagem das mãos utiliza os toalhetes para fechar a torneira.					
21	Lava as mãos sempre da mesma forma independentemente do acto que vai realizar.					
22	Não é importante uma lavagem asséptica das mãos antes de qualquer procedimento invasivo.					
23	É importante a lavagem cirúrgica das mãos antes de qualquer intervenção cirúrgica.					
24	A formação sobre infecção nosocomial é importante para todos os profissionais de saúde.					
25	A infecção respiratória de origem hospitalar mais comum é a pneumonia nosocomial.					
26	Após contacto com fluidos orgânicos de doentes infectados lava as mãos.					
27	O agente infeccioso que predomina na infecção urinária nosocomial é a <i>Escherichia Coli</i> .					
28	Costuma utilizar o material descartável uma única vez.					
29	É importante o enfermeiro antes de algaliar o doente fazer uma lavagem asséptica das mãos.					
30	Costuma algaliar o doente sempre que é incontinente.					
31	Mantém o saco colector abaixo do nível da bexiga do doente.					
32	É importante incentivar os doentes a lavar as mãos.					
33	É importante a lavagem das mãos após a prestação de cuidados.					
34	Protege as suas lesões da pele com penso impermeável antes da prestação de cuidados.					
35	A descontaminação do ambiente é uma medida de controle da infecção nosocomial.					
36	O enfermeiro sente que a sua saúde está em risco ao prestar cuidados.					

