

**Carla dos Anjos Veloso Tinoco**

**Percepção dos Profissionais de Saúde  
sobre as Boas Práticas de Higiene das Mãos**

**Julho de 2014**

**Carla dos Anjos Veloso Tinoco**

**Percepção dos Profissionais de Saúde  
sobre as Boas Práticas de Higiene das Mãos**

**Relatório Final (Vol. II)  
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (3.<sup>a</sup> edição)**

**Estudo efectuado sob a orientação do  
Professor Olivério Ribeiro**



**Julho de 2014**



## **PENSAMENTO**

*“A ciência será sempre uma busca e jamais uma descoberta.  
É uma viagem, nunca uma chegada.”*

Karl Popper



## DEDICATÓRIA

Para os meus Pais,  
o meu Agradecimento,  
a minha Admiração e o meu Amor,  
pelo que hoje sou e pelas minhas convicções.

A todos aqueles que acreditaram em mim  
e no meu sucesso, pelos estares partilhados,  
pelos momentos bons e menos bons  
e por terem sido o meu suporte.

Para vocês, O MEU OLHAR!



## **AGRADECIMENTOS**

O meu primeiro agradecimento é para o meu orientador, Professor Olivério Ribeiro, pela sua disponibilidade, pertinentes observações e conselhos.

Ao Hospital de Braga, nomeadamente ao Presidente do Concelho Executivo, Doutor Luís Carvalho, pela autorização concebida para a realização deste estudo e consequente aplicação do Instrumento de Colheita de Dados.

Agradeço de forma especial a todos os Colaboradores do Hospital de Braga, Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais, que cooperaram na colheita de dados, sem os quais não teria sido possível a concretização deste estudo.

Um reconhecido obrigado aos Enfermeiros (as) Chefes dos Serviços de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Serviço de Cardiologia/Pneumologia e Serviço de Ortopedia, Enfermeiro António Faria, Enfermeira Isabel Silva, Enfermeira Alice Carvalho e Enfermeira Elisabete Pinheiro que muito me apoiaram na realização deste estudo.

Ao Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos do Hospital de Braga, Enfermeira Coordenadora Isabel Veloso e Doutora Adelaide Alves, pelo incentivo, receptividade e ajuda ao longo de todo o processo.

A todos o meu sentido OBRIGADO!



## RESUMO

**Introdução:** A higiene das mãos constitui uma medida efectiva na prevenção da transmissão cruzada de infecção e acreditamos ser um importante Indicador de Segurança e Qualidade dos Cuidados. As mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum na transmissão de microrganismos, no entanto existe uma fraca adesão às boas práticas. Enfermeiros e Médicos lavam as mãos menos de metade das vezes que deveriam (OMS, 2009).

**Objectivos:** Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre as boas práticas de higiene das mãos. Avaliar a flora microbiana das mãos dos profissionais de saúde.

**Metodologia:** Estudo de natureza quantitativa, descritivo, correlacional, realizado entre Julho e Setembro de 2013, nos Serviços de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Serviço Médico (Cardiologia/Pneumologia) e Serviço Cirúrgico (Ortopedia) do Hospital de Braga.

**Resultados:** A maioria dos inquiridos considera muito importante a prática da higiene das mãos. São os assistentes operacionais que consideram maior esforço gasto na prática da higiene das mãos. No entanto, são os enfermeiros que assumem maior representatividade ao nível muito elevado de adesão. Os factores relatados como os que mais condicionam a adesão à prática da higiene das mãos são: Esquecimento (47.8%), Superlotação ou falta de pessoal (44.9%) e As necessidades do doente terem prioridade (44.5%). Por sua vez, os factores considerados como os que menos condicionam são: Falta de conhecimento (6.1%), Formação sobre higiene das mãos ineficaz (11.0%) e Assistência ao doente em quarto não isolado (12.7%). Quanto ao estudo microbiológico das mãos dos profissionais e conseqüente número de unidades formadoras de colónias, os testes revelam que as diferenças são estatisticamente significativas ( $H=9.684$ ;  $p=0.008$ ) entre os profissionais que não realizaram a higiene das mãos ( $PM=24,98$ ) e os que utilizaram a fricção anti-séptica na sua higienização ( $PM=11,25$ ).

**Conclusão:** A higiene das mãos é uma medida incontestável para a redução microbiana das mãos dos profissionais de saúde e a sua importância é reconhecida pela maioria dos inquiridos. É basilar compreender os factores relatados como os que mais condicionam a prática da higiene das mãos, para que possam ser determinadas estratégias efectivas que contribuam para o seu cumprimento.

**Palavras Chave:** Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, Boas práticas de higiene das mãos.



## ABSTRACT

**Introduction:** Hand hygiene is an effective measure in preventing cross-transmission infections and is believed to be an important indicator of quality in safety and in care. Health professional's hands are the most common vehicle of transmission of microorganisms, however there is poor compliance with the best practice. Nurses and doctors generally wash their hands less than half the time recommended (WHO, 2009).

**Objectives:** To evaluate the perception of health professionals on the standard practices of hand hygiene. Evaluate the microbial flora of health professional's hands.

**Methodology:** Quantitative, descriptive and correlational study, held between July and September 2013, in the Emergency Department, IntensiveCare Unit, Department of Medicine(Cardiology / Pneumology) and the Department of Surgery (Orthopedics) in Braga Hospital.

**Results:** The majority of the participants consider the practice of hand hygiene very important. Operational assistants are those who are considered to spend more effort on hand hygiene practice, although nurses assume greater representativeness at a very high level of adherence. The factors reported as having most hindered the adherence to the practice of hand hygiene are: Oblivion (47.8%), overcrowding or lack of staff (44.9%) and prioritizing patient needs (44.5%). On the other hand, the factors that are considered to least important: Lack of knowledge (6.1%), Ineffective instruction on hand hygiene (11.0%) and Assistance to the patient in a non-isolated room (12.7%). Regarding the microbiological study of the Professional's hands and consequent number of colony forming units, tests show that the differences are statistically significant ( $H = 9,684$ ;  $p=0.008$ ) between practitioners who did not perform hand hygiene ( $PM = 24.98$ ) and those that used antiseptic friction in their hygiene ( $PM = 11.25$ ).

**Conclusion:** Hand hygiene is considered an effective measure in reducing microbial organisms on the hands of health professionals and its importance is recognized by most participants. It is fundamental to understand the factors reported as those that most affect the practice of hand hygiene, in order to determine effective strategies that contribute to its implementation.

**Key words:** Healthcare Associated Infections, Best practices on hand hygiene.



# ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS</b>	
<b>ÍNDICE DE SÍMBOLOS</b>	
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>	
<b>1 - INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>2 - MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>29</b>
<b>3 - RESULTADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 - ANÁLISE INFERENCIAL.....</b>	<b>45</b>
<b>4 - DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>5 - CONCLUSÕES .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	
<b>Anexo I - Modelo Conceptual dos 5 momentos da higiene das mãos .....</b>	<b>67</b>
<b>Anexo II - Técnica de Lavagem das mãos .....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo III - Técnica de Fricção Anti-séptica das mãos .....</b>	<b>71</b>
<b>Anexo IV - Instrumento de Colheita de Dados .....</b>	<b>73</b>
<b>Anexo V - Pedido de Autorização para efectuar Colheita de Dados .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo VI - Grelha de Colheita de Dados para aplicação das placas de contacto .....</b>	<b>79</b>
<b>Anexo VII - Fotografias das placas de contacto após cultura .....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo VIII - Resultados do Laboratório .....</b>	<b>83</b>



## ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CUE	- Conselho da União Europeia
Cf.	- Conforme
CIT	- Contrato Individual de Trabalho
CT	- Contrato de Trabalho
CV	- Coeficiente de variação
DGS	- Direcção-Geral da Saúde
DP	- Desvio Padrão
ESSV	- Escola Superior de Saúde de Viseu
et al.	- e outros
HB	- Hospital de Braga
IACS	- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
K/erro	- Curtose
Máx.	- Máximo
Min.	- Mínimo
MRSA	- <i>Staphylococcus aureus</i> metilina-resistente
MS	- Ministério da Saúde
n	- Frequência absoluta
OMS	- Organização Mundial da Saúde
p.	- Página
PBCI	- Precauções Básicas de Controlo de Infecção
PM	- Peso Médio
PNCI	- Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
PPCIRA	- Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
res.	- Valores residuais ajustados
SABA	- Solução Anti-séptica de Base Alcoólica
SK/erro	- Assimetria

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences  
SU - Serviço de Urgência  
UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente  
UFC - Unidades Formadoras de Colónias  
UMW - U de Mann Whitney  
US - Unidade de Saúde  
Vs - Versus

## ÍNDICE DE SÍMBOLOS

$\chi^2$	- Qui-quadrado
$\bar{x}$	- média
$\rho$	- significância
%	- percentagem
<	- menor que
=	- igual
>	- maior que
$\leq$	- inferior ou igual
$\geq$	- superior ou igual



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Estatísticas relativas à idade dos profissionais de saúde .....	33
<b>Quadro 2</b> - Características sociodemográficas e profissionais em função do género .....	34
<b>Quadro 3</b> - Estatísticas relativas ao tempo de experiência profissional .....	34
<b>Quadro 4</b> - Características profissionais em função do género .....	35
<b>Quadro 5</b> - Características da valorização da prática da higiene das mãos .....	36
<b>Quadro 6</b> - Características da percepção sobre a higiene das mãos .....	36
<b>Quadro 7</b> - Relação entre a formação sobre a higiene das mãos nos últimos 2 anos e a categoria profissional .....	37
<b>Quadro 8</b> - Características do nível de eficácia de acções para aumentar adesão à higiene das mãos .....	38
<b>Quadro 9</b> - Características do nível de importância atribuída à higiene das mãos em função do sexo .....	39
<b>Quadro 10</b> - Características do nível de importância atribuída à higiene das mãos em função da categoria profissional .....	40
<b>Quadro 11</b> - Caracterização do esforço gasto na higiene das mãos em função do sexo e da categoria profissional .....	40
<b>Quadro 12</b> - Caracterização da adesão à prática da higiene das mãos em função do sexo e da categoria profissional .....	41
<b>Quadro 13</b> - Caracterização dos factores que mais condicionam a prática da higiene das mãos .....	42
<b>Quadro 14</b> - Caracterização da amostra onde foi avaliada a flora microbiana .....	43
<b>Quadro 15</b> - Caracterização do momento em que é realizada a higiene das mãos. ....	44
<b>Quadro 16</b> - Estatísticas relativas ao número de UFC em função do sexo .....	44
<b>Quadro 17</b> - Análise entre o número de UFC face ao serviço e categoria profissional .....	45
<b>Quadro 18</b> - Teste de Kruskal-Wallis entre o número de UFC e a acção da técnica da higiene das mãos .....	45
<b>Quadro 19</b> - Estatísticas relativas às boas praticas de higiene das mãos em função do sexo .	46
<b>Quadro 20</b> - Características das boas práticas de higiene das mãos (por grupos) em função do sexo .....	46
<b>Quadro 21</b> - Análise de regressão linear simples entre a idade, o tempo de serviço e o score das boas práticas de higiene das mãos .....	47

<b>Quadro 22</b> - Teste de Kruskal-Wallis entre o score das boas práticas de higiene das mãos, o estado civil e a formação literária .....	47
<b>Quadro 23</b> - Teste de Kruskal-Wallis entre o score das boas práticas de higiene das mãos e as variáveis profissionais.....	48
<b>Quadro 24</b> - Teste de U de Mann Whitney entre o score das boas práticas de higiene das mãos e o tipo de horário dos profissionais de saúde .....	49
<b>Quadro 25</b> - Teste de U de Mann Whitney entre o score das boas práticas de higiene das mãos e a variável formação sobre higiene das mãos nos últimos 2 anos.....	49
<b>Quadro 26</b> - Teste de Kruskal-Wallis entre o score das boas práticas de higiene das mãos e as variáveis relativas à importância atribuída à higiene das mãos .....	50

## 1 – INTRODUÇÃO

*Percepção dos Profissionais de Saúde sobre as Boas Práticas de Higiene das Mãos*, foi o título que escolhemos para este estudo, que nasceu de uma motivação real para aprofundar o tema, resultado de um estágio realizado no âmbito da Unidade Curricular, Estágio de Opção: Higiene Hospitalar, que decorreu na Comissão de Controlo de Infecção do Hospital de Braga (HB), mais recentemente denominada por Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), inserido no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica 3.<sup>a</sup> Edição da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV). Outro motivo que nos levou à escolha desta temática foi o facto de assistimos diariamente, na prestação de cuidados, a uma subvalorização da temática e a uma taxa de adesão à prática da higiene das mãos insuficiente.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são uma das principais preocupações no que concerne à segurança do doente / qualidade dos cuidados e retratam um dos eventos adversos com mais relevância nos cuidados de saúde. Atribui-se às IACS um conceito alargado de infecção associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (Leça, Costa, Silva, Noriega & Gaspar, 2008). Assim, a sua prevenção e controlo necessitam de medidas técnicas e, sobretudo, comportamentais e reflectem a qualidade dos cuidados prestados.

As IACS representam uma grande percentagem de morbilidade e mortalidade e a higiene das mãos representa uma medida de prevenção efectiva. E ainda, a higiene das mãos no momento adequado é altamente desejável, tanto por motivos estéticos, como por constituir um indicador importante para a qualidade do atendimento que é factor importante para os doentes e suas famílias e deve, assim, continuar a ser promovida em todos os ambientes clínicos (Gould, Moralejo, Drey & Chudleigh, 2011).

A higiene das mãos é um importante indicador de segurança e qualidade da assistência prestada em qualquer ambiente de cuidados de saúde porque há evidência substancial para demonstrar a correlação entre as boas práticas de higiene das mãos e baixas taxas de IACS (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2009).

As mãos dos profissionais de saúde são o veículo mais comum na transmissão de microrganismos de um doente para outro, de um local do corpo para outro no mesmo doente e de um ambiente contaminado para os doentes. No entanto, existe uma fraca adesão às boas práticas. O que se constata é que enfermeiros e médicos, de um modo geral, lavam as mãos menos de metade das vezes que deveriam. E se pensarmos em situações de assistência a doentes críticos nos quais existem graves limitações de tempo e a carga de trabalho é mais elevada, o cumprimento das boas práticas possivelmente alcança apenas os 10% (OMS, 2009).

Procurando dar cumprimento aos requisitos do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - 3.<sup>a</sup> Edição da ESSV, o presente estudo visa dar corpo à unidade curricular de *Relatório Final*, integrando a **Introdução**, temáticas como, IACS, onde se constrói a revisão narrativa de suporte à investigação, realçando a importância da higiene das mãos. Um segundo capítulo referente aos **Materiais e Métodos** utilizados na condução da investigação designadamente, objectivos da investigação, tipo de estudo, instrumento de colheita de dados e procedimentos estatísticos. Segue-se o capítulo 3 que descreve os **Resultados** obtidos, dando-se corpo à caracterização sociodemográfica e profissional, caracterização da percepção dos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos, análise da flora microbiana das mãos dos profissionais de saúde e ainda, a análise inferencial com teste das hipóteses de investigação. No capítulo 4 procede-se à **Discussão** dos resultados onde se confrontam os resultados do estudo com os da literatura científica e por último o capítulo 5 onde se enunciam as principais **Conclusões** do estudo.

As IACS são objecto de múltiplos estudos e pesquisas que tiveram início no século XVIII, época em que as práticas de controlo de infecção eram particularmente de controlo do meio, reconhecendo o modelo interpretativo de doença que predominava na Medicina da época. Em meados do Século XIX, destaca-se a actuação consciente e efectiva de Florence Nightingale e Ignaz Semmelweis, considerado nos dias de hoje “*pai do controlo de infecções*” (Carraro, 2004).

Florence Nightingale e Ignaz Semmelweis, há mais de um século, já actuavam, ensinavam e sugeriam que a assistência fosse desenvolvida de forma a inter-relacionar as vertentes poder vital/vida e prevenção/contágio e, no entanto, no decorrer da história, a vertente poder vital/vida foi deixada à margem da assistência, tendo sido mais enfatizadas as questões referentes à prevenção/contágio. Não obstante essa maior ênfase na prevenção/contágio, grande

parte dos profissionais atuam desconsiderando os seus princípios, o que contribui para a alta incidência das infecções hospitalares, ainda nos dias atuais (Carraro, 2004).

Ao longo dos tempos, muitos avanços têm sido evidenciados neste campo e a temática tem assumido cada vez mais relevância, ao ponto de esta estar implícita na qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente.

Assim, qualquer análise de gestão e qualidade que utilize os métodos científicos a ela apropriados expõe o controlo da infecção como um factor de extrema importância na redução da mortalidade, morbidade e custos hospitalares. Por esse motivo, a incidência da infecção associada aos cuidados de saúde é utilizada como instrumento de controlo da qualidade (Tavares, Sarmiento, Vieira, Serrano, Alves & Silva, 2003).

De acordo com o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI), é fundamental assegurar o registo contínuo, a análise, a interpretação e a informação de retorno relativamente às IACS. O PNCI, é um programa de intervenção a nível nacional, proposto pela Direcção-Geral da Saúde (DGS), para aplicação nas unidades de saúde, com o objectivo global de prevenir e controlar as IACS, definindo objectivos, metas, estratégias, intervenientes, níveis de responsabilidade, cronologia das acções e metodologias de avaliação (Leça et al., 2008).

As IACS são consideradas um problema com grande destaque, tanto em Portugal como no mundo. Se por um lado se prolonga a sobrevida de doentes, por outro verifica-se que, os mesmos doentes se tornam vulneráveis às múltiplas infecções que podem adquirir nos locais onde ocorre a prestação de cuidados. Isto acontece sobretudo devido ao recurso a procedimentos mais invasivos, à terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes, quer nas Unidades de Cuidados Intensivos, quer em outras unidades (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2007).

Dados do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças apontam para que, em média, as IACS afectam 1 em cada 20 doentes internados, ou seja, 4,1 milhões de doentes por ano nos Estados Unidos, e que, anualmente 37 000 mortes são causadas por tais infecções (Conselho da União Europeia [CUE], 2009).

Numa perspectiva nacional, um estudo de prevalência, que contou com a participação de 97 hospitais, 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 na comunidade de 22,5% em 22,3% de doentes (Pina, Silva & Ferreira, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), salienta que a prevenção das IACS é responsabilidade de todos os indivíduos e serviços que prestam cuidados de saúde, que devem

trabalhar em cooperação reduzindo o risco de infecção nos doentes e nos profissionais. A prevenção inclui profissionais que prestam cuidados directos ao doente, a gestão, as instalações, o aprovisionamento de materiais, equipamentos e produtos. Neste contexto, o mesmo autor ressalva que os programas de controlo de infecção são eficazes desde que sejam abrangentes e incluam actividades de vigilância e prevenção, assim como a formação dos profissionais. As precauções básicas, como isolamento e outras barreiras de protecção, devem ser claramente estabelecidas em normas escritas, padronizadas e adaptáveis aos agentes infecciosos e aos doentes (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2002).

Segundo Albuquerque (2008), um dos grandes factores que mais tem contribuído para a necessidade de se incidir na prevenção, é o crescente aumento das IACS, nomeadamente com o aparecimento de estirpes mais imunorresistentes, 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. Para a mesma autora, a prevenção é uma aposta ganha, quando todos os intervenientes estão alertados e sensibilizados para acções que contribuam para a melhoria dos cuidados de saúde e, por sua vez, melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

A OMS reconhece que as IACS dificultam o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbilidade e mortalidade. De referir que estas representam também um consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade. A sua prevenção e controle dependem, em grande parte, da adesão dos profissionais de saúde às medidas preventivas. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis (Portugal, MS, DGS, 2007).

Logo, na admissão à Unidade de Saúde (US), deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infectado com microrganismos “problema” e podem constituir-se como reservatório ou fonte potencial para transmissão cruzada de infecção. Assim, a aplicação das Precauções Básicas Controle de Infecção (PBCI) durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interacção entre o prestador de cuidados e o utente e o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2013).

Importante também referir que as PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infecção de todos os agentes infecciosos, e, conseqüentemente, em casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Staphylococcus aureus* metilicina-resistente

(MRSA), *Acinetobacter* multirresistente, *entre outros*), estão indicadas medidas adicionais – Precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às Precauções Básicas, mas não as substituem (Portugal, MS, DGS, 2013).

Algumas infecções hospitalares são consideradas evitáveis e são descritas como passíveis de prevenção por meio de medidas reconhecidas como eficazes, interferindo na cadeia de transmissão dos microrganismos. A higiene das mãos, o processamento de artigos e superfícies, e até mesmo a utilização de equipamentos de proteção individual como forma de respeitar as precauções universais, são algumas das medidas descritas na literatura e consideradas eficazes na prevenção e controle das infecções hospitalares (Pereira, Souza, Tipple & Prado, 2005).

Sobressai assim a importância da higiene das mãos, descrita como uma das precauções básicas ou padronizadas e comprovadamente uma das medidas de protecção ao doente mais efectiva para a redução e disseminação de infecções hospitalares (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007).

A higiene das mãos é pois, considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes e durante a prestação de cuidados. Pelo exposto, os profissionais de saúde devem ter algumas preocupações: as unhas devem manter-se curtas e limpas, sem verniz, sem extensões ou outros artefactos; os adornos devem ser removidos (incluindo a aliança); os cortes e abrasões devem estar cobertos com penso impermeável e deve expor-se os antebraços (o fardamento não deve ter mangas compridas - até aos pulsos) (Portugal, MS, DGS, 2013).

A flora residente da pele é constituída por microrganismos que se podem multiplicar nas camadas mais profundas e desempenham um papel importante na sua protecção pela invasão de outras espécies prejudiciais. É constituída maioritariamente por bactérias Gram positivo de baixa patogenicidade e não se transferem facilmente para outras pessoas ou superfícies. O potencial patogénico da flora residente é baixo, contudo, em procedimentos invasivos há o risco dos microrganismos residentes, do prestador de cuidados, penetrarem nos tecidos (pele não intacta, olhos e locais estéreis) do utente e provocarem infecção. Não é possível nem desejável a sua eliminação total, mas pode ser necessária a sua redução através da aplicação de anti-sépticos. A flora transitória da pele é constituída por microrganismos que não se multiplicam na pele, mas que se encontram nela em consequência do contacto, sendo facilmente transferidos para outras pessoas ou superfícies. A remoção destes microrganismos é essencial para a prevenção das infecções cruzadas. Até há pouco tempo, considerava-se que, para a remoção da flora transitória, era suficiente a lavagem com água e sabão, contudo, estudos efec-

tuados, para avaliar a eficácia do sabão e diversos produtos anti-sépticos na remoção de agentes transitórios multirresistentes e de vírus, concluíram que, a água e o sabão, nem sempre são suficientes para remover alguns vírus e bactérias (Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde [Portugal, MS, DGS], 2010).

De referir que, microorganismos multirresistentes são considerados microorganismos epidemiologicamente importantes devido às suas características específicas que podem ser relevantes para a transmissão cruzada da infecção, justificando o seu estudo nas unidades de saúde (Leça et al., 2008).

Segundo a Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde de 2010 “*Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*”, os profissionais de saúde devem proceder à higiene das mãos de acordo com o modelo conceptual proposto pela OMS, intitulado os “Cinco Momentos”, cumprindo, ainda, os princípios relativos às técnicas apropriadas a este procedimento e aos produtos a utilizar na execução da higiene das mãos (Portugal, MS, DGS, 2010).

Segundo a mesma Circular Normativa, os profissionais de saúde devem assumir o compromisso de alertar doentes, visitas, fornecedores e voluntários para a importância desta prática, sendo da responsabilidade do Órgão de Gestão da Unidade de Saúde, fornecer os produtos em quantidade e qualidade, dispondo-os nos locais estratégicos e acessíveis a todos.

A higiene das mãos, na prática clínica, está indicada durante os “Cinco Momentos” definidos pela OMS (cf. Anexo I):

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.

Os profissionais de saúde devem, portanto, realizar a higiene das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde; utilizar adequadamente os produtos disponíveis, como a solução anti-séptica de base alcoólica (SABA) e o sabão; cumprir a técnica de higiene das mãos adequada a cada procedimento; colaborar com o responsável pelo controlo de infecção na avaliação da adesão à prática da higiene das mãos e noutras actividades relacionadas com esta prática; e proceder ao ensino do doente, visitas, voluntariado e fornecedores sobre a higiene das mãos (Portugal, MS, DGS, 2010). A SABA deve ser a primeira escolha para a higiene das mãos, desde que as mãos estejam visivelmente limpas e/ou isentas de matéria

orgânica, o que faz com que esta seja utilizada na maioria dos procedimentos comuns na prestação de cuidados (Portugal, MS, DGS, 2010).

Para que os profissionais de saúde cumpram a higiene das mãos, compete aos órgãos de gestão, atribuir prioridade institucional ao aumento da adesão à higiene das mãos; promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática; divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho; disponibilizar lavatórios adequados e colocados em locais estratégicos; fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados; fornecer sabão adequado e creme hidratante para as mãos dos profissionais, de modo a minimizar a ocorrência de dermatites de contacto associadas à higienização das mãos; e fornecer produtos para higiene das mãos alternativos aos profissionais com reacções adversas aos produtos utilizados na unidade de saúde (Portugal, MS, DGS, 2010).

A Norma “*Precauções Básicas do Controlo de Infecção*” acrescenta que deve ter-se o cuidado de aplicar creme dermoprotector durante as pausas e após o final do turno e que, na selecção de cremes para a hidratação das mãos, deve ser verificado o seguinte: não devem interferir com a actividade do anti-séptico; não devem afectar a integridade das luvas e as embalagens devem ser preferencialmente individualizadas (Portugal, MS, DGS, 2013).

As instituições de saúde devem designar profissionais com formação e treino em controlo de infecção para implementar programas promocionais da prática de higiene das mãos, com o objectivo de aumentar a adesão dos profissionais de saúde a esta prática. A formação deve destacar especificamente os factores que podem influenciar significativamente o comportamento e não apenas o tipo de produtos para a higiene das mãos. Deve ter em consideração o tipo de actividades praticadas que podem contaminar as mãos, os doentes e ou o ambiente e demonstrar de forma clara as vantagens e desvantagens dos vários métodos utilizados na higiene das mãos (Portugal, MS, DGS, 2010).

Com a finalidade de avaliar a eficácia da SABA, podem utilizar-se, nas acções de formação, métodos que exemplifiquem a eficácia inequívoca da SABA na redução dos microrganismos presentes nas mãos. Um exemplo desses métodos é a utilização de placas de Petri para avaliação da flora microbiana das mãos antes e depois da utilização da SABA. As estratégias de motivação dos profissionais para a higiene das mãos devem ser multi-modulares e multifacetadas e incluir formação e suporte dos superiores hierárquicos para a implementação dos programas. A formação em serviço deve, ainda, incluir informação sobre os cuidados a ter com as mãos de forma a reduzir o risco de dermatites de contacto ou outros tipos de lesões da pele (Portugal, MS, DGS, 2010).

No que concerne às técnicas de higiene das mãos, são definidos três métodos a utilizar, de acordo com os procedimentos a efectuar: i) a lavagem das mãos com água e sabão (comum ou com antimicrobiano), que se aplica, 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, sendo que a duração do procedimento é de cerca 60 segundos (cf. Anexo II); ii) a fricção anti-séptica com a aplicação de um anti-séptico de base alcoólica para fricção das mãos, a aplicar, 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), sendo neste caso a duração estimada do procedimento é de cerca 15-30 segundos (cf. Anexo III); iii) a preparação pré-cirúrgica das mãos, que 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. Deste modo, os anti-sépticos a utilizar devem ter uma actividade antimicrobiana com acção residual e o procedimento deve demorar entre 2-3 minutos (Portugal, MS, DGS, 2010).

Conscientes da problemática explanada, e conscientes de que as IACS dependem de todos nós, profissionais de saúde, que directa ou indirectamente prestamos cuidados ao doente, justifica-se o desenvolvimento de uma investigação que procura responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja, dar resposta às seguintes questões de investigação:

- Qual a valorização atribuída pelos profissionais de saúde à prática da higiene das mãos?
- Em que medida o sexo e a idade dos profissionais de saúde pode influenciar na prática da higiene das mãos?
- Quais os grupos profissionais de saúde onde é mais valorizada a prática de higiene das mãos?
- Qual a importância que chefias, colegas e doentes parecem atribuir à higiene das mãos?
- Que factores condicionam as boas práticas da higiene das mãos?

Como forma de complemento e para realçar a dimensão da problemática, efectuamos ainda um estudo quase-experimental, onde procedemos à identificação da flora microbiana das mãos dos profissionais de saúde através da aplicação de placas de contacto (placas de Petri).

## 2 – MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia é caracterizada como uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exacta de toda acção desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa. Deste modo, a fase metodológica baseia-se em precisar como o fenómeno em estudo será inteirado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação, (Fortin, 2009).

É nesta fase do projecto que se indica: o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, havendo coerência entre as definições conceptuais e os critérios de mensuração. Refere-se também o processo de selecção da amostra, os instrumentos de colheita de dados, os procedimentos de colheita de dados, bem como indica e justifica as técnicas e medidas estatísticas utilizadas, (Fortin, 2009).

Nesta linha de pensamento, delimitámos um problema a investigar, em função do qual se traçaram os objectivos. Para os atingir, efectivámos uma revisão bibliográfica, que permitiu sustentar teoricamente a problemática, tendo a preocupação de seleccionar o que nos pareceu mais pertinente e actual.

Neste sentido, face às questões de investigação formuladas e já supracitadas, definimos como principal objectivo do presente estudo, avaliar a *Percepção dos Profissionais de Saúde sobre as boas práticas de Higiene das Mãos*. Na procura de respostas ao objectivo principal, delineamos um conjunto de objectivos que procuram responder a algumas das inquietações que esta problemática nos suscita, ou seja:

- Caracterizar sociodemográfica e profissionalmente os profissionais de saúde intervenientes;
- Avaliar a prática de higiene das mãos e a importância atribuída pelos diferentes profissionais;
- Determinar os factores que condicionam as boas práticas de higiene das mãos;
- Identificar a flora microbiana das mãos dos profissionais de saúde intervenientes.

Para a prossecução dos objectivos definidos, realizámos um estudo de natureza quantitativa, descritivo-correlacional, de corte transversal e retrospectivo. Uma das vantagens dos estudos retrospectivos, é a aplicação dos questionários auto-administrados, método a que recorreremos para a colheita de informação. Alguns autores (Hill & Hill, 2001) referem que a utilização deste método tem vantagens sobre as entrevistas face a face, ou entrevistas pelo telefone. No questionário auto-administrado, não existem intermédios, o indivíduo faz apelo à sua memória e com alguma facilidade responde às várias questões, pois não se sente pressionado e inibido pelo entrevistador.

De uma forma sintética, pode afirmar-se que o tipo de pesquisa equacionada para esta investigação segue métodos do estudo de análise quantitativa, pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação. Trata-se de estudo transversal, pois caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento actual, ou existir desde algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo (Hout, 2002).

Possui as características de um estudo descritivo e correlacional, uma vez que, se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos categorias ou variáveis (Sampieri et al., 2006). Ou como refere Fortin (2009), assenta no estudo das relações entre pelo menos duas variáveis, sem que o investigador intervenha activamente para influenciar estas variáveis.

No presente estudo, a variável dependente é avaliada pelo somatório das questões relativas ao esforço gasto para a higiene adequada das mãos e pela avaliação da adesão dos profissionais, sendo definida como as *Boas práticas de Higiene das Mãos*. O somatório da variável dependente varia entre mínimo de 2 a um máximo de 8, sendo que quanto maior o valor, melhores são as boas praticas da higiene das mãos.

No sentido de dar resposta aos objectivos e tipo de estudo, elaborámos um instrumento de colheita de dados tendo como suporte de apoio a DGS (cf. Anexo IV) e procedemos ao respectivo pedido de autorização de aplicação do mesmo (cf. Anexo V).

O instrumento de colheita de dados encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte procura efectuar a caracterização sociodemográfica e profissional e é constituída pelas variáveis, sexo, idade, estado civil e formação literária dos profissionais de saúde. Posterior-

mente na avaliação profissional é avaliada a categoria profissional, tempo de serviço, vínculo laboral, local onde exerce funções, tipo de horário e número de horas por semana.

A segunda parte refere-se à percepção sobre a higiene das mãos e é constituído por perguntas fechadas que pretende avaliar se os profissionais de saúde têm formação sobre a higiene das mãos e se existe dificuldade na utilização da solução alcoólica SABA. Procura-se ainda avaliar a opinião dos profissionais acerca do nível de eficácia de várias acções para aumentar a adesão à higiene das mãos, nomeadamente a importância que os gestores e instituições atribuem a esta temática. Avaliámos ainda a percepção que os profissionais de saúde fazem face a importância que chefia, colegas e doentes atribuem à prática da higiene das mãos. Sendo avaliada a percepção que cada profissional tem da sua adesão à higiene das mãos, posteriormente procurámos identificar quais os factores que condicionam a prática da higiene das mãos.

Para a identificação da flora microbiana das mãos dos profissionais de saúde, com o recurso a placas de contacto, efectuámos a selecção com base na técnica de amostragem acidental, tendo sido feita a colheita da flora microbiana das mãos e o respectivo registo (momento de avaliação, acção executada e local de colheita) através de uma grelha de colheita de dados (cf. Anexo VI). As placas de contacto, devidamente identificadas e acondicionadas, foram posteriormente enviadas para o Laboratório de Patologia Clínica do HB, onde permaneceram em estufa a 37°C durante 24 a 48 horas para posterior identificação de Unidades Formadoras de Colónias (UFC) e Microrganismos Epidemiologicamente Importantes (cf. Anexo VII), sendo a amostra final constituída por 40 placas de contacto, ou seja, 40 profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, a trabalhar no Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP).

Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como o coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica, e para estudo de proporções de estatística não paramétrica. A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Maroco, 2007).

Assim, não paramétrica foi utilizado o teste de U-Mann Whitney (UMW), para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais.

Foi utilizado ainda o Teste de Qui Quadrado ( $\chi^2$ ), que é utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra, em que a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis.

O teste de Fisher é um teste não paramétrico potente quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão, usado em tabelas de 2x2. Este teste é uma alternativa ao teste Qui-Quadrado quando este não pode ser usado em tabelas 2x2 ou quando um dos valores for inferior a 5, (Maroco, 2007, p.112).

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa

$p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS 18.0 (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0 (2006) para Windows.

### 3 – RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos após a aplicação do instrumento de colheita de dados e o respectivo tratamento estatístico. Em primeiro lugar, será abordada a caracterização da amostra, posteriormente realizada a análise inferencial.

A técnica de amostragem para a selecção da amostra foi não probabilística acidental<sup>1</sup>. A colheita de dados ocorreu entre os meses de Julho a Setembro de 2013, tendo sido distribuídos 260 questionário e recolhidos 250 questionários, dos quais 5 tiveram de ser excluídos pois estavam em branco.

Os resultados apresentados neste subcapítulo contextualizaram todo um conjunto de características sociodemográficas e profissionais inerentes aos profissionais de saúde.

A amostra é constituída por 167 elementos do sexo feminino (68.2%), com idades que oscilam entre um mínimo de 20 anos e um máximo de 63 anos. A idade média é de 35.81 anos com um desvio padrão de 9.827 anos e um coeficiente de variação de 27.44%, que nos indica a existência de uma dispersão moderada em torno da média (cf. Quadro 1).

Analisando as estatísticas relativas à *idade em função do sexo*, verificamos que a média de idades para o sexo masculino ( $\bar{x}=38.27$ ) é superior à do sexo feminino ( $\bar{x}=34.67$ ), sendo as diferenças significativas ( $U=4891.0$ ;  $p=0.013$ ), ou seja nos elementos da amostra os homens são mais velhos face às mulheres (cf. Quadro 1).

**Quadro 1 – Estatísticas relativas à idade dos profissionais de saúde**

	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	75	24	63	38,27	10,347	1,823	-1,768	27,04	135,79	U=4891,0
Feminino	163	20	61	34,67	9,396	5,336	0,949	27,02	112,01	Z=-2,478
Total	238	20	63	35,81	9,827	5,265	-0,764	27,44		p=0,013*

Pela análise detalhada dos dados podemos observar que, no que diz respeito à distribuição dos profissionais de saúde pelo *estado civil*, a maior parte (47.3%) dos profissionais encontra-se “solteiro”, 46.1% está “casado ou vive em união de facto” e 6.6% encontra-se “divorciado, separado ou viúvo”. No que respeita à *formação literária*, a maioria dos profis-

<sup>1</sup> Neste tipo de amostragem a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo. Apesar de a amostragem probabilística ser preferida à não probabilística, em muitas investigações não é possível, prático ou mesmo desejado obter este tipo de amostras, pelo que o investigador tem que optar por métodos não aleatórios de amostragem, (Maroco, 2007).

sionais têm grau de “licenciado” (60.8%), 17.1% o grau de “mestre\ ou doutor”, 9.0% estudaram até ao “secundário ou 12º ano” e 4.5% possuem “o 1º ou 2º ciclo”. Os homens não se diferenciam das mulheres quer nas variáveis estado civil e habilitações literárias, ( $p>0.05$ ), (cf. Quadro 2). Face à *categoria profissional*, a maioria dos profissionais são “enfermeiros” (49.2%), 27.8% “médicos” e 23.0% “assistentes operacionais”. No sexo masculino existe maior representatividade de médicos, e por sua vez no sexo feminino maior percentagem de enfermeiros, sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2=19.128$ ;  $p=0.000$ ), os médicos são predominantemente do sexo masculino e os enfermeiros são predominantes no sexo feminino (cf. Quadro 2).

**Quadro 2 – Características sociodemográfica e profissional em função do género**

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	<b>78</b>	<b>31,8</b>	<b>167</b>	<b>68,2</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>
<b>ESTADO CIVIL (N=245)</b>						
Solteiro	32	41,0	84	50,3	116	47,3
Casados\ União de facto	43	55,1	70	41,9	113	46,1
Divorciado\ Separado\ Viúvo	3	3,9	13	7,8	16	6,6
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4,241$ ; $p=0,120$						
<b>FORMAÇÃO LITERÁRIA (N=245)</b>						
1º ou 2º Ciclo	1	1,3	10	6,0	11	4,5
Res		-1,7		1,7		
3º Ciclo\ 9º ano	5	6,4	16	9,6	21	8,6
Res		-0,8		0,8		
Secundário\ 12º ano	4	5,1	18	10,8	22	9,0
Res		-1,4		1,4		
Licenciatura	52	66,7	97	58,1	149	60,8
Res		1,3		-1,3		
Mestrado\ Doutoramento	16	20,5	26	15,6	42	17,1
Res		1,0		-1,0		
<b>CATEGORIA PROFISSIONAL (N=244)</b>						
Assistente Operacional	9	11,5	47	28,3	56	23,0
Enfermeiro (a)	34	43,6	86	51,8	120	49,2
Médico (a)	35	44,9	33	19,9	68	27,8
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=19,128$ ; $p=0,000***$						

Os profissionais de saúde trabalham, em média, há cerca de 10 anos ( $DP=8.736$ ), com o tempo de serviço a variar entre mínimo de 1 ano e um máximo de 38 anos, com uma dispersão elevada em torno da média ( $CV=83.12\%$ ). Os homens trabalham em média à mais tempo do que as mulheres ( $\bar{x}=12.74$  vs  $\bar{x}=9.49$ ). O teste U de Mann Whitney revela que as diferenças são estatisticamente significativas ( $U=4231.5$ ;  $p=0.003$ ), (cf. Quadro 3).

**Quadro 3 – Estatísticas relativas ao tempo de experiência profissional**

	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	72	2	32	12,74	8,952	2,183	-1,445	70,27	133,73	<b>U=4231,5</b> <b>Z=-2,997</b> <b>p=0,003**</b>
Feminino	156	1	38	9,49	8,469	6,664	3,246	89,14	105,63	
Total	228	1	38	10,51	8,736	6,422	0,931	83,12		

A análise das características profissionais evidencia que, a maioria dos profissionais de saúde tem um Contrato Individual de Trabalho Sem Termo (40.4%), 37.6% tem um Contrato de Trabalho em Funções Públicas e 12.2% tem Contrato Individual de Trabalho a Termo Incerto/Recibos Verdes.

Face a variável *Local de Trabalho*, 32.2% dos profissionais exerce funções no SU, 25.7% trabalha na UCIP, 23.3% e 15.5% dos profissionais pertence respectivamente a serviços de cirurgia e medicina. A maioria da amostra trabalha entre 36 a 40 horas por semana (64.9%) com um horário roulement (85.7%), (cf. Quadro 4).

Verificamos que as diferenças são significativas entre o sexo dos profissionais apenas na variável *Local de Trabalho*, onde a maioria dos homens trabalha no SU e não existe nenhum profissional do sexo masculino a trabalhar nas consultas.

**Quadro 4 – Características profissionais em função do género**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	N	%
	<b>78</b>	<b>31,8</b>	<b>167</b>	<b>68,2</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>
<b>VÍNCULO LABORAL (N=245)</b>						
Contrato de Trabalho em Funções Públicas	32	41,0	60	35,9	<b>92</b>	<b>37,6</b>
Contrato Individual de Trabalho Sem Termo	29	37,2	70	41,9	<b>99</b>	<b>40,4</b>
Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo	5	6,4	19	11,4	<b>24</b>	<b>9,8</b>
Contrato Individual de Trabalho a Termo Incerto \ Recibos Verdes	12	15,4	18	10,8	<b>30</b>	<b>12,2</b>
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,923$ ; p=0,404						
<b>LOCAL DE TRABALHO (N=245)</b>						
Serviço Medicina	7	9,0	31	18,6	<b>38</b>	<b>15,5</b>
Res		-1,9		1,9		
Serviço Cirúrgico	17	21,8	40	24,0	<b>57</b>	<b>23,3</b>
Res		-0,4		0,4		
Serviço de Urgência	36	46,2	43	25,7	<b>79</b>	<b>32,2</b>
Res		3,2		-3,2		
Unidade Cuidados Intensivos	18	23,0	45	26,9	<b>63</b>	<b>25,7</b>
Res		-0,6		0,6		
Consultas Externas	0	0,0	8	4,8	<b>8</b>	<b>3,3</b>
Res		-2,0		2,0		
<b>TIPO DE HORÁRIO (N=244)</b>						
Fixo	10	13,0	25	15,0	<b>35</b>	<b>14,3</b>
Roulement	67	87,0	142	85,0	<b>209</b>	<b>85,7</b>
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,169$ ; p=0,681						
<b>NÚMERO HORAS SEMANAIS (N=244)</b>						
Até 35 horas	25	32,9	45	27,6	<b>70</b>	<b>29,3</b>
De 36 horas a 40 horas	43	56,6	112	68,7	<b>155</b>	<b>64,9</b>
Mais de 41 horas	8	10,5	6	3,7	<b>14</b>	<b>5,8</b>
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=5,818$ ; p=0,051						

Ao questionarmos os profissionais de saúde acerca da importância que a prática da higiene das mãos assume, a maioria considera que é muito importante (90.2%) e para 9.0% é uma prática importante, verificamos que não existe nenhum profissional de saúde a considerar a higiene das mãos pouco ou nada importante pelo que esta temática assume muita pertinência nos cuidados de saúde, (cf. Quadro 5).

Quadro 5 – Características da valorização da prática da higiene das mãos

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	78	31,8	167	68,2	245	100,0
Importância Relativa	0	0,0	2	1,2	2	0,8
Res		-1,0		1,0		
Importante	6	7,7	16	9,6	22	9,0
Res		-0,5		0,5		
Muito Importante	72	92,3	149	89,2	221	90,2
Res		0,8		-0,8		

O estudo da caracterização da Percepção sobre a higiene das mãos engloba um conjunto vasto de questões que foram colocadas aos profissionais de saúde sendo feita a sua análise de forma individual. Observamos, pelos dados do quadro 6, que 88.2% dos profissionais de saúde recebeu formação sobre higiene das mãos nos últimos 2 anos. A maioria não tem dificuldade na utilização da SABA, existindo 22 profissionais que manifestam algum tipo de dificuldade, sendo que a maioria é por ter sempre a pele lesada (50.0%), por esquecimento (13.3%) e apenas 6.7% referem a falta de tempo como entrave a utilização do SABA.

Quadro 6 – Características da percepção sobre a higiene das mãos

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
<b>RECEBEU FORMAÇÃO SOBRE HIGIENE DAS MÃOS NOS ÚLTIMOS 2 ANOS (N=245)</b>						
Sim	69	88,5	147	88,0	216	88,2
Não	9	11,5	20	12,0	29	11,8
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,010$ ; $p=0,921$						
<b>ACHA DIFÍCIL A UTILIZAÇÃO DE UM ANTISSÉPTICO DE BASE ALCOÓLICA (SABA) PARA HIGIENE DAS MÃOS (N=244)</b>						
Sim	7	9,0	15	9,0	22	9,0
Não	71	91,0	152	91,0	223	91,0
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,001$ ; $p=0,998$						
<b>SIM, POR ESQUECIMENTO (N=15)</b>						
Sempre	1	33,3	1	8,3	2	13,3
Res		1,1		-1,1		
Intermitentemente	0	0,0	2	16,7	2	13,3
Res		-0,8		0,8		
Raramente	2	66,7	9	75,0	11	73,4
Res		-0,3		0,3		
<b>SIM, POR FALTA DE TEMPO (N=15)</b>						
Sempre	0	0,0	1	8,3	1	6,7
Res		-0,5		0,5		
Intermitentemente	1	33,3	6	50,0	7	46,7
Res		-0,8		0,5		
Raramente	0	0,0	4	33,4	4	26,6
Res		-1,2		1,2		
Nunca	2	66,7	1	8,3	3	20,0
Res		-1,2		1,2		
<b>SIM, PELE LESADA (N=20)</b>						
Sempre	4	66,6	6	42,8	10	50,0
Res		1,0		-1,0		
Intermitentemente	1	16,7	4	28,6	5	25,0
Res		-0,6		0,6		
Raramente	0	0,0	4	28,6	4	20,0
Res		-1,5		1,5		
Nunca	1	16,7	0	0,0	1	5,0
Res		1,6		-1,6		

Verificamos, pelos dados do quadro 7, que os assistentes operacionais são a categoria profissional que mais frequentou formação sobre higiene das mãos nos últimos dois anos (98.2%), seguido dos enfermeiros (92.5%) e por fim os médicos com 72.1%. O Teste Qui-Quadrado revela que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $\chi^2=24.396$ ;  $p=0.000$ ), ou seja os médicos são a classe profissional que menos formação sobre higiene das mãos frequentou nos últimos 2 anos.

**Quadro 7 – Relação entre a formação sobre higiene das mãos nos últimos 2 anos e a categoria profissional**

	Assistente Operacional	Operacional	Enfermeiro		Médico	
Sim	55	98,2	111	92,5	49	72,1
Não	1	1,8	9	7,5	19	27,9
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=24,396$ ; $p=0,000$ ***						

Face às medidas que podem aumentar a eficácia da adesão à higiene das mãos, verificamos que relativamente à medida *Os gestores apoiam e promovem a Higiene das Mãos* 58.4% consideram que esta medida será eficaz e 28.2% consideram-na muito eficaz: De referir ainda que 13.4% avaliam a medida de forma negativa, entendendo que não vai aumentar a adesão.

Relativamente à medida *A Instituição de Saúde disponibiliza solução alcoólica em cada local de prestação de cuidados*, a maioria considera ser uma acção muito eficaz (69.0%) ou eficaz (29.4%) no aumento da adesão à Higiene das mãos.

*A colocação de cartazes sobre Higiene das Mãos nos locais de prestação de cuidados que funcionem como “lembretes”*, é uma medida considerada eficaz para 55.5% dos profissionais. Por sua vez, a *Os profissionais de saúde recebem formação e treino sobre Higiene das Mãos* é uma intervenção que é considerada positiva com 52.2% a considerá-la eficaz e 41.3% muito eficaz.

As medidas *O Profissional de saúde recebe regularmente informação sobre a sua adesão à Higiene das Mãos* e *O seu correto desempenho na Higiene das Mãos como referência para o seu desempenho* são consideradas, pela maioria dos inquiridos, eficazes. Contudo, 14.3% e 9.8% dos profissionais entendem que estas medidas são pouco eficazes na adesão à Higiene das mãos.

A medida considerada pelos profissionais de saúde como a que menos impacto tem no aumento da adesão à higiene das mãos é *Os doentes são convidados a lembrar os profissionais de saúde sobre a Higiene das mãos*, sendo considerada por mais de metade da amostra como ineficaz (18.8%) ou pouco eficaz (36.3%) (cf. Quadro 8).

Quadro 8 – Características do nível de eficácia de ações para aumentar adesão à higiene das mãos

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
<b>OS GESTORES APOIAM E PROMOVEM A HIGIENE DAS MÃOS (N=245)</b>						
<b>Ineficaz</b>	3	3,8	1	0,6	<b>4</b>	<b>1,6</b>
<b>Res</b>		1,9		-1,9		
<b>Pouco eficaz</b>	15	19,2	14	8,4	<b>29</b>	<b>11,8</b>
<b>Res</b>		<b>2,4</b>		-2,4		
<b>Eficaz</b>	38	48,7	105	62,9	<b>143</b>	<b>58,4</b>
<b>Res</b>		-2,1		<b>2,1</b>		
<b>Muito eficaz</b>	22	28,3	47	28,1	<b>69</b>	<b>28,2</b>
<b>Res</b>		0,0		0,0		
<b>A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE DISPONIBILIZA SOLUÇÃO ALCOÓLICA EM CADA LOCAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS (N=15)</b>						
<b>Pouco eficaz</b>	2	2,6	2	1,2	<b>4</b>	<b>1,6</b>
<b>Res</b>		0,8		-0,8		
<b>Eficaz</b>	22	28,2	50	29,9	<b>72</b>	<b>29,4</b>
<b>Res</b>		-0,3		0,3		
<b>Muito eficaz</b>	54	69,2	115	68,9	<b>169</b>	<b>69,0</b>
<b>Res</b>		0,1		-0,1		
<b>A COLOCAÇÃO DE CARTAZES SOBRE HIGIENE DAS MÃOS NOS LOCAIS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS QUE FUNCIONEM COMO “LEMBRETES” (N=15)</b>						
<b>Pouco eficaz</b>	15	19,2	16	9,6	<b>31</b>	<b>12,7</b>
<b>Res</b>		<b>2,1</b>		-2,1		
<b>Eficaz</b>	43	55,1	93	55,7	<b>136</b>	<b>55,5</b>
<b>Res</b>		-0,1		0,1		
<b>Muito eficaz</b>	20	25,7	58	34,7	<b>78</b>	<b>31,8</b>
<b>Res</b>		-1,4		1,4		
<b>OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE RECEBEM FORMAÇÃO E TREINO SOBRE HIGIENE DAS MÃOS (N=245)</b>						
<b>Ineficaz</b>	4	5,1	0	0,0	<b>4</b>	<b>1,6</b>
<b>Res</b>		<b>3,0</b>		-3,0		
<b>Pouco eficaz</b>	4	5,1	8	4,8	<b>12</b>	<b>4,9</b>
<b>Res</b>		0,1		-0,1		
<b>Eficaz</b>	41	52,6	87	52,1	<b>128</b>	<b>52,2</b>
<b>Res</b>		0,1		-0,1		
<b>Muito eficaz</b>	29	37,2	72	43,1	<b>101</b>	<b>41,3</b>
<b>Res</b>		-0,9		0,9		
<b>O PROFISSIONAL DE SAÚDE RECEBE REGULARMENTE INFORMAÇÃO SOBRE A SUA ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS (N=245)</b>						
<b>Pouco eficaz</b>	13	16,7	22	13,2	<b>35</b>	<b>14,3</b>
<b>Eficaz</b>	39	50,0	89	53,3	<b>128</b>	<b>52,2</b>
<b>Muito eficaz</b>	26	33,3	56	33,5	<b>82</b>	<b>33,5</b>
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,565$ ; p=0,754						
<b>O SEU CORRETO DESEMPENHO NA HIGIENE DAS MÃOS COMO REFERÊNCIA PARA O SEU DESEMPENHO (N=245)</b>						
<b>Pouco eficaz</b>	12	15,4	12	7,2	<b>24</b>	<b>9,8</b>
<b>Eficaz</b>	44	56,4	101	60,5	<b>145</b>	<b>59,2</b>
<b>Muito eficaz</b>	22	28,2	54	32,3	<b>76</b>	<b>31,0</b>
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4,090$ ; p=0,129						
<b>OS DOENTES SÃO CONVIDADOS A RELEMBRAR OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A HIGIENE DAS MÃOS (N=245)</b>						
<b>Ineficaz</b>	13	16,7	33	19,8	<b>46</b>	<b>18,8</b>
<b>Pouco eficaz</b>	27	34,6	62	37,1	<b>89</b>	<b>36,3</b>
<b>Eficaz</b>	21	26,9	45	26,9	<b>66</b>	<b>26,9</b>
<b>Muito eficaz</b>	17	21,8	27	16,2	<b>44</b>	<b>18,0</b>
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=1,301$ ; p=0,129						

Quanto à importância que a chefia atribui ao correto desempenho da higiene das mãos, na sua maioria, os superiores consideram muito importante (68.6%) ou importante (22.9%) a higiene das mãos nos profissionais. Por sua vez, os colegas atribuem menor importância à higiene correta das mãos, onde 47.3% considera esta prática muito importante e 43.7% importante. Relativamente a importância atribuída pelos doentes, segundo a opinião dos profissionais de saúde, 36.3% atribui-lhes uma importância relativa, 32.7% pouca importância, 19.6% muito importante e 11.4% nenhuma importância à correta higiene das mãos pelos profissio-

nais. Verificamos que a distribuição entre homens e mulheres é semelhante, não se diferenciando na importância atribuída por chefia, colegas e doentes à higiene das mãos, (cf. Quadro 9).

**Quadro 9 – Características do nível de importância atribuída à higiene das mãos em função do sexo**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
<b>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELA CHEFIA (N=245)</b>						
Nenhuma Importância	3	3,8	2	1,2	5	2,0
Res		1,4		-1,4		
Pouca Importância	8	10,3	8	8	16	6,5
Res		1,6		-1,6		
Importância relativa	16	20,5	40	24,0	56	22,9
Res		-0,6		0,6		
Muita Importância	51	65,4	117	70,1	168	68,6
Res		-0,7		0,7		
<b>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELOS COLEGAS (N=245)</b>						
Nenhuma Importância	3	3,8	1	0,6	4	1,6
Res		1,9		-1,9		
Pouca Importância	5	6,4	13	7,8	18	7,4
Res		-0,4		0,4		
Importância relativa	33	42,3	74	44,3	107	43,7
Res		-0,3		0,3		
Muita Importância	37	47,4	79	47,3	116	47,3
Res		0,0		0,0		
<b>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELOS DOENTES (N=245)</b>						
Nenhuma Importância	11	14,1	17	10,2	28	11,4
Pouca Importância	28	35,9	52	31,1	80	32,7
Importância relativa	30	38,5	59	35,3	89	36,3
Muita Importância	9	11,5	39	23,4	48	19,6
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=5,017$ ; $p=0,171$						

Procurámos determinar se a importância atribuída pela chefia à higiene das mãos é influenciada pela categoria profissional dos diversos elementos. A análise do quadro permite-nos observar que nos assistentes operacionais e nos enfermeiros, a chefia considera esta temática muito importante com valores percentuais de 69.6% e 79.2%, respectivamente. Por sua vez, apenas 50.0% dos Médicos admite que a sua chefia considera este tema muito importante, existindo uma maior percentagem de médicos a considerar que os seus chefes atribuem pouca (16.2%), ou nenhuma importância (5.9%) à higiene das mãos. Os valores residuais ajustados indicam, que são os chefes dos enfermeiros a atribuírem maior importância a esta temática e, em sentido oposto, são os chefes dos médicos quem menor importância atribui a este assunto, (cf. Quadro 10).

**Quadro 10 – Características do nível de importância atribuída à higiene das mãos em função da categoria profissional**

	Assistente Operacional	Operacional	Enfermeiro		Médico	
<b>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELA CHEFIA (N=244)</b>						
<b>Nenhuma Importância</b>	1	1,8	0	0,0	4	5,9
<b>Res</b>		-0,2		-2,2		<b>2,6</b>
<b>Pouca Importância</b>	1	1,8	4	3,3	11	16,2
<b>Res</b>		-1,6		-2,0		<b>3,8</b>
<b>Importância relativa</b>	15	26,8	21	17,5	19	27,9
<b>Res</b>		0,9		-1,9		1,3
<b>Muita Importância</b>	39	69,6	95	79,2	34	50,0
<b>Res</b>		0,1		<b>3,4</b>		-4,0

Relativamente às questões *Como avalia o esforço gasto para a Higiene das Mãos adequada quando cuida dos doentes*, a maioria dos profissionais de saúde considera que o esforço gasto é elevado (42.9%), 28.2% dos profissionais classificam esse esforço como muito elevado, existindo 22.0% e 6.9% que avaliam o seu esforço em baixo ou muito baixo. O estudo comparativo entre homens e mulheres permite concluir que as mulheres manifestam ter um mais esforço na higiene das mãos quando cuidam dos doentes face aos homens (Elevado: 45.5% vs 37.2%; Muito elevado: 29.3% vs 25.6%). No entanto, as diferenças encontradas não são significativas ( $\chi^2=4.092$ ;  $p=0.252$ ). Ao analisarmos o esforço gasto pelos diferentes profissionais, podemos constatar, pela análise do quadro 11, que são os assistentes operacionais que maior esforço dispõem na higiene das mãos (33.9%) e os médicos assumem que o esforço gasto é muito baixo (10.3%) ou baixo (25.0%). O teste Qui-Quadrado revela que as diferenças encontradas entre a categoria profissional são significativas ( $\chi^2=15.078$ ;  $p=0.020$ ).

**Quadro 11 – Caracterização do esforço gasto na higiene das mãos em função do sexo e da categoria profissional**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	<b>78</b>	<b>31,8</b>	<b>167</b>	<b>68,2</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>
<b>Muito Baixo</b>	6	7,7	11	6,6	<b>17</b>	<b>6,9</b>
<b>Baixo</b>	23	29,5	31	18,6	<b>54</b>	<b>22,0</b>
<b>Elevado</b>	29	37,2	76	45,5	<b>105</b>	<b>42,9</b>
<b>Muito Elevado</b>	20	25,6	49	29,3	<b>69</b>	<b>28,2</b>
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4,092$ ; $p=0,252$						
Categoria Profissional	Assistente Operacional	Operacional	Enfermeiro		Médico	
	N	%	N	%	N	%
	<b>56</b>	<b>23,0</b>	<b>120</b>	<b>49,2</b>	<b>68</b>	<b>27,8</b>
<b>Muito Baixo</b>	4	7,1	6	5,0	17	10,3
<b>Baixo</b>	7	12,5	30	25,0	54	25,0
<b>Elevado</b>	26	46,5	43	35,8	104	51,5
<b>Muito Elevado</b>	19	33,9	41	13,2	69	13,2
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=15,078$ ; $p=0,020^*$						

Ao avaliarmos a adesão à higiene das mãos perante as oportunidades, constatamos que 59.6% considera ter uma elevada adesão, 30.2% muito elevada e 10.2% baixa adesão. Não

observamos diferenças significativas entre homens e mulheres ( $p > 0.05$ ), apesar de verificarmos que a adesão é mais elevada nas mulheres. Face à adesão à prática da higiene das mãos pela categoria profissional, inferimos que os enfermeiros são os que têm maior representatividade no nível muito elevado de adesão (38.4%) e, por sua vez, a classe médica esta mais representada na baixa adesão (16.2%). Inferimos pelo valor do teste Qui-Quadrado que as diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 15.539$ ;  $p = 0.004$ ), sendo possível concluir que os médicos têm menor adesão à higiene das mãos perante as oportunidades de higienização e os enfermeiros são os que têm melhores níveis de adesão (cf. Quadro 12).

**Quadro 12 – Caracterização da adesão à prática da higiene das mãos em função do sexo e da categoria profissional**

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	<b>78</b>	<b>31,8</b>	<b>167</b>	<b>68,2</b>	<b>245</b>	<b>100,0</b>
Baixo	9	11,5	16	9,6	25	10,2
Elevado	52	66,7	94	56,3	146	59,6
Muito Elevado	17	21,8	57	34,1	74	30,2
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2 = 3,840$ ; $p = 0,147$						
Categoria Profissional	Assistente Operacional	%	Enfermeiro		Médico	
	N		N	%	N	%
	<b>56</b>	<b>23,0</b>	<b>120</b>	<b>49,2</b>	<b>68</b>	<b>27,8</b>
Baixo	7	12,5	7	5,8	11	16,2
Elevado	28	50,0	67	55,8	47	69,1
Muito Elevado	21	37,5	46	38,4	11	14,7
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2 = 15,539$ ; $p = 0,004^*$						

Durante a presente investigação, procurámos saber quais os principais motivos apresentados pelos profissionais de saúde e que condicionam, segundo eles, a adesão à prática da higiene das mãos. O estudo do quadro 13 permite determinar quais os factores que mais condicionam a prática de higienização das mãos: *Esquecimento* (47.8%), *Superlotação ou falta de pessoal* (44.9%), *As necessidades do doente terem prioridade* (44.5%), *Elevado número de oportunidades para Higiene das mãos por hora de cuidados ao doente* (36.7%), *Uso de luvas ou crença que o uso de luvas evita a Higiene das mãos* (36.3%), *Interrupção nas actividades ao doente* (35.5%), *Dispensadores de solução alcoólica para Higiene das mãos mal colocados* (24.9%) e *Duração de contacto com o doente inferior a 2 minutos* (24.1%).

Por sua vez, os factores que, segundo os profissionais de saúde, menos condicionam a higiene das mãos, são: *Falta de conhecimento* (6.1%), *Formação sobre Higiene das mãos ineficaz* (11.0%), *Assistência ao doente em quarto não isolado* (12.7%), *Percepção de baixo risco para o doente* (18.8%), *Falta de estímulo nato* (21.6%) e *Número de dispensadores de solução alcoólica no local de prestação de cuidados insuficientes* (22.0%).

Quadro 13 – Caracterização dos factores que mais condicionam a prática da higiene das mãos

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
<b>AS NECESSIDADES DO DOENTE TEREM PRIORIDADE (N=245)</b>						
Não	44	56,4	92	55,1	136	55,5
Sim	34	43,6	75	44,9	109	44,5
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,038$ ; p=0,846						
<b>ASSISTÊNCIA AO DOENTE EM QUARTO NÃO ISOLADO (N=245)</b>						
Não	68	87,2	146	87,4	214	87,3
Sim	10	12,8	21	12,6	31	12,7
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,003$ ; p=0,957						
<b>DISPENSADORES DE SOLUÇÃO ALCOÓLICA PARA HIGIENE DAS MÃOS MAL COLOCADOS (N=245)</b>						
Não	57	73,1	127	76,0	184	75,1
Sim	21	26,9	40	24,0	61	24,9
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,251$ ; p=0,616						
<b>DURAÇÃO DE CONTACTO COM O DOENTE INFERIOR A 2 MINUTOS (N=245)</b>						
Não	58	74,4	128	76,6	186	75,9
Sim	20	25,6	39	23,4	59	24,1
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,152$ ; p=0,696						
<b>ELEVADO NÚMERO DE OPORTUNIDADES PARA HIGIENE DAS MÃOS POR HORA DE CUIDADOS AO DOENTE (N=245)</b>						
Não	49	62,8	106	36,5	155	63,3
Sim	29	37,2	61	36,5	90	36,7
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,010$ ; p=0,921						
<b>ESQUECIMENTO (N=245)</b>						
Não	43	55,1	85	50,9	128	52,2
Sim	35	44,9	82	49,1	117	47,8
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,381$ ; p=0,537						
<b>FALTA DE CONHECIMENTO (N=245)</b>						
Não	72	92,3	158	94,6	230	93,9
Sim	6	7,7	9	5,4	15	6,1
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,491$ ; p=0,484						
<b>FALTA DE ESTÍMULO NATO (N=245)</b>						
Não	63	80,8	129	77,2	192	78,4
Sim	15	19,2	38	22,8	53	21,6
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,389$ ; p=0,533						
<b>FORMAÇÃO SOBRE HIGIENE DAS MÃOS INEFICAZ (N=245)</b>						
Não	70	89,7	148	88,6	218	89,0
Sim	8	10,3	19	11,4	27	11,0
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,068$ ; p=0,794						
<b>INTERRUPÇÃO NAS ACTIVIDADES AO DOENTE (N=245)</b>						
Não	56	71,8	102	61,1	158	64,5
Sim	22	28,2	65	38,9	87	35,5
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,667$ ; p=0,102						
<b>NÚMERO DE DISPENSADORES DE SOLUÇÃO ALCOÓLICA NO LOCAL DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS INSUFICIENTES (N=245)</b>						
Não	54	69,2	137	82,0	191	78,0
Sim	24	30,8	30	18,0	54	22,0
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=5,074$ ; p=0,024*						
<b>PERCEPÇÃO DE BAIXO RISCO PARA O PROFISSIONAL (N=245)</b>						
Não	52	66,7	126	75,4	178	72,7
Sim	26	33,3	41	24,6	67	27,3
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,064$ ; p=0,151						
<b>PERCEPÇÃO DE BAIXO RISCO PARA O DOENTE (N=245)</b>						
Não	57	73,1	142	85,0	199	81,2
Sim	21	26,9	25	15,0	46	18,8
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=4,981$ ; p=0,026*						
<b>SUPERLOTAÇÃO OU FALTA DE PESSOAL (N=245)</b>						
Não	49	62,8	86	51,5	135	55,1
Sim	29	37,2	81	48,5	110	44,9
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,756$ ; p=0,097						
<b>USO DE LUVAS OU CRENÇA QUE O USO DE LUVAS EVITA A HIGIENE DAS MÃOS (N=245)</b>						
Não	55	70,5	101	60,5	156	63,7
Sim	23	29,5	66	39,5	89	36,3
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,314$ ; p=0,128						

De forma a dar resposta ao objectivo formulado anteriormente, que pretende avaliar e identificar a flora microbiana das mãos dos profissionais de saúde, foram analisados os dados

relativos à grelha de colheita de dados e os resultados concedidos pelo Laboratório de Patologia Clínica relativos ao número de UFC encontradas nas placas de contacto .

A amostra é formada maioritariamente por profissionais do sexo feminino (65.0%), médicos (37.5%) e ambos os serviços estão representados na mesma proporção (50.0%) (cf. Quadro 14).

**Quadro 14 – Caracterização da amostra onde foi avaliada a flora microbiana**

Serviço	UCIP		SU		Total	
	N	%	N	%	N	%
	<b>20</b>	<b>50,0</b>	<b>20</b>	<b>50,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
Médico	8	40,0	7	35,0	15	37,5
Enfermeiro	7	35,0	7	35,0	14	35,0
Assistente Operacional	5	25,0	6	30,0	11	27,5
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,158$ ; $p=0,924$						
Serviço	UCIP		SU		Total	
	N	%	N	%	N	%
	<b>20</b>	<b>50,0</b>	<b>20</b>	<b>50,0</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>
Masculino	2	10,0	12	60,0	14	35,0
Feminino	18	90,0	8	40,0	26	65,0
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=10,989$ ; $p=0,001^{**}$						

O estudo contempla vários momentos em que os profissionais procederam à higienização das mãos: *Após contacto com o ambiente*, 65.0%; *Após o contacto com o doente*, 40.0%; *Após retirar as luvas*, 25.0% e; *Após contacto com sangue ou fluidos*, 5.0%.

Não foi feita avaliação microbiológica nos seguintes momentos: *Antes do contacto com doente*; *Antes de realizar procedimentos assépticos* e; *Antes de colocar luvas*.

Verificamos que, relativamente à higiene das mãos e à técnica utilizada antes da aplicação das placas de contacto: 60.0% da amostra não realizou a higiene das mãos; 20.0% realizou fricção anti-séptica e; 20.0% realizou lavagem das mãos com água e sabão (cf. Quadro 15).

Segundo a análise da grelha de colheita de dados, verificamos que um enfermeiro e um assistente operacional apresentam na flora microbiana das mãos a bactéria *Acinetobacter Baumannii* e um médico a bactéria *Pseudomonas* (cf. Anexo VIII).

Quadro 15 – Caracterização do momento em que é realizada a higiene das mãos

Sexo	UCIP		Serviço Urgência		Total	
<b>ANTES DO CONTACTO COM DOENTE (N=40)</b>						
Não	20	100,0	20	100,0	40,0	100,0
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>ANTES DA ASSEPSIA (N=40)</b>						
Não	20	100,0	20	100,0	40,0	100,0
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>APÓS CONTACTO COM SANGUE OU FLUIDOS (N=40)</b>						
Não	20	100,0	18	90,0	38	95,0
Sim	0	0,0	2	10,0	2	5,0
Teste Fisher: p=0,487						
<b>APÓS CONTACTO COM DOENTE (N=40)</b>						
Não	13	65,0	11	55,0	24	60,0
Sim	7	35,0	9	45,0	16	40,0
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=0,417$ ; p=0,519						
<b>APÓS CONTACTO COM O AMBIENTE (N=40)</b>						
Não	4	20,0	10	50,0	14	35,0
Sim	16	80,0	10	50,0	26	65,0
Teste Fisher: p=0,096						
<b>ANTES COLOCAR LUVAS (N=40)</b>						
Não	20	100,0	19	95,0	39	97,5
Sim	0	0,0	1	5,0	1	2,5
Teste Fisher: p=0,999						
<b>APOS RETIRAR LUVAS (N=40)</b>						
Não	14	70,0	16	80,0	30	75,0
Sim	6	30,0	4	20,0	10	25,0
Teste Fisher: p=0,716						
<b>AÇÃO REALIZADA PARA HIGIENE DAS MÃOS (N=40)</b>						
Fricção das mãos	5	25,0	3	15,0	8	20,0
Lavagem das mãos	4	20,0	4	20,0	8	20,0
Não realizada	11	55,0	13	65,0	24	60,0
Teste Fisher: p=0,716						

O estudo do número de UFC revela que os valores variam entre mínimo de zero a um máximo de 60 UFC, com um valor médio de aproximadamente 20 UFC (DP=12,911). Verificamos que os elementos do sexo masculino apresentam em média maior número de UFC, contudo as diferenças não são significativas (U=176,5; p=0,875), (cf. Quadro 16).

Quadro 16 – Estatísticas relativas ao número de UFC em função do sexo

	N	Mín	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
Masculino	14	0	60	20,86	15,678	1,373	1,741	75,15	20,89	U=176,5
Feminino	26	0	50	20,04	11,487	1,157	0,742	57,32	20,29	Z=-0,157
Total	40	0	60	20,33	12,911	1,874	1,944	63,51		p=0,875

Observamos, pela análise do quadro 17, que os profissionais que trabalham no SU e com categoria profissional de médico são os que apresentam valores médios que indicam maior número de UFC. Contudo, os testes estatísticos indicam que as diferenças não são significativas (p>0,05).

**Quadro 17 – Análise entre o número de UFC face ao serviço e categoria profissional**

	UCIP	SU	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	p
<b>NÚMERO DE UFC</b>	19,80	21,20	186,0	-0,381	0,703

CATEGORIA PROFISSIONAL	Médico	Enfermeiro	Assistente Operacional	Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
<b>NÚMERO DE UFC</b>	24,33	18,82	17,41	2,705	0,259

Face ao estudo da acção em que os profissionais realizam na higiene das mãos, observamos que os profissionais que não procederam à higiene das mãos apresentam maior número de UFC (PM=24.98), e os que utilizam a fricção das mãos na sua higienização foram os que têm um peso médio que indica menor número de UFC. O teste Kruskal-Wallis indica que as diferenças são estatisticamente significativas (H=9.684; p0.008), (cf. Quadro 19).

**Quadro 18 – Teste de Kruskal-Wallis entre o número de UFC e a acção de higiene das mãos**

ACÇÃO	Fricção das mãos	Lavagem das mãos	Não realizada	Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
<b>NÚMERO DE UFC</b>	11,25	16,31	24,98	<b>9,684</b>	<b>0,008**</b>

### 3.1 – ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passámos de seguida à análise inferencial dos mesmos. A estatística inferencial possibilita, com base nos dados recolhidos, a obtenção de conclusões num domínio mais vasto de onde esses elementos provieram (Pestana e Gageiro, 2008). Sobre esta temática, Fortin (2009, p. 440) refere que “a estatística inferencial serve para generalizar os resultados de uma amostra de sujeitos, ao conjunto da população.” Assim, trata-se de determinar em que medida os valores da amostra constituem boas estimações dos parâmetros da população.

Após estas considerações iniciais, procedemos de seguida à análise das correlações entre as diversas variáveis e as Boas praticas de higiene das mãos pelos Profissionais de Saúde, de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objectivos da presente investigação.

Consequentemente, estudámos a relação entre as variáveis Sociodemográficas (Sexo, Idade, Estado civil e Formação literária) e a variável dependente Boas prática de higiene das

mãos. Verificamos que, relativamente à variável sexo, o somatório das Boas práticas de higiene das mãos variou entre 3 e um máximo de 8, com um valor médio de 6.13 (Dp=1.258). Os homens apresentam um valor de boas práticas de higiene das mãos inferior às mulheres (OM=111.79 Vs OM=128.23), sendo as diferenças encontradas não significativas (U=5639.0; Z=-1.746;  $p=0.081$ ), (cf. Quadro 19).

**Quadro 19 – Estatísticas relativas às boas praticas de higiene das mãos em função do sexo**

	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	Sk/erro	K/erro	CV (%)	Ordenações Médias	U de Mann Whitney
<b>Masculino</b>	78	3	8	5,92	1,287	-0,011	-0,973	21,74	111,79	U=5639,0
<b>Feminino</b>	167	3	8	6,23	1,236	-0,463	-1,995	19,83	128,23	Z=-1,746
<b>Total</b>	<b>245</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>6,13</b>	<b>1,258</b>	<b>-0,448</b>	<b>-2,181</b>	<b>20,52</b>		$p=0,081$

A recodificação do *Somatório das Boas práticas de Higiene das mãos* (score global), foi efectuada através da construção de três grupos, pela fórmula Mediana  $\pm$  0,25x Amplitude Interquartil (Pestana & Gageiro, 2008, p.114).

Do resultado obtido adoptar-se-á a seguinte classificação:

- *Reduzidas boas praticas* < 5,5
- *Moderadas boas praticas*  $\geq 5,5 > M > 6,5$
- *Elevadas boas praticas*  $\geq 6,5$

Verificamos que a maioria dos profissionais de saúde assume apresentar elevadas boas práticas de higiene das mãos (35.1%). Contudo, 30.2% apresenta reduzidas boas práticas. Os profissionais do sexo feminino estão mais representadas no grupo das elevadas boas práticas (37.8% vs 29.5%), constatando-se que as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas ( $\chi^2=2,932$ ,  $p=0.231$ ), ou seja, as boas práticas de higiene das mãos não varia em função do sexo dos profissionais de saúde, (cf. Quadro 20).

**Quadro 20 – Características das boas práticas de higiene das mãos (por grupos) em função do sexo**

	Homens		Mulheres		Total	
	N	%	N	%	n	%
<b>Reduzidas boas praticas</b>	29	37,2	45	26,9	<b>74</b>	<b>30,2</b>
<b>Moderadas boas praticas</b>	26	33,3	59	35,3	<b>85</b>	<b>34,7</b>
<b>Elevadas boas praticas</b>	23	29,5	63	37,8	<b>86</b>	<b>35,1</b>
Teste Qui-Quadrado: $\chi^2=2,932$ ; $p=0,231$						

Relativamente à idade dos profissionais de saúde, esta variável, associou-se de forma positiva com as boas práticas de higiene das mãos, ou seja, quando aumenta a idade dos profissionais, melhoram as boas práticas de higienização das mãos ( $r=0.027$ ;  $p=0.683$ ). Contudo,

a associação entre as variáveis não é estatisticamente significativa, ou seja, a idade não influencia as boas práticas de higiene das mãos, (cf. Quadro 21).

**Quadro 21 – Análise de regressão linear simples entre a idade, o tempo de serviço e o score das boas práticas de higiene das mãos**

	r	r2(%)	p	T	P
<b>Idade</b>	0,027	0,07	0,683	0,409	0,683
<b>Tempo de serviço</b>	0,050	0,25	0,450	0,756	0,450

Quanto ao estudo da associação entre o estado civil e as boas práticas de higiene das mãos, podemos concluir, através do teste de Kruskal-Wallis presente no Quadro 22, que os profissionais Casados ou a viver em União de Facto são os que apresentam pior práticas (PM=119.65). Os profissionais com o estado civil *Divorciado\ Separado\ Viúvo* são os que têm, em media, melhores práticas de higiene das mãos (PM=147.00). Contudo, as diferenças encontradas não são significativas ( $p>0.05$ ).

No que concerne à variável formação literária, pelo estudo do teste de Kruskal-Wallis presente no quadro 22, observamos que a formação literária é independente das boas práticas da higiene das mãos ( $H=3.361$ ;  $p=0.499$ ), sendo que os profissionais com habilitações mais baixas (*1º ou 2º Ciclo*) são os que referem ter melhores práticas de higiene das mãos (PM=145.09).

**Quadro 22 – Teste de Kruskal-Wallis entre o score das boas práticas de higiene das mãos, o estado civil e a formação literária**

ESTADO CIVIL	Solteiro	Casado\união de facto	Divorciado\ Separado\ Viúvo	Kruskal Wallis			
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P		
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	122,95	119,65	147,00	2,225	0,329		
FORMAÇÃO LITERÁRIA	1º ou 2º Ciclo	3º Ciclo\ 9º ano	Secundário\ 12º ano	Licenciatura	Mestrado\ Doutoramento	Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	145,09	141,45	113,05	121,45	118,71	3,361	0,499

Foi nossa preocupação perceber se a relação entre as variáveis profissionais (Categoria Profissional, Tempo de serviço, Vinculo laboral, Horário de trabalho e Local de trabalho) exercem influência na adesão às boas práticas da higiene das mãos.

Verificamos que os assistentes operacionais apresentam um valor mais elevado de percepção de boas práticas de higiene das mãos (PM=133.08), e em situação oposta encon-

tram-se os médicos que manifestam ter menor adesão e menor esforço gasto na prática da higiene das mãos (PM=93.34). O teste de Kruskal-Wallis revela que as diferenças são estatisticamente significativas ( $H=13.804$ ;  $p=0.001$ ), ou seja, a categoria profissional influencia as boas práticas de higiene das mãos, (cf. Quadro 23).

Quanto ao vínculo laboral, observamos pelo Quadro 23, que este não exerce influência na variável dependente ( $H=0.322$ ;  $p=0.956$ ), sendo que os profissionais com um vínculo semelhante ao da Função Pública são os que melhores práticas apresentam.

Relativamente ao local de trabalho e ao número de horas semanais, constatamos que os profissionais de saúde que trabalham no SU são os que apresentam piores resultados no que concerne à percepção de boas práticas de higiene das mãos (PM=118.10). Por sua vez, os que trabalham nas consultas externas são os que têm melhores práticas. Relativamente ao número de horas semanais, inferimos que os profissionais que mais horas trabalham são os que têm menor esforço e pior adesão face à higiene das mãos (PM=94.54).

Verificamos que a percepção das boas práticas de higiene das mãos não é influenciada pela variável local de trabalho ( $H=4.319$ ;  $p=0.365$ ) nem pelo número de horas semanais ( $H=2.775$ ;  $p=0.250$ ), (cf. Quadro 23).

**Quadro 23 – Teste de Kruskal-Wallis entre o score das boas práticas de higiene das mãos e as variáveis profissionais**

CATEGORIA PROFISSIONAL	Assistente Operacional	Enfermeiro	Médico	Kruskal Wallis			
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p		
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	133,08	132,39	96,34	<b>13,804</b>	<b>0,001**</b>		
VÍNCULO LABORAL	CT Funções Públicas	CIT sem Termo	CIT Termo Certo	CIT Tempo incerto	V		
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p	
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	125,54	122,42	116,96	122,05	0,322	0,956	
LOCAL DE TRABALHO	Serviço Medicina	Serviço Cirúrgico	Serviço de Urgência	Unidade Cuidados Intensivos	Consultas Externas	Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	137,49	127,89	114,29	118,10	143,94	4,319	0,365
NÚMERO HORAS SEMANAIS	Até 35 horas	De 36 horas a 40 horas	Mais de 41 horas	Kruskal Wallis			
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	P		
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	126,82	119,22	94,54	2,775	0,250		

Quanto ao tempo de serviço, verificamos que, quando aumenta o tempo de serviço dos profissionais, aumenta a sua percepção sobre as boas práticas na higiene das mãos ( $r=0.050$ ;

$p=0.450$ ). Contudo, o valor de  $t$  revela que o tempo de serviço não influencia de forma significativa a prática da higiene das mãos, (cf. Quadro 21).

No que respeita ao tipo de horário, a análise do quadro 24 permite concluir que o tipo de horário não influencia na percepção das boas práticas de higiene das mãos dos profissionais ( $U=3647.0$ ;  $p=0.978$ ).

**Quadro 24 – Teste de U de Mann Whitney entre o score das boas práticas de higiene das mãos e o tipo de horário dos profissionais de saúde**

	Fixo	Roulement	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	122,80	122,45	3647,0	-0,028	0,978

Pretendemos também estudar a relação entre a formação e a percepção sobre as boas práticas da higiene das mãos. Constatamos que os profissionais que, nos últimos dois anos, tiveram formação relativa à higiene das mãos, são os que apresentam, em média, melhores práticas ( $PM=125.38$ ). Contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ( $U=2617.0$ ;  $p0.138$ ), (cf. Quadro 25).

**Quadro 25 – Teste de U de Mann Whitney entre o score das boas práticas de higiene das mãos e a variável formação sobre higiene das mãos nos últimos 2 anos**

	Sim	Não	U de Mann Whitney		
	Ordenação média	Ordenação média	U	Z	P
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	125,38	105,24	2617,0	-1,484	0,138

Ao estudarmos se importância atribuída pela chefia, colegas e doentes influencia as boas práticas de higiene das mãos, inferimos que os profissionais que indicam que os seus chefes, colegas e doentes atribuem pouca ou nenhuma importância a higiene das mãos são os que pior percepção sobre a prática da higiene das mãos apresentam. Em sentido oposto, quanto maior a importância atribuída pelas chefias, colegas e doentes melhores são as práticas dos profissionais face à higiene das mãos. O teste de Kruskal-Wallis revela que as diferenças são significativas na importância atribuída pela chefia ( $H=14.021$ ;  $p=0.003$ ), na importância atribuída pelos colegas ( $H=12.495$ ;  $p=0.006$ ) e na importância que os doentes atribuem à correta higiene das mãos ( $H=25.647$ ;  $p=0.000$ ), (cf. Quadro 26).

**Quadro 26 – Teste de Kruskal-Wallis entre o score das Boas práticas de higiene das mãos e as variáveis relativas à importância atribuída à higiene das mãos**

<b>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELA CHEFIA</b>						
	Nenhuma Importância	Pouca Importância	Importância relativa	Muita Importância	Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	36,90	86,88	120,60	129,80	<b>14,021</b>	<b>0,003**</b>
<b>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELOS COLEGAS</b>						
	Nenhuma Importância	Pouca Importância	Importância relativa	Muita Importância	Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	77,88	90,83	114,43	137,45	<b>12,495</b>	<b>0,006**</b>
<b>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA PELOS DOENTES</b>						
	Nenhuma Importância	Pouca Importância	Importância relativa	Muita Importância	Kruskal Wallis	
	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	Peso Médio	H	p
<b>BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS</b>	97,02	98,94	138,28	149,93	<b>25,647</b>	<b>0,000***</b>

## 4 – DISCUSSÃO

Na discussão dos resultados pretende-se reflectir sobre a investigação realizada, enfatizar os dados mais significativos e confrontá-los com a literatura existente.

Assim e face aos resultados obtidos pensamos ter dado resposta às questões de investigação enunciadas.

Ao questionarmos os profissionais de saúde sobre qual a importância que a prática de higiene das mãos assume, a maioria considera que é muito importante (90.2%) e para 9.0% é uma prática importante. Foi possível verificar que não existe nenhum profissional de saúde a considerar a higiene das mãos pouco ou nada importante, pelo que esta temática assume muita pertinência nos cuidados de saúde.

Os profissionais do sexo feminino estão mais representados no grupo que considera ter elevadas boas práticas de higiene das mãos (37.8% vs 29.5%), constatando-se que as diferenças entre os sexos não são estatisticamente significativas.

Relativamente à idade dos profissionais de saúde, esta variável, associou-se de forma positiva com as boas práticas de higiene das mãos, ou seja, quando aumenta a idade dos profissionais, melhoram as boas práticas de higienização das mãos. Contudo, a associação entre as variáveis não é estatisticamente significativa.

Ao analisarmos o esforço gasto para uma higiene das mãos adequada quando o profissional de saúde cuida de doentes, verificámos que são os assistentes operacionais que assumem um maior esforço, considerando muito elevado (33.9%) e elevado (46.5%). Apenas 13.2% dos médicos assumem que o esforço gasto é muito elevado e 51.5% elevado. Quanto aos enfermeiros, 13.2% consideram o esforço muito elevado e 35.8% elevado. O teste Qui-Quadrado revela que as diferenças encontradas entre a categoria profissional são significativas ( $\chi^2=15.078$ ;  $p=0.020$ ). Face à avaliação da adesão à higiene das mãos pela categoria profissional, inferimos que os enfermeiros são os que têm maior representatividade no nível muito elevado de adesão (38.4%), e, por sua vez, apenas 14.7% na classe médica refere um nível muito elevado de adesão. Inferimos pelo valor do teste Qui-Quadrado que as diferenças são estatisticamente significativas ( $\chi^2=15.539$ ;  $p=0.004$ ), sendo possível concluir que os médicos

assumem ter menor adesão à higiene das mãos perante as oportunidades de higienização e os enfermeiros são os que têm melhores níveis de adesão.

Quanto à importância que a chefia atribui ao correto desempenho da higiene das mãos, os superiores, na sua maioria, consideram muito importante (68.6%) ou importante (22.9%) a higiene das mãos nos profissionais. Por sua vez, os colegas atribuem menor importância à higiene correta das mãos, onde 47.3% considera esta prática muito importante e 43.7% importante. Relativamente à importância atribuída pelos doentes, segundo a opinião dos profissionais de saúde, 36.3% atribui-lhes uma importância relativa, 32.7% pouca importância, 19.6% muito importante e 11.4% nenhuma importância à correta higiene das mãos pelos profissionais. Verificámos que a distribuição entre homens e mulheres é semelhante, não se diferenciando na importância atribuída por chefia, colegas e doentes à higiene das mãos.

Procurámos também determinar se a importância atribuída pela chefia à higiene das mãos é influenciada pela categoria profissional dos diversos elementos. Observámos que nos assistentes operacionais e nos enfermeiros a chefia considera esta temática muito importante com valores percentuais de 69.6% e 79.2%, respectivamente. Por sua vez, apenas 50.0% dos médicos admite que a sua chefia considera este tema muito importante, existindo uma maior percentagem de médicos a considerar que os seus chefes atribuem pouca (16.2%), ou nenhuma importância (5.9%) à higiene das mãos. Os valores residuais ajustados indicam, que são os chefes dos enfermeiros a atribuírem maior importância a esta temática e em sentido oposto são os chefes dos médicos quem menor importância atribui a este assunto.

Durante a presente investigação procurámos de igual modo saber quais os principais motivos que os profissionais de saúde enumeram como condicionantes à prática da higiene das mãos. Assim, os factores que mais condicionam a prática de higienização são: *Esquecimento* (47.8%), *Superlotação ou falta de pessoal* (44.9%), *As necessidades do doente terem prioridade* (44.5%), *Elevado número de oportunidades para Higiene das mãos por hora de cuidados ao doente* (36.7%), *Uso de luvas ou crença que o uso de luvas evita a Higiene das mãos* (36.3%), *a Interrupção nas actividades ao doente* (35.5%), *Dispensadores de solução alcoólica para Higiene das mãos mal colocados* (24.9%) e, *Duração de contacto com o doente inferior a 2 minutos* (24.1%). Por sua vez, os factores que segundo os profissionais de saúde menos condicionam a higiene das mãos são: *Falta de conhecimento* (6.1%), *Formação sobre Higiene das mãos ineficaz* (11.0%), *Assistência ao doente em quarto não isolado* (12.7%), *Percepção de baixo risco para o doente* (18.8%), *Falta de estímulo nato* (21.6%) e

*Número de dispensadores de solução alcoólica no local de prestação de cuidados insuficientes (22.0%).*

De forma colectiva e para realçar a dimensão da problemática, efectuámos conjuntamente, como já referido, a identificação da flora microbiana das mãos dos profissionais de saúde através da aplicação de placas de contacto. Dos resultados analisados, de realçar o seguinte: o estudo do número de UFC revela que os valores variam entre mínimo de 0 a um máximo de 60, com valor médio de aproximadamente 20 unidades. Os elementos do sexo masculino apresentam, em média, maior número de UFC. No entanto, os testes estatísticos indicam que as diferenças não são significativas. O estudo contemplou vários momentos em que os profissionais procederam à higienização das mãos, tendo cada um deles sido avaliado individualmente: *Após contacto com o ambiente 65.0%; Após o contacto com o doente 40.0%; Após retirar luvas 25.0% e; Após contacto com sangue ou fluidos 5.0%*. Verificamos que, relativamente à higiene das mãos e à técnica utilizada, 60.0% da amostra não realizou a higiene das mãos; 20.0% realizou fricção anti-séptica e 20.0% realizou lavagem das mãos.

Da análise do número de UFC face ao serviço e categoria profissional, os testes estatísticos indicam que as diferenças não são significativas. De realçar que, o estudo comparativo entre os profissionais que não realizaram a higiene das mãos e os que utilizaram a fricção anti-séptica na sua higienização, os testes indicam que as diferenças são estatisticamente significativas. Observamos também que um assistente operacional e um enfermeiro apresentavam na flora microbiana das mãos a bactéria *Acinetobacter Baumannii* e um médico apresentava a bactéria *Pseudomonas*.

Pensamos que os resultados obtidos constituem um contributo para a compreensão dos factores que interferem nas boas práticas da higiene das mãos, que de forma, directa ou indirecta, acabam por influenciar negativamente as taxas de adesão dos profissionais de saúde. Dados da DGS relatam uma taxa de adesão nacional à prática da higiene das mãos em 2013 de 69.0%, sendo a taxa de adesão por grupo profissional: enfermeiro 78.0%; médico 57% e; assistente operacional 65.0%.

Neste contexto, Gould et al. (2011), numa revisão actualizada, procuraram estabelecer se existem estratégias eficazes para melhorar a adesão à higienização das mãos, se tais estratégias são eficazes, a curto ou a longo prazo, e se o aumento da adesão reduz as IACS. Estes autores consideram não existirem evidências suficientes para saber quais as estratégias que melhoram o cumprimento/adesão à prática da higiene das mãos. Deste ponto de vista, entendem que introduzir a SABA para higienização das mãos acompanhada de educação / forma-

ção não é de todo suficiente. No entanto, a utilização de múltiplas estratégias, incluindo a participação dos profissionais no planeamento de actividades ou aplicando estratégias de marketing social, podem ser de grande utilidade.

De acordo com Creedon et al. (2008), citado por Randle & Clarke (2011), o factor que afectou a prevenção e controle de infecção na prática dos profissionais de saúde foi a cultura organizacional em que estes estavam a trabalhar. Todavia, a diminuição das taxas de IACS também são dependentes de factores essenciais como a ocupação de camas, a rotatividade de doentes, os recursos humanos e a carga de trabalho (National Audit Office 2004; Cunningham 2006; Halwani et al. 2006 citado por Randle & Clarke 2011). Assim, estas barreiras ao cumprimento devem ser tratadas, uma vez que são fundamentais para melhorar a conformidade e reduzir as IACS.

Dancer e Simmons (2006) citado por Randle & Clarke (2011) afirmam que se não estiverem disponíveis recursos, a taxa de IACS não irá reduzir, mesmo que se façam avisos de melhoria ou aplicarem sanções aos profissionais. Assim, e apesar das políticas de cima para baixo poderem ser eficazes, o seu sucesso, a longo prazo, depende do compromisso e capacitação de cada um (Ham, 2003 citado por Randle & Clarke 2011). Isto coloca em evidência a necessidade de uma abordagem abrangente onde todos os grupos profissionais, especialmente a equipa médica, trabalhem em conjunto para reduzir a taxa de IACS (Randle & Clarke 2011).

Já Scheithauer et al. (2013), num estudo pioneiro sobre as oportunidades de higienização das mãos num serviço de Urgência, demonstraram que a padronização/standardização de procedimentos invasivos e a introdução de fluxogramas em combinação com o treino individual no local de trabalho, melhorou significativamente a adesão. Finalmente, a optimização de práticas de fluxo de trabalho parece ser um caminho promissor para melhorar a adesão à higienização da mãos sem aumentar a carga de trabalho e assim parece representar uma solução eficiente para melhorar a qualidade dos cuidados aos doentes e o resultado/outcome.

Desde o início da conceptualização deste estudo, uma das nossas preocupações foi desenvolver um trabalho metodológico com bases científicas precisas. Nesta perspectiva, a metodologia usada foi a que nos pareceu ser a mais benéfica para facilitar e tornar possível a realização do mesmo. Assim, ao terminar a discussão importa reconhecer algumas limitações inerentes.

Ao longo da revisão bibliográfica, verificámos que o número de estudos publicados em Portugal sobre os factores que interferem nas boas práticas da higiene das mãos, bem co-

mo sobre a avaliação microbiana das mãos dos profissionais de saúde, é ainda reduzido, principalmente no que concerne à variável categoria profissional.

A primeira limitação do nosso estudo diz respeito ao facto de a técnica de amostragem ser não probabilística acidental, uma vez que neste tipo de amostragem a probabilidade de um elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos. O problema com este tipo de amostras é que estas podem, ou não, ser representativas da população em estudo.

A segunda limitação refere-se ao facto de os resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados dizerem respeito à percepção de cada um dos participantes (enfermeiros, médicos e assistentes operacionais), de um serviço médico, serviço cirúrgico, UCIP e SU de um hospital (Hospital de Braga) e, por isso, poderem não refletir a realidade institucional e nacional.

Uma outra limitação diz respeito à metodologia utilizada para o estudo microbiológico das mãos dos profissionais de saúde, uma vez que nos estudos quase-experimentais o controlo de variáveis estranhas é limitado e, também, pelas áreas de contacto concretizadas em cada placa não serem equivalentes, o que pode por em causa a validade comparativa dos dados.



## 5 - CONCLUSÕES

Concluída a investigação sobre “Percepção dos Profissionais de Saúde sobre as Boas Práticas de Higiene das Mãos”, acreditamos que os resultados obtidos poderão ter implicações preventivas no que concerne às IACS, sendo expectável, nas unidades de saúde um *continuum* sinérgico relativo a esta problemática como parte integrante da política local e da segurança do doente contra as IACS e a transmissão de microrganismos multirresistentes.

Com o culminar da investigação, torna-se imperioso reflectir sobre a sua implicação na prática profissional. Assim, a partir dos resultados obtidos, vislumbra-se, como proposta de melhoria das práticas de enfermagem, estabelecer uma ligação efectiva com o PPCIRA, como forma de promover acções dinâmicas e de divulgação de forma interactiva, para melhorar a adesão e a execução da técnica da higiene das mãos.

O presente estudo reúne em si, como objectivo primordial, avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre as boas práticas de higiene das mãos. Através da aplicação de um questionário verificou-se que a maioria dos inquiridos considera como muito importante, a prática da higiene das mãos. Relativamente à percepção de esforço gasto na prática de higiene das mãos, tendo em conta a categoria profissional, são os assistentes operacionais que consideram maior esforço gasto na prática da higiene das mãos. No entanto, são os enfermeiros que assumem maior representatividade ao nível muito elevado de adesão. Os factores relatados como os que mais condicionam a adesão à prática da higiene das mãos são: *Esquecimento (47.8%)*, *Superlotação ou falta de pessoal (44.9%)* e *As necessidades do doente terem prioridade (44.5%)*. Por sua vez, os factores considerados como os que menos condicionam a prática da higiene das mãos são: *Falta de conhecimento (6.1%)*, *Formação sobre higiene das mãos ineficaz (11.0%)* e *Assistência ao doente em quarto não isolado (12.7%)*.

Quanto ao estudo microbiológico das mãos dos profissionais, foram utilizadas placas de contacto analisadas em laboratório. O estudo do número de UFC revela que os valores variam entre mínimo de 0 a um máximo de 60, com um valor médio de aproximadamente 20 UFC. Consequentemente ao número UFC encontradas, os testes revelam que as diferenças são estatisticamente significativas ( $H=9.684;p00.008$ ) entre os profissionais que não realizaram a higiene das mãos ( $PM=24,98$ ) e os que utilizaram a fricção anti-séptica na sua higienização.

zação (PM=11,25). Assim, a fricção das mãos com solução de base alcoólica, contribui para a redução da flora microbiana das mãos.

Com os resultados obtidos do estudo microbiológico das mãos dos profissionais de saúde, sem acção sobre qualquer uma das técnicas executada de higiene das mãos, pretendemos dar visibilidade à temática, proporcionando aos profissionais de saúde um momento de reflexão sobre a sua prática diária e a necessidade do cumprimento das normas relativas à higiene das mãos, quer no que concerne aos 5 momentos, quer da técnica mais adequada em cada momento, quer ainda do cumprimentos dos passos para execução da técnica preconizados pela OMS.

Pois, tal como referem Gould et al. (2011), a adesão à higienização das mãos aumenta significativamente aquando de estudos que primam pela observação directa, e consequentemente nota-se uma diminuição da incidência de MRSA nos dados obtidos em estudos microbiológicos.

Embora não tenha sido alvo do nosso estudo, a dimensão desta problemática torna-se ainda mais séria se pensarmos nos microrganismos multirresistentes, que repercutem diariamente nos índices de morbilidade e nos custos associados. Não nos podemos esquecer que nos últimos anos se tem assistido a um aumento expansivo e com repercussão mundial.

Tendo em consideração que os resultados do presente estudo não podem ser extrapolados devido à sua natureza, acreditamos serem de grande utilidade, quer para dar visibilidade à importância da higiene das mãos, quer para utilizar em possíveis formações. Parece-nos restar uma necessidade urgente de futuros estudos de investigação metodologicamente fortes que contribuam para a execução de uma estratégia multimodal e efectiva e que procurem explorar a eficácia de intervenções concebidas e implementadas para aumentar o cumprimento da higienização das mãos.

Em concordância, vários autores sugerem a implementação de estratégias direccionadas à educação e motivação dos profissionais de saúde, como lembretes, matérias educacionais escritas (panfletos) e feedback contínuo acerca da sua performance, como forma interactiva de melhorar a adesão e a técnica da higienização das mãos (Huis et al., 2012; Erasmus et al., 2010).

Assim, acreditamos que todas as considerações explanadas apontam para a relevância da higiene das mãos como medida efectiva na redução microbiana. Sabemos pois, que as medidas de prevenção e controlo das IACS são um desafio, exigindo portanto uma análise siste-

mática das práticas no cuidar, com a finalidade de detectar erros ou falhas para que o PPCIRA e os órgãos de gestão possam intervir de forma incisiva, quer em aspectos relacionados com o desempenho dos profissionais, bem como em aspectos organizacionais e relacionados com os recursos humanos e materiais, priorizando assim esta temática.

Parece pois, legítimo concluir-se que embora reconhecendo algumas limitações, os objectivos do nosso estudo foram atingidos.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, M.G.S. (2008). Prevenção a qualquer nível/material seguro/boas práticas. *Nursing* (Suplemento), 18 ( 230), 13-14.
- Carraro, T. E. (2004). Os postulados de Nightingale e Semmelweis: poder/vital e prevenção/contágio como estratégias para a evitabilidade das infecções. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (4), 650-657.
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Prev. Transmission of Infection Agents in HealthCare Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*. Acedido em WWW: <URL:[http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007ip\\_part1.html](http://www.cdc.gov/hicpac/2007ip/2007ip_part1.html)>.
- Conselho da União Europeia. (2009). Recomendação do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infecções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*, 1-6.
- Erasmus, V., Daha, T. J., Brug, H., Richardus, J. H., Behrendt, M. V., Vos, M. C., ... Van Beeck, E. F. (2010). Systematic review of Studies on Compliance with Hand Hygiene Guidelines in Hospital Care. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31, (3), 283-294. doi: 10.1086/650451.
- Fortin, M. (2009). *O Processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gould, D., Moralejo, D., Drey, N., & Chudleigh, J. (2011). Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care (Review). *Cochrane Database of systematic Reviews*, 9. doi: 10.1002/14651859.

- Hill, M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Huis, A., Achterberg, T., Bruin, M., Grol, R., Schoohoven, L., & Hulscher, M. (2012). A systematic review of hand hygiene improvement strategies: a behavioural approach. *Implementation Science*, 7 (92), 1-14. doi: 10.1186/1748-5908-7-92.
- Huot, R.(2002). *Métodos quantitativos para as ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Leça, A., Costa, A. C., Silva, M. G., Noriega, E., & Gaspar, M. J. (2008). *Manual de Operacionalização do Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. (3ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital: Um Guia Prático*. (2ª ed.). Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Acedido em [http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsacd/cd49/man\\_oms.pdf](http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsacd/cd49/man_oms.pdf).
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Who guidelines on hand hygiene in health care*. Acedido em <http://www.who.int/gpsc/en>.
- Pereira M.S., Souza A.C.S., Tipple A.F.V., Prado M.A. (2005). A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. *Texto & Contexto de Enfermagem*, 14, (2), 250-257.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5.ª ed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pina, E., Silva, G., & Ferreira, E. (2010). *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2007a-10-24). *Circular Normativa n.º 20/DSQC/DSC*. Plano Operacional de Controlo de Infecção para os Cuidados de Saúde Primários. Acedido em [http://www.arlvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/S\\_P\\_CircNormativa.pdf](http://www.arlvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/SPublica/Controlo%20Infeccao/S_P_CircNormativa.pdf)

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2007b). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*. Acedido em <http://www.acs.minsaude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2010-06-14). *Circular Normativa n.º 13/DQS/DSD*. Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Acedido em <http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>.

Portugal, Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. (2013-10-13). *Norma nº 029/2012*. Precauções básicas do controlo da infecção (PBCI). Acedido em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>.

Randle J., & Clarke M. (2011). Infection control nurses' perceptions of the code of hygiene. *Journal of Nursing Management*, 19, 218–225. Acedido em <http://onlinelibrary.wiley.com>

Sampieri, R.H., Collado, C. F., & Batista Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*, (3ª ed.). São Paulo-S.P. Editora Mc Graw – Hill.

Scheithauer, S., Kamerseder, V., Petersen, P., Brokmann, J. C., Lopez-Gonzalez, L.-A., Mach, C., ... Lemmen, S. W. (2013). Improving hand hygiene compliance in the emergency department: getting to the point. *BMC Infection Diseases*, 13 (367), 1-6. doi:10.1186/1471-2334-13-367.

Tavares, A. P., Sarmiento, A., Vieira, F., Serrano, M., Alves, V., Silva, V. F. (2003). *Manual de controlo de infecção*. Porto: Ed. Medisa.



**ANEXOS**



## Anexo I

## Modelo Conceptual dos 5 momentos da higiene das mãos

Direcção-Geral da Saúde

# 5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS






## Anexo II

### Técnica de Lavagem das mãos

Direcção-Geral da Saúde

# Lavagem das mãos

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

 Duração total do procedimento: 40-60 seg.



1 Molhe as mãos com água



2 Aplique sabão suficiente para cobrir todas as superfícies das mãos



3 Estregue as palmas das mãos, uma na outra



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



5 Palma com palma com os dedos entrelaçados



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



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



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



9 Enxague as mãos com água



10 Seque as mãos com toalhete descartável



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



12 Agora as suas mãos estão seguras.




## Anexo III

## Técnica de Fricção Anti-séptica das mãos

## Direcção-Geral da Saúde

## Fricção Anti-séptica das mãos

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

 Duração total do procedimento: 20-30 seg.





**Anexo IV**  
**Instrumento de Colheita de Dados**



**Instituto Politécnico de Viseu**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**  
**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE E INVESTIGAÇÃO**

---

**Área científica:** Enfermagem Médico Cirúrgica

**CÓD:** \_\_\_\_\_

**Investigador Principal:** Olivério Ribeiro

**Investigador Colaborador:** Carla Tinoco

**Ano:** 2013      **Curso:** Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – 3.<sup>a</sup> edição

**Estudo:** **PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS .**

Ex.mo(a) Senhor(a):

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica encontramos-nos a desenvolver um estudo de investigação com o tema **“Percepção dos Profissionais de Saúde sobre as Boas Práticas de Higiene das Mãos”**.

Decidimos desenvolver este estudo porque acreditamos que Higiene das Mãos é um importante indicador de Segurança e de Qualidade dos Cuidados prestados e para promover as Boas Práticas de Higiene das Mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada torna-se fundamental ouvir os Profissionais de Saúde.

Ficar-lhe-emos muito gratos se tiver a amabilidade de exprimir livremente a sua opinião, mediante o preenchimento do instrumento de colheita de dados que de seguida se apresenta.

Não deverá escrever a sua identificação de forma a manter anónima a colheita de dados, permanecendo desta forma confidenciais as suas respostas.



## Instrumento de Colheita de Dados

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais adequada perante as alternativas. Esta pode, muitas vezes, ser a resposta que lhe ocorre em primeiro lugar.

**Agradecemos o seu contributo para esta investigação.**

### I PARTE

#### CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA e PROFISSIONAL

**1. Sexo:**

- <sub>1</sub> Masculino  
<sub>2</sub> Feminino

**2. Idade** \_\_\_\_\_ anos

**3. Estado civil:**

- <sub>1</sub> Solteiro  
<sub>2</sub> Casado / União de Facto  
<sub>3</sub> Divorciado / Separado  
<sub>4</sub> Viúvo

**4. Formação Literária**

- <sub>1</sub> 1º Ciclo / 4ª classe  
<sub>2</sub> 2º Ciclo / Ciclo Preparatório  
<sub>3</sub> 3º Ciclo / 9º ano  
<sub>4</sub> Secundário / 12º ano  
<sub>5</sub> Licenciatura  
<sub>6</sub> Mestrado  
<sub>7</sub> Doutoramento

**5. Categoria Profissional:**

- <sub>1</sub> Assistente Operacional  
<sub>2</sub> Enfermeiro  
<sub>3</sub> Médico  
<sub>4</sub> Outro Profissional de Saúde \_\_\_\_\_  
<sub>5</sub> Estudante (assinale também a categoria profissional onde está inserido)

**6. Tempo de Experiência Profissional** \_\_\_\_\_ anos (completos)

**7. Vínculo Laboral:**

- <sub>1</sub> Contrato de Trabalho em Funções Públicas  
<sub>2</sub> Contrato Individual de Trabalho Sem Termo  
<sub>3</sub> Contrato Individual de Trabalho a Termo Certo  
<sub>4</sub> Contrato Individual de Trabalho a Termo Incerto  
<sub>5</sub> Trabalhador Independente (Recibos Verdes)

**8. Local onde exerce funções**

- <sub>1</sub> Serviço de Internamento Médico  
<sub>2</sub> Serviço de Internamento Cirúrgico  
<sub>3</sub> Serviço de Urgência  
<sub>4</sub> Unidade de Cuidados Intensivos  
<sub>5</sub> Outro \_\_\_\_\_

**9. Tipo de Horário no seu local de trabalho**

- <sub>1</sub> Fixo  
<sub>2</sub> Por turnos  
<sub>3</sub> Fixo + turnos  
<sub>4</sub> Outro \_\_\_\_\_

**10. Número de horas semanais** \_\_\_\_\_ horas

**11. Em termos globais como valoriza a prática da Higiene das Mãos?**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Nada Importante	Pouco Importante	Importância relativa	Importante	Muito Importante



## II PARTE

### PERCEPÇÃO SOBRE A HIGIENE DAS MÃOS

**1. Recebeu formação sobre Higiene das Mãos nos últimos 2 anos?**

<sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

**2. Acha que é difícil para si utilizar um anti-séptico de base alcoólica (SABA) para Higiene das Mãos?**

<sub>1</sub> Sim <sub>2</sub> Não

**2.1 Se sim, é por:**

<sub>1</sub> Esquecimento

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sempre	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Intermitentemente	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Raramente	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Nunca
--	---	---	---

<sub>2</sub> Falta de tempo

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sempre	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Intermitentemente	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Raramente	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Nunca
--	---	---	---

<sub>3</sub> Pele lesada

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sempre	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Intermitentemente	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Raramente	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Nunca
--	---	---	---

**3. Na sua opinião qual o nível de eficácia das seguintes ações para aumentar a adesão à Higiene das Mãos?**

**3.1 Os Gestores, apoiam e promovem a Higiene das Mãos.**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ineficaz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouco eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito Eficaz
--	--	--	--

**3.2 A Instituição de Saúde disponibiliza solução alcoólica em cada local de prestação de cuidados.**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ineficaz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouco eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito Eficaz
--	--	--	--

**3.3 A colocação de cartazes sobre Higiene das Mãos nos locais de prestação de cuidados que funcionem como “lembretes”.**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ineficaz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouco eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito Eficaz
--	--	--	--

**3.4 O profissional de Saúde recebe formação e treino sobre Higiene das Mãos.**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ineficaz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouco eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito Eficaz
--	--	--	--

**3.5 O profissional de Saúde recebe regularmente informação sobre a sua adesão à Higiene das Mãos.**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ineficaz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouco eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito Eficaz
--	--	--	--

**3.6 O seu correto desempenho na Higiene das Mãos como referência para o desempenho dos colegas.**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ineficaz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouco eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito Eficaz
--	--	--	--

**3.7 Os doentes são convidados a relembrar os profissionais de saúde sobre a Higiene das Mãos.**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ineficaz	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouco eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Eficaz	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito Eficaz
--	--	--	--

**4. Que importância é atribuída pela sua Chefia ao correto desempenho na Higiene das Mãos?**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nenhuma importância	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouca importância	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Importância Relativa	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muita importância
---	---	--	---

**5. Que importância é atribuída pelos seus Colegas ao correto desempenho na Higiene das Mãos?**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nenhuma importância	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouca importância	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Importância Relativa	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muita importância
---	---	--	---



**6. Que importância é atribuída pelos Doentes ao correto desempenho na Higiene das Mãos?**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nenhuma importância	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pouca importância	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Importância Relativa	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muita importância
---	---	--	---

**7. Como avalia o esforço gasto para uma Higiene das Mãos adequada quando cuida de doentes?**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Muito baixo	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Baixo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Elevado	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito elevado
---	---	---	---

**8. Como avalia a sua adesão à Higiene das Mãos perante as oportunidades de higienização?**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Muito baixo	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Baixo	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Elevado	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Muito elevado
---	---	---	---

**9. Na sua opinião qual ou quais dos seguintes factores condicionam mais a prática da Higiene das Mãos (enumere no máximo 5 factores)?**

- <sub>1</sub> As necessidades do doente terem prioridade
- <sub>2</sub> Assistência ao doente em quarto não isolado
- <sub>3</sub> Dispensadores de solução alcoólica para a Higiene das Mãos mal colocados
- <sub>4</sub> Duração de contacto com o doente inferior a 2 minutos
- <sub>5</sub> Elevado número de oportunidades para Higiene das Mãos por hora de cuidados ao doente
- <sub>6</sub> Esquecimento
- <sub>7</sub> Falta de conhecimento
- <sub>8</sub> Falta de estímulo nato
- <sub>9</sub> Formação sobre Higiene das Mãos ineficaz
- <sub>10</sub> Interrupção nas atividades ao doente
- <sub>11</sub> Número de dispensadores de solução alcoólica no local de prestação de cuidados insuficiente
- <sub>12</sub> Perceção de baixo risco para o profissional
- <sub>13</sub> Perceção de baixo risco imediato para o doente
- <sub>14</sub> Superlotação ou falta de pessoal
- <sub>15</sub> Uso de luvas ou crença que o uso de luvas evita a Higiene das Mãos
- <sub>16</sub> Outro \_\_\_\_\_

**10. Agradecemos a sua contribuição, solicitando que apresente abaixo, sugestões de melhoria que considere importantes para promover a adesão à Higiene das Mãos?**

---



---



---



---

Obrigado

## Anexo V

## Pedido de Autorização para efectuar Colheita de Dados



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



Ministério da Educação e Ciência  
Instituto Politécnico de Viseu  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU**

Exmo. Sr.  
Presidente do Conselho de Administração do  
**Hospital de Braga**  
Sete Fontes – São Victor  
4710-243 BRAGA

VOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:
Processo:	

NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº	Data:
Processo: 70	ESSV 0452 04-JUN-2013

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS**

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Carla dos Anjos Veloso Tinoco, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão a desenvolver um estudo subordinado ao tema "Percepção dos Profissionais de Saúde sobre as Boas Práticas de Higiene das Mãos".

A escolha da temática prende-se pelo fato da Higiene das Mãos constituir uma medida efetiva na prevenção da transmissão cruzada de infecção e porque acreditamos que é um importante Indicador de Segurança e Qualidade dos Cuidados. Assim, o estudo tem como objetivo principal avaliar os factores que condicionam as boas práticas de higiene das mãos dos profissionais de saúde e, como objectivos adicionais, conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos e identificar a flora microbiana das mãos dos profissionais de saúde do Hospital de Braga.

A população alvo do estudo são os Profissionais de Saúde, integrando Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais que exercem a sua actividade profissional nos Serviços de Internamento Médico e Cirúrgico, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital de Braga.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.<sup>a</sup> que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação durante os meses de Junho a Setembro de 2013, junto dos mencionados Profissionais de Saúde do Hospital de Braga.

Em anexo, enviamos exemplares do Projecto de Investigação e do Instrumento de Colheita de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.<sup>a</sup>, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mais informamos que o Professor Olivério Ribeiro é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

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

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente da ESSV,

Professor Doutor Carlos Pereira

OR/NC



N/ Referência: 30/2013

V/ Referência: ESSV 0452

Exmo Senhor  
Prof. Doutor Carlos Pereira  
Presidente do Conselho de Direção  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida,  
102  
3500-843 Viseu

ASSUNTO: Pedido de Autorização para efectuar colheita de dados

Exmo. Senhor,

Em resposta ao ofício de V.Exa, refª 70, ESSV 0452, de 2013/Junho/04, referente ao assunto mencionado em epígrafe, cumpre-nos informar que o mesmo se encontra autorizado. Com os melhores cumprimentos,

O Administrador Executivo

José Luis de Carvalho

Anexo VI

Grelha de Colheita de Dados para aplicação das placas de contacto

Cód: \_\_\_\_\_

AVALIAÇÃO DA FLORA MICROBIANA

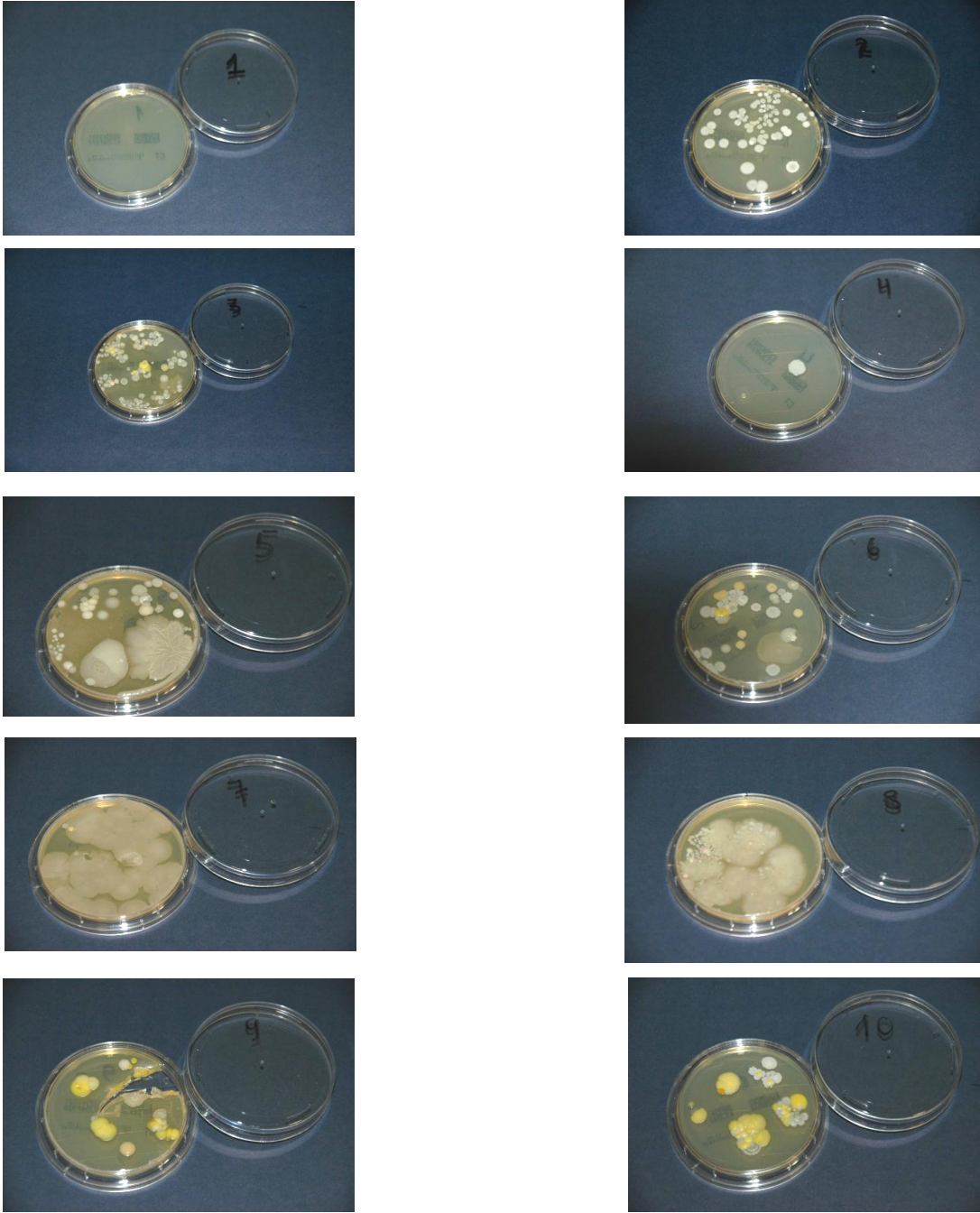
Serviço UUP Local \_\_\_\_\_ Data 6/9/13 hora \_\_\_\_\_

Categoria Profissional: <u>AO</u>		Sexo
Momentos	Acção	
<input type="checkbox"/> Antes do doente <input type="checkbox"/> Antes Assepsia <input type="checkbox"/> Após sangue/fluidos <input type="checkbox"/> Após o doente <input checked="" type="checkbox"/> Após ambiente <input type="checkbox"/> Antes de colocar luvas <input checked="" type="checkbox"/> Após retirar luvas	<input checked="" type="checkbox"/> Fricção Antisséptica <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	I566633 2489740 PLACA 6 PALMA MÃO DIREITA 06.09.2013 dito 1 15
Categoria Profissional: <u>ENF</u>		Sexo
Momentos	Acção	
<input type="checkbox"/> Antes do doente <input type="checkbox"/> Antes Assepsia <input type="checkbox"/> Após sangue/fluidos <input type="checkbox"/> Após o doente <input checked="" type="checkbox"/> Após ambiente <input type="checkbox"/> Antes de colocar luvas <input type="checkbox"/> Após retirar luvas	<input type="checkbox"/> Fricção Antisséptica <input type="checkbox"/> Lavagem <input checked="" type="checkbox"/> Não realizado	I566634 2489742 PLACA 7 - PALMA MÃO DIREITA 06.09.2013 Polveira uup dito 15
Categoria Profissional: <u>AO</u>		Sexo
Momentos	Acção	
<input type="checkbox"/> Antes do doente <input type="checkbox"/> Antes Assepsia <input type="checkbox"/> Após sangue/fluidos <input type="checkbox"/> Após o doente <input checked="" type="checkbox"/> Após ambiente <input type="checkbox"/> Antes de colocar luvas <input checked="" type="checkbox"/> Após retirar luvas	<input type="checkbox"/> Fricção Antisséptica <input checked="" type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	I566635 2489743 PLACA 8-MÃO DIREITA PALMA OF 03.2013 Pe I566636 2489744 PLACA 9 2.ª D. DEDO MÃO DIREITA 10
Categoria Profissional: <u>MD</u>		Sexo: F
Momentos	Acção	
<input type="checkbox"/> Antes do doente <input type="checkbox"/> Antes Assepsia <input type="checkbox"/> Após sangue/fluidos <input checked="" type="checkbox"/> Após o doente <input type="checkbox"/> Após ambiente <input type="checkbox"/> Antes de colocar luvas <input type="checkbox"/> Após retirar luvas	<input checked="" type="checkbox"/> Fricção Antisséptica <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Não realizado	I566637 2489745 PLACA 9 - 2.ª D. DEDO MÃO DIREITA 06.09.2013 d.2.2.2.2. 9 25
Categoria Profissional: <u>MD</u>		Sexo:
Momentos	Acção	
<input type="checkbox"/> Antes do doente <input type="checkbox"/> Antes Assepsia <input type="checkbox"/> Após sangue/fluidos <input type="checkbox"/> Após o doente <input checked="" type="checkbox"/> Após ambiente <u>PC</u> <input type="checkbox"/> Antes de colocar luvas <input type="checkbox"/> Após retirar luvas	<input type="checkbox"/> Fricção Antisséptica <input type="checkbox"/> Lavagem <input checked="" type="checkbox"/> Não realizado	I566641 2489748 PLACA 10 - 2.ª, 3.ª, 4.ª DEDOS MÃO ESQ - 06.09.2013 ESQ. 10 17

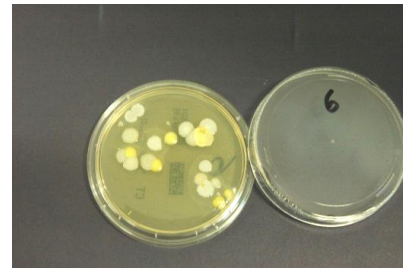
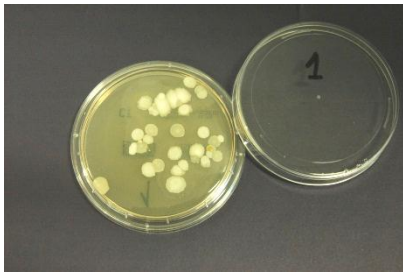


**Anexo VII**  
**Fotografias das placas de contacto após cultura**

SU



UCIP



## Anexo VIII

### Resultados do Laboratório

#### HOSPITAL DE BRAGA

Patologia Clínica

Pág: 1 / 1

Data de Abertura: 14-04-2014 16:06  
Imp./ Visualização Actual: 16-04-2014 09:15

NOME : PLACA 19 -PALMA MAO DIREITA 06.09.2013	
Nº Processo:	Data Nascimento: 01-01-2014
Nº Episódio:	Sexo: N
Médico:	
NC/NT: 2489778 / I566656	
Serviço: 3051000000	UCIP - UC Intensivos Polivalente

Análises	Resultado	Unid.	Val. Referência	Res. Anteriores
----------	-----------	-------	-----------------	-----------------

#### Microbiologia

Validado por: ADELAIDE ALVES, Patologista Clínica

EXAME BACTERIOLOGICO DE PLACA CONTACTO  
Cultural

40 UFC isolado Acinetobacter baumannii

#### HOSPITAL DE BRAGA

Patologia Clínica

Pág: 1 / 1

Data de Abertura: 14-04-2014 15:13  
Imp./ Visualização Actual: 16-04-2014 09:11

NOME : PLACA 17-PALMA MAO DIREITA	
Nº Processo:	Data Nascimento: 01-01-2014
Nº Episódio:	Sexo: N
Médico:	
NC/NT: 2489717 / I566619	
Serviço: 10005	URG-OUTROS

Análises	Resultado	Unid.	Val. Referência	Res. Anteriores
----------	-----------	-------	-----------------	-----------------

#### Microbiologia

Validado por: ADELAIDE ALVES, Patologista Clínica

EXAME BACTERIOLOGICO DE PLACA CONTACTO  
Local  
Cultural

colheita a 12-07-2013  
10-25 UFC foi isolada uma estirpe de  
Pseudomonas

#### HOSPITAL DE BRAGA

Patologia Clínica

Pág: 1 / 1

Data de Abertura: 14-04-2014 15:54  
Imp./ Visualização Actual: 16-04-2014 09:14

NOME : PLACA 11-PALMA MAO DIREITA 06.09.2013	
Nº Processo:	Data Nascimento: 01-01-2014
Nº Episódio:	Sexo: N
Médico:	
NC/NT: 2489762 / I566645	
Serviço: 3051000000	UCIP - UC Intensivos Polivalente

Análises	Resultado	Unid.	Val. Referência	Res. Anteriores
----------	-----------	-------	-----------------	-----------------

#### Microbiologia

Validado por: ADELAIDE ALVES, Patologista Clínica

EXAME BACTERIOLOGICO DE PLACA CONTACTO  
Cultural

20 UFC isolado Acinetobacter baumannii