



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS**

**Barreiras à higienização das mãos dos enfermeiros em Unidades de Cuidados  
Continuados: Contributos para os enfermeiros gestores**

**Liliane Lima Campos do Vale**

Coimbra, Outubro de 2022



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS**

**Barreiras à higienização das mãos dos enfermeiros em Unidades de Cuidados Continuados:  
Contributos para os enfermeiros gestores.**

**Liliane Lima Campos do Vale**

Orientadora: Professora Doutora Anabela Salgueiro Oliveira. Professora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coorientadora: Professora Doutora Cristina Raquel Costeira. Professora da Escola Superior de Enfermagem de Leiria.

Coorientador: Professor Doutor Pedro Miguel Dinis Parreira. Professor da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados

Coimbra, Outubro de 2022

## Dedicatória

A minha orientadora professora doutora Anabela Salgueiro e ao meu coorientador professor doutor Pedro Parreira, pelas orientações, dedicação e amor que eles têm pela profissão que é de Mestre, que é uma das profissões mais importante para o mundo, principalmente quando se tem excelentes profissionais como eles.

## **Agradecimento**

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Agradeço primeiramente a Deus, que permitiu que todas as conquistas em minha vida se concretizassem.

À orientadora Professora Doutora Anabela Salgueiro Oliveira, agradeço por ter acreditado em mim e nas minhas capacidades e pelo tratamento simples, correto e científico, como sempre dedicou as nossas reuniões de trabalho, quando eu chegava desanimada, sempre me encontrava com palavras e gestos generosos e amigável no qual sempre me incentivou, renovando as minhas forças para continuar.

Ao coorientador Professor Doutor Pedro Miguel Dinis Parreira, pela orientação prestada e sua disponibilidade.

À Administração das Instituições onde foi realizada a colheita de dados, por aceitar e facilitar o acesso aos dados pretendidos.

Aos profissionais de saúde que aceitaram colaborar nesta investigação, porque sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

À minha família: A meu pai e minha mãe, que certamente teriam ficado felizes por este momento tão especial na minha vida. Ao Elivaldo, meu marido, com amor, pelo apoio, incentivo e preocupação com que sempre acompanhou a minha vida académica, agradeço ainda a paciência e amor demonstrados nos meus momentos difíceis.

Aos meus filhos, Ana Esmeralda e Daniel, a quem deixei de dar muita atenção, paciência e acompanhamento, agradeço a preocupação manifestada com perguntas do tipo “mãe, ainda falta muito? Ou, está tudo bem?”

Ao meu sobrinho Ronan e a minha cunhada Joana, que sempre torceram pelo meu sucesso e me ajudaram em minha trajetória académica.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização da presente dissertação, embora não tenham sido mencionados.

A todos o meu sincero e profundo **Muito Obrigado!**

## Abreviaturas e siglas

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ARS	Administração Regional de Saúde
BAHM	Barreiras a Adesão a Higiene das Mãos
CNHM	Campanha Nacional de Higiene das Mãos
DGS	Direção Geral da Saúde
DP	Desvio Padrão
GCL-PPCIRA	Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
HM	Higienização das Mãos
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência em Saúde
Máx.	Máximo
Mín.	Mínimo
Nº	Número
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBCI	Precauções Básicas de Controlo da Infecção
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos
RAM	Resistência dos Microrganismos Antimicrobianos
RCA	Root Cause Analyses
RCCAAG	Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAS	Trabalhadores da Área da Saúde
UICISA: E	Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

## Resumo

**Introdução:** A prática da higienização das mãos (HM) reveste-se da maior importância assumindo-se como uma medida fundamental para a prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde e qualidade de cuidados, contribuindo para a segurança dos doentes e profissionais de saúde (Guedes et al., 2012). Também a DGS (2019) considera a HM como uma medida com grande impacto na prevenção e controlo das IACS e resistência aos antimicrobianos (RAM). Os enfermeiros têm um papel relevante na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados.

**Objetivo:** Analisar as barreiras segundo a perceção dos enfermeiros, que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos nas unidades de cuidados continuados.

**Metodologia:** Estudo de natureza quantitativa, transversal, descritivo-correlacional. A recolha de dados foi realizada (06 de abril de 2020 a 23 de setembro 2020) em três Unidades de Cuidados Continuados, numa cidade da região Centro de Portugal. Foi aplicado um instrumento de recolha de dados às equipas de enfermagem, que incluía questões para avaliação das características sociodemográficas dos enfermeiros e questionário elaborado por PISOEIRO (2012): “Barreira à Adesão à Higiene das Mãos”. às equipas de enfermagem, seguindo os procedimentos éticos. A análise dos dados foi realizada com o recurso a aplicação IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

**Resultados:** As dimensões “Avaliação & *Feedback*” e “Materiais & Equipamentos”, foram percecionadas pelos enfermeiros, como as barreiras mais importantes para a HM. As variáveis sociodemográficas não revelaram ter qualquer influência na forma como os enfermeiros percecionavam as barreiras à HM, com exceção do tempo de serviço na unidade de cuidados, que se correlacionou negativamente com a “Liderança & Alertas Formais”. A “Liderança & Alertas Formais” correlacionou-se positiva e significativamente, com as dimensões “Materiais & Equipamentos”, “Clima Organizacional” e “Avaliação & *Feedback*”. Foi ainda verificado, que a dimensão “Liderança & Alertas Formais” evidencia um efeito preditor na dimensão “Avaliação & *Feedback*” ( $\beta=.73$ ), na dimensão “Clima Organizacional” ( $\beta=.38$ ); e na dimensão “Materiais & Equipamentos” ( $\beta=.49$ ), explicando respetivamente 54%, 14% e 24% da variância explicada das referidas dimensões.

**Conclusão:** O enfermeiro gestor deverá conhecer quais as barreiras à HM, percebidas pelos enfermeiros, para poder implementar medidas que aumentem a adesão a esta precaução básica de controlo de infeção, de forma a prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde.

Palavras-chave: adesão; barreiras de higiene das mãos; enfermeiro gestor; unidades de cuidados continuados integrados.

## ABSTRACT

**Introduction:** The practice of hand hygiene (HH) is of utmost importance, assuming itself as a fundamental measure for the prevention of infections associated with health care and quality of care, contributing to the safety of patients and health professionals. The DGS (2019) also considers HM as a measure with a great impact on the prevention and control of HAI and antimicrobial resistance (AMR). Nurses have an important role in resource management, they must adopt strategies that help to minimize and avoid waste, implement protocols, and mobilize efforts for better performance, such as preventing complications and improving the quality and efficiency of care provided

**Objective:** To analyze the barriers according to the nurses' perception, which makes it difficult to adhere to good hand hygiene practices in continuous care units.

**Methodology:** Quantitative, cross-sectional, descriptive-correlational study. Data collection was carried out (from April 6, 2020, to September 23, 2020) in three Continuing Care Units, in a city in the Central region of Portugal. A data collection instrument was applied to the nursing teams, which included questions to assess the sociodemographic characteristics of nurses and a questionnaire prepared by Pisoeiro (2012): "Barrier to Adherence to Hand Hygiene". to the nursing teams, following ethical procedures. Data analysis was performed using the IBM SPSS application (Statistical Package for the Social Sciences).

**Results:** The dimensions "Assessment & Feedback" and "Materials & Equipment" were perceived by nurses as the most important barriers to HH. Sociodemographic variables did not reveal any influence on the way nurses perceived barriers to HH, with exception of the length of service in the care unit, which was negatively correlated with "Leadership & Formal Alerts". "Leadership & Alerts" correlated positively and significantly with the dimensions "Materials & Equipment", "Organizational Climate" and "Assessment & Feedback". It was also verified that the dimension "Leadership & Formal Alerts" shows a predictor effect in the dimension "Assessment and Feedback" ( $\beta=.73$ ), in the dimension "Organizational Climate" ( $\beta=.38$ ); and in the dimension "Materials & Equipment" ( $\beta=.49$ ), respectively explaining 54%, 14% and 24% of the explained variance of the aforementioned dimensions.

**Conclusion:** The nurse manager should know what barriers to HH are perceived by nurses, to implement measures that increase adherence to this basic infection control precaution, to prevent infections associated with health care.

**Keywords:** adhesion; hand hygiene barriers; nurse manager; integrated continuing care units

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Itens da escala BAHM organizados por dimensões .....	26
Tabela 2 . Resultados obtidos para a consistência interna da escala BAHM (n=57).....	27
Tabela 3 . Resultados da aplicação dos Testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (n=57), nas dimensões da escala BAHM .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Continuados.....	31
Tabela 5. Médias e desvios padrão, máximo e mínimo em cada dimensão da escala BAHM.....	32
Tabela 6 . Média e desvio padrão, máximo e mínimo dos itens da escala BAHM (N=57).....	33
Tabela 7 . Estudo da relação entre as diferentes dimensões da escala BAHM (n=57).....	34
Tabela 8 - Barreiras à HM segundo a idade, tempo de serviço profissional e tempo na unidade de cuidados .....	36
Tabela 9 . Barreiras à HM segundo Categoria profissional .....	37
Tabela 10 . Estimativas do modelo .....	38
Tabela 11 . Pesos de regressão padronizados (Standardized Regression Weights) das trajetórias. ..	39

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	13
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	15
1. INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE .....	15
1.1 HIGIENE DAS MÃOS .....	15
1.2. ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS .....	16
1.3. BARREIRAS QUE DIFICULTAM A ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS.....	18
2. GESTÃO EM ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS	19
CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....	22
1. TIPO DE ESTUDO.....	23
2. OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	23
3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E CONTEXTO DO ESTUDO .....	24
4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	25
5. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS.....	27
6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	29
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	30
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	30
2. BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	32
3. BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	35
4. EFEITO PREDITOR DA “LIDERANÇA E ALERTAS FORMAIS” NAS OUTRAS DIMENSÕES DA ESCALA BAHM .....	37
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	40
1. DISCUSSÃO .....	40

BIBLIOGRÁFIA .....	45
--------------------	----

## **ANEXOS**

ANEXO I- QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIRO

ANEXO II- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ETICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM (UICISA: E)

ANEXO III- AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR O QUESTIONÁRIO

ANEXO IV- AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

ANEXO V- AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

ANEXO VI- AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

## INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM), são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde, pode ignorar as implicações destas infeções de seu impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade (DGE, 2017).

A DGS criou em 2013 a partir da fusão dos dois anteriores programas “Programa Nacional de Controlo de Infeção” e “Programa Nacional de Prevenção da Resistências aos Antimicrobianos”, o Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos – PPCIRA (despacho nº 2902/2013 de 22 de Fevereiro), constituindo-se como um dos programas de saúde prioritários, e tendo por objetivos a redução das infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos, através da implementação de práticas baseadas na evidência (DGS, 2013c). A fusão destes dois programas é sinérgica, intensificando a multiplicação de resultados, uma vez que a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde e a taxa de resistência e uso de antimicrobianos continuam elevadas em Portugal. A prevenção das IACS baseia-se na implementação de estratégias de informação e promoção de boas práticas, vigilância epidemiológica, normalização de estruturas, procedimentos e práticas clínicas, e incentivos financeiros por via do financiamento hospitalar (DGS, 2013c).

O conhecimento do Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos em Portugal é determinante, na medida em que releva a importância da adoção na prática clínica, às PBCI – norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013, promovendo a prevenção da transmissão cruzada de IACS para segurança da pessoa, do profissional de saúde e de todos os cidadãos que contactam com os serviços de saúde.

A prática da higienização das mãos (HM) reveste-se da maior importância assumindo-se como uma medida fundamental para a prevenção de IACS, qualidade de cuidados e prevenção complicações, contribuindo para a segurança dos doentes e profissionais de saúde (Guedes et al, 2012). Também a DGS (2019) considera a HM como uma medida com grande impacto na prevenção e controlo das IACS/RAM.

A implementação da Campanha Nacional de Higiene das Mãos, “Medidas Simples Salvam Vidas”, seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde permitiu verificar, uma taxa de adesão dos enfermeiros de 77%, evidenciando ser necessário continuar a investir neste âmbito (DGS, 2014).

De acordo com o Relatório da Auditoria às Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI), verificou-se um aumento na adesão à higienização das mãos de 70,3% em 2014, para 73,1% em 2015, para todos os profissionais de saúde, nos diversos contextos clínicos em estudo. Relativamente à

avaliação da taxa de adesão à higienização das mãos por grupo profissional, constata-se que de 2014 para 2015, os enfermeiros melhoraram a sua adesão em 2,1%, apresentando uma taxa de 80,6%. Destaca-se que, em todo o setor da saúde, são o grupo profissional que tem aumentado a sua adesão de forma consistente ao longo dos cinco anos da campanha (DGS, 2016b).

No contexto da adesão insatisfatória à HM, os estudos acerca dos fatores intervenientes revelam que os principais motivos de desmotivação e impedimento, nos profissionais da área da saúde, são falta de recursos materiais e infraestruturas inadequadas (Bathke et al, 2017; Prado; Hartmann & Teixeira Filho, 2013), situações de emergência, sobrecarga de trabalho, lesões nas mãos, esquecimento e falta de consciência (Bathke et al., 2017).

Os enfermeiros têm um papel relevante na gestão dos recursos, devem conhecer e acompanhar o histórico e adotar estratégias que contribuam para minimizar e evitar desperdícios, implementar protocolos, mobilizar esforços para um melhor desempenho, como a prevenção de complicações, qualidade e a eficiência dos cuidados prestados (Garcia et al., 2013).

Assim, a realização deste estudo e a motivação para aprofundar o tema, resultou do facto de assistimos diariamente, durante a prestação de cuidados, uma subvalorização da temática e uma taxa de adesão à prática da higienização das mãos insuficiente. A importância da temática foi ainda enfatizada, durante o estágio realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Gestão de Unidade de Cuidados, em que estava sendo realizado uma auditoria sobre as práticas de HM.

Diante do exposto e do interesse pela temática, estabeleceu-se a seguinte questão de investigação:

- Qual a perceção dos enfermeiros sobre as barreiras que influenciam à adesão às boas práticas de higienização das mãos nas unidades de cuidados continuados?

Do ponto de vista formal, o trabalho encontra-se organizado de modo que haja uma sequência lógica da informação permitindo uma leitura facilitada. Estruturalmente foi dividido em cinco capítulos: o enquadramento teórico-conceptual em estudo, no segundo capítulo apresenta-se o enquadramento metodológico, fazendo referência a todo o percurso percorrido e opções metodológicas tomadas. No terceiro capítulo, procedeu-se à apresentação dos resultados recorrendo à análise descritiva e inferencial dos mesmos. De seguida, no quarto capítulo, apresenta-se a discussão dos resultados confrontando-os com as conceções teórico-conceptuais referenciadas no enquadramento e por último, a conclusão, onde se faz referência a algumas limitações ao estudo, onde se evidenciam as principais conclusões e potencial de inovação, assim como são traçadas considerações para futuras investigações e para a prática clínica no âmbito da problemática em estudo.

# **CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

As IACS são um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e atingem em média, 5% a 15% de todos os utentes internados. Parte de sua ocorrência, cerca de 20% a 30%, podem ser prevenidas por programas de controlo e higiene intensivos (Oliveira et al., 2009; ANVISA, 2016).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2016) define infeção, “como o processo patológico de invasão do corpo por microrganismos patogénicos, que se reproduzem e multiplicam causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reações antigénio- anticorpo”.

Por conseguinte, enfatiza-se que a Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) consistem num problema existente e grave no âmbito da qualidade dos cuidados, podendo ser causada por agentes infecciosos de origem endógena (pele, nariz, trato gastrointestinal, entre outros) ou exógena, sendo as mãos dos profissionais de saúde a via de transmissão mais frequente (Graveto et al., 2018). As infeções associadas aos cuidados de saúde são adquiridas durante a prestação dos cuidados de saúde. São os eventos adversos, associados a assistência em saúde mais frequentes e apresentam uma alta morbidade e mortalidade, com repercussões diretas na segurança do utente e consequentemente na qualidade dos cuidados (Oliveira et al., 2009 ; ANVISA, 2016).

O Despacho do Ministério da Saúde n.º 2902/2013 salienta a importância da promoção de uma maior colaboração e comunicação interinstitucional em contexto nacional, atribuindo às Administrações Regionais de Saúde (ARS) este papel, numa perspetiva de junção de esforços, recursos e saberes, bem como de partilha de responsabilidade na segurança clínica e melhoria da qualidade dos cuidados. As IACS são definidas pela Direção-Geral da Saúde (2010) como infeções que ocorrem nos utentes durante a prestação de cuidados, num hospital ou outra instituição prestadora de cuidados de saúde, que não existiam nem estavam em incubação na sua admissão.

As IACS são uma doença grave e têm um impacto económico significativo, nos utentes e sistemas de saúde em todo o mundo. No entanto, a higiene das mãos, no momento certo e da maneira correta, pode salvar vidas (Zehuri & Slob, 2018).

### **1.1 HIGIENE DAS MÃOS**

A higienização das mãos é a medida mais simples e eficaz para a prevenção das IACS ( Aguiar et al., 2020; Baccolini et al., 2019). Esta técnica pode ser realizada com água e sabão ou solução alcoólica,

obedecendo os “cinco momentos” preconizados pela Organização Mundial da Saúde: antes do contato com o utente, antes de procedimentos limpo ou assépticos, após contato com fluidos corporais, após contato com o utente e após contato com o ambiente do utente (OMS, 2008).

Na mesma linha de pensamento Ferreira e Lima (2016), referem que a higienização das mãos é considerada uma das práticas mais simples e a medida de maior relevância e com comprovada eficácia na prevenção das IACS, uma vez que impede a transmissão cruzada de microrganismos, contribuindo para a redução da mortalidade e morbidade dos doentes.

A higienização das mãos pelos profissionais de saúde, antes do contacto com os doentes é tida como a medida fundamental de controlo de infeções hospitalares, por as mãos serem o principal veículo de transmissão de microrganismos no ambiente hospitalar, dada a capacidade da pele para abrigar microrganismos e transferi-los de uma superfície para a outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, por meio de objetos (Aira, 2017).

A correta higienização impede a propagação de microrganismos, tornando esta ação essencial para a segurança do doente, reduzindo os riscos de danos relacionados com a saúde (Souza et al., 2015). A DGS na norma nº 007/2019 de 16/10/2019, considera duas técnicas efetivas para higienização das mãos e que devem ocorrer em todas as unidades de saúde, independentemente dos recursos oferecidos, uma técnica, utilizando água e sabão líquido quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos e a outra técnica, utilizando SABA sempre que as mãos estão visivelmente limpas. Entretanto, segundo Araújo et al. (2019) a técnica mais eficaz e segura é a que utiliza água e sabão, principalmente quando há presença de sujidade visível.

Deste modo, pressupõe-se que para haver uma gestão efetiva do procedimento, todos os profissionais devem executar corretamente a higienização das mãos, quer seja com água e sabão, quer seja por fricção com Solução Antissética de Base Alcoólica (SABA). A nível da gestão de unidade de cuidados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomenda que sejam utilizados os seguintes indicadores no que se refere à higienização das mãos: avaliação do consumo de SABA e de sabão; e avaliação da taxa de adesão ao procedimento da higienização das mãos (OMS, 2016).

## **1.2. ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS**

A Organização Mundial de Saúde (2016) refere que a gestão do procedimento higienização das mãos é reconhecida como um indicador-chave da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, que resulta na diminuição significativa das IACS em contexto clínico. Os mesmos autores reconhecem a higienização das mãos como uma medida de intervenção relevante e universal, que quando executada

corretamente e no momento certo, desempenha um papel preponderante na interrupção da disseminação dos microrganismos.

Pela importância deste procedimento, foi instituído pela Organização Mundial de Saúde, o dia 05 de maio como o Dia Mundial de Higienização das Mãos, para que os serviços de saúde possam promover ações educativas, viabilizando a conscientização dos profissionais de saúde, do governo e dos administradores hospitalares sobre a importância da higienização das mãos, apontando as consequências da sua não realização (Farias et al., 2019).

A ausência de adesão à HM, conduz às IACS que afetam em torno de 1,4 milhões de pessoas por ano no mundo, aumentando o tempo de internamento hospitalar, provocando o aumento da resistência antimicrobiana, à incapacidades a longo prazo, despesas elevadas para o sistema de saúde, doentes e familiares, e aumento da mortalidade (Farias et al., 2019).

A OMS, através da *World Alliance for Patient Safety*, no seu 1º desafio “*Clean Care is Safer Care*” tem produzido orientações e estratégias para o aumento da adesão dos profissionais à higienização das mãos. Este desafio foi lançado em 2005 e tem como objetivo principal “reduzir as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) no mundo. Este desafio tem contribuído para mobilizar os países, as organizações e os indivíduos a implementarem ações concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros” (DGS, 2010, p.5).

A higienização das mãos dos profissionais da saúde demonstra ser um dos eixos preferenciais na melhoria de deveres seguros e alcance de maior qualidade assistencial. Dessa forma, tanto na esfera nacional como internacional, pesquisadores, gerentes/gestores e os próprios profissionais que agem na área da saúde têm examinado, discutido, elaborado e executado mecanismos para que esse método seja exercido nos momentos necessários e de maneira apropriada em todas as áreas de cuidados (Derhum et al., 2018).

Apesar de sua importância comprovada, as taxas de adesão às medidas de higienização das mãos ainda estão muito aquém do desejado. Por outro lado, estudos têm evidenciado que medidas de educação são fundamentais para aumentar essa adesão e reduzir as taxas de infecção (Romero et al., 2019).

Diferentes autores reforçam, que apesar da higiene das mãos constituir uma das formas mais simples e eficazes de prevenção das IACS, a adesão às boas práticas é ainda insuficiente (Wandel et al., 2010; Huis et al., 2013). As baixas taxas de adesão são uma das principais preocupações. sendo assim importante delinear intervenções de forma a alterar esta situação de forma permanente (Oliveira & Paula, 2014).

Esta realidade poderá ser facilmente melhorada, tendo em vista que, quando os profissionais têm conhecimento e noção do problema que enfrentam, passam a aderir a medidas profiláticas, como verificado relativamente à redução de até 70% em algumas IACS, como por exemplo as infecções com porta de entrada sanguínea (CDC,2016; WHO,2014).

Salientam-se ainda os resultados relativos à Estratégia Multimodal de Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) nas unidades de saúde, em que se dá relevância ao aumento progressivo da adesão ao cumprimento da higiene das mãos entre 2016 e 2020. É significativo o aumento ocorrido entre 2019 e 2020, tendo a taxa de cumprimento global e a taxa de cumprimento do primeiro momento de higiene das mãos aumentado de 75,7% para 82,7% e de 68,0% para 76,2%, respetivamente (INEM, 2022).

Assim sendo, a prática da higienização das mãos é uma recomendação pioneira, efetiva e de pequeno custo, impactando na essência da assistência e na proteção do doente. Para isso, a prática de HM deve ser incentivada e incluída nas atividades educativas do processo de trabalho das instituições de saúde, bem como em programas de monitorização e acompanhamento da adesão (Farias et al., 2019).

### **1.3. BARREIRAS QUE DIFICULTAM A ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS**

Para que se possa promover a adesão às boas práticas de higiene das mãos é determinante conhecer as barreiras que dificultam a respetiva adesão, os fatores, obstáculos a esse processo para melhor os podermos minimizar e eliminar. Segundo *The Joint Commission Center for Transforming Healthcare* (2015), é fundamental definir as barreiras à higiene das mãos que são específicas de cada instituição e esta informação deverá ser usada para criar intervenções específicas, para as respetivas necessidades (Ellingson et al., 2014).

Um estudo revelou que mais de três quartos das explicações auto-relatadas por profissionais de saúde, para a não adesão à higiene das mãos estavam ligados a três domínios comportamentais nomeadamente Memória/ Atenção/ Tomada de Decisão (44%), Conhecimento (26%) e Contexto ambiental/ Recursos (9%). Outros domínios comportamentais, como crenças sobre consequências, natureza do comportamento, habilidades, emoções, normas sociais, foram associados a apenas 8% das explicações, sendo que 15% não podiam ser atribuídas a nenhum domínio (Fuller et al., 2014).

Os fatores apontados para explicar a baixa adesão à HM entre profissionais de saúde, estão associados ao esquecimento, crenças e conhecimento inadequado; ressecamento e lesões de pele; excesso de atividades ou tempo insuficiente; problemas da estrutura física, como lavatórios distantes ou inacessíveis para o profissional; falta ou baixa qualidade do sabão, papel toalha ou solução alcoólica, entre outros (Bathke et al., 2017; Primo et al., 2017).

Outras causas são apontadas, como motivo da não-adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos, sendo que por vezes estão relacionados com as suas crenças e mitos, ausência de lavatórios próximos do doente e recursos adequados, reações cutâneas nas mãos, falta de motivação, falta de tempo, falta de recursos humanos e a falta de preparação e consciência sobre a importância das mãos na transmissão de microrganismos (Primo et al., 2010; Santos et al., 2014). A falta de tempo é principalmente citada na sequência da sobrecarga de trabalho e a existência de poucos profissionais em determinados turnos (Andrade, 2013). Aumenta a queixa por parte dos profissionais de saúde de secura das mãos e de problemas provenientes do procedimento de higienização e dos produtos utilizados, como a dermatite crónica de contacto, o que também pode estabelecer uma barreira a esta prática (Kawagoe, 2009). Neste sentido, são vários os estudos que têm indicado que preparações alcoólicas em líquido ou gel com emolientes causam menor ressecamento do que sabonetes associados a antissépticos (Wickett & Visscher, 2006). Além disso, são ainda apontados como fatores justificativos da não adesão o uso de luvas (Souza et al., 2015).

## **2. GESTÃO EM ENFERMAGEM PARA A QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS**

A qualidade e segurança do doente ocupa um lugar de destaque nos modelos de gestão das unidades de saúde. Paralelamente, as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema de saúde pública com elevadas taxas de morbidade e mortalidade associadas, tornando-se, desta forma, um desafio para as figuras e órgãos de gestão em saúde (DGS, 2007).

Em Portugal, as instituições prestadoras de cuidados têm vários programas de qualidade e segurança do utente, onde o enfermeiro assume uma posição de destaque quer pela proximidade em relação ao mesmo, como pelos conhecimentos que possui sobre as temáticas mais emergentes.

De acordo com o perfil do Regulamento de Competência Acrescida Avançada em Gestão (Regulamento nº 76/2018 no artigo 2ºc) -RCAAG, da Ordem dos Enfermeiros, 2018), está estabelecido que o Enfermeiro Gestor: “detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do

desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde.

Conforme a DGS (2012-2016, p.47) a qualidade em saúde “é definida como prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Para além disto, implica a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível”.

Face ao exposto, para o período 2015-2020, o PNS propõe a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), através de ações transversais que melhorem a cultura de segurança de forma integrada em todos os níveis de prestação de cuidados. Este plano visa, sobretudo, apoiar os gestores e profissionais de saúde do SNS na aplicação de métodos, na procura de objetivos e metas que otimizem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. No Despacho no 1400-A/2015, a melhoria da segurança dos doentes é contemplada como uma responsabilidade da equipa multidisciplinar de saúde, que mobiliza as competências individuais de cada um dos profissionais e implica a gestão sistemática de todas as atividades (Ministério da Saúde, 2015).

A experiência resultante da execução do PNSD 2015-2020, bem como a sua avaliação foram causas determinantes na elaboração do novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), que tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos, reforçando a relevância do papel do líder. Este plano reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do doente, incluindo e solicitando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente, os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do doente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, doentes, famílias e cuidadores.

O PNSD 2021-2026 é suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos, pilares estes que são:

- Pilar 1: Cultura de segurança;
- Pilar 2: Liderança e governança;
- Pilar 3: Comunicação;
- Pilar 4: Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
- Pilar 5: Práticas seguras em ambientes seguros.

Segundo a Direção Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2015), a Organização Mundial de Saúde em 2009 mencionou que a cultura de segurança de uma

organização é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança e o estilo, e com a competência da gestão de segurança das organizações de saúde. Segundo os mesmos autores, os fatores culturais nas práticas de gestão em geral e em particular na gestão de cuidados assumem um papel preponderante, constituindo-se como elemento diferenciador nas referidas organizações.

Também o Modelo de Efetividade do Papel do Enfermeiro (*The Nursing Role Effectiveness Model*) de Irvine et al. (1998), elaborado com base no modelo de qualidade de cuidados de Donabedian (estrutura-processo-resultados), representa a preocupação com os resultados em saúde e inerentemente com a segurança em saúde. Este modelo considera que a Estrutura inclui os Enfermeiros, doentes e variáveis organizacionais, pode ter impacto diretamente nos Resultados, ou indiretamente, através de variáveis ligadas ao Processo. *Root cause analyses* podemos definir RCA como um processo de análise para compreender o mecanismo causal por trás de uma mudança de um estado desejável para um indesejável, a fim de manter um problema recorrente (Ong et al., 2015).

A RCA é um processo de gestão da qualidade, e como tal tem como objetivos gerais melhorar a satisfação do cliente, e melhorar o processo de fabrico para reduzir resíduos (American Society for Quality, 2019a). Pode ser considerado parte importante de melhoria contínua, por tanto a RCA é o ponto de partida para evitar problemas recorrente. Um processo de RCA bem-sucedido garante que a instituição esteja direcionada à verdadeira causa dos problemas, em vez de apenas eliminar os sintomas. O processo de RCA centra-se em orientar a análise da informação disponível de maneira organizada e estruturada, de forma a conseguir uma análise que seja ao mesmo tempo completa e o mais rápido possível.

De acordo com *The Joint Commission* (2009) os fatores que afetam o sucesso das iniciativas destinadas a melhorar a adesão as práticas de higiene das mãos podem envolver, estratégias efetivas, fatores que envolvem os profissionais de saúde, as características organizacionais, doentes e família e o ambiente externo. As estratégias efetivas incluem a formação e educação, distribuição de sistemas de alerta, auditorias internas e *feedback* sobre o desempenho.

Huis et al., (2011) adotaram duas estratégias para melhorar a adesão às recomendações para a higiene das mãos. Uma estratégia baseada na educação, lembretes, *feedback* e utilização de produtos, materiais e equipamentos adequados; e outra abrangendo atividades que melhoram a influência social e a liderança.

Sobre a importância da liderança, Manning (2010) refere que também os profissionais de controlo da infeção deverão ter formação na área da liderança. O sentimento de autoproteção por parte dos profissionais de saúde é o fator mais importante na promoção da higiene das mãos (Borg et al., 2009)

e, de acordo com Pitett et al., (2000), não é de estranhar que exista maior adesão por parte dos profissionais de saúde, quando compreendem a existência de riscos.

Os fatores relacionados com os profissionais de saúde incluem os seus conhecimentos, atitudes e comportamentos. A disponibilidade de recursos e fatores associados a capacidade de liderança da hierarquia e o seu envolvimento numa cultura de segurança estão agrupados nas características organizacionais.

A estratégia multimodal da OMS objetiva a melhoria da HM em serviços de saúde e engloba cinco componentes que formam a estratégia multimodal, que são:

1. As mudanças no sistema necessárias para permitir práticas de IPC, incluindo infraestruturas, equipamentos e outros recursos;
2. Treino e educação para melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde;
3. Monitorização e feedback para avaliar o problema, dirigir a mudança apropriada e construir documento de melhoria da prática;
4. Lembretes e comunicações para promover as ações desejadas, na hora certa, incluindo campanhas;
5. Uma cultura de segurança para facilitar um clima organizacional que valorize a intervenção, com foco no envolvimento dos gerentes seniores, campeões ou modelos de comportamento (WHO, 2018).

## **CAPÍTULO II: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

O material e métodos é caracterizado por uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma medição. É sem dúvida uma explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de toda a ação 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 atividades conducentes à realização da investigação (Fortin, 2009).

No decurso desta etapa, de acordo com o mesmo autor acima referido, determinam-se os métodos a utilizar para obter respostas às questões de investigação” Qual a perceção dos enfermeiros sobre as barreiras que influenciam à adesão às boas práticas de higienização das mãos nas unidades de cuidados continuados?

Para Fortin (2009) é necessário efetuar um desenho apropriado, onde se defina a população, identifique os instrumentos de recolha de dados, se assegure a sua validade e fiabilidade e qualidade dos resultados da investigação, como se passa a apresentar:

Deste modo, apresenta-se o tipo de investigação, objetivos e hipóteses, população e amostra, o instrumento de recolha de dados utilizado, os procedimentos de recolha e tratamento de dados e procedimentos formais e éticos seguidos.

## **1. TIPO DE ESTUDO**

Segundo Fortin (2009), o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada indo de encontro à questão de investigação estabelecida, visando descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou verificar hipóteses de causalidade.

Por forma a dar resposta à problemática em estudo, foi realizado este estudo de natureza quantitativa, transversal e de carácter descritivo-correlacional. Optámos por uma abordagem científica quantitativa, pois segundo Ribeiro (2010), a metodologia quantitativa revela-se como um processo dedutivo, no qual através de dados numéricos se fornecem conhecimentos objetivos acerca das variáveis em estudo. O estudo é ainda descritivo-correlacional porque, como menciona Fortin (2009), visa explorar ou descrever os fenómenos e determinar a existência de relações entre as variáveis.

## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESES**

Os objetivos são estabelecidos, no sentido de ajudar a apontar os resultados que se pretendem atingir tendo por meta a resolução do problema (Ruivo, et al., 2010).

Neste sentido, foi definido o seguinte objetivo geral:

- Analisar as barreiras segundo a perceção dos enfermeiros, que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos nas unidades de cuidados continuados.

Estabeleceram-se ainda, os seguintes objetivos específicos:

- Identificar as barreiras que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos nas unidades de cuidados continuados segundo a perceção dos enfermeiros;
- Identificar alguns fatores sociodemográficos (idade, género, tempo de exercício profissional e na unidade de cuidados, horas de trabalho por semana, categoria profissional e vínculo profissional) que mais influenciam a perceção das barreiras pelos profissionais de enfermagem;
- Propor intervenções tendo em consideração as barreiras para a HM identificadas.

As hipóteses propostas para testar foram:

- H1- Existe correlação entre a dimensão “Liderança & Alertas Formais” e as dimensões: Avaliação & *Feedback*, Clima Organizacional e Materiais & Equipamentos, percebidas pelos enfermeiros como às barreiras de higienização das mãos;
- H2- Existe relação entre as variáveis sociodemográficas estudadas: idade, tempo de serviço profissional e tempo na unidade de cuidados e a percepção de barreiras à higienização das mãos;
- H3- A “Liderança & Alertas Formais” é preditora das dimensões: Avaliação & *Feedback*, Clima Organizacional e Materiais & Equipamentos, percebidas pelos enfermeiros como às barreiras de higienização das mãos;

### **3. POPULAÇÃO, AMOSTRA E CONTEXTO DO ESTUDO**

Segundo Fortin (2009) a população corresponde a um conjunto de indivíduos que possuem características comuns, ou seja, são elementos que partilham entre si um conjunto de critérios. A unidade base da população é o elemento, podendo ser uma pessoa, uma família, um grupo ou uma organização.

Na presente investigação, a população em estudo foram enfermeiros, de três Unidades de Cuidados Continuados de uma cidade da região centro de Portugal. Atendendo a que, a Campanha Nacional de Higiene das Mãos (CNHM), “Medidas Simples Salvam Vidas”, foi alargada em 2010 às Unidades de Cuidados Continuado e que a avaliação efetuada permitiu verificar uma taxa de adesão dos enfermeiros de 77%, demonstra ser necessário continuar a investir nestes contextos de saúde (DGS, 2014). Nesse sentido, a presente investigação teve em consideração as diferentes Unidades de Cuidados Continuados de uma cidade da região centro de Portugal, contudo, apenas três unidades acederam participar no estudo.

Relativamente à amostra é um conjunto de sujeitos (pessoas, documentos, etc.) de quem se recolherá os dados e deve ter as mesmas características da população de onde foi extraída (Coutinho, 2014).

A amostragem é concebida como um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhida de maneira a representar uma população inteira. Existem inúmeras técnicas de amostragem das quais o investigador pode escolher aquela que melhor se ajusta ao objetivo do estudo (Fortin, 2009). Autores como Hulley et al. (2015) defendem que a definição de critérios de inclusão e exclusão têm como objetivo comum identificar uma população para se desenvolver o estudo.

Foram definidos como critérios de inclusão para a amostra, enfermeiros que prestassem cuidados diretos aos doentes nas referidas unidades que assinassem o consentimento informado, tendo sido excluídos do estudo, os profissionais ausentes do serviço por motivos pessoais, férias ou licenças/dispensas contratuais, estudantes de enfermagem em ensino clínico e profissionais que manifestassem desejo de não participar no estudo depois de formalmente esclarecidos.

A amostra é não probabilística e de conveniência, pois apenas inclui os enfermeiros que aceitaram participar no estudo e que estavam presentes nas unidades de cuidados no período definido para a recolha de dados, sendo constituída por 57 enfermeiros (excluídos os enfermeiros com funções de liderança) das três Unidades de Cuidados Continuados, que acederam participar no estudo.

#### **4. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS**

Para a realização deste estudo foi utilizado um instrumento de recolha de dados, constituído por duas partes distintas: o questionário “Barreiras a Adesão a Higiene das Mãos” (BAHM) elaborado e validado por PISOEIRO (2012) e em segunda parte para caracterização sociodemográfica dos participantes no estudo (Anexo I).

O “questionário é um instrumento de colheita de dados que exige dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões” com o objetivo de “recolher informação factual sobre acontecimentos, sentimentos e opiniões” e considerado o instrumento mais adequado a estudos descritivos (Fortin, 2009, p.380).

A decisão pela aplicação deste questionário, deveu-se ao facto de o mesmo contribuir para dar resposta à questão de investigação colocada. Este questionário é composto por duas partes. A primeira parte tem como finalidade a caracterização sociodemográfica da amostra e é composto pelos seguintes dados: idade, género, estado civil, tempo de exercício profissional, tempo na unidade de cuidado, horas de trabalho por semana, vínculo profissional, habilitações académicas e categoria profissional. A segunda parte do questionário contempla a avaliação do tipo e importância das barreiras a adesão a higiene das mãos percebidas pelos profissionais de saúde (enfermeiros e enfermeiros gestores), sendo constituída por 5 dimensões e 31 itens, de resposta alternativa do tipo Likert, segundo os tipos de barreiras tal como PISOEIRO (2012) e como consta na Tabela 1. No caso presente, foram utilizadas as expressões “Discordo completamente”, “Discordo”, “Discordo moderadamente”, “Concordo moderadamente”, “Concordo” e “Concordo completamente” e designada escala BAHM (Barreiras a Adesão a Higiene das Mãos). A pontuação dos itens varia de 1, para a resposta “Discordo completamente” a 6, para a resposta “Concordo completamente”. Quanto mais alta a pontuação atribuída, maior a percepção de barreira atribuída ao item (PISOEIRO, 2012).

Tabela 1. Itens da escala BAHM organizados por dimensões

Avaliação & Feedback	10, 11, 12, 13, 14, 15, 24 e 25
Clima Organizacional	26, 27, 28, 29 e 30
Formação & Treino	6, 7, 8, 9, 16 e 31
Liderança & Alertas Formais	17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23
Materiais & Equipamento	1, 2, 3, 4 e 5

### Fiabilidade

Para análise da fiabilidade da escala BAHM, foi avaliada a consistência interna, através do indicador de fiabilidade *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ), tendo sido considerados apropriados, valores superiores .70 (Maroco, 2007). A homogeneidade dos itens e consistência interna das escalas, foram avaliados, calculando as correlações item total, excluindo o respetivo item.

O valor obtido tendo em conta o total dos 31 itens foi de 0,90, que indica uma consistência interna muito boa, sendo que no estudo original (Pisoeiro, 2012), foi de 0,894. Quanto ao *Alfa de Cronbach* segundo as diferentes dimensões, verificou-se que o valor mais baixo encontrado foi na dimensão 3 Formação & Treino, com  $\alpha = 0,407$ , considerado inadequado. Os restantes valores obtidos, são na maioria das dimensões superiores aos da escala original, conforme apresentado abaixo:

- Dimensão 1 - Avaliação & Feedback  $\alpha = 0,913$  (Escala original  $\alpha = 0,87$ )
- Dimensão 2 - Clima Organizacional  $\alpha = 0,881$  (Escala original  $\alpha = 0,89$ )
- Dimensão 3 - Formação & Treino  $\alpha = 0,407$  (Escala original  $\alpha = 0,72$ )
- Dimensão 4 - Liderança & Alertas Formais  $\alpha = 0,811$  (Escala original  $\alpha = 0,76$ )
- Dimensão 5 - Materiais & Equipamento  $\alpha = 0,796$  (Escala original  $\alpha = 0,78$ )

Os itens foram ainda analisados individualmente, calculando o  $\alpha$  no caso de exclusão do item 3 (Tabela 2). Verificou-se ainda que os itens da dimensão 3 apresentavam uma correlação muito baixa com o total, pelo que foram excluídos. O *Alfa de Cronbach* para a totalidade dos itens não sofreu alteração.

Tabela 2 . Resultados obtidos para a consistência interna da escala BAHM (n=57)

BAHM	Correlação de item	Alfa de Cronbach se	
Dimensão	Item	total corrigida	o item for excluído
Avaliação & Feedback	10	,656	,907
	11	,798	,895
	12	,755	,898
	13	,675	,905
	14	,716	,902
	15	,735	,901
	24	,723	,901
	25	,681	,905
		<b><math>\alpha = 0,913</math></b>	
Clima Organizacional	26	,406	,922
	27	,835	,826
	28	,861	,819
	29	,841	,826
	30	,704	,863
		<b><math>\alpha = 0,881</math></b>	
Formação & Treino	6	,219	,349
	7	,140	,552
	8	,338	,332
	9	,237	,361
	16	,390	,280
	31	,219	,380
		<b><math>\alpha = 0,407</math></b>	
Liderança & Alertas Formais	17	,533	,794
	18	,515	,793
	19	,400	,809
	20	,535	,789
	21	,617	,776
	22	,557	,788
	23	,738	,748
		<b><math>\alpha = 0,811</math></b>	
Materiais & Equipamento	1	,540	,769
	2	,674	,733
	3	,615	,747
	4	,522	,775
	5	,572	,762
		<b><math>\alpha = 0,796</math></b>	
<b>Total</b>			<b><math>\alpha = 0,900</math></b>

## 5. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS

A recolha de dados realizou-se entre 06 de Abril de 2020 e 23 de setembro 2020, foram distribuídos os Instrumentos de Recolha de Dados, nas Unidades de Cuidados que aceitaram participar no estudo, ao cuidado das respetivas chefias. Cada enfermeiro após preenchimento do Consentimento Informado, colocava o Instrumento de Recolha de Dados sem qualquer elemento de identificação num envelope fechado também sem identificação, para ser posteriormente levantado pela investigadora. Os Consentimentos Informados e Questionários ficaram em locais distintos.

Para a caracterização da amostra recorreu-se a estatística descritiva nomeadamente à determinação das frequências absolutas (n) e relativas (%), às medidas de tendência central - média aritmética ( $\bar{x}$  ou M) e medianas (Md) e às medidas de dispersão ou variabilidade - desvios padrões (s), valor mínimo (min), valor máximo (máx) e valor de amplitude.

Para avaliar a normalidade das distribuições e decidir sobre o tipo de testes adequados para a análise inferencial dos dados, foram usados os testes de *Kolmogorov-Smirnov* para análise da globalidade da normalidade da amostra, que é maior que 50 e o de *Shapiro-Wilk*, quando a análise era realizada por grupos inferiores a 50. Para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Maroco, 2007).

Todas as dimensões da escala BAHM, com exceção da dimensão Clima Organizacional, seguiam o pressuposto da normalidade da distribuição ( $p > .05$ ) (Tabela 3). Relativamente à dimensão Clima Organizacional, ainda calculados os coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku), que segundo Kline (2005), deverão ser inferiores a 3 e 7, respectivamente. Apesar dos valores de assimetria se encontrarem ligeiramente acima do estabelecido, Maroco (2007) considera que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas.

Assim, recorreu-se aos seguintes coeficiente e testes estatísticos para testar as hipóteses: coeficiente de correlação de Pearson e à correlação de Spearman no caso de a avaliação da normalidade da distribuição por grupos não respeitar a normalidade da distribuição, relativamente a uma das variáveis. Foram ainda utilizados o *t* de Student para a diferença de médias com grupos independentes ou ao teste não paramétrico de *U-Mann Whitney*, e à análise de variância a um factor (ANOVA) ou o Teste *KruskalWallis*, consoante a normalidade da amostra permitia aplicar testes

paramétricos ou não paramétricos. A análise estatística dos dados recolhidos foi realizada com o recurso à aplicação IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 24.

Para analisar a influência da dimensão “Liderança & Alertas Formais” nas restantes dimensões da escala BAHM foi utilizado o software AMOS (versão 22, An IBMCompany, Chicago, IL), através de uma Path Analysis. Os outliers foram analisados segundo a distância quadrática de Mahalanobis (Tabachnick e Fidell 2007), não tendo sido encontrados valores relevantes. Não há *outliers*, nem correlações suficientemente fortes entre as variáveis exógenas para indicar possíveis problemas de multicolinearidade entre as variáveis, conforme indica o valor dos VIFs ( $VIF < 10$ ). A significância estatística foi assumida para  $p \leq 0,05$ .

Tabela 3 . Resultados da aplicação dos Testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ( $n=57$ ), nas dimensões da escala BAHM

Dimensão	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estatística	gl	Sig.
Avaliação & Feedback	,086	57	,200 <sup>*</sup>
Clima Organizacional	,208	57	,000
Liderança & Alertas Formais	,086	57	,200 <sup>*</sup>
Materiais & Equipamentos	,107	57	,164
Total_BAHM	,086	57	,200 <sup>*</sup>

## 5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Numa primeira fase, foram elaborados os documentos essenciais para o início da investigação, tais como: Questionário “Barreiras a Adesão Higiene das Mãos” (BAHM) (Anexo I), a solicitação do parecer à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA-E) (Anexo II); a autorização ao autor da escala “Barreiras a Adesão a Higiene das Mãos” (BAHM), (Anexo III), as autorizações de cada diretor das Unidades de Cuidados Continuados para aplicação do instrumento de colheita de dados (Anexos: IV; V e VI).

Após a autorização dos diretores das Unidades de Cuidados Continuados, entrou-se em contacto com os enfermeiros gestores de cada Unidade de Cuidados Continuados, para aplicação dos instrumentos de recolha de dados às equipas de enfermagem. O questionário foi preenchido de forma anónima garantindo o respeito vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais (Fortin, 2009). A garantia do anonimato e confidencialidade estavam também expressas na carta de apresentação do questionário. Foi explicada na carta de apresentação, a natureza e a finalidade da investigação e foi

pedida a colaboração de todos os enfermeiros das instituições sem qualquer discriminação. Após respondido, o questionário era colocado em envelope fechado e colocado em espaço para o efeito, sem qualquer possibilidade de identificação do respondente. Os Consentimento Informados, depois de assinados eram colocados também em envelope fechado, em local diferente dos questionários. Após recolha dos envelopes na sua totalidade, os questionários preenchidos foram retirados dos envelopes e colocados juntos para análise sem referência a sua proveniência. Considerou-se o preenchimento voluntário do questionário por parte dos participantes no estudo, assim como do seu consentimento informado para utilização desses dados.

### **CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Em primeiro lugar apresenta-se os resultados que permitem a caracterização da amostra através de uma análise descritiva. De seguida, com base nos métodos estatísticos adequados, apresentamos os resultados, que nos permitirão dar resposta à questão de investigação e hipóteses de investigação estabelecidas.

Segundo Fortin, (2009, p.410), define “A análise descritiva dos dados é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de dados e testes estatísticos”. Portanto na perspectiva da autora, esta fase visa essencialmente descrever as características da amostra e as questões de investigação.

#### **1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

A amostra é constituída por 57 enfermeiros, de três unidades de cuidados continuados (Unidade A 21, Unidade B 19 e Unidade C 17), sendo 66,10% (n = 39) do sexo feminino. A média (x) da idade é de 33,46 anos com desvio padrão (DP) de 1,49 anos, com mínimo (mín) e máximo (máx) de 22 e 68 anos relativamente. Relativamente às habilitações académicas verifica-se que 96,6% (n = 57) são licenciados. Nas categorias profissionais observasse que sete enfermeiros (11,9%) reportam deter o título de “Enfermeiro especialista”. O vínculo profissional dos 59 enfermeiros, 61,0% (n = 36) tem contrato individual de trabalho, 27,1% (n = 16) tem contrato de trabalho por tempo indeterminado e 11,9% (n = 7) realizam uma prestação de serviços. O tempo na unidade de cuidados é em média de 61,69 meses (DP = 10,60), com mínimo e máximo de 1 e 360 meses. O tempo médio de exercício profissional é de 10,00 anos (DP = 1,41), com mínimo e máximo de 0 e 38 anos, respetivamente. O número de horas trabalho (semana) é em média de 34,37 horas por semana (DP = 1,34), com mínimo e máximo de 5 e 60 horas por semana, respetivamente (Tabela 4).

Tabela 4 - Dados sociodemográficos dos enfermeiros das Unidades de Cuidados Continuados

		n	%	Média	DP	Mín	Máx
<b>Género</b>	Feminino	39	68,4				
	Masculino	18	31,6				
	Total	57	100,0				
<b>Idade (Anos)</b>				32,96	11,38	22	68
<b>Habilitações Académicas</b>	Licenciatura	55	96,5				
	Mestrado	2	3,5				
	Total	57	100,0				
<b>Categoria profissional</b>	Enfermeiro	50	87,7				
	Enfermeiro Especialista	7	12,3				
	Total	57	100,0				
<b>Vínculo Profissional</b>	Contrato individual de trabalho	34	59,6				
	Contrato por tempo indeterminado	16	28,1				
	Prestação de serviço	7	12,3				
	Total	57	100,0				
Tempo na Unidade de Cuidados (meses)				56,91	78,61	1	360
Tempo de exercício profissional (Anos)				9,42	10,57	0	38
Horas trabalho (semana)				34,37	10,09	5	60

## 2. BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Na análise que seguidamente se apresenta relativamente à perceção de barreiras à higienização das mãos, iniciaremos por efetuar uma análise sobre os valores médios, desvios-padrão, máximos e mínimos relativamente às dimensões da escala usada e respetivos itens, seguindo-se a análise dos resultados em função das hipóteses estabelecidas/ ou segundo as características sociodemográficas da amostra.

No que se refere, às barreiras à HM, a dimensão “Avaliação & *Feedback*” com uma média de 3,4978, seguida pelas dimensões “Materiais & Equipamentos” com 2,6947 foram as percecionadas pelos enfermeiros, como as mais importantes. As barreiras consideradas menos relevantes foram as relacionadas com as dimensões “Liderança & Alertas Formais” com 2,5439 e “Clima Organizacional” 1,7193.

Tabela 5. Médias e desvios padrão, máximo e mínimo em cada dimensão da escala BAHM

Dimensão	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Avaliação & <i>Feedback</i>	57	1,25	6,00	3,4978	1,29268
Clima Organizacional	57	1,00	4,20	1,7193	,88387
Liderança & Alertas Formais	57	1,00	4,57	2,5439	,94854
Materiais & Equipamentos	57	1,00	5,80	2,6947	1,18810
Total_BAHM_	57	29,00	109,00	67,8596	21,32021

Quanto aos diferentes itens da escala BAHM, na dimensão “Avaliação & *Feedback*”, que foi percecionada como a maior barreira à HM, destacam-se: “Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível no serviço para informação/formação” (3,68), “Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos” (3,63) e o item “ Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos” (3, 60), que apresentam valores médios mais elevados. Também na dimensão Liderança & Alertas Formais os itens “Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos” (3,32) e “Não existem sanções

para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos” (3,72) apresentam valores médios elevados, conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 . Média e desvio padrão, máximo e mínimo dos itens da escala BAHM (N=57)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
1-A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	57	1	6	2,68	1,627
2-A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	57	1	6	2,23	1,363
3-Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	57	1	6	3,09	1,418
4-Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	57	1	6	2,86	1,674
5-Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	57	1	6	2,61	1,810
6-Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	57	1	6	1,40	,821
7-Não existe na instituição formação sobre higiene das mãos.	57	1	6	2,56	1,464
8-Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	57	1	2	1,23	,423
9-O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	57	1	3	1,23	,464
16-Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	57	1	3	1,44	,567
31-Não quero higienizar as mãos.	57	1	2	1,12	,331
10-Não existem auditorias/observações periódicas.	57	1	6	3,28	1,666
11-Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos.	57	1	6	3,60	1,602
12-Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.	57	1	6	3,63	1,697
13-Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição.	57	1	6	3,44	1,593
14-Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	57	1	6	3,47	1,548
15-Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	57	1	6	3,54	1,513
24-Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível no serviço para informação/formação.	57	1	6	3,68	1,723
25-Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da Infecção, no incentivo para higiene das mãos.	57	1	6	3,33	1,756
17-Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	57	1	5	1,74	,936

18-Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendários, marcadores de livro, etc.).	57	1	6	2,42	1,499
19-As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	57	1	6	1,79	1,114
20-O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.	57	1	6	2,42	1,388
21- As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das mãos.	57	1	6	2,40	1,223
22-Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	57	1	6	3,32	1,660
23-Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	57	1	6	3,72	1,623
26-Estou desmotivado no meu local de trabalho.	57	1	5	1,77	1,053
27-Estou muito ocupado com outros cuidados.	57	1	5	1,77	1,086
28-Tenho muitas outras coisas para fazer.	57	1	6	1,93	1,294
29-Não tenho tempo disponível	57	1	5	1,65	1,061
30-Existem sempre outras prioridades.	57	1	4	1,47	,847

Analisando os valores da correlação de *Pearson* entre as diversas dimensões (Tabela 7), verifica-se que a dimensão “Liderança & Alertas Formais” tem uma correlação positiva e significativa com as restantes dimensões para  $p < 0,001$ . Relativamente às outras dimensões apenas não foram encontradas correlações positivas entre a dimensão “Clima Organizacional” com “Avaliação & *Feedback*” e Materiais & Equipamentos.

Tabela 7 . Estudo da relação entre as diferentes dimensões da escala BAHM (n=57)

		Correlações			
		Avaliação & Feedback	Clima Organizacional	Liderança & Alertas Formais	Materiais & Equipamentos
Avaliação & Feedback	r	1			
	p				
Clima Organizacional	r	,222	1		
	p	,097			
Liderança & Alertas Formais	r	,736**	,375**	1	
	p	,000	,004		
Materiais & Equipamentos	r	,477**	,151	,492**	1
	p	,000	,262	,000	

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

### 3. BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS SEGUNDO AS VARIÁVEIS SOCIODEMODRÁFICAS

Analisa-se seguidamente a relação entre algumas das características sociodemográficas dos participantes no estudo e a perceção relativamente às diferentes dimensões da escala sobre barreiras à HM.

Iniciando pelo género e considerando que a dimensão “Clima Organizacional” não apresenta distribuição normal, foi utilizada relativamente à análise das diferenças segundo o género, um teste não paramétrico, sendo que nas outras dimensões a análise da normalidade de cada dimensão segundo o género, seguia distribuição normal. Verifica-se, contudo, que não foram encontradas diferenças entre nenhuma das dimensões e o género.

Tabela 8. Barreiras à HM segundo o género

Dimensão	Género	N	Média	Desvio Padrão	Teste	<i>p</i>
Avaliação & Feedback	masculino	18	3,1111	1,29115	-1,554 ( <i>t</i> )	0,126
	feminino	39	3,6763	1,27014		
Clima Organizacional	masculino	18	a)		332,50 ( <i>U</i> Mann-Whitney)	0,744
	feminino	39	a)			
Liderança & Alertas Formais	masculino	18	2,3651	,92481	-0,966 ( <i>t</i> )	0,338
	feminino	39	2,6264	,95978		
Materiais & Equipamentos	masculino	18	2,4111	1,09860	-1,230 ( <i>t</i> )	0,224
	feminino	39	2,8256	1,21844		
Total_BAHM	masculino	18	62,7222	24,51124	-1,242 ( <i>t</i> )	0,220
	feminino	39	70,2308	19,56563		

a) Postos médios: Masculino 30,03; Feminino 28,53

Analisa-se seguidamente as relações entre a idade, tempo de serviço profissional e tempo nas unidades de cuidados continuados e as dimensões da escala BAHM. Considerando a análise da normalidade da distribuição das diferentes variáveis, constatou-se que nenhuma seguia a distribuição normal, pelo que se optou-se pela utilização da correlação de *Sperman* ( $r_s$ ). Constatou-se que as correlações entre a idade e as diferentes dimensões são negativas com exceção do “Clima Organizacional”, todas reduzidas e não estatisticamente significativas (Tabela 9).

Em relação a “Liderança & Alertas Formais” e o Tempo se Serviço na Unidade de Cuidados Continuados, foi encontrada uma relação estatisticamente positiva, ou seja, à medida que aumenta o tempo na unidade de cuidados, diminui a percepção de barreiras à HM relacionadas com a “Liderança & Alertas Formais” (Tabela 9).

Tabela 9 - Barreiras à HM segundo a idade, tempo de serviço profissional e tempo na unidade de cuidados

Variável	Global		D1		D2		D3		D4	
	<i>r<sub>s</sub></i>	<i>p</i>								
<b>Idade</b>	-,126	,350	-,217	,106	,111	-,409	-,185	,167	-,120	,373
<b>Tempo de serviço Profissional</b>	-,180	,180	-,230	,086	,132	,327	-,231	,084	-,214	,111
<b>Tempo na Unidade de Cuidados</b>	-,214	,111	-,238	,074	,145	,280	-,297	,025	-,243	,068

\* Correlação significativa para um nível de significância de 0,05 (bilateral).

D1- Avaliação & Feedback, D2- Clima Organizacional , D3 Liderança & Alertas Formais; D4- Materiais & Equipamentos

Por último, a análise de diferenças entre a Categoria Profissional e as diferentes dimensões da escala BAHM (Tabela 10), permite constatar que não há diferenças estatisticamente significativas entre cada dimensão e a Categoria Profissional dos enfermeiros.

Tabela 10 . Barreiras à HM segundo Categoria profissional

Dimensão	Categoria profissional	N	Média	Desvio Padrão	Teste	p
Avaliação & Feedback	Enfermeiro	50	3,4925	1,32104	-0,82 (t)	0,935
	Enfermeiro Especialista	7	3,5357	1,15856		
Clima Organizacional	Enfermeiro	50	a)		125,000 (U Mann-Whitney)	0,212
	Enfermeiro Especialista	7				
Liderança & Alertas Formais	Enfermeiro	50	2,5886	,97047	0,950 (t)	0,346
	Enfermeiro Especialista	7	2,2245	,75529		
Materiais & Equipamentos	Enfermeiro	50	b)		128,000 U mann-Whitney)	0,252
	Enfermeiro Especialista	7				
Total_BAHM	Enfermeiro	50	67,9600	22,0805	0,094 (t)	0,925
				2		
	Enfermeiro Especialista	7	67,1429	16,1289		

a) Postos médios Clima organizacional: Enfermeiro 30.00; Enfermeiro especialista 21.86

b) Postos médios Materiais e equipamentos: Enfermeiro 28.06; Enfermeiro especialista 35.71

#### 4. EFEITO PREDITOR DA “LIDERANÇA E ALERTAS FORMAIS” NAS OUTRAS DIMENSÕES DA ESCALA BAHM

Como analisado anteriormente, verificou-se que a “Liderança & Alertas Formais” apresentava uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as restantes dimensões da escala de BAHM analisadas. Neste sentido e considerando o âmbito desta investigação, pretendeu-se analisar o efeito

preditor da “Liderança & Alertas Formais” nas dimensões “Avaliação & *Feedback*”, “Clima Organizacional” e “Materiais & Equipamentos” como barreiras para a HM.

A existência de uma associação linear entre variáveis endógenas (critérios) e variáveis exógenas (preditores) permitiu analisar o efeito preditor da “Liderança & Alertas Formais”.

A Tabela 11 apresenta as estimativas do modelo apresentado, verificando-se que todas as trajetórias se apresentam estatisticamente significativas.

Tabela 11 . Estimativas do modelo

			Estimate	S.E.	C.R.	<i>p</i>
F1_av_fe	<---	F4_lid_aler	1,008	,123	8,207	***
F2_cli_org	<---	F4_lid_aler	,354	,115	3,086	,002
F5_mat_eq	<---	F4_lid_aler	,621	,144	4,312	***

O modelo ajustado apresentado explica 54% da dimensão “Avaliação & *Feedback*”, 14% do “Clima Organizacional” e 24% da dimensão “Organização dos Materiais & Equipamentos na unidade” (Fig 1).

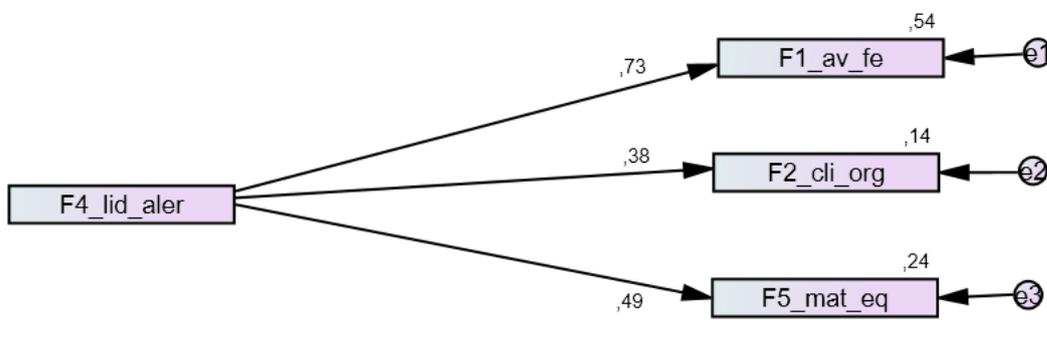


Figura 1 . Análise da trajetória da “Avaliação & *Feedback*”, “Clima Organizacional” e “Materiais & Equipamentos” preditas pela Liderança (somente trajetórias significativas,  $p < 0,05$ ) e percentagem da variância explicada.

Verifica-se que quanto às barreiras à HM é percebido pelos enfermeiros que a “Liderança & Alertas Formais” ( $\beta=.73$ ) prediz a “Avaliação & *Feedback*”; ( $\beta=.38$ ) prediz a percepção sobre o “Clima Organizacional” e que ( $\beta=.49$ ) prediz a percepção sobre “Materiais & Equipamentos”, disponíveis para a HM.

Tabela 12 . Pesos de regressão padronizados (*Standardized Regression Weights*) das trajetórias.

			Estimate
F1_av_fe	<---	F4_lid_aler	,733
F2_cli_org	<---	F4_lid_aler	,376
F5_mat_eq	<---	F4_lid_aler	,493

## CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 1. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar as barreiras que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos, segundo a percepção dos enfermeiros, em três Unidades de Cuidados Continuados, de uma cidade da região centro de Portugal. Estabeleceram-se como objetivos específicos: identificar as barreiras que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos nas unidades de cuidados continuados segundo a percepção dos enfermeiros; identificar alguns fatores sociodemográficos (idade, género, tempo de exercício profissional e na unidade de cuidados, horas de trabalho por semana, categoria profissional e vínculo profissional) que mais influenciam a percepção das barreiras pelos profissionais de enfermagem; e propor intervenções tendo em consideração as barreiras para a HM identificadas.

Considerando as dimensões da escala BAHM que foram estudadas, verificou-se que os valores médios mais elevados, foram encontrados nas barreiras percebidas pelos enfermeiros relacionadas com “Avaliação & *Feedback*” (3,4) e “Materiais & Equipamentos” (2,69). A “Avaliação & *Feedback*” relaciona-se com a observação da prática da higiene das mãos e avaliação da taxa de adesão, vigilância epidemiológica da ocorrência de infeções, mas também a informação disponibilizada aos profissionais de serviço neste âmbito. Por sua vez, a dimensão “Materiais & Equipamentos”, relaciona-se com a disponibilidade de lavatórios, água e sabão, toalhetes de papel, antisséptico e creme hidratante para a realização da HM (Pisoeiro, 2012).

No presente estudo, relativamente à “Avaliação & *Feedback*” foram percebidos como maiores obstáculos, os itens relacionados com a não existência de elo de ligação, que permite a observação da HM na equipa e relato ao Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), em substituição das anteriores Comissões de Controlo de Infeção e as Comissões de Antibióticos, assim como, não serem transmitidos os resultados de avaliação e vigilância epidemiológica à equipa de saúde.

Estas barreiras identificadas pelos enfermeiros vão contra o definido pelo PPCIRA no Despacho n.º 15423/2013, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 229 — 26 de novembro de 2013. Também a dimensão “Materiais & Equipamentos” que apresentou valores médios mais elevados, vai contra o definido na norma de higienização das mãos, sobre a necessidade de os profissionais de saúde terem lavatórios, toalhetes, antisséptico e creme hidratante para a HM e sua proteção (DGS, 2019). Num estudo realizado por Rosenberg (2016), que visou explorar o conhecimento sobre higiene das mãos e os comportamentos dos profissionais de saúde em instituições de saúde públicas e privadas, verificou-

se desempenho inadequado na higiene das mãos, em muitos profissionais de saúde, por disponibilidade limitada de recursos para a higiene das mãos das unidades de saúde.

Também os resultados encontrados nesta investigação, são corroborados pelo estudo de Cabrita (2017), em que estas duas dimensões anteriormente referidas foram identificadas como as principais barreiras à HM. Do mesmo modo, Morgado (2014) identificou a “Avaliação & *Feedback*”, como a principal barreira.

A dimensão “Liderança & *Feedback*” embora não fosse percecionada como a barreira mais relevante, com o valor médio de (2,54), apresentou relativamente aos itens relacionados, como a falta de incentivos para a HM e sanções para os que não a realizam, valores acima do ponto médio. Outros autores em oposição, verificaram que a “Liderança & *Feedback*” foi a barreira com maior importância percecionada pelos enfermeiros em relação à HM (Pisoeiro, 2012; Morgado, 2014).

A liderança em Enfermagem tem sido associada a menores eventos adversos, nomeadamente infeções associadas aos cuidados de saúde e melhoria da qualidade de cuidados (Ducharme et al., 2017).

Na realidade a HM por parte dos profissionais é a medida mais eficiente, mais simples e mais económica de prevenir as infeções associadas aos cuidados de saúde segundo a OMS (2009), pelo que, uma liderança e governança é considerado um dos pilares do PNSD 2021-2026.

Percebendo a relevância do líder para a problemática em estudo, estabeleceu-se como uma das hipóteses nesta investigação, precisamente verificar a existência de correlações entre a dimensão “Liderança & Alertas Formais” e as dimensões: Avaliação & *Feedback*, Clima Organizacional e Materiais & Equipamentos, assim, como verificar se era considerada uma variável preditora relativamente às restantes dimensões. Os resultados encontrados, permitiram encontrar uma correlação positiva e significativa entre a “Liderança & Alertas Formais” com as restantes dimensões e verificar que predizia as restantes dimensões como barreiras à HM.

Para além da importância de existirem nas unidades de cuidados materiais e equipamentos, que facilitem a HM, como anteriormente discutimos, a liderança também influencia o clima organizacional que também pode ser uma barreira a esta precaução básica de controlo de infeção.

Através de uma revisão integrativa da literatura que incluiu 40 estudos foi verificado, que a liderança pode ter um forte impacto no clima organizacional e levar a um desempenho competente de pessoas e equipas de saúde. Segundo Anunciada e Lucas (2021), um clima organizacional favorável está relacionado com melhores práticas dos profissionais de saúde e maior segurança dos doentes.

A qualidade de cuidados depende de forma como o líder gere o serviço, quer em termos ambientais, humanos ou técnicos (Nunes & Gaspar, 2017). Também Loyland et al., (2018), numa investigação realizada num hospital pediátrico verificaram que higienização das mãos foi realizada apenas em 40%

das situações observadas e registadas, e que parecia ser influenciada pelo conhecimento, atitudes, crenças e ambiente de trabalho dos indivíduos.

Em termos globais, verificou-se que diferentes fatores poderão influenciar a HM por parte dos profissionais de saúde, contudo, todos os envolvidos devem reconhecer o seu papel no cenário e em si mesmo (Pereira et al., 2018). O estudo de Shahrabaki et al., (2021) teve como objetivo analisar as experiências de profissionais de saúde, sobre as barreiras à adesão à higienização das mãos, tendo sido identificados como fatores a carga de trabalho, conhecimento insuficiente dos profissionais, atitudes inadequadas e padrões de comportamento errados, as barreiras relacionadas à gestão como o planeamento e treino inadequados e barreiras relacionadas com equipamentos e instalações.

Quanto à influência das variáveis sociodemográficas na perceção das barreiras à HM, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos em relação ao género, idade, tempo de serviço e categoria profissional. Apenas foi encontrada uma relação estatisticamente significativa e negativa, entre o tempo na Unidade de Cuidados Continuados e a “Liderança & Alertas Formais”, o que poderá evidência que à medida que os enfermeiros aumentam o tempo de serviço, percecionam menores barreiras relacionadas com a liderança.

Não corroborando os resultados quanto às variáveis sociodemográficas, Piseiro (2012) e Cabrita (2017) verificaram em estudos similares, que o género masculino apresentava maior perceção das barreiras à HM no género masculino para a dimensão “Avaliação & Feedback”.

Quanto à idade Cabrita (2017) verificou uma correlação com as diferentes barreiras à HM, baixa e apenas estatisticamente significativa e negativa para a dimensão “Clima Organizacional”. Também Cabrita (2017) apenas verificou uma correlação positiva para a dimensão “Materiais & Equipamentos”. Morgado (2014) em oposição verificou serem os mais novos o que percecionam maiores barreiras.

Quanto ao tempo de serviço Piseiro (2012,) verificou uma tendência para menor perceção das barreiras à HM com maior tempo de serviço, não corroborando os resultados desta investigação.

Sintetizando e recorrendo a Irvine et al., (1998), verifica-se que a estrutura, processo e resultados fazem sentido serem considerados neste estudo, pois os aspetos relacionados com os enfermeiros que fazem parte da estrutura, assim como os aspetos organizacionais, poderão influenciar o processo de cuidados nomeadamente quanto às práticas de HM, que poderão conduzir a resultados menos positivos, nomeadamente à ocorrência de infeções associadas aos cuidados de saúde. O líder poderá influenciar os resultados, motivando a equipa para serem atingidos os objetivos definidos (Chiavenato, 2015).

## CAPÍTULO V: CONCLUSÕES/ SUGESTÕES

As boas práticas de higiene das mãos são uma medida fundamental, para prevenir a transmissão de infeções associadas aos cuidados de saúde, contudo, em muitos contextos estão abaixo do desejável, evidenciando a necessidade de se continuar a investir neste âmbito.

A realização da presente investigação, em três Unidades de Cuidados Continuados Integrados de uma cidade da região centro de Portugal, teve como objetivo geral analisar as barreiras segundo a perceção dos enfermeiros, que dificultam a adesão às boas práticas de higiene das mãos nas unidades de cuidados continuados.

Verificou-se que a dimensão “Avaliação & *Feedback*” e “Materiais & Equipamentos”, foram percecionadas pelos enfermeiros, como as barreiras mais importantes para a HM. Verificou-se ainda, que as variáveis sociodemográficas não revelaram ter qualquer influência na forma como percecionavam as barreiras à HM, com exceção do tempo de serviço na unidade de cuidados, que se correlacionou negativamente com a “Liderança & Alertas Formais”.

Constatou-se que a “Liderança & *Feedback*” se correlacionou positiva e significativamente, com as dimensões “Materiais & Equipamentos”, Clima Organizacional” e “Avaliação & *Feedback*”. Foi ainda verificado, que a dimensão “Liderança & Alertas Formais” evidencia um efeito preditor nas outras dimensões da escala BAHM.

Apesar do aumento que se tem registado na monitorização destas práticas nas unidades de saúde, nas unidades de cuidados continuados integrados, esta ainda é muito reduzida, quando comparadas com os hospitais com tutela do Estado. O enfermeiro gestor é o responsável, pela segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem na unidade que lidera, pelo que deverá conhecer as barreiras percecionadas pelos enfermeiros da equipa à HM, no sentido de poder implementar medidas concretas e ajustadas com impacte nesta prática.

Decorrente das barreiras percecionadas pelos enfermeiros, o enfermeiro gestor deverá gerir a disponibilidade de materiais e equipamentos dentro da unidade de cuidados, essenciais à HM, para que não sejam um obstáculo à higienização das mãos.

Também será fundamental que o enfermeiro gestor, designe um enfermeiro da unidade de cuidados, para ser elo de ligação com o GCL-PPCIRA e possa avaliar as práticas dos profissionais, pois foram aspetos percecionados pelos respondentes, como barreiras à HM.

Dentro da dimensão “Liderança & Alertas Formais”, os itens que sobressaíram como barreiras foram os relacionados com a necessidade de sancionar quem não cumpre as medidas de HM e incentivar as boas práticas neste âmbito. Assim, a mobilização de algumas tecnologias para as unidades de

cuidados, que possam contabilizar o número de vezes que os enfermeiros higienizam as mãos, seja através de sensores de aproximação, nos dispensadores de antisséptico ou lavatórios poderia ser interessante. Também o feedback aos enfermeiros sobre os resultados da adesão à HM e a afixação dos resultados de cada unidade de cuidados, poderia motivar os profissionais de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações, que resultaram de diferentes constrangimentos, nomeadamente a pandemia Covid-19 que dificultou todo o processo de investigação. A autorização das Unidades de Cuidados Continuados, foi muito morosa e conseguida após reforço dos pedidos formais. A acessibilidade às unidades ficou muito condicionada, assim com a participação dos enfermeiros, pois o tempo disponível para responderem era muito reduzida. Assim, a amostra obtida é considerada uma limitação importante neste estudo, que condicionou a realização da análise estatística e resultados mais robustos.

Neste sentido, sugere-se a realização de novas investigações neste âmbito com amostras maiores e associando outras técnicas de recolha de dados, nomeadamente entrevistas aos enfermeiros gestores.

## BIBLIOGRÁFIAS

- Aguiar, P. D; Mouta, A. A. N; Alves, A. R. R; de Almeida, F. C. R; da Silva, A. C. B; Lopes, P. F & et al (2020). The importance of hand hygiene in intensive care units: the dangers of healthcare-related infections *Revista Eletrônica Acervo Saúde*.12(9): e3854.DOI: <http://dx.doi.org/10.25248/3854.2020>.
- Aira, R.G.S; Santos, B.M; Vilena, K.C.G; Brandão, R.D.D.L & Xavier, V.O (2017). *A Importância da Higienização das Mãos para Segurança do Paciente*, pesquisa e extensão do centro universitário anhanguera de campo grande campo grande, MS.
- American Society for Quality (2019a). American Society for Quality. Accessed on 06/07/2021.
- Andrade, Otilia Maria de Bastos (2013) . *Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos*. Viseu: [s.n.]. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu.
- Anunciada, S & Lucas, P (2021). *Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto Hospitalar: revisão integrativa*. Escola Superior de Lisboa. ACES Lisboa Central, Lisboa, Portugal.
- ANVISA (2016). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020)*. Brasília.
- Araújo, A. P; Nóbrega, G.B; Santos, L.F.C; Aragão, R.S & Pontes, A.A.N (2019). Análise da higienização das mãos pelos profissionais de Saúde em ambiente hospitalar durante dois meses. *Rev Saúde Ciênc Online* [Internet]. [citado em 14 nov. 2019]; 4(3):44-54. Disponível em: <http://www.ufcg.edu.br/revistasauceciencia/index.php/RSCUFCEG/article/view/297>
- Baccolini, V; D'Egidio, V; De Soccio, P; Migliara, G; Massimi, A; Alessandri, F & et al (2019). *Effectiveness over time of a multimodal intervention to improve compliance with standard hygiene precautions in an intensive care unit of a large teaching hospital*. *Antimicrob Resist Infect Control*.8:92.
- Bathke, J; Cunico, P. A; Maziero, E. C. S; Cauduro, F. L. F; Sarquis, L. M. M & Cruz, E. D. A (2017). Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. *Rev. Gaúcha Enferm* [Internet]. [cited 2017 Feb 23];34(2):78-85. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/en\\_v34n2a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rge/v34n2/en_v34n2a10.pdf)
- Borg, M.A., Benbachir M., Cookson, B.B., Redjeb S. B., Elnasser Z., Rasslan, O., Gür, D., Daoud, Z. & Bagatzouni, D.P. (2009) – Self-Protection as a Driver for Hand Hygiene Among Healthcare Workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 30(6): 578-580.

- Cabrita, R.R (2017). *Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos*. Dissertação Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Gestão em Enfermagem. Lisboa.
- CDC. (2016). Centers for Disease Control and prevention. Healthcare associated Infections (HAI). Progress Report.
- Chiavenato, I (2015). *Gerenciando com as pessoas: transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas*. 5. ed. São Paulo: Manole.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. (2ª ed.). Coimbra, Almedina.
- Despacho nº 2909/2013 do Ministério da Saúde (2013). [Portugal]. *Diário da República*, 38(2), 7179-7180. Retrieved from <https://gre.pt/pesquisa/search/1937340/details/normal=true/en>.
- Despacho nº 9390/2021 do Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 [Portugal]. *Diário Da República*, 2ª. Série.
- Despacho nº 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 [Portugal]. *Diário Da República*, 28(2), 4–9. Retrieved from [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_TomadasdePosicao\\_versaoINGePT/TP\\_versaoPT/08\\_ManagementNsg\\_Pt\\_-\\_revisto\\_IS-LF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_-_revisto_IS-LF.pdf).
- Despacho n.º 15423/2013, *Diário da República*, 2.ª série — N.º 229 — 26 de novembro de 2013. Acedido a 10 de outubro de 2022. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/15423-2013-2965166>
- Derhun, F. M & et al (2018). Uso da preparação alcoólica para higienização das mãos. *Rev. Enferm. UFPE online*.12(2): 320-8.
- Direção-Geral da Saúde. (2016b). *Relatório da Auditoria às Precauções Básicas de Controlo da Infecção e Monitorização da Higiene das Mãos - Análise Evolutiva 2014- 2015*.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação de Boa Prática para higiene das mãos nas Unidades de Saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde. Divisão de Segurança do Doente.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 e respetivo documento de apoio. In Portal da Direção Geral de Saúde: Programa Nacional de Controlo da Infecção. [WWW.dgs.pt/ns/3/default.aspx?p/=&id=55148&acess=08codigono=0038AAAAAAA](http://WWW.dgs.pt/ns/3/default.aspx?p/=&id=55148&acess=08codigono=0038AAAAAAA) AAAAAAAAAAAAAA.
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde, 1–20.

- Direção-Geral de Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020. Ministério Da Saúde, 38
- Direção-Geral da Saúde (2012-2016). *Plano Nacional de Saúde: Qualidade em Saúde*. Lisboa: DGS, <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016>.
- Direção-Geral da Saúde (2013b). *Precauções Básicas no Controlo da Infecção* (PBCI). (Norma 029/2012 atualizada a 31/10/2013). Disponível em <https://WWW.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2013c). *Programação de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos*. Disponível em <http://WWW.dgs.pt/em-destaque/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos - Relatório Campanha Nacional de Higiene das Mãos*. 1-33.
- Direção-Geral da Saúde (2017). Portugal. *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos*.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Norma 007/2019 de 16/10/2019. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ducharme, MP, Bernhardt, JM, Padula, CA, & Adams, JM (2017). Leader Influence, the Professional Practice Environment, and Nurse Engagement in Essential Nursing Practice. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47 (7/8), 367-375. doi: 10.1097/NNA.0000000000000497
- Ellingson, K., Haas, J., Aiello, A., Kusek, L., Maragakis, L. Olmsted, R., Perencevich, E., Polgreen, P., Schweizer, M., Trexler, P., VanAmringe, M., & Yokoe, D. (2014). Strategies to Prevent Healthcare-Associated Infections through Hand Hygiene. *Infection Control and Hospital Epidemiology*. 35(08). 937-960.
- Farias, M.E.L & et al (2019). Adesão à higiene das mãos antes e após intervenções educativas do dia mundial para higienização das mãos em um hospital universitário. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*.11(16).
- Fortin, M. (2009). *O Processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fuller, C., Besser, S., Savage, J., McAteer, J., Stone, S. & Michie, S. (2014). Application of a theoretical framework for behavior change to hospital workers' real-time explanations for noncompliance with hand hygiene guidelines. *American Journal of Infection Control*. 42.106-110.
- Garcia, S & et al (2013). Material resource management in practice of hand hygiene. *Journal of Nursing UFPE. Rev. Enferm UFPE*. Recife, 7(5):1342-8.

- Graveto, J. M. G.N & et al (2018). Higiene das mãos - adesão dos enfermeiros após processo formativo. *Rev. Bras. Enferm.* 71(3): 1189-1193.
- Guedes, M; Miranda, F; Maziero, E; Cauduro, F & Cruz, E. (2012). *Adesão dos Profissionais de Enfermagem à Higienização das Mãos: Uma Análise Segundo o Modelo de Crenças em Saúde. Cogitare Enfermagem*, 17(2): 304-9.
- Gluck, P.A., Nevo, I., Lenghus, J.D., Sanko, J.S., Everett-Thomas, R., Fitzpatrick, M., Shekhter, I., Arheart, K.L. & Birnbach, D.J. (2010). Factors Impacting Compliance Among New Interns: Findings from a Mandatory Patient Safety Course. *Journal of Graduate Medical Education*, 2(2), 228-231.
- Huis, A., Schoonhoven, L., Grol, R., Borm, G., Adang, E., Marlies Hulscher, M. & van Achterberg, T. (2011) - Helping hands: A cluster randomised trial to evaluate the effectiveness of two different strategies for promoting hand hygiene in hospital nurses. *Implementation Science*, 6:101. Retirado a 12 de outubro de 2011 de <http://www.implementationscience.com/content/6/1/101>.
- Huis, A., Hulscher, M., Adang, E., Grol, R., Achtenberg, T., Schoonoven, L. (2013). Cost-effectiveness of a team and leaders-directed strategy to improve nurses' adherence to hand hygiene guidelines: A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 518-526.
- Hulley, S.; Cummings, S.; Browner, W.; Grady, D. & Newman, T. (2015). *Orientações para a elaboração de um manual de boas práticas em bacteriologia*. (Artmed, Ed.) (4a). São Paulo.
- INEM (2022). Decrescimento das infecções em meio hospitalar. Disponível em **Erro! A referência da hiperligação não é válida.** [-infecoes-em-meio-hospitalar.aspx](#).
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economico*, 16(2), 58-64.
- Kawagoe, J. Y (2009). Efeitos adversos provocados pelos produtos utilizados para a higienização das mãos. In Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Gilford press.
- Manning, M.L. (2010) – Expanding infection preventionists' influence in the 21st Century: Looking back to move forward. *American Journal of Infection Control*, 38(10): 778-783.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística: Com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.

- Morgado, J. (2014). Higienizar as mãos não é opção. É uma obrigação na diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde. Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em Enfermagem Perioperatória. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, Setúbal.
- Monteiro, D.L (2018). Percepção da Importância da Higienização das Mãos pelos Profissionais de Saúde na Prevenção das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. Faculdade de Ciências da Saúde Porto.
- Nunes, E. M. G. T. & Gaspar, M. F. M. (2017). “A qualidade da relação líder-membro e o empenhamento organizacional dos enfermeiros” Revista da Escola de Enfermagem da USP. 51, 1-6. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016047003263>
- Oliveira, A. & Paula, A. (2014). Factors Related To Poor Adherence To Hand Hygiene In Healthcare Delivery: A Reflection. *Cienc Cuid Saude*. 13(1) 185-190.
- Ong, Phaik-Ling, Yun-Huoy Choo, and Azah Kamilah Muda (2015). “A Manufacturing failure Root Cause Analysis in Imbalance data set using PCA weighted association rule mining”. In: *Jurnal Teknologi* 77.18, pp. 103–111.
- Organização Mundial de Saúde. (2016a). Health care without avoidable infections – the critical role of infection prevention and control. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246235/1/WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2016b). *Summary Report: Hand Hygiene Self- Assessment Framework Survey*. <https://doi.org/10.1086/600379>.
- Organização Mundial da Saúde. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Genebra: OMS; 2009.
- Pereira, L. A., Ramos, A. M., Schallenberger, C. D., Vaz, M. C. & Barlem, E. L. D. (2018). “Liderança em enfermagem: abordagem ecossistêmica com impacto no cuidado”. *Enfermagem e Foco*. 9(3), 66-70. Disponível em <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2018.v9.n3.1351>.
- Pisoeiro, Z (2012). *Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos: A percepção dos profissionais de saúde*. Dissertação de mestrado em Infecção em Cuidados de saúde. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
- Pittet, D., Hugonet, S., Harbath, S., Mourouga, P., Sauvan, V., Touveneneau, S. & Perneger, T.V. (2000) – Effectiveness of hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *The Lancet*, 356(9238): 1307-1312.

- Polit, D F & Beck, C T (2011). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 7ªed.Artmed. Brasil. 669.ISBN 978-85- 363-2545-3.
- Prado, M. F; Hartmann, T. P. S & Teixeira Filho, L. A (2013). *Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos*. Esc Anna Nery.
- Primo, Mariusa Gomes Borges & et al (2010). Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um hospital universitário. Revista Eletrônica de Enfermagem. Consult. em 30 jun. 2020. Disponível em WWW: <URL: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a06.htm>>
- Primo, M. G. B; Ribeiro, L. C. M; Figueiredo, L. F. S; Sirico, S. C. A & Souza, M. A (2017). Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. Rev Eletr Enf [Internet]. [cited 2017 Feb 23];12(2):266-71. Available from: [http:// dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7656](http://dx.doi.org/10.5216/10.5216/ree.v12i2.7656)
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. (3ª ed.). Oliveira de Azeméis, Livpsic.
- Regulamento nº 76/2018- Diário da República nº 21/2018, Série II de 2018-01-30. Regulamento de competência Acrescida Avançada em Gestão. Ordem dos Enfermeiros
- Romero, D.M.P & et al (2019). Efeitos da implementação de um programa de educação de higienização das mãos entre profissionais de uma UTI: análise de séries temporais interrompidas. J. Bras. Pneumol.45(5).
- Ruivo, M. A & Ferrito, C (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. [ed.] Instituto Politécnico de Setúbal. Percursos. Jan-Mar de 2010, Vol. nº 15, p. 37.
- Santos, Thaíne Cristina Romualdo dos & et al (2014) - Higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. ISSN 1983-1447. Revista Gaúcha de Enfermagem, 35:1.
- Shahrbabaki, P, M., et al. (2021). Barriers to Hand Hygiene Compliance in Intensive Care Units From the Perspective of Healthcare Workers: A Qualitative Study. Research Square. Disponível em: <https://assets.researchsquare.com/files/rs-258249/v1/6ddf3b28-e90f-4022-9334-ceada1f4daf8.pdf?c=1631879054>
- Souza, L. M; Ramos, M. F; Becker, E. S. S; Meirelles, L. C. S & Monteiro, SÃO (2015).Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. Rev Gaúcha Enferm. (4):21-8
- Tabachnick. B & Fidell. L. S (2007) . Using multivariate statistics. Pearson Education.

- The Joint Commission (2009). Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges. Monografia. 1-234. The Joint Commission Center for Transforming Healthcare. *Targeted Solutions Tool for Hand Hygiene*. [http://www.centerfortransforminghealthcare.org/tst\\_hh.aspx](http://www.centerfortransforminghealthcare.org/tst_hh.aspx). Acedido em 2015/07/16.
- Teker, B., Ogutlu, A., Gozdas, H. T., Ruayercan, S., Hacialioglu, G., Karabay, O. (2015) Factors Affecting Hand Hygiene Adherence at a Private Hospital in Turkey, *The Eurasian Journal of Medicine*, 47, 208-12
- Wandel, D., Maes, L., Labeau, S., Vereecken, C & Blot, S. (2010). Behavioral Determinants of Hand Hygiene Compliance Intensive Care Units. *American Journal Of Critical Care*. 19(3), 230-239.
- Wickett, R. R & Visscher, M (2006). Structure and function of the epidermal barrier. *American Journal of Infection Control.*, 34. p. 98-110.
- World Health Organization & World Alliance for Patient Safety. Summary of the evidence on patient safety: implications for research: the research priority setting working group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization World [Internet]. 2008 [citado em: 20 fev. 2021]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43874/9789241596541_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (2014). Associated infections Fact Sheet.
- World Health Organization (2018). Interim practical manual supporting implementation of the WHO Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes.
- Zehuri, M. M. O & Slob, E. D. M. G. L.B (2018). Auditoria em saúde: controle das IRAS, economia, higienização das mãos e antimicrobianos. *Revista Saúde e Desenvolvimento* | vol.12, n.10. Visto em maio de 2020. Visualizado em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/885/514>

## **ANEXOS**

## ANEXO I- QUESTIONÁRIO PARA ENFREMEIROS

Estimado Enfermeiro(a):

Este questionário insere-se num estudo no âmbito do Mestrado de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e tem como objetivo principal identificar as barreiras para higienização das mãos. Para isso, peço-lhe que preencha o questionário abaixo apresentado, assim com algumas questões para caracterização socioprofissional. Todos os dados obtidos servem apenas para fins de investigação e têm a garantia de anonimato e confidencialidade.

Os resultados da investigação estarão oportunamente à sua disposição.

Muito obrigada pelo tempo despendido.

Liliane do Vale

### Dados Sociodemográfico

Idade: \_\_\_\_ Género: Feminino  Masculino

Estado Civil: Solteiro  Casado/União de Facto  Divorciado  Viúvo

Tempo de Exercício Profissional: \_\_\_\_ anos Tempo na Unidade de Cuidados: \_\_\_\_

Horas de trabalho por semana: \_\_\_\_

Vínculo Profissional: Contrato Função Públicas  Contrato Individual de Trabalho

Contrato por Tempo Indeterminado

Habilitação Académicas: Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Categoria Profissional: Enfermeiro(a)  Enfermeiro Especialista

Enfermeiro Gestor/Chefe

Se Especialização em Enfermagem. Qual: \_\_\_\_\_

## AVALIAÇÃO DAS BARREIRAS À ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS (BHM)

(Pisoeiro, 2012)

Assinale o peso/importância que atribui a cada uma das seguintes situações enquanto barreira/obstáculo à adesão à higiene das mãos como profissional de saúde

Considere que o 1 é discordo completamente e o 6 concordo completamente

Sinto dificuldades em cumprir a adequada higiene das mãos <b>PORQUE:</b>	Discordo completamente 1	Discordo 2	Discordo moderadamente 3	Concordo moderadamente 4	Concordo 5	Concordo completamente 6
1. A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.						
2. A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).						
3. Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.						
4. Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.						
5. Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.						
6. Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.						
7. Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.						
8. Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.						
9. O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.						
10. Não existem auditorias/observações periódicas.						
11. Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos.						
12. Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.						

<b>Sinto dificuldades em cumprir a adequada higiene das mãos</b> <b>PORQUE:</b>	Discordo completamente 1	Discordo 2	Discordo moderadamente 3	Concordo moderadamente 4	Concordo 5	Concordo completamente 6
13. Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição.						
14. Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.						
15. Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.						
16. Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.						
17. Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.						
18. Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).						
19. As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.						
20. O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.						
21. As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das mãos.						
22. Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.						
23. Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.						
24. Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível no serviço, para informação/formação.						
25. Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da Infecção, no incentivo para a higiene das mãos.						
26. Estou desmotivado no meu local de trabalho.						
27. Estou muito ocupado com outros cuidados.						
28. Tenho muitas outras coisas para fazer.						
29. Não tenho tempo disponível.						
30. Existem sempre outras prioridades.						
31. Não quero higienizar as mãos.						

## ANEXOII- AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA

### COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer N.º PG54-02/2020**

**Título do Projecto:** Barreiras e estratégias inovadoras para higienização das mãos dos enfermeiros em Unidades de Cuidados Continuados: perspectiva da gestão intermédia e operacional.

#### Identificação das Proponentes

**Nome(s):** Liliane Lima Campos do Vale

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Instituição de Saúde  
Fundação Sophia em Coimbra

**Investigador Responsável/Orientador:** Liliane Lima Campos do Vale

**Relator:**

#### Parecer

O projecto tem como objectivos: a) identificar as barreiras que dificultam a adesão dos enfermeiros às boas práticas de higiene das mãos nas Unidades de Cuidados Continuados; b) identificar estratégias inovadoras que facilitem a adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos.

Segundo os autores trata-se de um estudo exploratório de características mistas, em que a amostra será constituída por enfermeiros e enfermeiros gestores das Unidades de Cuidados Continuados e decorrerá nas Unidades de Cuidados Continuados das Cáritas de Coimbra, Residências Montepio de Coimbra e Fundação Sophia de Coimbra.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade e o anonimato dos dados colhidos. São apresentados os instrumentos de colheita de dados, o consentimento informado e a autorização por parte das três instituições envolvidas.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável, devendo os investigadores responsáveis adequar as datas de colheita de dados à situação epidemiológica Nacional.

O relator:

Data: 25/3/2020

O Presidente da Comissão de Ética:

## ANEXOIII- AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR O QUESTIONÁRIO

<https://outlook.live.com/mail/0/deeplink?version=2020021701.12&popo..>

**RE: Pedido autorização de questionário barreiras à adesão.**

Seg, 10/02/2020 18:29

Para: liliane vale <lilianeenfermeira@hotmail.com>

Cc: Pedro João Soares Gaspar <pedro.gaspar@ipleiria.pt>

Bom noite En<sup>ª</sup> Liliane Vale,

Agradecemos o interesse que demonstra pelo nosso trabalho.

Permitimos a utilização integral da Escala BAHM e gostaríamos de ter conhecimento dos resultados que obtiver.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted Signature]

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

---

**De:** liliane vale <lilianeenfermeira@hotmail.com>

**Enviado:** Monday, February 10, 2020 10:31:26 AM

**Assunto:** Pedido autorização de questionário barreiras à adesão.

Bom dia, En<sup>ª</sup> [Redacted]

Sou aluna do mestrado em enfermagem na área de especialização de gestão em enfermagem, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Pretendo desenvolver um estudo na área das barreiras à adesão à higiene das mãos, pelo que venho solicitar a utilização do seu questionário "Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos".

Agradeço, desde já sua atenção,

Atenciosamente,

Liliane Lima Campos do Vale.



# ANEXO V- AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

https://outlook.live.com/mail/0/deeplink?version=2020021701

**FW: Solicitação de autorização para recolha de dados Mestrado**

[REDACTED]

Para: lilianefermeira@hotmail.com <lilianefermeira@hotmail.com>  
Liliane,

Reencaminho mail das Residências Montepio. Fica agora com todas. Certo?

beijinho  
Anabela Salgueiro

[REDACTED]

Enviada: 28 de janeiro de 2020 09:51  
Para: 'Anabela' <anabela@esenfc.pt>  
Assunto: RE: Solicitação de autorização para recolha de dados Mestrado

Bom dia,

Peço desculpa pelo atraso na resposta, mas envio parecer positivo da nossa parte para a aplicação do questionário.

Com os melhores cumprimentos,

[REDACTED]  
+351 23 970 80 70  
ana.pereira@residenciasmontepio.pt  
[www.residenciasmontepio.pt](http://www.residenciasmontepio.pt)



Antes de imprimir esta mensagem, assegure-se de que é realmente necessário.

**AVISO DE CONFIDENCIALIDADE:**

Esta mensagem, assim como os ficheiros eventualmente anexos, é confidencial e reservada apenas ao conhecimento da(s) pessoa(s) nela indicada(s) como destinatária(s). Se não é o seu destinatário, ou se lhe foi enviada por erro, solicitamos que não faça qualquer uso do respectivo conteúdo e proceda à sua destruição, notificando o remetente.

**LIMITAÇÃO DE RESPONSABILIDADES:**

A segurança de transmissão de informação por via electrónica não pode ser garantida pelo remetente, o qual, em consequência, não se responsabiliza por qualquer facto susceptível de afectar a sua integridade.

**CONFIDENTIALITY NOTICE:**

This message, as well as existing attached files, is confidential and intended exclusively for the individual(s) named as addressees. If you are not the intended recipient, or if it was sent to you by error, you are kindly requested not to make any use of its contents and to proceed to the destruction of the message, thereby notifying the sender.

**DISCLAIMER:**

The sender of this message can not ensure the security of its electronic transmission and consequently does not accept liability for any fact which may interfere with the integrity of its content.

[REDACTED]

Enviada: 22 de janeiro de 2020 12:45  
Para: 'Ana Pereira'  
Cc: recepcao@coimbra.residenciasmontepio.pt; 'liliane vale'  
Assunto: RE: Solicitação de autorização para recolha de dados Mestrado

Exma. Senhora Diretora das Residências Montepio,  
Serviços de Saúde, S.A.

Antes de mais as minhas desculpas, por estar novamente a contactar, contudo por estranhar a resposta à solicitação efetuada a 30 de dezembro, para a realização de recolha de dados de Dissertação de Mestrado das Residências Montepio, constatei que o mail com a correção de dados na carta, solicitada por Vossa Exa estava como rascunho, não tendo por isso, sido certamente sido enviada. As minhas sinceras desculpas pelo facto!

Assim, reenvio o pedido corrigido conforme solicitado:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Gestão de Unidade de Cuidados, em realização na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), a estudante Enfermeira Liliane Lima Campos do Vale encontra-se a desenvolver uma investigação designada "Barreiras e

29/02/

# ANEXO VI- AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE DADOS

<https://outlook.live.com/mail/0/deeplink?version=2020021701.12&popo...>

## FW: Solicitação de autorização para recolha de dados Mestrado

[Redacted]

Qua, 26/02/2020 18:35

Para: lilianeenfermeira@hotmail.com <lilianeenfermeira@hotmail.com>

Liliane,

Reencaminho também a [Redacted]

Beijinho

De: [Redacted]

Enviada: 7 de janeiro de 2020 15:20

Para: [Redacted]

Cc: Centro Rainha Santa Isabel <centrorainhasantaisabel@caritascoimbra.pt>

Assunto: RE: Solicitação de autorização para recolha de dados Mestrado

Ex.ma Senhora

[Redacted]

No seguimento do seu email somos de comunicar que a Direção da Cáritas Diocesana de Coimbra autoriza a aplicação de questionário aos enfermeiros e a realização de entrevista ao enfermeiro coordenador da Unidade de Cuidados Continuados (UCC) do Centro Rainha Santa Isabel, no âmbito do trabalho de investigação **"Barreiras e estratégias inovadoras para higienização das mãos dos enfermeiros em unidades cuidados continuados: perspetiva da gestão intermedia e operacional"**.

Solicitamos que seja articulado com a Diretora Técnica do Centro [Redacted] [Redacted]es, através do email: [centrorainhasantaisabel@caritascoimbra.pt](mailto:centrorainhasantaisabel@caritascoimbra.pt), uma data para aplicação dos questionários e realização de entrevista com o enfermeiro coordenador da UCC.

Com os melhores cumprimentos,



[Redacted]

Departamento Secretariado  
Telemóvel 925 418 698

De: [Redacted] [mailto:anabela@esenfc.pt]

Enviada: segunda-feira, 30 de dezembro de 2019 11:05

Para: [Redacted] Geral <caritas@caritascoimbra.pt>

Cc: 'liliane vale' <lilianeenfermeira@hotmail.com>

[Redacted]

[Redacted]