



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

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

**HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS E USO DE LUVAS**

Ana Sofia Damasceno Duarte

Coimbra, maio de 2023



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

---

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

**HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS E USO DE LUVAS:**  
**Gestão de Práticas de Enfermagem**

Ana Sofia Damasceno Duarte

Orientadora: Professora Doutora Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira

Coorientador: Professor Doutor João Manuel Garcia do Nascimento Graveto

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra conducente ao grau de Mestre em Enfermagem: Área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Coimbra, maio de 2023

Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Gestão de Unidades de Cuidados

Ana Sofia Damasceno Duarte

Higienização das Mãos e Uso de Luvas: Gestão de Práticas de Enfermagem



2023

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira, pela orientação científica, pela disponibilidade de esclarecimento de dúvidas, pelas críticas construtivas, pelo seu apoio, persistência e motivação que foram fulcrais no desenvolvimento deste estudo.

Ao Professor Doutor João Manuel Garcia do Nascimento Graveto, pelo acompanhamento contínuo, pela perseverança e precioso sentido de humor que transformou a minha ansiedade em força de vontade.

À instituição que me abriu as portas e permitiu a realização deste estudo.

Aos enfermeiros que disponibilizaram um pouco do seu tempo para participar neste estudo, em especial aos enfermeiros gestores que participaram nas entrevistas.

À Rita e aos restantes colegas do mestrado, pelo espírito de entre ajuda e por tornarem as batalhas travadas mais leves.

À Patricia, pelo apoio incondicional e pela ajuda prestada, pela persistência e por todas as vezes que me ouviu, sem ela parecia impossível terminar esta jornada.

Aos meus amigos, em especial à Alexandra, Andreia e Vanda por todas as vezes que não me deixaram desistir, pelas palavras de ânimo e coragem.

Aos meus pais e ao meu irmão, por toda a preocupação e compreensão demonstrada, pelo apoio e incentivo ao longo do mestrado.

A todos, muito obrigado!

## RESUMO

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são consideradas um problema grave à escala mundial, sendo alvo de atenção especial por parte da Organização Mundial de Saúde e da Direção-Geral da Saúde. Ao longo dos anos, estas organizações têm promovido diversas iniciativas para minimizar e erradicar este problema. A higiene das mãos e o uso de luvas têm-se evidenciado, como das medidas mais acessíveis e eficientes para combater esta problemática. No entanto, a adesão a estas boas práticas continua a estar longe do desejado. Esta investigação foi realizada numa instituição de saúde da região centro de Portugal, através de um estudo sobre as práticas de enfermeiros relacionadas com a higienização das mãos e uso de luvas. Enveredou-se pela realização de um estudo com características mistas (metodologia quantitativa e qualitativa). Foram estabelecidos como objetivos do estudo: identificar as barreiras à higienização das mãos percecionadas pelos enfermeiros; identificar práticas dos enfermeiros relativamente ao uso das luvas e conhecer estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores para promover a adesão à higienização das mãos e uso de luvas. Os resultados permitiram identificar como principais barreiras à HM, aspetos da responsabilidade da área da gestão, “*Liderança & Alertas Formais*” e “*Avaliação & Feedback*”. Deste modo, os enfermeiros destacam a importância do papel desempenhado pelas chefias na motivação para a mudança de comportamentos, através de trabalho em equipa e boas relações entre os profissionais de saúde. Verificou-se que a maioria dos enfermeiros detém conhecimentos sobre o uso correto de luvas e que os enfermeiros gestores, criam estratégias como por exemplo divulgação de cartazes e ações de sensibilização, para promover a adesão à higienização das mãos e uso de luvas. Concluímos que existe a necessidade de aumentar a formação em serviço neste âmbito, criar estratégias para colmatar as lacunas a nível de recursos materiais, reforçar a cultura de segurança através da notificação de erros e valorizar o papel do enfermeiro gestor na prevenção e controlo de IACS.

**Palavras-Chave:** Adesão; Enfermeiro Gestor; Higiene das mãos; Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; Luvas; Profissionais de Saúde

## **ABSTRACT**

Health Care-Associated Infections are considered a serious problem worldwide, receiving special attention from the World Health Organization and the Directorate-General for Health. Over the years, these organizations have promoted various initiatives to minimize and eradicate this problem. Hand hygiene and the use of gloves have been shown to be one of the most accessible and efficient measures to combat this problem. However, adherence to these good practices remains far from desired. This investigation was carried out in a health institution in the central region of Portugal, through a study on the practices of nurses related to hand hygiene and the use of gloves. We embarked on carrying out a study with mixed characteristics (quantitative and qualitative methodology). The study objectives were: to identify barriers to hand hygiene perceived by nurses; identify practices of nurses regarding the use of gloves and learn about strategies used by nurse managers to promote adherence to hand hygiene and use of gloves. The results made it possible to identify, as the main barriers to HH, aspects of the responsibility of the management area, “Leadership & Formal Alerts” and “Evaluation & Feedback”. In this way, nurses highlight the importance of the role played by managers in motivating behavior change, through teamwork and good relations between health professionals. It was found that most nurses have knowledge about the correct use of gloves and that the nurse managers create strategies, such as the dissemination of posters and awareness actions, to promote adherence to hand hygiene and the use of gloves. We conclude that there is a need to increase in-service training in this area, create strategies to fill gaps in terms of material resources, reinforce the safety culture through reporting errors and enhance the role of the nurse manager in the prevention and control of HAIs.

**Key words:** Adhesion; Nurse Manager; Hand hygiene; Health Care Associated Infections; Gloves; Health professionals

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**$\alpha$**  - *Alfa de Cronbach*

**ARS** - Administração Regional do Centro

**BAHM** - Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos

**CCI** - Comissões de Controlo de Infeção

**CCPD** - Centro de Controlo e Prevenção de Doenças

**CHUC** - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

**DGS** - Direção Geral da Saúde

**DQS** - Departamento da Qualidade na Saúde

**ECDC** - *European Centre for Disease Prevention and Control*

**EG** - Enfermeiro Gestor

**EPI** - Equipamento de proteção individual

**HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana

**HM** - Higienização das Mãos

**IACS** - Infeções associadas aos cuidados de saúde

**NOTIFICA** - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OCDE** - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OPAS** - Organização Pan-americana da Saúde

**PBCI** - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

**PNCI** - Programa Nacional de Controlo de Infeção

**PNSD** - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

**PPCIRA** - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

**RAM** - Resistência aos Agentes antimicrobianos

**SABA** - Solução antisséptica de base alcoólica

**SD** - Segurança da Pessoa Doente

**SNNIEA** - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

**SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*

**UE** - União Europeia

**UL** - Uso de Luvas

**VE** - Vigilância Epidemiológica

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figure 1</b> - Cadeia da infecção hospitalar e as respectivas precauções básicas associadas a cada um dos níveis.....	23
<b>Figura 2</b> - Percentagem de doentes hospitalizados com pelo menos uma infecção associada aos cuidados de saúde e a proporção dessas infeções resistentes a antibióticos.....	26
<b>Figura 3</b> - Reistência dos antimicrobianos a antibióticos de segunda e terceira linha nos países Europeus.....	27
<b>Figura 4</b> - Evolução da taxa global de cumprimento da HM e no 1.º Momento, 2015-2020 Burocracia Profissional de acordo com Mintzberg.....	39
<b>Figura 5</b> - Os cinco momentos para a HM no decorrer da prática clínica.....	40
<b>Figura 6</b> - EM-PBCI: Informação complementar - Variação da adesão das Unidades de Saúde aos 3 Módulos da EM-PBCI por tipologias de cuidados de saúde, 2015-2020...	48
<b>Figura 7</b> - Estrutura organizacional.....	56
<b>Figura 8</b> - Burocracia profissional.....	56

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Componentes da cadeia de infecção.....	24
<b>Tabela 2</b> - Fatores que influenciam a adesão à HM por parte dos profissionais de saúde.....	46
<b>Tabela 3</b> - Caracterização sociodemográfica da amostra (n=33).....	69
<b>Tabela 4</b> - Estatísticas de homogeneidade dos itens (média e desvio padrão) e coeficientes de consistência interna (Valor de <i>alfa de Cronbach</i> se item removido) do Questionário de “Avaliação das barreiras à adesão à higiene das mãos (BAHM)” (n = 31).....	72
<b>Tabela 5</b> - Médias e desvios padrão, máximo e mínimo em cada dimensão da escala BAHM.....	75
<b>Tabela 6</b> - Distribuição da amostra relativamente à Avaliação das Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos (BHM).....	77
<b>Tabela 7</b> - Estatísticas de homogeneidade dos itens (média e desvio padrão) e coeficientes de consistência interna (valor de <i>alfa de Cronbach</i> se item removido) do Questionário de “Práticas de uso de luvas” (n = 22).....	81
<b>Tabela 8</b> - Distribuição da amostra relativamente à Avaliação das Práticas de uso de luvas.....	84
<b>Tabela 9</b> - Caracterização do entrevistado.....	87
<b>Tabela 10</b> - Auto percepções da chefia operacional como gestor de cuidados: categorias e subcategorias.....	88

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
<b>1. INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE</b> .....	23
1.1 EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO DAS IACS.....	25
1.2 PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS: IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.....	29
<b>2. PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFECÇÃO</b> .....	35
2.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	37
2.1.1 Os momentos essenciais para higienizar as mãos.....	39
2.1.2 Barreiras à adesão da higiene das mãos.....	45
2.2 USO DE LUVAS.....	46
<b>3. SEGURANÇA DO DOENTE</b> .....	49
<b>4. GESTÃO EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS</b> .....	53
<b>5. MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	59
5.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	59
5.2 OBJETIVO E TIPO DE ESTUDO.....	59
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	61
5.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	62
5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	63
5.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	65
<b>6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS</b> .....	67
6.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	67
6.2. BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS.....	71

6.3. PRÁTICAS DE USO DE LUVAS.....	80
6.4 PERCEÇÕES DA CHEFIA OPERACIONAL ENQUANTO GESTOR DE CUIDADOS.....	87
<b>7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>101</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>109</b>

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA BAHM**

**ANEXO II - COMISSÃO ÉTICA - FORMULÁRIO PARA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO\_ESTUDO**

**ANEXO III - CARTA PARA CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – Questionário**

**APÊNDICE II – Guião de Entrevista**

**APÊNDICE III – Consentimento Informado**

## **INTRODUÇÃO**

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a Resistência aos Agentes Antimicrobianos (RAM) são problemas que se relacionam e representam uma das principais causas de incapacidade ou de morte evitável em utentes hospitalizados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que anualmente centenas de milhares de pessoas são afetadas por infecções indesejáveis e evitáveis associadas aos cuidados de saúde e menciona ainda, que os determinantes das IACS estão associados a uma combinação complexa de lacunas, nas políticas de saúde, infraestruturas, organização, conhecimento, deficientes práticas e comportamentos dos profissionais (OMS, 2016a).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS), as IACS representam um dos maiores riscos associados ao internamento, por conseguinte, a sua taxa constitui um indicador de extrema importância em todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, revelador da qualidade e segurança dos cuidados prestados, como tal, a sua monitorização é indispensável. Constituem um problema relativamente à segurança da pessoa doente, pois estão ligadas a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, a tempos de hospitalização prolongados e, conseqüentemente, ao consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários (DGS, 2016).

Atualmente, as IACS são definidas como situações clínicas resultantes de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos, ou suas toxinas, adquiridas em instituições/unidades prestadoras de cuidados de saúde (por exemplo, hospitais, cuidados domiciliários, unidades de ambulatório ou lares residenciais, unidades de cuidados continuados, entre outras), decorrentes dos cuidados prestados após a admissão em qualquer tipo de ambiente de saúde ou após alta médica. Incluem-se ainda as infecções adquiridas pelos profissionais de saúde no desempenho da sua profissão. Assim, estas infecções não estão relacionadas com a doença que originou o internamento, nem estão presentes ou em fase de incubação no momento da admissão ou do primeiro contacto do utente com a unidade prestadora de cuidados de saúde (Mazzeffi et al., 2021). Tendo em conta a prevalência destas infecções, as suas implicações e impacto nos utentes, nas unidades de saúde e na comunidade, esta problemática não pode ser descurada pelas

instituições prestadoras de cuidados de saúde de cada país, sendo que cerca de um terço são, seguramente, evitáveis (DGS, 2016).

Em 2019, o impacto das IACS foi reforçado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (OCDE, 2019), ao descrever este tipo de infeção, como um problema de saúde pública e a principal ameaça à segurança dos cidadãos. Vários fatores têm contribuído para o aumento da prevalência das IACS, nomeadamente: o aumento da sobrevivência de pessoas doentes em situação crítica, recém-nascidos prematuros e da esperança média de vida da população; o desenvolvimento de novas tecnologias médicas cada vez mais invasivas para procedimentos de diagnóstico e terapia; o uso de ventilador; o elevado número de pessoas doentes em terapêutica imunossupressora; um acréscimo de doenças crônicas degenerativas e outros fatores de risco (por exemplo, hipertensão, diabetes *mellitus*) (Rodríguez-Acelas et al., 2017). É importante mencionar que outros fatores potenciam o risco de infeção cruzada, predispondo os utentes a uma maior suscetibilidade para adquirir as IACS, tais como: agentes infecciosos emergentes; a resistência microbiana; a ausência de profissionais que se dediquem exclusivamente a pessoas doentes com infeção e/ou colonização; a sobrelotação; ausência de pessoal; e, as transferências frequentes de pessoas doentes entre serviços (Rodríguez-Acelas et al., 2017).

As IACS são tratadas com antimicrobianos, contudo, o seu consumo, frequentemente inadequado, promoveu a emergência e seleção de bactérias resistentes e multirresistentes. Deste modo, o antibiótico essencial para a realização, em segurança, de muitas intervenções e processos de saúde e determinante para o aumento da esperança de vida, passou a estar ameaçado de perda de eficácia (Campion & Scully, 2018).

Com o objetivo de conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover/implementar a adesão às práticas necessárias para a prevenção e controlo das IACS, isto é, a diminuição sustentada da taxa de incidência da IACS, através da identificação e modificação de práticas de risco, foi criado por Despacho do Diretor Geral da Saúde de 14 de maio de 1999, o Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI). Este Programa engloba áreas de intervenção, como vigilância epidemiológica (VE) e elaboração e divulgação de normas de boas práticas clínicas (DGS, 2007).

Em 2007, tendo em conta o desafio da OMS e com a finalidade de tornar os cuidados de saúde mais seguros em Portugal, o Ministério da Saúde elabora o “*Programa Nacional*

*de Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde*”, com as normas sobre prevenção e controlo da infeção, reforçando a necessidade de cumprimento da legislação em vigor. No mesmo Programa é referido que todas as unidades de saúde (redes hospitalares, instituições de cuidados continuados e de cuidados de saúde primários) são obrigadas a nomear, operacionalizar e apoiar inteiramente as Comissões de Controlo de Infecções (CCI) (DGS, 2007).

O PNCI tinha como objetivo geral conhecer a verdadeira dimensão do problema, reduzir a emergência de microrganismos com resistência aos antimicrobianos, nomeadamente através do uso sensato de antibióticos, enquanto o anterior Programa Nacional de Controlo de Infecção visava a prevenção da infeção e da transmissão cruzada de microrganismos. Foram definidos os objetivos, metas, estratégias, intervenientes, níveis de responsabilidade, temporalidade e metodologias de avaliação (DGS, 2009; DGS, 2010).

Dando continuidade ao PNCI e considerando a preocupação relativamente à resistência aos antimicrobianos, como duas problemáticas interrelacionadas, foi instituído o *“Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e de Resistência aos Antimicrobianos”* (PPCIRA), criado em 2013 pelo Ministério da Saúde (DGS, 2013a). Na realidade, o controlo de infeção e a prevenção de resistências aos antimicrobianos têm estratégias de intervenção comuns e/ou complementares, o que justificou a fusão dos dois programas de saúde. O PPCIRA resulta assim da fusão do PNCI com o *“Programa Nacional de Prevenção da Resistência Antimicrobiana”* e assenta em dois pilares fulcrais, a prevenção e controlo das IACS e das RAM, tendo como objetivos: a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, hospitalares e da comunidade; a promoção do uso correto de antimicrobianos; e, conseqüentemente, a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

As *“Precauções Básicas de Controlo de Infecção”* (PBCI), promovidas pelo PPCIRA indicam as boas práticas que devem ser adotadas para garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todas as pessoas envolvidas, tendo em vista minimizar o risco de infeção e prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não conhecidas (DGS, 2013b).

Entre 2009 e 2016, observou-se um aumento de adesão de 37% por parte dos profissionais de saúde em relação à higiene das mãos (DGS, 2016). A partir de 2016, a adesão ao

cumprimento da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde aumentou progressivamente, sendo particularmente significativo o aumento ocorrido entre 2019 e 2020, no contexto pandémico (DGS, 2021a). Neste período, a taxa de cumprimento global aumentou de 75,7 para 82,7% e a taxa de cumprimento do aumentou de 68,0 para 76,2%. No entanto, é imperativo que esta prática se mantenha, sendo fundamental para diminuir infeções e o recurso a antibióticos após a pandemia (DGS, 2021a).

Apesar da formação dos profissionais de saúde ser considerada um pré-requisito crucial para que as normas das precauções padrão sejam compreendidas e aplicadas de forma correta, tornando-se a sua adesão uma responsabilidade individual (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018), o enfermeiro gestor (EG) deve contribuir para aumentar consciencialização dos enfermeiros, para a importância das PBCI e influenciar a adesão às mesmas.

O EG é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros através da adoção de estratégias de liderança, figurando-se como o agente ativo dos processos de mudança que acrescentam valor à profissão e à organização (OE, 2018).

Além disso, apesar das recomendações formalizadas e da eficácia comprovada no controlo de infeção e gestão de riscos, continua a existir resistência por parte dos profissionais de saúde quanto à utilização adequada das PBCI, nomeadamente sobre as barreiras à higienização das mãos (HM) e uso de luvas (UL), suscitando o interesse na presente temática.

Assim, tendo por base os conhecimentos previamente adquiridos nas unidades curriculares do Mestrado em Enfermagem, pretende-se com esta Dissertação de Mestrado em Enfermagem com especialização em Gestão de Cuidados de Enfermagem, aprofundar conhecimentos sobre as barreiras percecionadas pelos enfermeiros para a HM e práticas adotadas quanto ao UL e estratégias que os enfermeiros chefes implementam, para promover a adesão às referidas PBCI.

Deste modo, foi formulada a seguinte questão de investigação: *Que gestão de práticas de enfermagem, relativamente à HM e UL, é efetuada em unidades de cuidados de oncologia de uma Instituição de saúde?*

Este trabalho tem assim como principais objetivos:

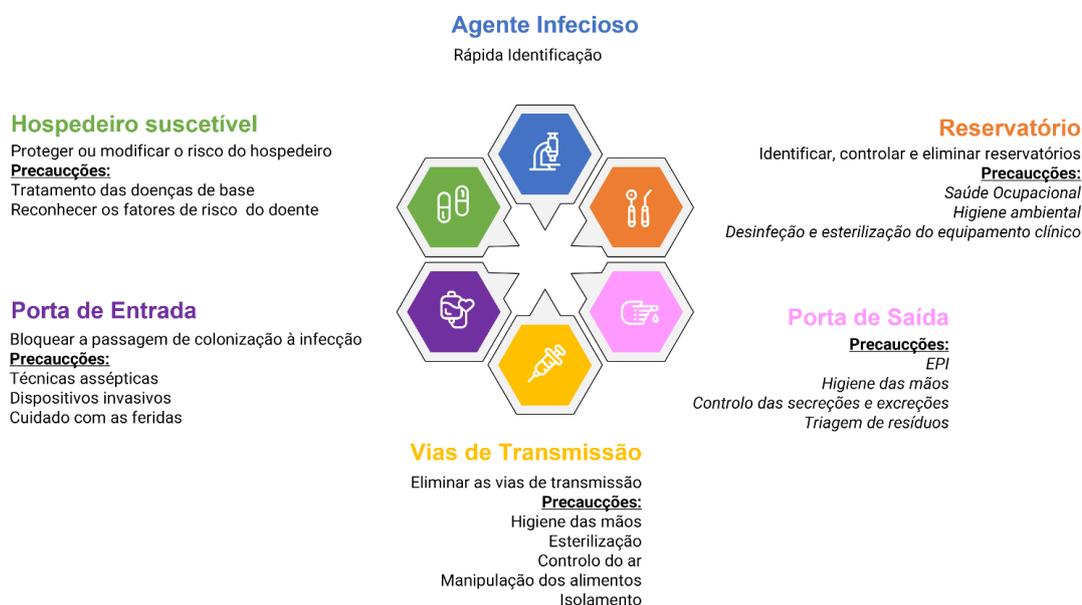
- Identificar barreiras à HM, percebidas pelos enfermeiros;
- Identificar práticas dos enfermeiros relativamente ao UL;
- Conhecer estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores para promover a adesão à HM e UL.

Esta Dissertação encontra-se dividida em sete capítulos. Nos primeiros três capítulos, é elaborado um enquadramento teórico, onde é abordado os temas relacionados com: epidemiologia das IACS e o impacto que poderão ter na segurança da pessoa doente; PBCI e por último, sobre a importância da gestão em enfermagem. O quarto capítulo aporta as opções metodológicas escolhidas, nomeadamente o tipo de estudo, a questão de investigação, os objetivos, a população em estudo, as estratégias de recolha de dados e os métodos de análise. No quinto e sexto capítulo, é respetivamente, apresentado e discutido os resultados obtidos. Por último, no sétimo capítulo, estão expostas as principais conclusões, são analisadas as limitações do estudo e implicações para a prática de enfermagem.

## 1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

De acordo com a DGS (2009) as IACS são uma infecção adquirida pelos utentes consequente a cuidados e procedimentos de saúde prestados e, também pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício profissional.

A infecção acontece quando um dos elos da cadeia de infecção é quebrado. Fazem parte da cadeia de infecção: o agente infeccioso que pode ser endógeno (por exemplo pele, nariz, boca, trato gastrointestinal, vagina) ou exógeno (por exemplo ambiente dos profissionais de saúde, visitas, equipamento e dispositivos médicos); o reservatório que pode ser de natureza inanimada, de origem humana ou ambiental; a porta de saída, isto é, o meio pelo qual o agente infeccioso sai do reservatório (as vias respiratórias são as de maior difusão e as mais difíceis de controlar); a porta de entrada, forma como o agente infeccioso entra num novo hospedeiro e reservatório; o hospedeiro suscetível, isto é, aquele ou o que vai ficar contaminado e o modo ou via de transmissão (Figura 1) (Cardoso, 2015).



**Figura 1** – Cadeia da infecção hospitalar e as respetivas precauções básicas associadas a cada um dos níveis (Pina *et al.*, 2010).

A transmissão pode ocorrer por contato direto (forma mais frequente de transmissão) ou indireto. O contato direto acontece quando uma pessoa infetada ou colonizada transfere microrganismo patogénico, causando infecção no outro, através da troca de fluidos

orgânicos (por exemplo sangue, expetoração, limpeza de feridas ou outros fluidos orgânicos). As mãos contaminadas são a via de transmissão mais comum de propagação das infeções, como tal a sua higienização é crucial para prevenir a propagação da infeção (Cardoso, 2015). Numa unidade de prestação de cuidados de saúde, a transmissão de microrganismos por contato direto pode ocorrer entre utentes e a equipa de saúde durante a execução de pensos, cuidados no domicílio, palpação ou outros procedimentos que requeiram contato físico com o utente (Tabela 1) (Administração Regional de Saúde [ARS], 2013; Organização Pan-americana da Saúde [OPAS], 2010).

**Tabela 1** – Componentes da cadeia de infeção (ARS, 2013).

<i>Elos</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos</i>
<b>Agente infeccioso</b>	Elemento que está presente, determinante para a ocorrência de uma doença	<b>Biológicos:</b> organismos vivos capazes de causar uma infeção ou doença no ser humano e nos animais <b>Não biológicos:</b> químicos e físicos.
<b>Reservatório</b>	Local onde normalmente um agente infeccioso vive e se multiplica do qual depende para a sua sobrevivência, reproduzindo-se para que possa ser transmitido a um hospedeiro suscetível	Ser humano, animal, planta, solo ou matéria inanimada.
<b>Porta de saída</b>	Caminho pelo qual um agente infeccioso sai do seu hospedeiro	<b>Respiratórias:</b> tuberculose, influenza, sarampo, etc; <b>Geniturinárias:</b> leptospirose, sífilis e outras doenças de transmissão sexual; <b>Digestivas:</b> febre tifoide, hepatite A e E; <b>Pele:</b> lesões superficiais (varicela, herpes zoster e sífilis), picadas, mordidas, perfuração por agulha ou outro mecanismo que tenha contato com sangue infetado; <b>Placentária:</b> sífilis, rubéola, toxoplasmose, vírus da imunodeficiência humana (VIH).
<b>Porta de entrada</b>	Forma de um agente infeccioso encontrar um novo hospedeiro e reservatório	Lesões na pele (através da mucosa dos olhos, boca ou nariz), aparelho digestivo, trato urinário e trato respiratório (tosse, espirro, riso ou fala).
<b>Hospedeiro suscetível</b>	Pessoa ou pessoas que vão ficar contaminadas ou infetadas se as suas defesas estiverem deficientes.	Fatores tais como a idade, genética, estado nutricional, higiene pessoal, níveis de stress, presença de outras doenças, imunodepressão e técnicas invasivas, podem contribuir significativamente para a suscetibilidade pessoal a um dado microrganismo patogénico.
<b>Modo ou via de transmissão</b>	Forma como o agente infeccioso se transporta desde o reservatório ao hospedeiro	
<b>Veículo</b>	Os microrganismos patogénicos podem também disseminar-se através de um veículo	Por exemplo, propagação da hepatite através de sangue contaminado.
<b>Vetor</b>	Inseto ou qualquer portador vivo que transporta um agente infeccioso desde um indivíduo ou seus excrementos até um indivíduo suscetível. O agente pode ou não desenvolver-se, propagar-se ou multiplicar-se dentro do vetor.	

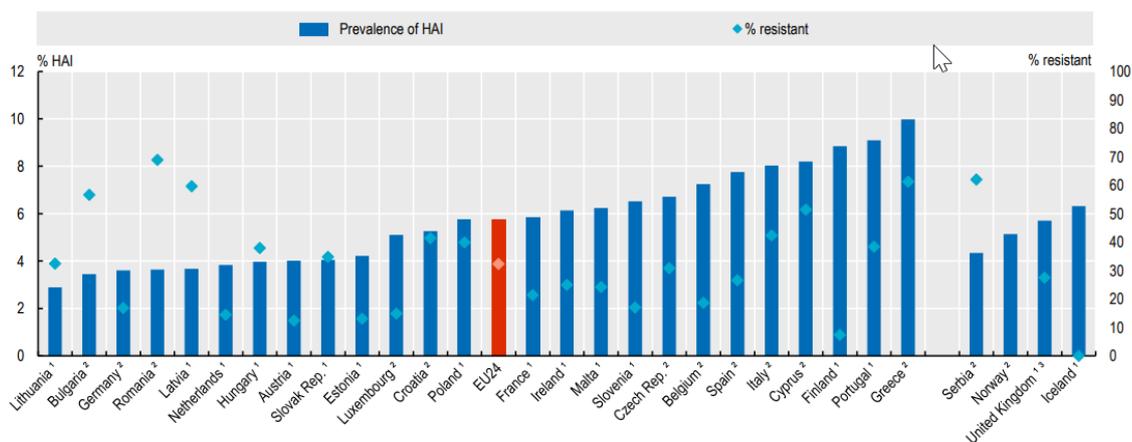
Por sua vez, a propagação da infeção por contato indireto ocorre através de materiais contaminados ou objetos inanimados (por exemplo bebidas, alimentos, terra, roupa suja,

produtos de higiene pessoal, equipamentos e instrumentos contaminados, utensílios, animais de estimação ou outros objetos inanimados) (ARS, 2013; OPAS, 2010).

### 1.1 EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO DAS IACS

Segundo o Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC), estima-se que 3,1 a 4,6 milhões de pessoas adquirem anualmente, uma infecção associada aos cuidados de saúde, em unidades hospitalares em países da União Europeia (UE), Islândia, Noruega e Reino Unido (Suetens et al., 2018). Mais de 90.000 pessoas morrem todos os anos em países da UE, Islândia, Noruega e Reino Unido devido a adquirirem uma das seis infecções mais comuns em ambientes de saúde (Cassini, 2016). A prevenção destas infecções é ainda mais crítica nos cuidados continuados, pois os residentes dessas instalações são mais frágeis e têm fatores de risco adicionais para o desenvolvimento de IACS. Durante a pandemia de COVID-19, as unidades de cuidados continuados foram locais vulneráveis para a propagação de infecções, com vários países a relatar grandes surtos que conduziram a altas taxas de mortalidade. A elevada prevalência de condições como demência e outros distúrbios neurológicos, entre os residentes das unidades de cuidados continuados tornou mais difícil diagnosticar pessoas com COVID-19 em um estágio inicial, e muitos casos foram identificados tarde demais (ECDC, 2020).

A prevalência das infecções de utentes hospitalizados em países da UE/Reino Unido varia de 2,9% na Lituânia para 10,0% em Grécia, em 2016-17 (Figura 2). Nesse período de tempo, Portugal apresentava a segunda maior prevalência na Europa, com 9,1%, quando a média nos países da UE, era 5,7% (OCDE, 2018).



**Figura 2** - Percentagem de doentes hospitalizados com pelo menos uma infecção associada aos cuidados de saúde e proporção dessas infecções resistentes a antibióticos, 2016-17 (OCDE, 2018).

Estudos recentes acerca da prevalência de ICAS, realizados em 2021 no “*Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021 – Infecções e Resistências a Antimicrobianos*”, referem que no período entre 2015 e 2020, verificou-se uma redução 22,2% de infecções nosocomiais da corrente sanguínea de origem hospitalar, por 1000 dias de internamento. Estes dados podem ser explicados pelo atual período pandémico que levou a um significativo decréscimo da amostra de vigilância epidemiológica de infecções hospitalares, decorrente sobretudo da dedicação dos grupos locais do PPCIRA à batalha contra a COVID-19 (DGS, 2021a). É importante ressaltar, que estes resultados francamente positivos ao longo destes nove anos, são espelho da contribuição positiva do PPCIRA.

Os custos sociais e económicos das IACS compreendem três esferas: custos médicos diretos e indiretos associados à produtividade, custo não médicos e custos intangíveis respeitantes à diminuição da qualidade de vida, acarretando perdas financeiras anuais significativas (Cardoso, 2015).

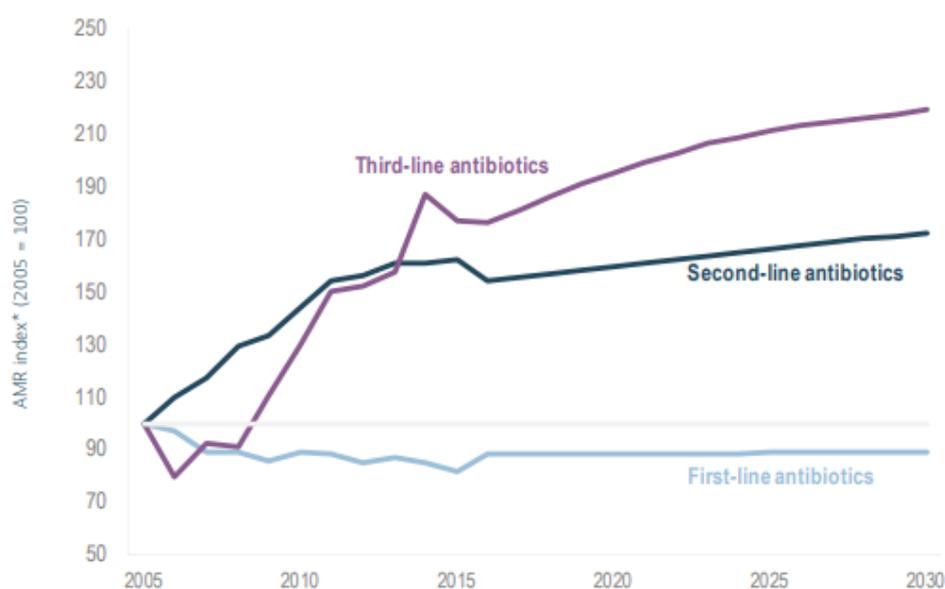
As IACS são um problema não só para cada indivíduo, como também para os sistemas de cuidados de saúde ao nível local, nacional, assim como global. Além do impacto visível na saúde, as IACS acarretam consequências económicas para qualquer sistema de saúde de um país, devido ao incremento constante da despesa em saúde, sendo fundamental a realização de uma avaliação precisa dos custos associados às IACS para uma tomada de decisão por parte dos gestores dos serviços de saúde, de modo a reduzir o seu impacto no orçamento dos sistemas de saúde países europeus (Zimlichman et al., 2013).

Noutra vertente do problema, situa-se o consumo excessivo de antibióticos e resistência aos antimicrobianos. Segundo ECDC, em 2018, um em cada três utentes recebeu pelo menos um antibiótico, alguns dos quais desnecessariamente, o que propícia a RAM. Ainda em 2018, o ECDC refere que ocorrem 33 mil mortes por ano na Europa consequentes de uma infeção por bactérias resistentes aos antimicrobianos e sucedem gastos anuais com a saúde de um bilião de euros. Salienta ainda, a necessidade de garantir que os antimicrobianos são usados com prudência e de implementação de medida de prevenção e controlo de infeção, em todos os serviços de saúde da Europa. As projeções internacionais estimam que em 2050 morrerão anualmente cerca de 390 mil pessoas na Europa e 10 milhões em todo o Mundo, em consequência direta das resistências aos antimicrobianos (ECDC, 2018).

Estima-se que uma simples infecção resistente a antibióticos custe entre 8 500 a 34 000 euros a mais do que uma infecção não resistente, devido a dias adicionais de internamento e a custos adicionais de tratamento (OCDE, 2018).

Segundo o relatório “*Resistência Antimicrobiana - Enfrentar o fardo na União Europeia*” da OCDE (OCDE, 2019), mais de 670.000 infecções por bactérias resistentes a antimicrobianos surgem a cada ano, em toda a Europa. Entre 2005 e 2015, as taxas de resistências a antibióticos têm vindo a aumentar e, atualmente, perto de uma em cada cinco infecções é causada por bactérias resistentes a antimicrobianos. Em alguns países europeus, como Romênia e Grécia, este tipo de infecções representa cerca de 40% da totalidade das infecções.

As projeções da OCDE indicam que a incidência das infecções por RAM continuará a aumentar na Europa, e passará de aproximadamente 17% em 2015 para 19% em 2030, se nenhuma ação efetiva for implementada pelos governantes. Estima-se ainda que a RAM para antibióticos de segunda e terceira linha seja 72% superior (vai mais que duplicar) em 2030 em comparação com 2005 na Europa (Figura 3). Este cenário é extremamente preocupante pois estes antibióticos representam a linha de defesa para tratar pacientes com infecções bacterianas (OCDE, 2019). Pode-se, assim, aferir que os principais fatores que afetam a taxa de incidência da RAM são o uso de antibióticos (frequência, tipo, dose e duração), qualidade dos cuidados hospitalares, incluindo práticas de prevenção e controle e taxas de imunização.



**Figura 3** – Resistência dos antimicrobianos a antibióticos de segunda e terceira linha nos países Europeus (OCDE, 2018).

O impacto das infeções devido à RAM na Europa é comparável ao da gripe, tuberculose e (vírus da imunodeficiência humana) HIV combinados, onde quase 40% das IACS é causada por infeções bacterianas resistentes a antibióticos de última linha como carbapenémicos e à colistina. Este aumento em relação a 2007 é extremamente preocupante porque estamos a mencionar antibióticos que são a última opção de tratamento disponível. E quando os antibióticos de última linha não são mais eficazes, é extremamente difícil ou, em muitos casos, impossível tratar as infeções bacterianas. Deste modo, a prevenção adequada das infeções e a implementação de medidas de controle, bem como uma administração sensata de antibióticos em hospitais e outros estabelecimentos de saúde são essenciais para reduzir a taxa de incidência das RAM (OCDE, 2019).

Os dados atuais Europeus preveem que 1,1 mil milhões euros sejam gastos anualmente entre 2015 e 2050 devido às resistências aos antimicrobianos. Isto corresponde a cerca de 1,8 euros por per capita por ano em média, com cerca de 4,1-4,8 euros per capita na Itália, Malta, Luxemburgo e Grécia (OCDE, 2019). O aumento da despesa com os cuidados de saúde é impulsionado pelo maior tempo de internamento, devido à recuperação mais lenta dos pacientes infetados e maior risco de complicações. Estima-se que em 2050, a RAM resultará em mais de 569 milhões de dias extras de internamento hospitalar anual em todos os países da Europa. No entanto, apenas alguns países europeus identificaram fontes de financiamento específicas para implementar planos de ação nacionais para as RAM e definiram um processo de monitorização e avaliação. Os investimentos públicos em ações de saúde para combater a RAM ainda são insuficientes (OCDE, 2019).

Adicionalmente aos custos económicos, Ortiz-Mayorga et al. (2019) salientam a ocorrência de repercussões diretas e indiretas na vida do utente, como por exemplo a abstenção laboral, decorrente do aumento de dias de internamento, a ameaça à segurança e qualidade de vida do utente.

Pode-se, assim, referir que as IACS causam internamentos prolongados, incapacidades a longo prazo, acentuam a pressão geradora de RAM pelo maior uso de antibióticos, custos adicionais para os sistemas de saúde (inviabilizam a qualidade dos cuidados), altos custos para as pessoas e suas famílias, podendo culminar no aumento da mortalidade em crianças e adultos (Ortiz-Mayorga et al., 2019).

## 1.2 PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS: IMPORTÂNCIA DA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Como abordado anteriormente, as IACS e as RAM devido ao seu consumo inadequado, são problemas graves que colocam em causa a segurança das pessoas doentes e qualidade dos cuidados de saúde, pela morbilidade e mortalidade associadas e custos inerentes, quer económicos, sociais, quer profissionais, familiares, entre outros (DGS, 2021a).

Tendo por base a evidência científica publicada e o facto da maioria das IACS serem consideradas evitáveis, a prevenção e o controlo das infeções requerem um programa integrado e monitorizado, que forneça recomendações claras para todos os colaboradores dos sistemas de prestação de cuidados de saúde, tal como proposto por Boev and Kiss (2017), nomeadamente:

- Reafirmar a importância da implementação das precauções básicas, baseadas na evidência clínica do utente e no agente infeccioso provável, até que essa etiologia infecciosa seja determinada (Interrupção da cadeia epidemiológica da infeção);
- Limitar a transmissão de microrganismos entre utentes durante os cuidados diretos que lhes são prestados, através da lavagem das mãos e da utilização de luvas, da prática asséptica adequada, de estratégias de isolamento, de práticas de esterilização e desinfeção e tratamento de roupas (Práticas Clínicas Seguras);
- Controlar os riscos ambientais de infeção (Descolonização e Desinfeção ambiental);
- Proteger os utentes pela utilização de profilaxia antibiótica, nutrição e vacinação;
- Limitar o risco de infeção endógena minimizando os procedimentos invasivos e promovendo a utilização correta de antibióticos;
- Fazer a vigilância epidemiológica das infeções, identificando e controlando surtos;
- Prevenir infeções nos profissionais;
- Intensificar as boas práticas de cuidados aos utentes;
- Formação/Informação contínua dos profissionais.

Segundo a OMS, a nível hospitalar, as estratégias de prevenção e controle eficaz de infeções incluem a criação de uma equipa local de controle de infeção, treino de pessoal, uso de diretrizes baseadas em evidências, vigilância, feedback e manutenção rigorosa da higiene ambiental (OMS, 2016b).

O PPCIRA criado em 2013 pelo Ministério da Saúde (DGS, 2013a), como antes referido, tem como objetivos a redução da taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde,

hospitalares e da comunidade (IACS), a promoção do uso correto de antimicrobianos e, conseqüentemente, a diminuição da taxa de microrganismos com resistência a antimicrobianos.

Para alcançar estes objetivos, o PPCIRA definiu novos incentivos às unidades de saúde, para a promoção e cumprimento das boas práticas de prevenção e controlo de infeção, bem como a resistência aos antibióticos (DGS, 2013a). O PPCIRA tem o apoio da campanha nacional das PBCI para permitir a redução da transmissão e da incidência da infeção, através da redução da prescrição antibiótica e consumo de antibióticos. Este objetivo é atingível, promovendo o uso racional dos antibióticos de espectro mais estreito sempre que possível, não os utilizando quando não são necessários e utilizando-os somente, quando estritamente indicados e apenas durante o tempo necessário.

Em suma, *o PPCIRA tem como missão:*

- Prevenir e controlar as ICAS;
- Promover a prescrição e consumo adequado de antimicrobianos;
- Reduzir a emergência e transmissão de resistência a RAM, através de intervenções de melhoria de qualidade, educativas e comportamentais (DGS, 2021a).

São *atividades fundamentais do PPCIRA:*

- Vigilância epidemiológica de IACS, consumo adequado de antimicrobianos e RAM.
- Promoção de adesão e cumprimento de PBCI e de precauções baseadas na via de transmissão.
- Promoção e implementação de feixes de intervenções (*bundles*) de prevenção de IACS.
- Promoção e desenvolvimento dos programas de apoio à prescrição antimicrobiana.
- Produção de Normas e Orientações e de atividades educacionais de capacitação pedagógica de profissionais.
- Formulação e desenvolvimento de metodologias comportamentais de capacitação, nomeadamente feedback comentado de dados e facilitação de intervenções de melhoria de qualidade.
- Desenvolvimento de atividades promotoras de literacia e compromisso dos cidadãos sobre estas temáticas (DGS, 2021a).

Para monitorizar os indicadores relevantes em saúde (taxas de infeção, RAM e o consumo inadequado de antimicrobianos), surgiu a VE. A VE consiste numa ferramenta imprescindível na avaliação do desempenho das instituições/unidades de saúde públicas ou privadas em relação à prevenção e controlo de infeção, tendo como objetivos avaliar de forma contínua, ativa, sistemática ou periódica (anual) a epidemiologia das infeções e estimar as taxas de infeção estratificadas por níveis de risco para reduzir a incidência das mesmas (DGS, 2010).

Segundo a DGS (2010), esta vigilância deve ter como base a simplicidade, a flexibilidade, a aceitabilidade, a consistência, a representatividade e a especificidade, para que se possa divulgar junto dos profissionais de saúde e outros profissionais. No que concerne aos profissionais de saúde, a VE estimula a prescrição e prestação de cuidados assentes nas recomendações de boas práticas, corrige ou melhora determinadas práticas e avalia o impacto das ações dos profissionais de saúde (Baker et al., 2005).

A formação dos profissionais é fulcral, incidindo no treino em áreas interdisciplinares (conhecimento da própria área e das disciplinas dos outros membros da equipa), na relocação de tarefas, planeamento das atividades e implementação de rotinas como medidas básicas. As equipas multidisciplinares devem ser compostas por diferentes profissionais de saúde, nomeadamente Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Técnicos de Laboratório, mas também outros profissionais (Administradores das instituições, Engenheiros Informáticos e Assistentes técnicos e operacionais). Porém, a multidisciplinaridade da equipa só se concretiza quando há partilha de objetivos entre profissionais, que trabalham juntos e em conjunto, para atingir esses objetivos; pensamento crítico, criatividade; comunicação; inteligência emocional; e, flexibilidade cognitiva (capacidade em dar e receber formação de outras disciplinas) (Chakraborti et al., 2008). A multidisciplinaridade deverá também incorporar estratégias de *brainstorming* (colaboração eficaz), tomada de decisão e estilos de liderança (Thomas, 2011). Estas equipas devem ser dinâmicas, e tal como as condições da pessoa mudam ao longo do tempo, a composição da equipa pode ser alterada, refletindo assim as mudanças nas necessidades clínicas e psicossociais da pessoa. Esta é uma tarefa de longo prazo que exige atenção e ajustes constantes, assim como bons líderes de equipa (OMS, 2009a; OMS, 2013).

Os Programas de VE foram implementados em Portugal, dando cumprimento à Decisão N° 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 24 de setembro de 1998 que

instituiu uma rede de VE e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade, tendo sido criada a Rede de Vigilância Epidemiológica no nosso País, abrangendo programas em rede europeia, alinhados com o ECDC (DGS, 2021a).

A VE é a bússola das atividades de PPCIRA e o seu foco é o desenvolvimento de práticas clínicas seguras, seguindo as precauções básicas e as precauções baseadas nas vias de transmissão. Deste modo, os **Programas de VE** são coordenados a nível nacional pelo PPCIRA e permitem:

- Identificar áreas de intervenção (problemas);
- Priorizar as soluções/locais de atuação (esclarecimento de relação causal);
- Planeamento e implementação de estratégias para prevenção das IACS;
- Avaliar e promover a melhoria de práticas, a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde;
- Assegurar a formação adequada de todos os profissionais em controlo de infeção e segurança;
- Rever os riscos associados a novas tecnologias e monitorizar o risco de infeção de novos dispositivos e produtos, antes da aprovação do seu uso (possibilitar a deteção precoce de novos casos);
- Rever e fornecer dados para a investigação de surtos;
- Analisar a eficácia/efetividade das medidas de controlo de infeção;
- Avaliar as medidas preventivas implementadas;
- Comunicar e colaborar com outras comissões do hospital com objetivos comuns, tais como a comissão de higiene e segurança, entre outras (DGS, 2010; DGS, 2021).

Embora estes programas sejam constituídos por especialistas (incluindo Médico Intensivista, Médico Infeciologista, Enfermeiros Gestor) em controlo de infeção, epidemiologia e doenças infecciosas, qualquer profissional de saúde, independentemente da sua classe ou área clínica, pode e deve participar na implementação das medidas indicadas, de forma a evitar as IACS e a sua propagação, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Para cada um dos Programas de VE e respetivas bases de dados (em rede europeia: HAI-Net-UCI, HAI-Net-ILC, HAI-CDI, ESAC-Net e EARS-Net), foram criados três níveis de acesso e de coordenação: nível nacional (análise de dados nacionais, regionais e locais), através da Direção do PPCIRA e dos Coordenadores dos Programas de VE; ao nível regional (análise de dados regionais

e locais) - através do GCR-PPCIRA da área de referência; a nível Local (digitação e análise dos dados locais), através dos GCL-PPCIRA e os Profissionais dos Serviços clínicos aderentes. As Unidades de Saúde podem comparar os seus dados com o seu histórico e como outras unidades similares a nível nacional de referência (DGS, 2021a). Os gestores hospitalares, os Profissionais dos GCL-PPCIRA e os Profissionais de Saúde devem definir como meta, a adesão aos Programas de VE, como ferramenta fundamental para a melhoria dos resultados nos doentes e na qualidade e segurança dos cuidados de saúde, dando, ainda, cumprimento ao índice de Qualidade PPCIRA (DGS, 2021a).

A OCDE (OCDE, 2019) também identificou um conjunto de medidas simples, eficazes e efetivas para diminuir o impacto na saúde da população (redução em mais de metade do risco de morte) e nos elevados custos associados à RAM. As medidas e políticas propostas pela OCDE (2019), estão alinhadas com a Ação Global da OMS, e são:

- Melhorar a higiene nas unidades de cuidados de saúde, incluindo promover a higiene das mãos e melhorar a higiene nos estabelecimentos de saúde (por exemplo, desinfeção de superfícies e equipamentos em hospitais).
- Programas de administração que promovem o uso mais prudente de antibióticos para acabar com décadas de prescrição excessiva. Na prática médica, sempre que possível, prescrever o uso de antibióticos de espectro estreito (ou seja, eficazes contra apenas um grupo específico de bactérias), uma vez que o uso de antibióticos de amplo espectro é mais propenso a promover o desenvolvimento de RAM em um grupo mais amplo de bactérias.
- Uso de testes de diagnóstico rápido na atenção primária para detetar se uma infeção é bacteriana ou viral.
- Atraso na prescrição de antibióticos;
- Campanhas de conscientização pública em massa nos medias

## **2. PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO**

As medidas de prevenção e controlo de infeção têm sofrido uma enorme evolução ao longo dos anos, fruto das inúmeras investigações realizadas. Ignaz Semmelweis e Florence Nightingale foram pioneiros na análise da temática.

Em 1847, Ignaz Semmelweis demonstrou que existia uma relação entre a contaminação das mãos e a febre puerperal, comprovando a relevância da antisepsia e a HM como medidas para o controlo da referida doença. Após a implementação das medidas referidas, verificou-se uma redução nos casos de febre puerperal e, conseqüentemente, de mortalidade materna de 12,24% para 1,2%. Além disso, introduziu outras medidas como o isolamento e a esterilização dos materiais médicos (OMS, 2009a).

Por sua vez, no século XIX, Florence Nightingale promoveu o avanço das medidas de higiene e de condições sanitárias, além da HM, tendo demonstrado, a importância da limpeza dos ambientes de trabalho, promovendo ambientes assépticos. A sua filosofia assentava na segurança do doente e promoção de um ambiente terapêutico seguro, valorizando as necessidades dos doentes e as condições ambientais como a limpeza, iluminação natural, ventilação e sistemas de saneamento. Estas medidas básicas de controlo sanitário e de higiene permitiram diminuir o aparecimento das infeções hospitalares e reforçar a ideia da importância do cumprimento das precauções básicas, como base para a prevenção da transmissão, aquando do momento de prestação de cuidados em todas as instituições de saúde (Bates, 2020).

Desde o século XX que têm sido desenvolvidas estratégias no sentido de prevenir as IACS, sendo a criação das PBCI um desses exemplos. As PBCI são um conjunto de medidas que devem ser aplicadas a todos os profissionais de saúde e utentes, independentemente do diagnóstico, sempre que se preveja o contacto com secreções (por exemplo, sangue ou outros fluidos orgânicos), sempre que exista perda da integridade da pele ou mucosas e sempre que ocorra manipulação de material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados passível de contaminação, garantindo a segurança de todos os que entram em contacto com este ambiente (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC], 2010). Por outras palavras, as PBCI indicam as boas práticas que

devem ser adotadas para garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todas as pessoas envolvidas, tendo em vista minimizar o risco de infeção e prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não conhecidas.

Segundo a Norma 029/2012 da DGS, as PBCI incidem sobre 10 itens:

- 1) Avaliação individual do risco de infeção na admissão do utente e colocação/isolamento dos utentes;
- 2) HM;
- 3) Etiqueta respiratória;
- 4) Utilização de equipamento de proteção individual (EPI) (luvas, bata, aventais de proteção, máscaras, proteção ocular e facial,);
- 5) Descontaminação de materiais/equipamentos clínicos;
- 6) Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
- 7) Manuseamento seguro da roupa;
- 8) Gestão e recolha adequada de resíduos sólidos hospitalares;
- 9) Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
- 10) Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013b).

No momento de admissão no serviço de saúde, deve-se assumir que todos os utentes poderão estar potencialmente colonizados ou infetados com microrganismos e podem ser reservatórios ou potenciais fontes de transmissão cruzada de infeção. A aplicação de PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo tipo de interação que ocorre entre o profissional de saúde e o utente e, o possível grau de exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos. Estes dois critérios servem de suporte à aplicação da referida norma (DGS, 2013b).

As PBCI têm dois objetivos principais proteger os profissionais de saúde contra possíveis contaminações ocupacionais na prestação de cuidados de saúde e prevenir as IACS. O profissional de saúde deve avaliar o risco, quer para o utente quer para ele próprio, tendo em conta a situação clínica do utente uma vez que é conhecedor das patologias que o utente é portador e tendo em conta a infeção ou doença específica presente e, por conseguinte, adequar as medidas de prevenção de doenças ocupacionais e de transmissão de infeção (Bae, 2011).

A DGS reforça a ideia de que cada profissional de saúde é responsável por escolher a barreira protetora que melhor se adequa tendo em consideração o tipo de contacto previsto. Deste modo, a escolha do EPI depende sempre do risco de exposição a fluidos orgânicos previstos na prestação de cada cuidado de saúde (DGS, 2013b).

Existem princípios básicos na utilização de EPI para que os profissionais de saúde não sejam mais um elo na transmissão de infeção. O EPI deve ser colocado imediatamente antes do contacto com o utente e deve ser retirado logo após a utilização, protegendo o profissional de saúde e o utente de microrganismos provenientes de outro ambiente ou utente. Para que os EPI sejam eficazes devem ser colocados consoante as situações específicas e devem ser retirados de forma correta (DGS, 2007).

Entre as PBCI e para além da importância dos EPI, a HM é considerada a medida mais simples que tem que ser adotada em conjunto com cada uma das PBCI, para diminuir o risco de infeção.

## 2.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

As mãos dos profissionais de saúde são o principal meio de transmissão de agentes infecciosos de um local para outro no mesmo utente, de utente para utente ou do ambiente contaminado para o utente (DGS, 2010).

Segundo a OMS (2006), a transmissão dos agentes infecciosos implica cinco passos sequenciais:

1. Os microrganismos encontram-se na pele íntegra colonizada, feridas infetadas ou exsudativas do doente;
2. Transmissão para as mãos dos profissionais durante a prestação de cuidados de saúde;
3. Sobrevivência de microrganismos nas mãos dos profissionais, dependendo da duração dos cuidados e da demora até o profissional higienizar as mãos;
4. Uma lavagem não eficaz das mãos conduz à manutenção das mãos contaminadas, tendo como causas o produto, tempo insuficiente ou técnica inadequada;
5. Mãos contaminadas equivalem a infeção cruzada.

Como antes referido, Ignaz Semmelweis, provou que a HM reduz a incidência das IACS, sendo o primeiro investigador a demonstrar que o simples ato de lavar de mãos é um fator

determinante da condição de saúde do utente (podendo salvar vidas), principalmente quando é uma prática constantemente adotada pelos profissionais de saúde (Best & Neuhauser, 2004). Anos mais tarde, Pittet (2000) e Pittet et al. (2000) constataram que as infeções associadas aos cuidados de saúde são inversamente proporcionais à frequência com que os profissionais higienizam as mãos.

Também o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CCPD) (2007) e a OMS (2006) reconheceram a higiene das mãos como a medida padrão no controlo da infeção, permitindo a redução da disseminação de microrganismos na prestação de cuidados de saúde.

A HM pelo profissional de saúde constitui, uma das principais medidas de prevenção para evitar a transmissão cruzada de microrganismos e prevenir IACS (OMS, 2005). Sendo considerada a ação mais eficaz, simples, acessível, rápida e económica na prevenção e no controlo da infeção, para além de ser uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos.

Dentro desta temática, em 2005, a OMS lançou o desafio “*Clean Care is Safer Care*” para promover a prática da higiene das mãos de forma padronizada, abrangente e sustentada, contribuindo para a diminuição das IACS e para o controlo das resistências dos microrganismos aos antimicrobianos, através do aumento da adesão dos profissionais de saúde à higiene das mãos (OMS, 2005; DGS, 2010). Para tal, a estratégia multimodal foi definida para proporcionar melhorias sustentadas a nível da HM nas unidades de saúde, tendo por base 5 elementos essenciais para uma boa gestão deste procedimento:

- Mudanças estruturais do sistema, incluindo a disponibilização da solução antisséptica de base alcoólica (SABA) nos locais de prestação de cuidados, acesso a lavatórios com abastecimento de água contínuo, sabão e toalhetes de papel;
- Formação e educação dos profissionais de saúde;
- Monitorização das práticas de higiene das mãos e informação de retorno aos profissionais;
- Disponibilização de posters e cartazes (lembretes) no local de trabalho;
- Estabelecimento de uma cultura de segurança com a participação de todos os profissionais de saúde e suporte institucional.

Segundo o relatório do programa prioritário PPCIRA 2021 – Infeções e resistências a antimicrobianos, a adesão ao cumprimento da higiene das mãos aumentou

progressivamente a partir de 2016, sendo particularmente significativo o aumento ocorrido entre 2019 e 2020, no contexto pandémico (Figura 4). Entre 2016 e 2020, a taxa de cumprimento global e a taxa de cumprimento do primeiro momento de higiene das mãos aumentaram de 73,0% para 82,7% e de 64,4% para 76,2%, respetivamente (DGS, 2021a).



**Figura 4** - Evolução da taxa global de cumprimento da HM e no 1.º Momento, 2015-2020 (DGS, 2021a).

Todavia, a HM é ainda um procedimento descurado por uma larga percentagem de profissionais de saúde, apesar de ser consensual que a não adoção desta medida contribui em larga escala para a transmissão de microrganismos entre profissionais e doentes.

### 2.1.1. Os momentos essenciais para a higienização das mãos

Segundo o modelo conceptual da OMS e a Circular Normativa nº 007/2019 Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde da DGS, os profissionais de saúde devem higienizar as mãos nos “5 Momentos” preconizados pela OMS, cumprindo a técnica, e tempos) adequados a este procedimento e utilizando os produtos indicados para higiene das mãos.

Os “5 Momentos” para a HM no decorrer da prática clínica (Figura 5) são:

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de um procedimento limpo/assético;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso;
4. Após o contacto com o doente;
5. Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente (Norma nº 007/2019 Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde).



**Figura 5** - Os cinco momentos para a HM no decorrer da prática clínica.

A Higiene das Mãos deve ter como referência os 5 momentos e quando não é possível definir o ambiente envolvente do doente, devem ser implementados “*Os 4 momentos*”, segundo a mesma norma antes referida:

1. Antes do contacto com o doente;
2. Antes de procedimentos limpos ou assépticos;
3. Após risco de exposição a fluidos orgânicos;
4. Após contacto com o doente

Outras indicações para a Higiene das Mãos:

1. Quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos;
2. Antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos;
3. Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos;
4. Antes da colocação de luvas: o UL não dispensa a Higiene das Mãos;
5. Imediatamente após remoção de luvas estéreis, ou remoção de luvas não estéreis;
6. Preparação pré-cirúrgica das mãos;
7. Após utilização das instalações sanitárias (DGS, 2019a).

O CCPD (2007) e a OMS (2006) descreveram as técnicas corretas para a HM, quer com recurso a água e sabão ou solução alcoólica, e referiram que, em termos de eficácia na prevenção e controlo de infeção, não existem diferenças significativas entre ambos os

procedimentos. A OMS (2006) e Kampf & Löffler (2007) concluíram que o uso de SABA deve ser usada por rotina e lavar as mãos com água e sabão deveria ser uma exceção e só usada quando as mãos estivessem visivelmente sujas com matéria orgânica. Os mesmos autores referem ainda, que esta mudança de rotina contribui para a diminuição da ocorrência de dermatites de contacto e, em simultâneo, da ocorrência das IACS. Assim, o investimento na colocação de SABA nas unidades de cuidados de saúde contribuiu significativamente para o aumento da adesão às boas práticas de HM porque é um procedimento mais rápido de utilizar, mais fácil de aceder, mais efetivo e é mais bem tolerado do que a lavagem com sabão e água (Pisoeiro, 2012).

De acordo com as indicações anteriores e segundo a Norma nº 007/2019 HM nas Unidades de Saúde (DGS, 2019a), os procedimentos para os produtos para a HM são:

- Usar sempre SABA, exceto nas seguintes situações, em que a HM deve ser efetuada com água e sabão:
  - i) Quando as mãos estão visivelmente sujas;
  - ii) Prestação de cuidados de saúde a doentes com suspeita ou confirmação de infeção por *Clostridium difficile*;
  - iii) Prestação de cuidados a doentes com suspeita ou confirmação de exposição a material potencialmente contaminado com *Bacillus anthracis*;
- Deve ser verificada a conformidade da SABA com as especificações nacionais para os biocidas, tendo em atenção o seu espetro de ação;
- A concentração de álcool na SABA (etanol, isopropanol ou *n*-propanol) não deve ser inferior a 70% em soluções de gel e espuma e entre 60% a 80% em soluções líquidas;
- Os profissionais de saúde devem ter acesso direto às fichas de segurança e de utilização de todos os produtos usados na unidade de saúde;
- Devem ser disponibilizados aos profissionais de saúde produtos de HM eficazes e com menor risco de irritação da pele;
- A seleção de produtos de HM e de hidratação da pele, incluindo os respetivos dispensadores e doseadores deve ser baseada em:
  - i) Tipo de procedimento a efetuar;

- ii) Espectro de ação e ação rápida e persistente e para a preparação pré-cirúrgica das mãos deve ser o mais amplo possível contra bactérias e fungos, devendo o sabão antimicrobiano ter ação residual;
- iii) Determinação de eventual interação entre produtos de HM e cremes hidratantes para as mãos e os tipos de luvas utilizadas;
- iv) Obtenção de informação junto do fabricante sobre: Interação entre produtos como SABA e cremes hidratantes e Risco de contaminação dos produtos para HM;
- v) Garantir que os produtos para HM (SABA e sabão) estão acessíveis nos locais de prestação de cuidados;
- vi) Garantir que os dispensadores e doseadores funcionam de forma adequada e segura e fornecem o volume apropriado do produto;
- vii) Quando o doseador e o dispensador são reutilizáveis: deve-se realizar a sua correta desmontagem e descontaminação antes da reposição do produto sem perder a funcionalidade de acordo com o procedimento definido a nível local; e não repor as embalagens sem a descontaminação prévia.

Importa referir que caso não seja possível cumprir o requisito da HM, é preferível não utilizar luvas e promover uma ótima HM com o intuito de proteger o utente e o ambiente de prestação de cuidados de saúde, desde que seja salvaguardada a proteção do profissional de saúde (Pina et al., 2010).

Várias intervenções e recomendações internas a nível das unidades de saúde têm sido desenvolvidas e implementadas para mudar o comportamento e melhorar a adesão dos profissionais de saúde às práticas de HM. A implementação adequada da norma (DGS, 2019a) que estratifica os diferentes níveis de responsabilidade, a gestão da prática nas unidades de cuidados, bem como a monitorização do seu cumprimento é fundamental para alcançar os objetivos propostos:

**a) Responsabilidade dos profissionais de saúde:**

- Higienizar as mãos preferencialmente por fricção com SABA no local de prestação de cuidados quando as mãos estão visivelmente limpas;
- Usar mangas curtas ou enrolar/dobrar as mangas do uniforme para cima;

- Remover a joalheria (incluindo o relógio) e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o dia ou turno de trabalho;
- Não usar unhas artificiais (tudo o que não é unha natural) ou outro tipo de extensores nos cuidados diretos aos doentes;
- Manter as unhas naturais, curtas e limpas;
- Não usar verniz, gel, gelinho ou outros produtos nas unhas na prestação de cuidados de saúde;
- Usar técnica oclusiva com pensos impermeáveis nas feridas ou abrasões de pele;
- Aplicar SABA ou sabão de acordo com o definido na presente Norma;
- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efetuar;
- Ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho;
- Secar bem as mãos;
- Não usar de forma simultânea ou sequencial, uma solução antisséptica aquosa ou sabão antimicrobiano, seguido de SABA;
- Hidratar a pele, no mínimo 2 a 3 vezes por turno (usar creme dermoprotetor apropriado);
- Na presença de sinais ou suspeita de doenças cutâneas de provável causa profissional, consultar o serviço de segurança e saúde do trabalho, cuja confirmação positiva é de declaração obrigatória para o Departamento de Proteção Contra os Riscos Profissionais do Instituto de Segurança Social, IP.

***b) Responsabilidade dos órgãos e figuras de gestão das unidades de saúde (através dos GCL-PPCIRA):***

- Estabelecer como prioridade institucional o aumento da adesão da HM, com liderança própria, apoio administrativo e recursos financeiros adequados às atividades relacionadas com esta temática e outras atividades de controlo da infeção;
- Definir uma política local de produtos utilizados na Higiene das Mãos, integrada na política de uso de antissépticos e desinfetantes, em articulação com os serviços farmacêuticos, o serviço de segurança e saúde do trabalho o serviço de aprovisionamento, entre outros;

- Designar profissionais com formação e treino em controlo da infeção e em observação da Higiene das Mãos com o objetivo de monitorizar a adesão dos profissionais de saúde, através do Formulário de Observação de Higiene das Mãos;
- Implementar programas multidisciplinares, multifacetados e multimodais da prática da HM, com o objetivo de aumentar a adesão dos profissionais à prática recomendada da HM;
- Promover monitorização da adesão dos profissionais a esta prática (distribuição de sistemas de alerta no local de trabalho, auditorias internas higiene das mãos);
- Divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais sobre o seu desempenho;
- Disponibilizar estruturas e equipamentos de acesso fácil e seguro em locais estratégicos nas unidades de cuidados (dispensadores automáticos de pontos de água e de sabão ou solução antisséptica de base alcoólica);
- Disponibilizar acesso imediato SABA para a fricção das mãos nos locais de prestação de cuidados aos utentes;
- Fornecer sabão adequado e creme hidratante para as mãos dos profissionais, de modo a minimizar a ocorrência de dermatites de contato associadas à Higiene das Mãos ou outros tipos de lesões da pele;
- Fornecer produtos alternativos de higiene das mãos aos profissionais que apresentem alergias ou outras reações adversas aos produtos utilizados na unidade de saúde;
- Usar estratégias de motivação multimodulares e multifacetadas, que incluam a formação e o suporte dos superiores hierárquicos para a implementação dos programas.

***c) Os Programas de formação dirigidos aos profissionais de saúde para a HM devem integrar a Estratégia Multimodal PBCI para promoção da HM e adesão às precauções básicas de controlo de infeção e devem ter como enfoque:***

- Cadeia epidemiológica da infeção, incluindo as etapas de transmissão dos agentes patogénicos, o tipo de cuidados passíveis de contaminação das mãos, o tipo de produtos para a HM, as técnicas de HM e os fatores que podem influenciar significativamente o comportamento dos profissionais, doentes e familiares/visitantes;
- Vantagens e desvantagens de métodos de HM;

- Utilização de métodos lúdicos e elucidativos para motivar os profissionais para a HM;
- Monitorização da adesão dos profissionais de saúde à HM e elaboração de relatórios;
- Difusão de materiais promocionais como pequenos vídeos elaborados internamente, alusivos à HM durante as sessões de formação e nos locais de trabalho;
- Envolvimento e participação de profissionais de saúde de referência na formação local (elos de ligação e dinamizadores) que valorizam a prática da HM;
- Literacia em saúde deve ser divulgada informação sobre HM dirigida aos doentes e visitas nos vários locais públicos (entradas, salas de espera, refeitórios, cartazes, folhetos, vídeos em écrans, site da unidade de saúde e respetivas redes sociais).

Segundo a Norma nº 007/2019 HM nas Unidades de Saúde (DGS, 2019a), a monitorização da HM:

- Deve ser efetuada anualmente por todas as unidades de saúde, utilizando o Formulário para Observação da HM, através do Desafio *Clean Care is Safer Care* adotado pela DGS;
- Cabe à unidade de saúde a divulgação dos resultados da avaliação da Higiene das Mãos aos profissionais de saúde;
- Deve ser utilizada a aplicação informática de apoio à Estratégia Multimodal PBCI que permite gerar relatórios com base nos indicadores definidos para monitorização das taxas de adesão à Higiene das Mãos e consumo de SABA.

O Relatório do PPCIRA de 2021 indica o aumento de 6,5% no cumprimento global dos dez componentes das PBCI entre 2015 e 2020, o aumento do consumo de SABA em 148% e o aumento de formações para todos os grupos profissionais. Considerando os 5 momentos, comparando 2015 com 2020, ocorreu uma elevada taxa de cumprimento: 76,2% antes/contacto com o utente, 83,6% após contacto com o utente, 89,6% antes/procedimento limpo/assético, 88,8% após contacto/ambiente do utente e 81,9% após o risco/exposição a fluidos corporais (DGS, 2021a).

### **2.1.2. Barreiras à adesão da higiene das mãos**

De acordo com a literatura, os obstáculos mais frequentes ao incumprimento das recomendações da higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde são: falta de

equipamentos e materiais acessíveis (lavatórios insuficientes ou de difícil acesso); atividades prioritárias; falta de tempo; agressividade dos produtos; rotina; esquecimento; irritação da pele; falta de conhecimentos; atitudes (falta de concordância, falta de autoeficácia, falta de expectativa de resultado); preferências individuais ou hábitos; rácios profissional/doente baixos; e, falta de evidência científica sobre a importância da higiene das mãos na prevenção da infeção hospitalar e a ausência de modelos positivos e de normas (Gould et al., 2017; Lotfinejad et al., 2021). Além das intervenções centradas no indivíduo, a interdependência de fatores individuais, ambientais e clima institucional são fatores que influenciam a adesão à HM (Tabela 2) (OMS, 2009).

**Tabela 2** - Fatores que influenciam a adesão à HM por parte dos profissionais de saúde (OMS, 2009).

<i>Fatores</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos</i>
<b>Materiais</b>	Falta de produtos e infraestruturas destinados a lavagem e higienização das mãos	-SABA -Lavatórios -Dispensadores localizados na proximidade dos pacientes.
<b>Sociais &amp; Comportamentais</b>	Dividem-se em intrapessoais e interpessoais	<b>Fatores intrapessoais:</b> nível educacional, conhecimentos, atitudes, natureza do comportamento, personalidade, emoções, cultura e religião <b>Fatores interpessoais:</b> a identidade social, preocupação com a opinião de terceiros e o papel na sociedade
<b>Institucionais</b>	Ligados a cultura de segurança da própria instituição, atividades de formação, motivação e responsabilização pelo controlo de infeções	-Feedback -Carga laboral -Reconhecimento e encorajamento na participação em programas de higiene das mãos -Falta de liderança administrativa traduzida em sanções; -Recompensa ou apoio -Falta de recomendações escritas.

## 2.2 USO DE LUVAS

Existe uma variedade de barreiras de proteção, utilizadas individualmente ou em combinação, para reduzir o risco de transmissão de microrganismos, para o utente e profissional de saúde. De todos os EPI, as luvas são o recurso de proteção mais vezes utilizado, contudo, frequentemente de forma incorreta. O UL é indicado como medida de isolamento de contacto, protegendo a pele das mãos de uma possível contaminação com matéria orgânica e microrganismos (Loveday et al., 2014).

Recomenda-se o UL em procedimentos nos quais se preveja o contacto direto entre materiais médicos potencialmente contaminados com a pele não íntegra, o sangue ou fluídos orgânicos, secreções, excreções, membranas, mucosas e outros. Devem ser

trocadas nos cuidados entre utentes e procedimentos diferentes, sempre que se passe de um local contaminado para um local limpo. Quando as luvas são utilizadas em conjunto com outros EPI devem ser as últimas a ser colocadas e as primeiras a ser retiradas assim que se termine o procedimento (DGS, 2014).

Existem vários tipos de luvas podendo ser esterilizadas, não esterilizadas e luvas não esterilizadas de limpeza. As luvas esterilizadas são recomendadas em procedimentos cirúrgicos e/ou procedimentos que requeiram assepsia. Em procedimentos de risco elevado devem ser utilizados dois pares de luvas, como por exemplo, procedimentos ortopédicos, urológicos e ginecológicos (Siegel et al., 2007). Deste modo, as luvas são indicadas para quando se prevê o contacto com sangue ou fluídos corporais, membranas mucosas, vias respiratórias, pele não íntegra e outros materiais (roupas do contacto) com os agentes infecciosos. Estas barreiras de proteção são também utilizadas no manuseamento de equipamentos utilizados na assistência ao doente e que estejam visivelmente ou potencialmente contaminados, assim como as superfícies do ambiente que o rodeia (Siegel et al., 2007). Por fim, as luvas não esterilizadas de limpeza são recomendadas para a limpeza do ambiente e/ou material, não havendo presença de sangue ou fluídos orgânicos.

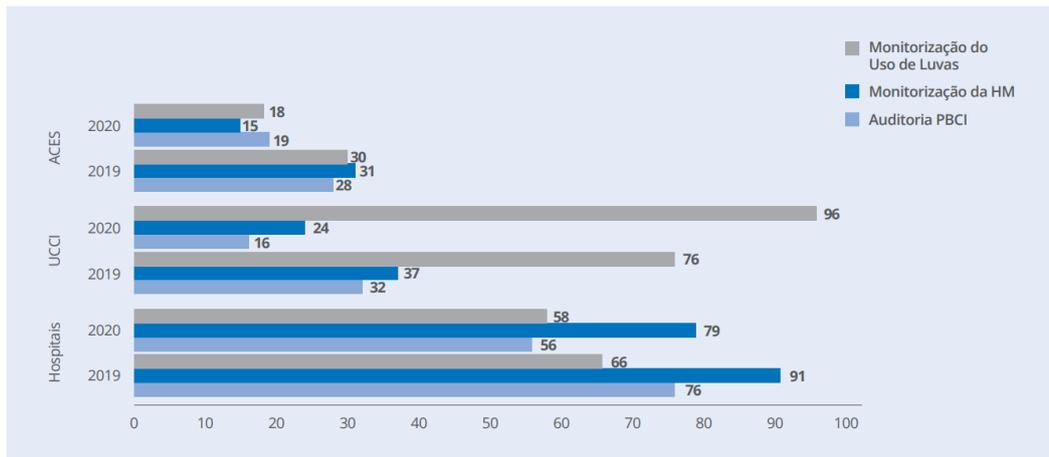
Existem ainda alguns procedimentos que não requerem o UL como a avaliação de sinais vitais, a administração de injetáveis via subcutânea ou intramuscular, o transporte de utentes (contacto direto com o utente) ou, ainda em procedimentos como a utilização de telefone, administração de medicação oral, realização de registos clínicos, entre outros (contacto indireto com o utente) (DGS 2015).

Segundo a mesma Norma, a avaliação do risco para decisão sobre o uso adequado e para seleção do tipo de luvas deve ser efetuada antes do procedimento a realizar. Esta norma inclui indicações clínicas e recomendação sobre o uso das luvas para a instituição e para o profissional de saúde, nomeadamente nos procedimentos a realizar antes da colocação das luvas e na substituição/mudança e remoção. Tendo em consideração a natureza da tarefa; a probabilidade de contacto com fluidos corporais; a necessidade (ou não) de isolamento de contacto; a necessidade de técnica asséptica: luvas esterilizadas/não esterilizadas; e ponderação de alergia ao latex (utente e profissional de saúde).

É de salientar que o UL não substitui a HM, podendo implicar a remoção das luvas para efetuar o procedimento. Se o UL impedir a HM no momento certo então representa um

fator de risco elevado para a transmissão cruzada de IACS e disseminação de microrganismos para o ambiente (Pina et al., 2010).

Segundo o módulo de monitorização do uso e gestão de luvas da DGS (DGS, 2021a), entre 2015 e 2020, verificou-se aumento global do cumprimento das práticas em 7,1%, bem como nos três padrões monitorizados: seleção/colocação (em 3,0%); uso/substituição (em 11,7%) e a remoção das luvas (em 10,9%) (Figura 6).



**Figura 6** - EM-PBCI: Informação complementar - Variação da adesão das Unidades de Saúde aos 3 Módulos da EM-PBCI por tipologias de cuidados de saúde, 2015-2020 (DGS, 2021a).

### 3. SEGURANÇA DO DOENTE

Abordar a problemática das IACS e as medidas preventivas, nomeadamente a HM e uso de luvas, que poderão contribuir para a sua prevenção ou redução, implica inerentemente falar em segurança da pessoa que necessita de cuidados de saúde.

A Segurança do doente (SD) é uma preocupação para a saúde pública, como tal, ao longo dos anos realizaram-se múltiplos esforços para se alcançar uma melhoria dos cuidados de saúde prestados no sentido de promover esta segurança (OMS, 2009a). A OMS, na resolução OMS 18 de maio de 2002, assume a SD como sendo um princípio fundamental de todos os sistemas de saúde, encorajando os países a promover uma melhoria dos cuidados de saúde e os seus sistemas de monitorização (OMS, 2002).

Em 2008/2009, a DGS através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) aderiu aos desafios mundiais da *World Alliance for Patient Safety* da OMS: o primeiro para a prevenção das infeções e das resistências aos antimicrobianos através da higiene das mãos e o segundo para a diminuição dos eventos adversos na prestação de cuidados cirúrgicos, através do programa “*Cirurgia Segura Salva Vidas*”, de acordo com a Norma nº 02/2013 (DGS, 2013c).

Em 2008/2010, a participação nacional no projeto *European Network for Patient Safety* (2010), uma rede de colaboração entre os 27 Estados-Membros da UE, organizações internacionais e partes interessadas (profissionais de saúde, doentes, instituições e investigadores) permitiu avanços nas áreas da cultura de segurança do doente, na educação e formação contínua, na emissão de recomendações sobre a segurança da medicação e na partilha de avanços ao nível de plataformas tecnológicas de incidentes da SD.

No ano de 2012, a DGS promoveu ainda, a tradução e publicação da “*Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*” da OMS, um documento de referência para a utilização de terminologia comum para a comunicação, a investigação e a aprendizagem com os incidentes de segurança (OMS, 2009b).

É importante, planejar estrategicamente e acompanhar a implementação do *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes* (PNSD) 2021-2026 para que se orientem ações, otimizem recursos e se possam potenciar ganhos em saúde, com especial realce na SD.

O atual PNSD 2021-2026, surge após uma análise e reflexão crítica independente, cujo acompanhamento de execução e avaliação dos resultados, contou com a colaboração de investigadores e colaboradores de instituições parceiras da DGS, como a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, através do Departamento de Administração em Enfermagem e Centro de Investigação e Desenvolvimento de Enfermagem e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.

Assim, no PNSD 2021-2026, foram definidos 5 pilares fundamentais para a promoção da segurança dos doentes:

- Cultura de segurança;
- Liderança e governança;
- Comunicação;
- Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente;
- Práticas seguras em ambientes seguros.

A cultura da segurança começa na liderança, onde os líderes reconhecem a área da saúde como um ambiente com elevado risco e procuram a união de todos os recursos humanos envolvidos. Mais uma vez é de salientar que o trabalho em equipa é fundamental, como tal, as relações devem ser abertas, seguras, respeitosas e flexíveis, devendo existir espírito de entreajuda entre toda a equipa de profissionais de saúde. A prática baseada nesta evidência pressupõe a padronização dos cuidados, utilização de protocolos, listas de verificação e normas, reduzindo as variações de práticas com o objetivo de alcançar os melhores cuidados possíveis (Sammer et al., 2010).

É uma realidade dos sistemas de saúde modernos, a ocorrência de incidentes de segurança, em cada momento da prestação de cuidados de saúde. Estes incidentes traduzem-se em riscos tanto para o profissional de saúde como para o utente, podendo um deles ser a ocorrência de IACS. A existência destes eventos, ou seja, a ocorrência de IACS são uma quebra da qualidade dos cuidados, sendo a SD considerada uma das prioridades de ação na melhoria contínua dos cuidados de saúde (DGS, 2011).

A SD traduz-se na redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (DGS, 2011; Eiras, 2011). O dano é um

prejuízo na estrutura ou na função do corpo e/ou qualquer efeito prejudicial que daí advinha. São considerados danos a doença, a lesão, o sofrimento, a incapacidade ou a morte. Um incidente que provoque danos é denominado como um evento adverso sendo sempre considerado como uma falha não intencional na realização de uma ação planeada (DGS, 2011; Eiras, 2011).

Tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com foco na segurança do doente, é fundamental a implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes (DGS, 2021b). A OMS e a Comissão Europeia recomendam aos Estados Membros o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente (eventos adversos) em cada instituição de saúde, incentivando à partilha e aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações/procedimentos de melhoria, numa cultura que não deve ser punitiva, de melhoria continua e essencialmente de proteção do notificador (OMS, 2009b). A aprendizagem é valorizada entre cada membro da equipa de cuidados de saúde, reconhecendo os erros e procurando oportunidades de melhoria. É importante reconhecer os erros não só como falha individual, mas também como falha do sistema criando um ambiente justo (Nieva & Sorra, 2003).

Tendo em consideração as orientações e recomendações internacionais, a DGS facultou em 2012, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), um sistema acessível aos profissionais de saúde e ao cidadão de comunicação e de gestão de incidentes e eventos adversos. Com a finalidade de melhorar o SNNIEA, a DGS em 2013, procedeu a alterações nesta plataforma, evoluindo para o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), como se apresenta na Norma nº 015/2014 de 25 de setembro do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA (DGS, 2013).

NOTIFICA é uma plataforma gratuita destinada à comunicação e gestão de incidentes de segurança dos utentes, ocorridos em unidades de cuidados de saúde do Sistema de Saúde Português (Sistema Nacional de Saúde), promovendo o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente neste Sistema. Tendo como finalidade aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente. Além disso, permite recolher informação relativa ao tipo de incidente com o objetivo de identificar as causas de incidentes ou eventos adversos na prestação de cuidados de saúde, para tomar

medidas corretivas sistémicas necessárias (estratégias de intervenção prioritárias), ao nível local e nacional, facilitando a aprendizagem com os erros, mantendo o carácter não punitivo e a confidencialidade do notificador. As instituições recebem informação sobre os incidentes identificados, analisam internamente e implementam as medidas necessárias. O notificador poder ser o profissional de saúde ou o utente (DGS, 2021b).

O enfermeiro, na sua prática clínica, rege-se por diversos referenciais teóricos e legais, sendo dotado de competências específicas quer enquanto enfermeiro de cuidados gerais quer enquanto enfermeiro gestor ou especialista. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o enfermeiro tem como competência exercer a sua prática profissional de acordo com quadros ético, deontológico e jurídico. Neste sentido, o enfermeiro deve abordar de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a privacidade, dignidade e segurança do utente e identificar práticas de risco adotando medidas apropriadas. No domínio da prestação e gestão de cuidados, compete ao enfermeiro promover um ambiente seguro. Para tal, o enfermeiro através da adoção de estratégias que garantam a qualidade e a gestão do risco, cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, recorrendo à implementação de procedimentos de controlo de infeção devendo registar e comunicar a quem competente, as preocupações relativas à segurança. No domínio do desenvolvimento profissional, é da competência do enfermeiro contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, devendo participar em programas de melhoria contínua da qualidade e procedimentos que garantam a mesma, como por exemplo recorrendo, quando necessário, à plataforma NOTIFICA (OE, 2011).

#### **4. GESTÃO EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E CONTROLO DE IACS**

A profissão de enfermagem providencia de forma preponderante uma resposta efetiva e eficaz às necessidades populacionais, para a qualidade dos cuidados e para a minimização dos custos associados (Amaral, 2012).

As competências, características dos profissionais de enfermagem, são determinantes para a qualidade e segurança da prestação de cuidados sendo reconhecido que os perfis de competências mais favoráveis estão associados a maior segurança dos cuidados de enfermagem. Neste sentido é crucial o envolvimento ativo dos profissionais de enfermagem em políticas e planos de gestão sendo os EG fulcrais a este nível devido à percepção global e capacidade de integração, decorrentes dos sistemas de informação, que permitem ajuizar a alocação de recursos (Pearce et al., 2018).

O profissional de saúde deve adotar medidas de prevenção e de controlo tendo em conta as especificidades de cada situação e conhecer as suas responsabilidades perante a prática clínica, adotando estratégias de defesa. Aproximadamente 30% das infeções são evitáveis, e o estado governamental bem como as administrações e as chefias têm o compromisso de fornecer condições para a prevenção aos serviços de saúde e aos seus profissionais (Parreira, 2005).

Neste sentido, e apesar da responsabilidade individual, é também responsabilidade dos órgãos de gestão assegurar o cumprimento das PBCI, identificar os recursos humanos e estruturais adequados a um programa de monitorização de IACS e, ainda aplicar os métodos apropriados para a sua prevenção (DGS, 2009).

O Código Deontológico inserido nos Estatutos da OE, no artigo 100º refere que os enfermeiros têm o dever de “defender e proteger a pessoa humana das práticas que contrariam a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (OE, 2015). Assim, tendo em conta que os enfermeiros são a classe profissional predominante nas instituições de saúde, a segurança do doente e as suas áreas específicas como a prevenção e controlo de infeção são uma área prioritária para investigação e análise. O enfermeiro assume um papel central na promoção da segurança do doente.

O Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, publicado em Diário da República n.º 48/2015 a 10 de março de 2015, define o perfil das competências do EG. As competências do domínio da gestão, presentes no artigo 5 do mesmo regulamento, englobam:

- a garantia de uma prática profissional e ética na equipa que lidera;
- a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- a gestão do serviço/unidade e da equipa otimizando as respostas às necessidades dos utentes em cuidados de saúde garantindo o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera;
- a prática profissional baseada na evidência (OE, 2015).

Em relação ao tema da prevenção e controlo de infeção, o Regulamento referido identifica como funções do EG a garantia dos meios para a elaboração e atualização das normas de boas práticas, a promoção da utilização e, ainda a utilização de instrumentos de avaliação que permitam as boas práticas de gestão nos serviços que lidera (OE, 2015).

O ambiente da prática é considerado um fator influenciador dos resultados obtidos pelos cuidados de enfermagem, e é definido por um conjunto de características organizacionais que podem ser facilitadoras ou constrangedoras para a prática dos enfermeiros. Assim, a promoção de ambientes favoráveis pode ser determinante para uma prestação de cuidados de excelência (Amaral & Ferreira, 2013; Lake, 2002).

Vários estudos têm demonstrado que a liderança, lembretes, disponibilização de materiais e equipamentos ou o rácio profissional/doente, são características organizacionais que têm grande influência na adesão PBCI (The Joint Commission, 2009).

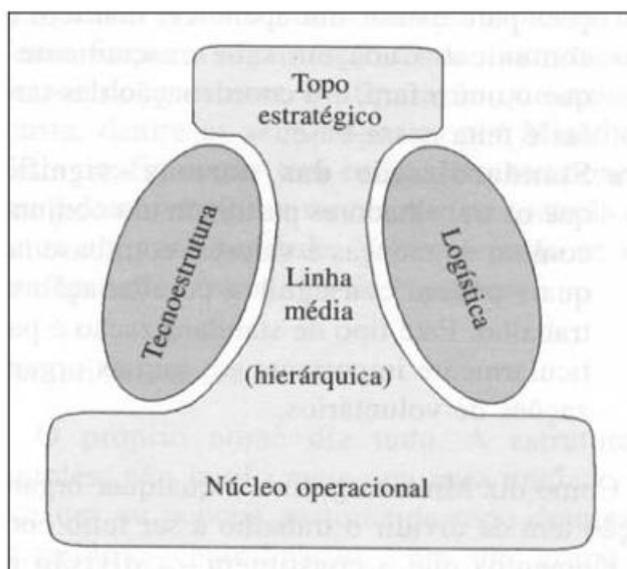
De uma forma geral, as organizações, para atingirem os objetivos propostos e serem competitivas, adotam uma estrutura de acordo com o ambiente de atuação e as características envolventes. Deste modo, as organizações que atuam no mesmo ambiente podem adotar as estruturas de outras organizações que demonstrem sucesso no mesmo ramo. Segundo Mintzberg (2010) cada organização apresenta seis elementos básicos que se figuram como forças em constante comunicação.

1. **Topo estratégico** no qual se inclui os gestores de topo (conselhos de administração e de gestão) que proporcionam a todos os colaboradores as ferramentas necessárias para que os objetivos sejam atingidos, isto é, assegura que

a organização cumpra a sua missão de modo eficaz e também que atenda às necessidades dos que a controlam (**Função: estratégias**).

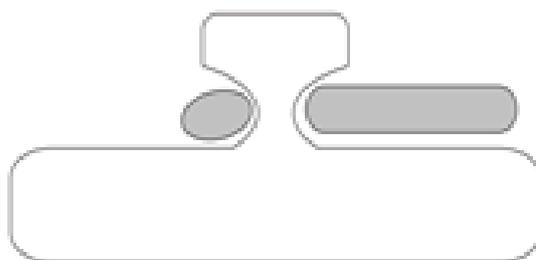
2. **Linha hierárquica (média)** constituída por gestores intermédios, diretores funcionais e operacionais, gestores de serviço com a função de interligar o topo estratégico com o núcleo operacional formando-se uma hierarquia (**Função: Coordenação**).
3. **Núcleo operacional** envolve todos os operadores que executam o trabalho básico diretamente relacionado à produção de bens/produtos e à prestação de serviços (**Função: Execução**).
4. **Tecnoestrutura** na qual se inserem os analistas, engenheiros, contabilistas, responsáveis pelo planeamento e organização de métodos, os quais trabalham no sentido de efetivar as formas de padronização da organização (**Função: Padronização**).
5. **Logística** engloba as pessoas com cargos de serviços jurídicos, relações-públicas e laboratoriais, investigação, entre outras, que dão apoio à organização sem se envolverem no trabalho operacional (**Função: Suporte**).
6. **Ideologia** relacionada com os valores, as crenças e as tradições que distinguem as diferentes organizações.

Estas cinco componentes resultam no desenho organizacional ilustrado na Figura 7, sendo que pode diferir de acordo com o tipo de organização. Ao longo dos anos, Mintzberg criou vários modelos organizacionais sendo que o desenho organizacional Burocracia Profissional é a configuração típica de hospitais, funcionando através das qualificações e competências dos profissionais de saúde que ali operam (Mintzberg, 2010).



**Figura 7** - Estrutura organizacional (Mintzberg, 2010).

Conforme pode ser visto na Figura 8, a Burocracia Profissional apresenta uma estrutura achatada, linha intermédia estreita e uma assessoria de apoio plenamente elaborada, ou seja, coloca a autoridade de competência que se baseia no profissionalismo na base, ocorrendo a padronização das qualificações dos intervenientes (Mintzberg, 2010). A estrutura tende a ser mais descentralizada na horizontal que na vertical, originando uma maior autonomia individual.



**Figura 8** – Burocracia profissional (Mintzberg, 2010).

O principal mecanismo de coordenação desta configuração estrutural é a standardização das competências, visto que se caracteriza e resulta das qualificações dos seus profissionais que exercem tarefas especializadas onde estes atuam autonomamente, possibilitando, pela lógica, eficiente desempenho das suas tarefas. Este tipo de organização surge com o objetivo de valorizar os profissionais altamente qualificados e especializados, dando ênfase à padronização das qualificações intervenientes e não à padronização dos processos de trabalho. Como o nome indica, este tipo de estrutura -

burocrática - apresenta elevada formalização interna, com regulamentos e regras a cumprir (Mintzberg, 2010). Neste tipo de estrutura as organizações configuram-se por unidades semiautónomas que se acoplam mediante uma estrutura administrativa comum. A principal vantagem é o elevado desempenho em tarefas especializadas devido à existência de profissionais competentes e qualificados. Contudo, poderão surgir conflitos entre as várias unidades/serviços, fruto da liderança por diferentes profissionais, figurando-se uma desvantagem para este tipo de estrutura (Mintzberg, 2010). Tendo em consideração as chefias operacionais de enfermagem, anos mais tarde, o mesmo autor defendeu uma gestão cuidada, como se processo de gestão fosse uma extensão natural do processo de cuidar, adotando uma posição de proximidade, interativa e envolvimento com o processo de cuidados de saúde. Trata-se essencialmente de uma transferência do papel de cuidar na intervenção clínica para o exercício da liderança numa lógica de cuidado individualizado dirigido não à pessoa doente, mas sim ao enfermeiro colaborador (Mintzberg, 2010). Esta imagem de líder cuidador é também defendida por Hesbeen (2001) ao considerar que a chefia de enfermagem que age na perspetiva do cuidar privilegia o “...cuidar do pessoal, de o ajudar para que este possa, por seu lado, cuidar das pessoas que lhe são confiadas” (p.112).

Com o passar dos anos, a imagem das chefias de enfermagem também sofreu transformações passando de uma figura autoritária que garante a ordem nas enfermarias e a disciplina dos que prestavam cuidados de saúde para a imagem dum profissional com responsabilidades e competências cada vez mais alargadas nas organizações e sistemas de saúde (Potra, 2015). Segundo Oulton (2006), a missão da moderna gestão em enfermagem é assegurar que os contextos onde se prestam cuidados de saúde respondam às necessidades dos prestadores de cuidados e das pessoas doentes.

A diminuição de eventos adversos, principalmente IACS tem sido ligada à liderança em enfermagem e conseqüentemente à melhoria da qualidade de cuidados (Ducharme et al., 2017). A HM por parte dos profissionais figura-se a medida mais eficiente, simples e económica para a prevenção de IACS (OMS, 2009), pelo que a liderança é considerada um dos pilares do PNSD 2021-2026. A liderança influencia também o clima organizacional que pode figurar-se como uma barreira à HM.

Por sua vez, a forma como o líder gere o serviço, quer em termos ambientais, humanos ou técnicos condiciona a qualidade dos cuidados prestados (Nunes & Gaspar, 2017). Em concordância, Grayson et al., (2018), realizaram uma investigação num hospital pediátrico

na qual se verificou que HM, nas situações observadas e registadas, foi realizada apenas em 40% das mesmas, surgindo a hipótese e que esta atitude possa ser influenciada pelo conhecimento, atitudes, crenças e ambiente.

## 5. MATERIAIS E MÉTODOS

A realização de uma investigação científica tem como ponto de partida uma situação considerada problemática, o que pressupõe dar resposta a questões que merecem ser investigadas, permitindo dar cumprimento aos objetivos da investigação e levando à aquisição de novos conhecimentos. A investigação deve ser objetiva, mensurável, racional e sistemática. Tendo por base a problemática em estudo, é imperativo determinar os métodos a utilizar para a colheita e análise dos dados (Fortin, 2009).

### 5.1 JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Conforme mencionado ao longo do enquadramento teórico, as IACS são consideradas um problema de saúde pública com consequências adversas para os utentes, família, sociedade, profissionais de saúde e sistema de saúde. Entre as diversas consequências negativas, são apontadas: o aumento da morbimortalidade e os custos de saúde associados com o acréscimo dos dias de internamento.

A adesão à HM e o UL, têm vindo a apresentar resultados favoráveis, contudo, continua a necessitar de investimento, pelo impacte que poderá ter na ocorrência de IACS. Por outro lado, o conhecimento disponível sobre o papel das chefias operacionais de enfermagem como gestores de cuidados é relativamente limitado, relativamente à gestão de práticas relacionadas com a HM e UL, existindo na literatura, pouca informação relativa a este domínio particular.

Com base na problemática em estudo, formulou-se a seguinte questão de investigação:  
*Que gestão de práticas de enfermagem, relativamente à HM e UL, é efetuada em unidades de cuidados de oncologia de uma Instituição de saúde?*

### 5.2 OBJETIVOS E TIPO DE ESTUDO

Tendo em consideração a problemática antes apresentada e a importância que os enfermeiros de gestão operacional poderão ter neste âmbito nas organizações de saúde, pretende-se perceber a forma como os enfermeiros com funções de gestão a nível operacional, efetuam a gestão das práticas dos enfermeiros relacionadas com a HM e UL. Também será importante, conhecer a perceção dos enfermeiros das equipas, sobre os

obstáculos que identificam relativamente à HM na instituição de saúde enquanto prestam cuidado.

Assim, definiram-se como principais objetivos:

- Identificar barreiras à HM, percecionadas pelos enfermeiros;
- Identificar práticas dos enfermeiros relativamente ao UL;
- Conhecer estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores para promover a adesão à HM e UL.

No sentido de responder à questão de investigação formulada e alcançar os objetivos propostos, enveredou-se pela realização de um estudo com características mistas (metodologia quantitativa e qualitativa). Relativamente à vertente de investigação quantitativa, o estudo define-se como observacional, não experimental, de análise descritiva e com corte transversal em duas unidades de cuidados de oncologia, numa Instituição de Saúde da Região Centro de Portugal. De acordo com Fortin (2009), utiliza-se um estudo observacional quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre o assunto definido, adequando-se assim ao estudo em questão uma vez que não existe reduzida informação sobre a temática. Pelo facto do presente estudo ser do tipo observacional, não é indicado mencionar hipóteses de investigação.

O estudo é: i) *quantitativo* porque é focado nos resultados e na sua generalização, independentemente do contexto histórico e social; ii) *transversal* na medida que a colheita de dados foi realizada num único momento por um período delimitado; e iii) *descritivo* porque visa obter novos conhecimentos, quer sejam sobre as características de uma população, quer sejam sobre as propriedades e relações existentes na temática em estudo (Fortin, 2009). Assim, a vertente da presente investigação dentro do paradigma quantitativo, tem por base a resposta dos enfermeiros aos questionários aplicados. Outra vertente da investigação, centra-se na experiência das chefias operacionais de enfermagem, inserindo-se numa linha de investigação qualitativa. Na metodologia qualitativa considerou-se o uso da entrevista como a técnica mais apropriada para recolher os dados com vista a identificar as estratégias utilizadas pelos EG na gestão e implementação das boas práticas relacionadas com a HM e UL nos cuidados de saúde. De acordo com o autor Amado (2014), trata-se de uma técnica particularmente útil quando se pretende obter dados sobre as crenças, as opiniões e as ideias dos participantes, permitindo “*ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia como os sujeitos*

*interpretam aspetos do mundo*” (p. 134). Considerou-se como recurso adequado a entrevista semiestruturada dado ser aconselhada em situações em que se pretende aprofundar um determinado domínio, ou verificar a evolução de um domínio já conhecido (Sá et al., 2021).

### 5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Enquanto Fortin (2009) definiu o termo “população” como um conjunto de indivíduos que possuem características comuns, o autor Ribeiro (2008) caracterizou o termo “amostra” como um subgrupo da população selecionada que permite obter informações relativas às características dessa população. Por sua vez, autores como Hulley et al. (2007) defendem que a definição de critérios de inclusão e exclusão tem como objetivo comum identificar uma população na qual seja factível, ético e relevante desenvolver o estudo. Tendo em conta todas estas teorias, inicialmente, selecionamos os serviços onde o estudo deveria ser realizado, bem como os critérios de inclusão e exclusão da população-alvo.

No que se refere à “população” em estudo delineou-se a inclusão de enfermeiros a exercer funções na prática clínica, prestando cuidados de saúde diretos aos utentes em duas unidades de cuidados de oncologia médica, numa Instituição de Saúde da Região Centro de Portugal, ou seja, a população são todos os enfermeiros das unidades de cuidados selecionadas. Por outro lado, foram excluídos do estudo, os profissionais de saúde das restantes áreas, enfermeiros ausentes de serviço por motivos pessoais, gestão horária como férias, baixa médica, licenças de maternidade/paternidade ou dispensas contratuais, os estudantes de enfermagem a realizar ensino clínico nos referidos serviços e os enfermeiros que manifestaram desejo de não participar no estudo depois de formalmente esclarecidos sobre o seu âmbito.

Por sua vez, a “amostra” é constituída pelos elementos que estiveram presentes nos seus serviços durante o período disponível para a colheita de dados na unidade hospitalar (entre janeiro e abril de 2021), que cumpriam os critérios definidos e demonstraram disponibilidade e consentimento para participar no estudo, respondendo voluntariamente aos questionários distribuídos. O processo de amostragem foi não probabilístico, de carácter acidental, visto que os participantes foram incluídos de modo consecutivo, ou seja, foi o local e o momento que definiram a escolha dos inqueridos (Fortin, 2009). Assim sendo, trata-se de uma amostra não aleatória por conveniência. No total,

obtiveram-se 34 participantes que preencheram os questionários, dos quais foi necessário excluir um, por se encontrar mal preenchido.

#### 5.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Considerando a metodologia mista, utilizada na realização deste estudo, na vertente quantitativa foi utilizado um questionário, que foi aplicado aos enfermeiros das duas unidades de cuidados que aceitaram participar no estudo. Para a realização de entrevistas semiestruturadas aos EG, foi construído um Guião de Entrevista, sustentado na evidência científica sobre a temática, como se apresenta abaixo.

Segundo Fortin (2009, p.380) “para recolher os dados, o investigador pode utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário, com vista a responder as suas necessidades particulares”.

O “questionário é o instrumento de colheita de dados mais adequado em estudos descritivos, exigindo dos participantes respostas escritas a um conjunto de questões” com o objetivo de “recolher informação factual sobre acontecimentos, sentimentos e opiniões” (Fortin, 2009). Assim, para a vertente quantitativa, os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário individual, constituído por três partes distintas (APÊNDICE I - Questionário):

#### QUESTIONÁRIO

##### • *Parte I - Questionário “Avaliação das barreiras à adesão à higiene das mãos (BAHM)”*

O questionário “Avaliação das barreiras à adesão à higiene das mãos (BAHM)” desenvolvido por Piseiro (2012) é constituído por 31 itens de resposta alternativa do tipo *Likert*, que varia entre 1, para a resposta “Discordo completamente” e 6, para a resposta “Concordo completamente”. Quanto mais alta a pontuação atribuída, maior a perceção de barreira atribuída ao item. Os 31 itens estão agrupados em 5 dimensões segundo os tipos de barreiras: Dimensão 1 – “Materiais & Equipamentos” (itens 1, 2, 3, 4 e 5); Dimensão 2 – “Formação & Treino” (itens 6, 7, 8, 9, 16 e 31); Dimensão 3 - “Avaliação & Feedback” (itens 10, 11, 12, 13, 14, 15, 24 e 25); Dimensão 4 – “Liderança & Alertas Formais” (itens 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23); e, por fim, Dimensão 5 – “Clima Organizacional” (itens 26, 27, 28, 29 e 30).

- **Parte II - Questionário “Práticas de uso de luvas”**

O questionário “Práticas de uso de luvas” avalia a percepção dos profissionais sobre o UL na prestação de cuidados de saúde) foi elaborado durante a presente investigação, com base na norma 013/2014 da DGS. É constituído por um conjunto de 24 itens com cinco respostas alternativas, sob a forma de escala de *Likert*, que varia entre 1 “Nunca”, e 5 “Sempre”.

- **Parte III - Caracterização sociodemográfica da amostra**

A última parte do Instrumento de Recolha de Dados, tem como finalidade caracterizar a amostra ao nível sócio demográfico e profissional: idade, género, habilitações académicas, habilitações profissionais, tempo de exercício profissional e no serviço. Nesta parte constam ainda duas questões referentes à realização de formação específica no âmbito da utilização dos EPI's (Formação a nível da prevenção e controlo de IACS):HM e UL.

#### **GUIÃO DE ENTREVISTA AO EG**

Para a recolha da percepção do EG, sobre as estratégias utilizadas para promover a adesão à HM e UL, recorreu-se à entrevista semiestruturada, pois a mesma permite seguir o fluxo livre de ideias dos entrevistados, introduzir novas questões na temática abordada ou aprofundar outras consideradas mais pertinentes em que a investigação qualitativa é um processo de condução da investigação na qual se reflete o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado (Amado, 2014). A realização das entrevistas aos EG obedeceu ao Guião de Entrevista (APÊNDICE II), construído para o efeito com base na evidência científica sobre a temática. Num primeiro momento foram efetuadas questões para caracterização do entrevistado, nomeadamente idade, anos de exercício profissional, anos na categoria, anos na chefia do serviço e formação académica e profissional. Posteriormente foram colocadas questões com o objetivo de identificar estratégias utilizadas pelos EG como gestor de cuidados relativamente à HM e UL dos enfermeiros da equipa.

#### **5.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS**

De acordo com os autores, Ribeiro (2008) e Hulley et al. (2007), a realização de uma investigação deve-se reger por um código de ética que garanta a proteção dos princípios éticos alicerçados no respeito pela dignidade humana, equidade e justiça.

A elaboração dos questionários, foi precedida de um pedido de autorização aos autores da escala BAHM para utilização da mesma (Anexo I).

Para assegurar o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, a investigadora elaborou uma carta de apresentação, clara e sucinta, com informações sobre a autoria da investigação, temática e a finalidade da investigação, informações a serem recolhidas, as unidade de cuidados onde a investigação foi desenvolvida, a natureza voluntária do consentimento, riscos e benefícios de participação, proteção do anonimato e confidencialidade, o pedido de colaboração voluntaria para o mesmo, entre outros. Este documento foi submetido a apreciação pela Comissão de Ética e ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição de Saúde da Região Centro de Portugal em estudo para a realização do estudo, tendo sido obtido parecer favorável para a realização da investigação (Anexo II e Anexo III) salvaguardando o anonimato e possibilitando o acesso aos resultados. Posteriormente, procedeu-se às autorizações de pedido de aplicação para o instrumento de colheita de dados aos enfermeiros chefes, assim como a cada Diretor clínico responsável pelos serviços com o intuito de esclarecer os objetivos da investigação. Após a obtenção das autorizações, passamos a fase de aplicação dos questionários nos dois serviços da Instituição de Saúde da Região Centro de Portugal em estudo. Considerou-se o preenchimento voluntario dos questionários por parte dos inquiridos, o equivalente ao seu consentimento informado para utilização dos dados (Apêndice III). Foi garantido que os dados colhidos seriam utilizados com fins exclusivamente académicos.

O questionário foi preenchido e recolhido de forma anonima garantindo o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais. Diversas cópias do questionário foram disponibilizadas em cada serviço, dentro de envelopes, de forma a evitar o extravio. Na entrega dos questionários foi esclarecido junto aos responsáveis de serviço presentes ou substitutos, os objetivos do estudo e o modo de preenchimento. Foi realçado o critério de anonimato do instrumento, mencionando o facto de ser completado separadamente do questionário, um consentimento informado, como também não ser identificados em nenhuma parte do questionário os participantes. Além disso o consentimento informado permite a formalização da participação voluntária do inquirido com a sua assinatura e a confidencialidade dos dados. A nota explicativa do instrumento de dados destaca além da confidencialidade dos dados e a solicitação da participação voluntaria, menciona a disponibilidade para esclarecimento de dúvidas. De igual modo,

respeitante aos enfermeiros participantes, de forma a cumprir os pressupostos éticos de anonimato e confidencialidade, foi aplicado nos instrumentos de colheita de dados, de cada participante, um mesmo código alfanumérico.

Após a recolha dos envelopes na sua totalidade, os questionários preenchidos foram colocados juntos para análise sem referência da sua proveniência. Salienta-se, ainda, que o Consentimento foi recolhido separadamente do Instrumento de Recolha de dados para não ser possível a identificação da pessoa, de forma a garantir o anonimato e confidencialidade expressos na carta de apresentação ao questionário.

No que concerne às entrevistas realizadas aos EG, também foram garantidos os pressupostos acima descrito relativamente à confidencialidade.

## 5.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Relativamente à vertente quantitativa do estudo, a análise dos resultados incide na descrição dos factos decorrentes da análise estatística dos dados (Fortin, 2009). Inicialmente, realizou-se uma fase de pré-tratamento estatístico, onde os questionários corretamente preenchidos foram numerados e a sua validade para inclusão no estudo foi averiguada. Por sua vez, os questionários cujo preenchimento era incorreto, foram eliminados da amostra. Posto isto, os dados recolhidos dos questionários validados foram introduzidos numa base de dados, criada para o efeito e, seguidamente analisados, de forma a organizar os dados colhidos e transformá-los em informação. A análise estatística foi realizada com o recurso à aplicação IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) *Statistics* versão 21.

Para o tratamento estatístico dos dados foram aplicados os procedimentos da estatística descritiva, nomeadamente medidas de dispersão (distribuição de frequências percentuais (%) e absolutas ( $n$ )), medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão). Uma vez que se trata de questionários compostos por vários itens com o objetivo de medir características diferentes de um mesmo conceito, é de máxima importância avaliar a sua fiabilidade e validade. Segundo Fortin (2009), a fidelidade corresponde à precisão e constância das medidas obtidas através de um instrumento de colheita de dados, ou seja, a capacidade de obter resultados semelhantes de cada vez que se aplica a escala de *Likert*.

No que diz respeito às entrevistas, inicialmente procedeu-se à transcrição integral das

mesmas. Cada entrevista foi identificada com o código EG seguida de um número tendo à primeira sido atribuído o número 1 e à segunda o número 2. Após todas as transcrições estarem concluídas, procedeu-se à organização e sistematização dos dados. Segundo o autor Amado (2014), a análise de conteúdo “*permite a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação*” (p.53). Esta metodologia de análise de dados é tida como a mais adequada para aceder e aumentar o potencial da descoberta da realidade subjacente aos dados recolhidos (Bardin, 2009).

A análise das entrevistas foi submetida a três fases ou etapas cronológicas propostas por Bardin (2009) para a análise de conteúdo: pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, incluindo a inferência e a interpretação. Assim, as entrevistas foram numa primeira fase, e após a realização de leituras flutuantes no plano vertical, submetidas a uma primeira análise que permitiu a inventariação dos temas relevantes do conjunto. Inicialmente, as duas entrevistas foram codificadas como EG1 ou EG2. As primeiras leituras das entrevistas permitiram a elaboração de um esboço preliminar das categorias, a partir do tema incluído no guião e do discurso dos participantes. Foi este esboço preliminar, que deu origem à análise do corpo documental e por onde se iniciou a sistematização da informação. É importante salientar que se teve sempre presente o conjunto global da entrevista, no sentido de respeitar o contexto em que foram proferidas as afirmações. Após esta exploração, fez-se a sua organização segundo reagrupamentos analógicos, de acordo com as categorias construídas indutivamente. As categorias definidas resultaram de um trabalho interpretativo, onde teve influência o quadro teórico de referência, as questões das entrevistas e ainda o objetivo que presidiu à investigação. De forma a melhor explicitar todo o sentido das categorias foram elaborados conjuntos de subcategorias constituídas por indicadores que explicitam as características da comunicação a abranger nessa mesma subcategoria e onde se integram os segmentos de texto que foram interpretados.

## 6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Em função do carácter misto do presente estudo, pretende-se inicialmente fazer uma apresentação dos resultados obtidos, decorrentes da aplicação dos dois questionários (“*Avaliação das barreiras à adesão à higiene das mãos (BAHM)*” e “*Práticas de uso de luvas*”) aos enfermeiros (vertente quantitativa) e, posteriormente, fazer uma apresentação dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas aos EGs (vertente qualitativa). Inicia-se pela caracterização sociodemográfica da amostra.

### 6.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Acederam participar voluntariamente no estudo, 34 enfermeiros de duas unidades de cuidados, que cumpriam os critérios de inclusão no estudo, contudo, apenas foram analisados os dados sócio demográficos respeitantes a 33 enfermeiros, uma vez que um questionário não se encontrava corretamente preenchido. Também dos 33 questionários, 3 enfermeiros tinham resposta omissa na questão “Tempo de exercício profissional no serviço”.

A amostra é constituída por 27 elementos (81,82%) pertencentes ao género feminino e 6 elementos (8,18%) do género masculino, conforme ilustrado na Tabela 3.

No que diz respeito à idade, como se pode observar na Tabela 3, a amostra é constituída por enfermeiros com uma média de idade de 41 anos e 4 meses e um desvio padrão de 8 anos e 9 meses. Os dados sociodemográficos apresentados indicam que a idade mínima é de 27 anos e a máxima de 62 anos. A distribuição dos enfermeiros participantes segundo a idade indica que quase metade da amostra (48,485%) apresenta idade entre os 35 e os 45 anos (Tabela 3).

No que se refere às habilitações académicas e profissionais, a população em estudo é na sua totalidade detentora de um curso superior, 100% é licenciada em Enfermagem, sendo que 3 enfermeiros são detentores do grau de Mestre (9,09%), 6 enfermeiros têm Cursos de Especialização (18,18%). As áreas de especialização são em: Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (n=1), Enfermagem de Reabilitação (n=2), Enfermagem Médico-Cirúrgica (n=1), Enfermagem Saúde Comunitária e de Saúde Pública (n=1), e Enfermagem em Gestão de Unidades de cuidados (n=1). Adicionalmente, 15,15% dos

enfermeiros são pós-graduados em: Urgência e Emergência (n=2), Cidadania, Intervenção e Violência (n=1), Tratamento de feridas (n=1), e Economia e Gestão das organizações de saúde (n=1).

Quanto à distribuição da população em estudo no que se refere ao tempo de exercício profissional, constata-se pela análise das respostas que os enfermeiros participantes (n=33) apresentam uma média de 18 anos e 4 meses com um desvio padrão de 8 anos e 5 meses e um mínimo de 6 anos e máximo de 38 anos e 6 meses. Relativamente ao tempo de exercício profissional nos serviços, apenas 30 respondentes o assinalaram. Verifica-se que há profissionais com um tempo de serviço inferior a 1 ano (5 meses) até enfermeiros com um tempo de serviço de 32 anos, sendo a média 11 anos e 7 meses com um desvio padrão de 8 anos e 4 meses (Tabela 3).

Relativamente às questões presentes no instrumento de recolha de dados, quanto à formação realizada sobre HM e UL pelos enfermeiros da equipa, 96,97% dos respondentes afirma ter recebido a formação no âmbito da HM e apenas uma enfermeira respondeu não ter formação nessa temática (3,03%). Por sua vez, nota-se uma menor adesão à formação sobre o UL, pois apenas 60,61% dos enfermeiros inqueridos afirma ter recebido formação específica no âmbito do UL e 39,39% afirma não ter tido formação sobre temática (Tabela 3).

**Tabela 3** – Caracterização sociodemográfica da amostra (n=33).

Variáveis	N	%	Média	Desvio Padrão	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
<b>Gênero</b>								
Masculino	6	18,18						
Feminino	27	81,82						
Total	33	100,00						
<b>Idade por classes</b>								
25-35	8	24,24						
36-45	16	48,49						
46-55	6	18,18	41 anos e 4 meses	8 anos e 9 meses	38 anos	36 anos	27 anos	62 anos
56-65	3	9,09						
Total	33	100,00						
<b>Habilitações acadêmicas e profissionais</b>								
Licenciatura	33	100,00						
Outras Habilitações Acadêmicas e Profissionais	14	42,42						
<b>Tempo de exercício profissional (anos e meses)</b>								
0-11 anos	5	15,15	18 anos e 4 meses	8 anos e 5 meses	15 anos e 7 meses	13 anos e 7 meses	6 anos	38 anos e 6 meses
11-16anos	14	42,42						

16-26 anos	8	24,24						
26-40 anos	6	18,18						
<b>Tempo de exercício profissional no serviço (anos e meses)</b>								
0-2 anos	6	20,00						
2-12 anos	8	26,67	11 anos e 7 meses	8 anos e 4 meses	12 anos e 1 mês	12 anos e 1 mês	5 meses	32 anos
12-19 anos	12	40,00						
19-40 anos	4	13,33						
Total								
<b>Formação específica</b>								
Higiene das mãos	32	96,97						
Uso de luvas	20	60,61						
Total								

## 6.2 BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

No que se refere à realidade vivenciada pelos enfermeiros inqueridos, relativamente à prevenção e controlo de IACS nos seus serviços de saúde, foi aplicada a escala: “*Avaliação das barreiras à adesão à higiene das mãos (BAHM)*”. Os 31 itens foram agrupados em 5 dimensões: “*Materiais & Equipamentos*”; “*Formação & Treino*”; “*Avaliação & Feedback*”; “*Liderança & Alertas Formais*”; e, por fim, “*Clima Organizacional*”, conforme definido pelo autor do instrumento. A escala de resposta tipo *Likert* varia entre 1 “Discordo completamente” e 6 “Concordo completamente” (Pisoeiro, 2012).

Relativamente à fiabilidade, foi realizado o cálculo da consistência interna, através do coeficiente *alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ). Este coeficiente permite determinar a homogeneidade dos enunciados quando respondidos segundo essa escala. Na escala original o autor encontrou o  $\alpha$  para o total dos itens de 0,89. No presente estudo os valores de *alfa de Cronbach* para a totalidade dos itens é de 0,92. Estes valores indicam uma boa consistência interna global, de acordo com Fortin (2009) e Hill and Hill (2000).

A Tabela 4 permite verificar em detalhe as médias de cada um dos itens constituintes de cada dimensão, assim como, a fiabilidade avaliada através dos coeficientes de consistência interna (valor de *alfa de Cronbach* se item removido) do Questionário de “*Avaliação das barreiras à adesão à higiene das mãos (BAHM)*” ( $n = 31$ ).

Relativamente ao  $\alpha$  obtido em cada dimensão a maioria é superior à escala original:

- Dimensão 1 - Materiais & Equipamento  $\alpha = 0,85$  (Escala original  $\alpha = 0,78$ )
- Dimensão 2 - Formação & Treino  $\alpha = 0,57$  (Escala original  $\alpha = 0,72$ )
- Dimensão 3 - Avaliação & Feedback  $\alpha = 0,86$  (Escala original  $\alpha = 0,87$ )
- Dimensão 4 - Liderança & Alertas Formais  $\alpha = 0,77$  (Escala original  $\alpha = 0,76$ )
- Dimensão 5 - Clima Organizacional  $\alpha = 0,91$  (Escala original  $\alpha = 0,89$ )

Constatamos que relativamente à dimensão “*Formação & Treino*” o  $\alpha$  é inferior ao que está preconizado, valor de *alfa de Cronbach* ( $0 < \alpha < 1$ ) segundo Fortin (2009), contudo, mantiveram-se os 31 itens pelo facto de termos apenas 34 respostas aos questionários. A dimensão “*Clima Organizacional*” é a que apresenta maior correlação com o total da escala.

**Tabela 4** - Estatísticas de homogeneidade dos itens (média e desvio padrão) e coeficientes de consistência interna (Valor de alfa de *Cronbach* se item removido) do Questionário de “Avaliação das barreiras à adesão à higiene das mãos (BAHM)” (n = 31).

Dimensões	Itens	Média	Desvio padrão	Correlação de item total corrigida	$\alpha$ se item removido
<b>Materiais &amp; Equipamentos</b>	1 A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	2,40	1,63	0,73	0,92
	2 A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	2,40	1,56	0,68	0,92
	3 Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	2,13	1,10	0,48	0,92
	4 Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	2,80	1,71	0,62	0,92
	5 Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	1,50	0,73	0,28	0,93
<b>Formação &amp; Treino</b>	6 Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	1,36	0,49	0,33	0,93
	7 Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	1,66	1,18	0,71	0,92
	8 Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	1,30	0,53	0,46	0,93
	9 O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	1,23	0,77	0,71	0,92
	16 Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	1,96	1,18	0,72	0,92
31 Não quero higienizar as mãos.	1,20	0,40	0,17	0,92	
<b>Avaliação &amp; Feedback</b>	10 Não existem auditorias/observações periódicas.	2,23	1,38	0,70	0,92
	11 Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos.	2,66	1,70	0,62	0,92

	12	Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.	2,93	1,72	0,75	0,92
	13	Não é transmitida informação sobre a taxa de infeção nosocomial dos serviços e da instituição.	3,00	1,50	0,54	0,92
	14	Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	3,43	1,45	0,59	0,92
	15	Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	3,26	1,48	0,62	0,92
	24	Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infeção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	1,76	1,00	0,36	0,93
	25	Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da infeção, no incentivo para a higiene das mãos.	2,30	1,14	0,60	0,92
	17	Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	2,13	1,27	0,53	0,92
	18	Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	3,43	1,52	0,24	0,93
<b>Liderança &amp; Alertas Formais</b>	19	As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	1,76	1,04	0,63	0,92
	20	O órgão de gestão não participa ativamente na promoção da higiene das mãos.	2,30	1,26	0,73	0,92
	21	As chefias intermédias não participam ativamente na promoção da higiene das mãos.	2,36	1,29	0,64	0,92
	22	Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	4,26	1,50	0,80	0,93
	23	Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	4,53	1,16	0,25	0,92
<b>Clima Organizacional</b>	26	Estou desmotivado no meu local de trabalho.	2,26	1,22	0,29	0,93
	27	Estou muito ocupado com outros cuidados.	2,26	1,17	0,29	0,93

28	Tenho muitas outras coisas para fazer.	2,50	1,19	0,28	0,93
29	Não tenho tempo disponível.	2,33	1,18	0,60	0,92
30	Existem sempre outras prioridades.	1,20	1,07	0,52	0,92

#### Estadística de item de resumo

	<b>Média</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Intervalo</b>	<b>Máximo/Mínimo</b>	<b>Variância</b>	<b>N de itens</b>
Médias de item	2,38	1,20	4,53	3,33	3,77	0,65	31
Variâncias de item	1,59	0,16	2,96	2,79	17,88	0,61	31

#### Estadística de escala

<b>Média</b>	<b>Variância</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>N de itens</b>
73,86	462,39	21,50	31

Quanto ao tipo de barreiras à HM mais identificadas pelos enfermeiros são as relacionadas com a dimensão “*Liderança & Alertas Formais*” com uma média de 3,00, seguido das dimensões “*Avaliação & Feedback*” (2,65), “*Clima Organizacional*” (2,32), “*Materiais & Equipamentos*” (2,24), e “*Formação & Treino*” (1,43), sendo que esta última dimensão, parece também reunir a maior concordância entre os participantes uma vez que apresenta o desvio padrão mais baixo.

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

<b>Dimensões</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<i>Avaliação &amp; Feedback</i>	33	1,00	5,38	2,65	1,02
<i>Clima Organizacional</i>	32	1,00	5,20	2,31	1,01
<i>Liderança &amp; Alertas Formais</i>	33	1,43	6,00	3,00	,86
<i>Materiais &amp; Equipamentos</i>	34	1,00	4,40	2,23	1,10
<i>Formação &amp; Treino</i>	33	1,00	2,83	1,43	0,45

A dimensão “*Liderança & Alertas Formais*” foi a mais indicada como obstáculo às boas práticas da HM. Nesta dimensão os enfermeiros atribuíram grande importância aos seguintes itens “*Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.*” (70,60%), “*Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.*” (76,40%) como fatores que dificultam a sua adesão às boas práticas de higiene das mãos (Tabela 6). Em termos de meios promocionais e informativos, 82,40% dos enfermeiros referem que a existência de cartazes não técnicos e lembretes afixados no serviço/instituição é adequada. Adicionalmente, 50,50% dos inqueridos afirma que a distribuição de material de divulgação (canetas, panfletos, crachás, calendários, marcadores de livros...) com recomendações sobre HM em locais da unidade é adequada, valores que contrastam com a realidade nacional situada nos 94,40% das unidades de saúde (DGS, 2016).

Na dimensão “*Avaliação & Feedback*” destacam os itens “*Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.*” (55,90%), “*Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos*” (44,10%) e “*Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.*” (35,30%) (Tabela 6). Quando questionados sobre a existência de um profissional de referência no seu serviço no âmbito

da prevenção e controlo de infeções (*“Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infeção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.”*), 91,10% dos enfermeiros inquiridos identificam a figura do Enfermeiro “elo” de ligação com o profissional de referência no âmbito da prevenção e controlo da infeção.

Relativamente à perceção do ambiente da organização (*“Clima Organizacional”*) e à gestão dos cuidados por parte dos profissionais de saúde inquiridos, verificámos que a maioria está motivada para a prática de HM. Todavia, alguns enfermeiros optaram pelas seguintes opções de resposta: *“Estou desmotivado no meu local de trabalho.”* (17,60%), *“Estou muito ocupado com outros cuidados.”* (20,50%) e *“Tenho muitas outras coisas para fazer.”* (5,90%) (Tabela 6). Os enfermeiros destacam a importância de um fator como obstáculo às boas práticas da HM durante os cuidados de saúde, a perda da relação de confiança com o doente. Por outro lado, os resultados demonstraram que o *“volume de trabalho diário”* e a *“complexidade dos cuidados de saúde prestados”* não são atualmente considerados pelos enfermeiros como obstáculos às boas práticas de HM.

No que respeita ao domínio *“Materiais & Equipamentos”*, os participantes foram questionados sobre a existência e disponibilização de recursos materiais, produtos e infraestruturas destinados à lavagem e HM no seu serviço, tais como: SABA, lavatórios, dispensadores localizados na proximidade dos pacientes. Dos inquiridos (82,35%) identificam a falta de SABA em formato bolso como um entrave à higiene das mãos. A inexistência de creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos (35,29%) foi também indicada como um obstáculo à HM, assim como, *“A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.”* (26,50%) e *“A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).”* (26,50%) (Tabela 6).

Em relação à *“Formação & Treino”*, alguns enfermeiros inquiridos destacaram os seguintes itens *“Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.”* (8,80%) como obstáculos à prestação adequada de saúde de acordo com as diretrizes de prevenção e controlo de infeção hospitalar (Tabela 6). Também em relação aos cartazes técnicos, coloca-se a questão se serão em número suficiente ou se estarão suficientemente visíveis. As questões *“O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil”* e *“Não quero higienizar as mãos”* indicam que enfermeiros inquiridos valorizam a prática da HM.

**Tabela 6** - Distribuição da amostra relativamente à Avaliação das Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos (BHM).

<b>Sinto dificuldades em cumprir a adequada higiene das mãos PORQUE:</b>		<b>Discordo completamente</b> 1	<b>Discordo</b> 2	<b>Discordo moderadamente</b> 3	<b>Concordo moderadamente</b> 4	<b>Concordo</b> 5	<b>Concordo completamente</b> 6	<b>Total</b>	
<b>Materiais &amp; Equipamentos</b>	1	A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	41,20 (n=14)	23,50 (n=8)	8,80 (n=3)	11,80 (n=4)	8,80 (n=3)	5,90 (n=2)	34
	2	A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	38,20 (n=13)	26,50 (n=9)	8,80 (n=3)	14,70 (n=5)	5,90 (n=2)	5,90 (n=2)	34
	3	Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	38,20 (n=13)	29,40 (n=10)	14,70 (n=5)	14,70 (n=5)	2,90 (n=1)		34
	4	Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	29,40 (n=10)	29,40 (n=10)	5,90 (n=2)	14,70 (n=5)	14,70 (n=5)	5,90 (n=2)	34
	5	Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	61,80 (n=21)	32,40 (n=11)	2,90 (n=1)	2,90 (n=1)			34
<b>Formação &amp; Treino Avaliação &amp; Feedback</b>	6	Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	64,70 (n=22)	35,3 (n=12)					34
	7	Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	61,80 (n=21)	26,50 (n=9)	2,90 (n=1)	5,90 (n=2)	2,90 (n=1)		34
	8	Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	73,50 (n=25)	23,50 (n=8)	2,90 (n=1)				34
	9	O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	85,30 (n=29)	8,80 (n=3)			2,90 (n=1)		34
	16	Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	82,40 (n=28)	17,60 (n=6)					34
31	Não quero higienizar as mãos.	82,40 (n=28)	17,60 (n=6)					34	
<b>Avaliação &amp; Feedback</b>	10	Não existem auditorias/observações periódicas.	32,4 (n=11)	44,1 (n=15)	5,90 (n=2)		14,70 (n=5)		33

11	Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos.	35,30 (n=12)	23,5 (n=8)	8,80 (n=3)	8,80 (n=3)	14,70 (n=5)	5,90 (n=2)	34
12	Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.	32,4 (n=11)	14,70 (n=5)	14,70 (n=5)	11,8 (n=4)	17,6 (n=6)	5,90 (n=2)	34
13	Não é transmitida informação sobre a taxa de infeção nosocomial dos serviços e da instituição.	11,8 (n=4)	41,20 (n=14)	17,6 (n=6)	11,8 (n=4)	8,80 (n=3)	8,80 (n=3)	34
14	Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	8,80 (n=3)	23,5 (n=8)	8,80 (n=3)	35,30 (n=12)	14,70 (n=5)	5,90 (n=2)	33
15	Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	11,8 (n=4)	23,5 (n=8)	17,6 (n=6)	20,6 (n=7)	20,6 (n=7)	2,90 (n=1)	34
24	Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infeção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	52,90 (n=18)	29,40 (n=10)	8,80 (n=3)	2,90 (n=1)	2,90 (n=1)		33
25	Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da infeção, no incentivo para a higiene das mãos.	26,50 (n=9)	38,20 (n=13)	17,60 (n=6)	11,80 (n=4)		2,90 (n=1)	33
17	Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	29,4 (n=10)	47,10 (n=16)	5,90 (n=2)	8,80 (n=3)	2,90 (n=1)	5,90 (n=2)	34
18	Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	11,80 (n=4)	11,80 (n=4)	26,90 (n=9)	20,6 (n=7)	14,70 (n=5)	11,8 (n=4)	33
19	As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	44,10 (n=15)	41,20 (n=14)	11,80 (n=4)			2,90 (n=1)	34
20	O órgão de gestão não participa ativamente na promoção da higiene das mãos.	32,40 (n=11)	32,40 (n=11)	20,6 (n=7)	8,80 (n=3)	2,90 (n=1)	2,90 (n=1)	34
21	As chefias intermédias não participam ativamente na promoção da higiene das mãos.	23,50 (n=8)	44,10 (n=15)	11,80 (n=4)	8,80 (n=3)	5,90 (n=2)	2,90 (n=1)	34

**Liderança &  
Alertas  
Formais**

	22	Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	8,80 (n=3)	8,80 (n=3)	8,80 (n=3)	14,70 (n=5)	35,30 (n=12)	20,60 (n=7)	34
	23	Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.		5,90 (n=2)	14,70 (n=5)	17,60 (n=6)	38,20 (n=13)	20,60 (n=7)	34
<b>Clima Organizacional</b>	26	Estou desmotivado no meu local de trabalho.	26,50 (n=9)	35,30 (n=12)	14,70 (n=5)	11,80 (n=4)	2,90 (n=1)	2,90 (n=1)	34
	27	Estou muito ocupado com outros cuidados.	29,40 (n=10)	38,20 (n=13)	11,80 (n=4)	17,60 (n=6)	2,90 (n=1)		34
	28	Tenho muitas outras coisas para fazer.	20,60 (n=7)	41,20 (n=14)	14,70 (n=5)	5,90 (n=2)			34
	29	Não tenho tempo disponível.	29,40 (n=10)	35,30 (n=12)	20,60 (n=7)	8,80 (n=3)	5,90 (n=2)		34
	30	Existem sempre outras prioridades.	29,40 (n=10)	47,10 (n=16)	11,80 (n=4)	8,80 (n=3)	2,90 (n=1)		34

### 6.3 PRÁTICAS DE USO DE LUVAS

O objetivo deste questionário foi avaliar a percepção dos enfermeiros acerca da utilização de luvas, durante a prestação de cuidados diretos aos utentes.

Primeiramente, foi realizado o cálculo da consistência interna, através do coeficiente *alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ) para determinar a fidelidade do instrumento. A Tabela 7 permite verificar em detalhe as médias de cada um dos itens constituinte de cada dimensão, assim como, a fidelidade avaliada através dos coeficientes de consistência interna (valor de *alfa de Cronbach* se item removido) do questionário de “*Práticas de uso de luvas*” ( $n = 24$ ). Dos 24 itens originais da escala, foram excluídos 2 e utilizados os restantes 22, tendo sido excluídos os itens que apresentavam uma variância de zero: “Troco as luvas entre utentes” e “Troco as luvas quando estão danificadas”. O valor de *alfa de Cronbach* ( $0 < \alpha < 1$ ) calculado para a totalidade dos 22 itens foi de 0,60 e o valor de *alfa de Cronbach* com base em itens padronizados foi de 0,61 (Tabela 7), estes valores indicam uma baixa consistência interna global, de acordo com Fortin (2009) e Hill and Hill (2000). Deste modo, a análise dos dados relativos ao questionário de “*Práticas de uso de luvas*” deve ser realizada com cautela.

**Tabela 7** - Estatísticas de homogeneidade dos itens (média e desvio padrão) e coeficientes de consistência interna (valor de *alfa de Cronbach* se item removido) do Questionário de “Práticas de uso de luvas” (n = 22).

Itens	Média	Desvio padrão	Correlação de item total corrigida	$\alpha$ se item removido
Utilizo as luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente quando existe risco de contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos, no âmbito de isolamento de contacto.	4,83	0,37	0,36	0,59
Utilizo dois pares de luvas em situação de risco particularmente elevado (ex. feridas abertas contaminadas, hemorragias francas).	2,30	1,23	0,01	0,62
Utilizo luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente (ex. situação de emergência ou epidemia).	4,60	0,67	0,39	0,58
Utilizo luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente (ex. colocação, manutenção e remoção de acesso venosos periféricos).	3,90	0,96	0,50	0,55
Utilizo luvas de uso único na administração de fármacos citostáticos, quando aplicável.	4,76	0,50	0,21	0,60
Utilizo luvas esterilizadas de uso único na manipulação de acessos centrais.	4,90	0,40	-0,27	0,62
Utilizo luvas esterilizadas de uso único na preparação de nutrição parentérica total.	3,86	1,40	0,01	0,63
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para avaliação de sinais vitais.	1,76	0,81	0,36	0,58
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de alimentação oral.	2,63	1,45	0,33	0,57
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de alimentação por sonda nasogástrica.	3,63	1,45	0,44	0,55
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de fármacos via subcutânea (sc).	2,70	1,34	0,61	0,52
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de fármacos via intramuscular (im).	2,83	1,34	0,47	0,55
Utilizo luvas na exposição direta ao utente nos cuidados de higiene e conforto (exceções: higiene oral, higiene dos órgãos genitais, pele não	4,90	0,30	-0,03	0,61

íntegra, presença de sangue ou fluidos orgânicos e utente em precauções de contacto).				
Não utilizado luvas na exposição indireta ao utente (ex. utilização do telefone, registos, remoção e substituição de roupa de cama).	3,56	1,40	0,20	0,60
Higienizo as mãos antes de colocar as luvas.	4,13	0,90	-0,14	0,63
Coloco as luvas imediatamente antes do contacto/procedimento.	4,50	0,68	0,21	0,59
Quando utilizadas conjuntamente com outros EPI, coloco as luvas em último lugar.	4,26	1,11	0,17	0,60
Efetuo a troca de luvas em procedimentos diferentes no mesmo utente (quando aplicável).	4,46	0,73	0,12	0,60
Não toco nos materiais com as luvas usadas.	4,16	1,02	-0,02	0,62
Retiro as luvas imediatamente após terminar o procedimento.	4,96	0,18	0,23	0,60
Higienizo as mãos imediatamente após retirar e inutilizar as luvas.	4,66	0,54	0,19	0,60
Reporto por escrito ao superior hierárquico: as falhas de <i>stock</i> de luvas e as deficiências detetadas nas luvas.	4,40	0,85	0,02	0,61

#### Estatística de item de resumo

	Média	Mínimo	Máximo	Intervalo	Máximo/Mínimo	Variância	N de itens
<b>Médias de item</b>	3,94	1,76	4,96	3,20	2,81	0,87	22
<b>Variâncias de item</b>	0,96	0,03	2,10	2,06	63,06	0,53	22

Após análise da Tabela 8, pode-se concluir que os enfermeiros inquiridos usam as luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente quando existe risco de contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos, no âmbito de isolamento de contacto quase sempre (n=7) ou sempre (n=27). Em situações de risco particularmente elevado, mais de metade dos enfermeiros não utilizam dois pares de luvas (61,76%). Em situação de emergência ou epidemia, 85,28% dos enfermeiros utilizam luvas de uso único não esterilizadas. Relativamente às atividades e frequência com que os enfermeiros recorrem a luvas, verifica-se que grande parte usa sempre as luvas para manipulação de fluídos orgânicos (79,41%), higienizam as mãos imediatamente após retirar e inutilizar as luvas (73,53%), eliminam sempre as luvas imediatamente após o uso (93,94%), mudam sempre de luvas entre doentes (100%) e retiram sempre as luvas quando estão danificadas (100%). No entanto, apenas (35,29%) dos enfermeiros, refere higienizar sempre as mãos antes de colocar as luvas 20,59 % afirma usar algumas vezes luvas na exposição indireta ao utente (ex. utilização do telefone, registos, remoção e substituição de roupa de cama). Mudam sempre de luvas entre procedimentos no mesmo doente (58,82%); 17,65% usa sempre luvas na exposição direta ao utente para administração de fármacos via subcutânea (*sc*) ou via intramuscular (*im*); 17,65% usa sempre luvas na exposição direta para administração de alimentação oral.

**Tabela 8** - Distribuição da amostra relativamente à Avaliação das *Práticas de uso de luvas*.

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>	<b>Total</b>
Utilizo as luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente quando existe risco de contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos, no âmbito de isolamento de contacto.				20,58 (n=7)	79,41 (n=27)	34
Utilizo dois pares de luvas em situação de risco particularmente elevado (ex. feridas abertas contaminadas, hemorragias francas).	26,47 (n=9)	35,29 (n=12)	17,64 (n=6)	11,76 (n=4)	8,82 (n=3)	34
Utilizo luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente (ex. situação de emergência ou epidemia).			14,70 (n=5)	20,58 (n=7)	64,70 (n=22)	34
Utilizo luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente (ex. colocação, manutenção e remoção de acesso venosos periféricos).	2,94 (n=1)	5,88 (n=2)	17,64 (n=6)	47,05 (n=16)	26,47 (n=9)	34
Utilizo luvas de uso único na administração de fármacos citostáticos, quando aplicável.			3,22 (n=1)	16,12 (n=5)	80,64 (n=25)	31
Utilizo luvas esterilizadas de uso único na manipulação de acessos centrais.			2,94 (n=1)	2,94 (n=1)	94,11 (n=32)	34
Utilizo luvas esterilizadas de uso único na preparação de nutrição parentérica total.	5,88 (n=2)	14,70 (n=5)	14,70 (n=5)	11,76 (n=4)	52,94 (n=18)	34
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para avaliação de sinais vitais.	42,42 (n=14)	39,39 (n=13)	15,15 (n=5)	3,03 (n=1)		33
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de alimentação oral.	23,52 (n=8)	32,35 (n=11)	14,70 (n=5)	11,76 (n=4)	17,64 (n=6)	34
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de alimentação por sonda nasogástrica.	11,76 (n=4)	14,70 (n=5)	14,70 (n=5)	14,70 (n=5)	44,11 (n=15)	34

Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de fármacos via subcutânea (sc).	11,76 (n=4)	47,05 (n=16)	17,64 (n=6)	5,88 (n=2)	17,64 (n=6)	34
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de fármacos via intramuscular (im).	8,82 (n=3)	44,11 (n=15)	17,64 (n=6)	11,76 (n=4)	17,64 (n=6)	34
Utilizo luvas na exposição direta ao utente nos cuidados de higiene e conforto (exceções: higiene oral, higiene dos órgãos genitais, pele não íntegra, presença de sangue ou fluidos orgânicos e utente em precauções de contacto).				8,82 (n=3)	91,17 (n=31)	34
Não utilizo luvas na exposição indireta ao utente (ex. utilização do telefone, registos, remoção e substituição de roupa de cama).	11,76 (n=4)	14,70 (n=5)	20,58 (n=7)	23,52 (n=8)	29,41 (n=10)	34
Higienizo as mãos antes de colocar as luvas.		5,88 (n=2)	11,76 (n=4)	47,05 (n=16)	35,29 (n=12)	34
Coloco as luvas imediatamente antes do contacto/procedimento.			8,82 (n=3)	32,35 (n=11)	58,82 (n=20)	34
Quando utilizadas conjuntamente com outros EPI, coloco as luvas em último lugar.	2,94 (n=1)	8,82 (n=3)	11,76 (n=4)	17,64 (n=6)	58,82 (n=20)	34
Efetuo a troca de luvas em procedimentos diferentes no mesmo utente (quando aplicável).			14,70 (n=5)	26,47 (n=9)	58,82 (n=20)	34
Não toco nos materiais com as luvas usadas.	3,03 (n=1)	3,03 (n=1)	12,12 (n=4)	36,36 (n=12)	45,45 (n=15)	33
Troco as luvas entre utentes.					100 (n=34)	34
Troco as luvas quando estão danificadas.					100 (n=34)	34
Retiro as luvas imediatamente após terminar o procedimento.				6,06 (n=2)	93,93 (n=31)	33
Higienizo as mãos imediatamente após retirar e inutilizar as luvas.			2,94 (n=1)	23,52 (n=8)	73,52 (n=25)	34

Reporto por escrito ao superior hierárquico: as falhas de <i>stock</i> de luvas e as deficiências detetadas nas luvas.		5,88 (n=2)	5,88 (n=2)	32,35 (n=11)	55,88 (n=19)	34
--	--	---------------	---------------	-----------------	-----------------	----

#### 6.4 PERCEÇÕES DA CHEFIA OPERACIONAL ENQUANTO GESTORA DE CUIDADOS

Neste subcapítulo realiza-se a apresentação, análise dos resultados das entrevistas realizadas aos EG acerca do tema – *Auto percepções da chefia operacional como gestora de cuidados no que se refere à HM e UL* tendo por base o Guião de Entrevista construído (APÊNDICE II).

Foram realizadas duas entrevistas, sendo que inicialmente foi efetuada a recolha de dados para caracterização dos entrevistados. Pela análise da Tabela 9 verificamos que existem diferenças nas características sociodemográficas dos entrevistados.

**Tabela 9** – Caracterização dos entrevistados.

<b>Caracterização</b>	<b>EG1</b>	<b>EG2</b>
<b>Idade</b>	34 anos	59 anos
<b>Anos de exercício profissional</b>	13 anos	38 anos
<b>Anos na categoria</b>	1 ano	18 anos
<b>Anos na chefia do serviço</b>	1 ano	18 anos
<b>Formação académica e profissional</b>	Especialização em gestão	Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica

Decorrente da análise de conteúdo realizada, segundo Bardin (2009), emergiram categorias e subcategorias apresentadas na Tabela 10. Procedemos e seguida à análise das mesmas, recorrendo a unidades de registo que espelham o discurso dos entrevistados. citações do discurso dos EG.

**Tabela 10** - Auto percepções da chefia operacional como gestor de cuidados: categorias e subcategorias.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategoria</b>
<b>Articulação com PPCIRA</b>	Normas e atividades institucionais Elos de ligação Facilitação da formação Auditorias
<b>Gestão de stocks</b>	Pedidos ao armazém Materiais para os cuidados
<b>Estratégias promotoras de boas práticas</b>	Conscientização sobre a ocorrência de erros Reflexão sobre a mudança de práticas Gestão das condições estruturais e equipamentos

Relativamente à questão relacionada com a higienização da mãos e gestão de luvas, os EGs evidenciam recorrer a um conjunto de estratégias para promoverem a HM e uso adequado de luvas mas, também, descrevem algumas dificuldades.

Iniciando pela categoria “**Articulação com PPCIRA**” e subcategorias “Normas e atividades institucionais”, “Elos de ligação”, “Facilitação da formação” e “Auditorias”, Constata-se relativamente às “**Normas e atividades institucionais**”, constata-se que os EGs entrevistados estão cientes da importância da articulação com o PPCIRA, no sentido de conhecerem e adotarem o estabelecido nas normas da DGS neste âmbito e participarem nas atividades institucionais de promoção de boas práticas do PPCIRA, como demonstram as transcrições abaixo:

*“(…) fazer cumprir a norma que existe da DGS e que é aplicada à instituição.” (EG1);*

*“na instituição habitualmente comemoramos o dia da HM (...) com formação ou há alguma atividade no serviço e, normalmente, há sempre flyers ou cartazes novos que também são expostos nesse dia. Este ano, por exemplo, foi fornecido um desinfetante individual a cada profissional que pode andar no bolso, um desinfetante com um frasquinho com o SABA” (EG1).*

*“pelo menos anualmente uma formação em serviço para toda a equipa disciplinar sobre a higiene das mãos. Aqui na instituição e noutros sítios chamamos “a brigada da patrulha pata” que são responsáveis então por esses momentos de formação e de avaliação também de conhecimentos da equipa. (EG1).*

A importância dos “**Elos de Ligação**” das unidades de cuidados com o PPCIRA, também é reconhecida como fundamental. Os “Elos de Ligação” são profissionais da instituição, neste caso em cada serviço existe um enfermeiro, que estabelece ligação com o Grupo Coordenador Local do PPCIRA, responsável por criar ligação entre as normas DGS, as normas adotadas na instituição e as normas que a equipa aplica.

*“... um enfermeiro responsável, que é um interlocutor com a Comissão do Controlo de Infecção, agora o PPCIRA.” (EG2)*

*“Se calhar, para começar, destacar a importância de termos um interlocutor do controlo da infeção. Temos um interlocutor na equipa que se articula com o Grupo de Controlo da infeção da instituição, o PPCIRA, e que acaba por fazer um bocadinho a ponte entre aquilo que são as normas da DGS e as normas adotadas pela instituição e a própria equipa.” ... “Isto é uma conquista recente, esse enfermeiro está em funções há 2 ou 3 meses.” (EG1).*

*“Este serviço tem vários componentes. Tem a parte de ambulatório e tem a parte de internamento. (...) portanto a área de ambulatório tem um enfermeiro interlocutor, a área do internamento tem outro.” (EG2).*

*“O papel desse elemento é então procurar que as normas da DGS sejam aplicadas à instituição. A nossa norma institucional que remete para a norma da DGS, norma de 2019, sobre todos os procedimentos de HM.” (EG1).*

Os EGs também apontam como estratégias, para a promoção à adesão à HM e UL nos enfermeiros da equipa, a “**Facilitação da formação**” aos enfermeiros da equipa, no sentido que poderem frequentar ações de formação, ajustadas aos resultados das auditorias, neste âmbito:

*“...proporcionar tempo para as pessoas irem a formações” e “proporcionar tempo ao interlocutor para fazer formação, não só tempo para essa pessoa ir à formação, como tempo também para dar formação a toda a equipa, enfermeiros e auxiliares.” (EG1).*

*“A formação interna do serviço é habitualmente dada pelo interlocutor, mas a própria instituição tem momentos específicos com formação também para todos os grupos profissionais em sala de aula em que nós, os enfermeiros gestores, enviamos pessoas para irem, para se atualizarem e para tomarem/trazerem conhecimento, porque infelizmente não se consegue mandar toda a gente.” (EG2).*

*“... formação interna dada pelos enfermeiros interlocutores no serviço, pelo menos anualmente... (EG2).*

*“...às vezes não é fácil porque são populações diferentes e com disponibilidades diferentes, depende do tipo de horário que apanham e acabam por (...) mas há um tipo de ações e formações que se tentam que haja alguma conjugação para não ser uma coisa desgarrada e também um consumo adicional de tempo por parte das pessoas, mas nem sempre é possível por causa do tipo de horário que as pessoas fazem.”. (EG2).*

*“...são feitas formações e ao mesmo tempo também (este ano por acaso não, no ano que passou não aconteceu) são feitas auditorias, portanto aos momentos de HM e conseqüentemente também no UL.” (EG2).*

O EG é responsável por garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros da equipa. Neste sentido, deve assegurar o cumprimento dos padrões da qualidade, promover a utilização das normas de boas práticas e garantir que a equipa está atualizada através da promoção de formações formais e informais da equipa (OE, 2015).

Ao EG cabe promover o *empowerment* do seu serviço e equipa, deve criar condições para um ambiente de trabalho cooperativo e complementar e garantir a existência de mecanismos de comunicação na equipa, proporcionando espaços de reflexão sobre as práticas e promovendo o empenho da equipa na gestão das suas próprias competências (OE, 2015).

*“... a informação mas às vezes nem sempre é utilizada da forma mais adequada e tentamos fazer essa análise e ver se é necessário alguma intervenção em termos de formação ou de apresentar algum filme ou de fazer-se qualquer coisa...normalmente acabam por não só apresentar os conteúdos como, por gerar alguma discussão porque é assim somos uma instituição pequenas, mas cada um tem um pouco a sua forma de trabalhar para a especificidade dos doentes enfim e pelas próprias condições em termos estruturais e acaba por vezes por geral alguma troca de opiniões e até tirarem dúvidas e dizer “olhem no serviço assim e assim há isto e aquilo” ótimo porque a gente vai adaptando as estratégias (EG2).*

Os EGs aderem e valorizam a pertinência das “**Auditorias**” realizadas no âmbito das atividades do Grupo Local do PPCIRA. Os resultados obtidos nas auditorias são

transmitidos ao responsável de serviço e aos interlocutores que depois criam um momento de formação:

*“...este ano, este ano por acaso não, no ano que passou não aconteceu, mas são feitas auditorias aos momentos de HM e, conseqüentemente, também no UL.” (EG2).*

*“Normalmente todos os resultados das auditorias são transmitidos ao responsável de serviço que, depois, comunica esses mesmos resultados ao interlocutor. Depois, habitualmente, esse interlocutor prepara, se for necessário, um momento de formação ou faz alguma atualização de conhecimentos, passa um bocadinho por aí. Mas, normalmente, o responsável de serviço é o primeiro a ser informado desses resultados.” (EG1).*

*“Habitualmente aproveitamos o momento em que fazemos uma apresentação antes de começar a auditoria. Imagine que em dezembro tinha-se feito a auditoria relativamente à HM. O colega normalmente quando apresenta faz uma retrospectiva dos resultados da auditoria anterior. Esta auditoria que é feita, não tenho a certeza se é no âmbito da DGS, mas penso que sim, inclui não só enfermeiros, médicos, assistente operacionais, técnicos (por exemplo no serviço de patologia clínica, que são eles que fazem as colheitas aos doentes internados) e todos os profissionais que vêm aqui ao serviço. Portanto, o colega faz uma avaliação transversal.” (EG2).*

Neste sentido o EG promove e garante a utilização e atualização das normas de boas práticas assegurando conseqüentemente a qualidade dos cuidados.

Considerando a **“Gestão de stocks”**, o **“Pedido de materiais”** ao armazém para unidade de cuidados que lideram é percebida como uma dificuldade por ambos os EGs, embora assumam claramente, a responsabilidade pela atividade, não delegando em ninguém:

*“Eu consideraria ideal apesar do trabalho que dá, que em todos os sítios o pedido fosse feito semanalmente. Por isso é que eu digo é um número muito volátil e, pronto sou eu normalmente que peço ao armazém e os colegas que colaboram comigo sabem que eu gosto de ser eu a pedir.” (EG2).*

*“Sou eu que faço o pedido do material.” (EG1).*

*“Normalmente, é de 15 em 15 dias que pedimos. Mas como temos internamento e ambulatório, ao fim ao cabo estamos a pedir as coisas semana a semana e faz-se a gestão em todo o serviço... mas habitualmente temos acesso às coisas porque temos a vantagem*

*de ser a mesma pessoa a gerir os três códigos semanalmente dos materiais, seja ao nível da farmácia seja ao nível dos próprios armazéns.” (EG2).*

*“O nível máximo foi calculado considerando que existe uma semana de não fornecimento de produto, ou seja, mantermos aquele produto disponível para duas semanas, mais essa margem de erro de 15%, considerando que havia uma rutura no armazém central. Isto porquê? Porque essas rupturas no armazém central são frequentes, mais do que aquilo que seria desejável, por questões de falta de pagamento a fornecedores, má gestão do próprio armazém. Muitas vezes aquilo que me dão a conhecer é que o próprio armazém só repõe o material quando já têm os níveis praticamente a zero. Depois o que acontece é que quando o material existe em pouca quantidade no armazém é distribuído pelos vários serviços, ou seja, eles não fornecem ao serviço a totalidade que foi pedida, mas distribuem pelos diferentes serviços o que têm disponível. Claro que depois ao fim de duas ou três semanas vai haver rutura em todos os serviços.” (EG1).*

Apesar de as rupturas de *stock* não partirem do serviço, mas sim no armazém central, denota-se um cuidado por parte dos EG em antever as falhas no armazém central de forma em que não coloque em causa a qualidade e continuidade dos cuidados.

*“...temos o serviço cheio de material porque temos que pensar para as necessidades do mês e para as quebras. Acho que todo o material que acaba por estar parado por outras circunstâncias acaba por ser um gasto para as instituições...o problema é que os serviços na maior parte das circunstâncias, não têm espaço para arrumar material e depois acaba por não ficar bem arrumado e ninguém sabe onde é que está.” (EG2).*

*“...neste momento aquilo que nós temos para facilitar é uma listagem com todos os materiais. E o facto de os materiais estarem organizados por ordem alfabética para ser mais fácil. Claro que a ideia do armazém avançado é cada vez que retiras um produto, debitares, e não haver este investimento semanal para rever o stock. Neste momento, claro tem que haver contagem dos artigos...” (EG1).*

É da competência do EC gerir situações imprevistas ou problemáticas, no que concerne aos diversos domínios da gestão de material, assegurar que os materiais estão a ser utilizados de forma eficiente e monitorizar o cumprimento dos procedimentos de orientadores da utilização dos recursos materiais. Ainda na área da gestão de recursos, o EC tem faculdade para participar na construção ou remodelação e adequação do espaço

físico do serviço de forma a garantir a máxima funcionalidade possível. É de salientar que para todas estas aptidões o EG deve conhecer e utilizar métodos de aprovisionamento e gestão de *stocks* (OE, 2015).

*“o nosso ideal seria ter um armazém avançado que neste momento ainda não temos implementado, porque a implementação de um armazém avançado não depende só de nós tem que haver também abertura por parte do armazém central. Neste momento aquilo que nós temos é uma reposição por níveis. Semanalmente são feitos os pedidos ao armazém e os mesmos são repostos semanalmente. O cálculo dos níveis foi feito com base naquilo que são os nossos consumos médicos, considerando que temos a taxa de ocupação de 100%, ou seja, todos os produtos têm o nível mínimo e o nível máximo. Sendo que o nível mínimo corresponde ao gasto médio daquele produto com acréscimo de 15% que é uma margem de erro que nós consideramos para o caso de haver alguma rutura pontual no armazém central”.* (EG1)

A integração de um armazém avançado surge no discurso dos EG, como uma possível solução para colmatar as falhas do armazém central. Apesar e se denotar que os EG calculam os níveis considerando uma margem de erro, as roturas de stock continuam a ocorrer não sendo uma medida 100% eficaz.

*“Nós temos um “armazém central” dentro do próprio serviço. Todo o material que é utilizado para administração terapêutica está no mesmo espaço no serviço desde seringas, agulhas, pensos de cateter. Todo esse material está no mesmo espaço. Esse armazém suporta todos os outros pontos de armazenamento de materiais: sala de trabalho, carros de unidose que vão junto do doente para a preparação da terapêutica e, depois, temos ainda um pequeno stock na própria enfermaria. A existência de materiais em diferentes sítios faz com que raramente exista alguma rutura deste material. Isto implica algum cuidado na organização desse material porque quando o material está muito espalhado, há tendência de haver materiais que passam de prazo, haver materiais que são várias vezes remexidos, o que também não deve acontecer.”* (EG1)

A experiência é outro ponto fulcral na gestão de recursos, mais especificamente na gestão de material. Quando o EG conhece bem o serviço, a necessidade dos utentes internados e os cuidados que são prestados, a gestão de *stocks* fica de certa forma facilitada.

*“Tenho já aquela visão. Olho para a prateleira, conheço os doentes que tenho e também esse aspeto é importante, se chega para a próxima semana ou não chega e tenho que pedir mais.” (EG2).*

*“Neste momento aquilo que nós já fazemos e que estamos ainda a concluir, mas já a pensar no armazém avançado, é mas o facto de não haver artigos em excesso, estarem todos bem identificados, estarem apenas guardados nas embalagens primárias (portanto tiramos a segunda embalagem) faz com que seja mais fácil também arrumar e não temos grandes stocks de material também para facilitar essa contabilização e para ver o que temos disponível ou não.” (EG1)*

*“Portanto, tenho que fazer essa gestão mental em função dos doentes que tenho, do que tenho à minha frente e de quando é que eu volto a pedir, mas pronto, isto é um bocadinho empírico. Eu acho que é um bocadinho mais pelo treino, pela experiência do que por outra coisa. (...) é o que eu digo, aquele quarto o que temos para isolamento é um servidor de material quando está a ser usado para isso. (EG2)*

Quanto à **“Disponibilidade de materiais para os cuidados”**, nomeadamente no que concerne às luvas e materiais para os enfermeiros efetuarem a HM, na unidade de cuidados, um dos EG afirma:

*“... é também um bocadinho a função do gestor de serviço procurar em termos da organização do próprio serviço ter à disposição os materiais necessários, nos sítios necessários na quantidade que é necessária e satisfazer as necessidades dos profissionais de saúde. Por exemplo, a disponibilização dos desinfetantes em todas as camas, em todas as enfermarias e corredores, nas zonas de acesso do serviço e a disponibilização de luvas também em quantidade suficiente para serem substituídas regularmente.” (EG1)*

Como referido anteriormente é da competência do EG garantir os materiais necessários à prestação de cuidados, contudo é de ressaltar que também deve garantir o material necessário ao cumprimento das normas institucionais e da DGS tendo em vista a qualidade dos cuidados.

*“O que nós tentamos é na unidade do doente haver mesmo muito pouco material, nos quartos tens um pequeno armário com o material que precisamos rapidamente utilizar...temos um pequeno stock de material em cada enfermaria e esse stock, nós procuramos que seja o mais pequeno possível precisamente para não ficar o material lá muito tempo” (EG1)*

*“Por acaso há ruturas, mas no que respeita a desinfetantes, ao gel para a própria lavagem e luvas não existe ruturas na instituição e no serviço também...é raro. Sim, pode haver a falta de um tamanho, mas é uma coisa muito pontual” (EG1)*

*“Isso era o mundo ideal. É assim, nós não tínhamos por hábito e não temos, ninguém vai dizer não há solução alcoólica, não há luvas, não há falta material para... Não há falta de material (solução desinfetante ou luvas), não temos é se calhar com a disponibilidade que teríamos há algum tempo atrás, mas o facto de ser uma instituição pequena e as pessoas se conhecerem, consegue-se gerir e depois também conseguimos de alguma forma com os colegas. Se por qualquer motivo estão à espera do armazém, que venham luvas ou que venha isto ou que venha aquilo. Tentamos de alguma forma com os colegas, com os vizinhos do lado, colmatar as faltas. Acho que funciona, acho que às vezes mais vale andar por contacto pessoal” (EG2).*

Para além das competências profissionais, ao EG são ainda imputadas competências pessoais como a capacidade de improvisar, de contornar as adversidades e de estabelecer trabalho em equipa no sentido de colmatar possíveis falhas e evitar o declínio na qualidade dos cuidados. O início da pandemia veio evidenciar a importância destas competências.

*“Quando conseguimos manter a mente aberta, não sabemos tudo! Se houver mais qualquer coisas que podemos trazer para os nossos utentes. Eu quando vou a qualquer lado passo a vida a cuscar tudo o que é que aqui está? É novo? Vou às vezes aos armazéns “O que é que vocês aí têm novo?” Porque a gente não conhece os materiais todos e às vezes estamos aqui tão envolvidos no nosso trabalho que acabamos por...” (EG2).*

*“Não temos rutura de stock. Não conseguimos ter grandes quantidades, não vou mentir, agora com a história do coronavírus, as coisas estão a ser assim um bocadinho...” (EG2).*

*“Não será o ideal, mas tentamos pôr solução alcoólica, desinfetante das mãos, mais ou menos distribuídas de forma equitativa, nem sempre é tão funcional como nós gostaríamos. Já pensamos em colocá-los nas camas, mas depois os doentes gastam muito...os nossos doseadores estão à entrada do quarto. (EG2)*

*“(...) veem nas luvas a solução para todos os problemas e acabam por não as usar corretamente. (...) para mim não consigo tocar num doente, não estou a fazer nenhum procedimento nem nada, mas não consigo tocar sem ser com as luvas.” (EG2)*

As “Estratégias promotoras de boas práticas” utilizadas pelos EGs são variadas e estão relacionadas com a perceção sobre a necessidade de existir: “Conscientização sobre a ocorrência de erros; “Reflexão sobre a mudança de práticas” e “Gestão das condições estruturais” dentro da unidade de cuidados que lideram.

No que concerne à “Conscientização sobre a ocorrência de erros” pela equipa de enfermagem, com impacte na qualidade de cuidados e inerentemente relacionada com a utilização inadequada de EPI e falhas na HM, os EG referem que:

*“... é importante que as pessoas valorizarem ...que erros são, de facto, prejudiciais e há eventos que surgem e que soam de facto a erros graves para o doente, mas tem que haver essa sensibilização por parte também dos profissionais e também das chefias não tiro a responsabilidade, mas também ...aquilo que eu ouvia quando fiz a formação de gestão é, não há responsável de serviço, todos somos responsáveis. Portanto isto do responsável, cada um é responsável por si e pelos seus atos. Mas de facto há alguma renitência em as pessoas adotarem comportamentos novos quando durante tanto tempo faziam as coisas daquela forma.” (EG1).*

A análise dos resultados perspetiva a necessidade de incentivo e o apelo à notificação do erro como funções do enfermeiro gestor:

*“Outra das coisas que está muito naquilo que são as funções do enfermeiro gestor que é o incentivo e o apelo à notificação do erro. As pessoas estão muito pouco habituadas a fazer essa notificação porque também não reconhecem que possa haver uma alteração de práticas com essa notificação. As notificações têm é que ter um efeito prático e tem que ser visível o seu efeito. Não chega reportar que alguma coisa aconteceu se não for visível que com aqueles dados, implementar alguma mudança e acho que falta um bocadinho isso. Começamos já a notificar algumas coisas noutras áreas, mas na medicação ainda há muito poucas vezes notificações.” (EG1).*

As razões dadas pela EG1 para a falta de notificação dos erros são:

*“A desculpa fácil é a falta de tempo e de recursos, que nem sempre pode ser valorizada, porque muitas vezes esse tempo existe e não se faz porque não há uma prática e porque as pessoas não reconhecem a importância de fazer essa notificação.” e “De facto, os erros que acontecem não são notificados, por falta de tempo, por receio de ser até às vezes ridicularizado, de ser culpabilizado e outros erros...” (EG1).*

Por sua vez, a EG1 ainda refere a culpabilização como outro fator para que não ocorram notificações de erros:

*“é uma coisa que é trabalhada nas equipas todas que é a questão da culpabilização e, infelizmente, isso ainda é uma realidade. As pessoas ainda têm muitas vezes dificuldade em assumir um erro porque tem receio de que lhes seja apontado o dedo por terem cometido esse erro. Ainda falta um bocadinho aquela cultura da aprendizagem pelo erro, mas isso é uma coisa que também se vai trabalhando...porque também há alguma responsabilidade e perceber que aquele erro põe em causa mesmo a vida do doente... a questão é supostamente nós deveríamos notificar no programa “Notifica” todas os erros que acontecem deviam ser notificados lá. O que é que acontece? As pessoas quando notificam alguma coisa querem receber uma resposta do outro lado, o Notifica é uma plataforma gigante, que não é só para os profissionais, é uma plataforma gigante e muitas vezes, a maioria das vezes não há o hábito de notificar lá porque não há um retorno, não há nada palpável. (EG1)*

É visível que apesar da cultura de aprendizagem pelo erro, os EG consideram ainda existirem situações em que os enfermeiros se culpabilizam, têm receio e dificuldade em assumir o erro. Por forma a responsabilizar os enfermeiros e restantes profissionais é incentivada a notificação do erro, com recurso a plataforma NOTIFCA, criada para o efeito, contudo, com alguma falhas nomeadamente, no retorno de informação.

*Então a nossa instituição tem uma plataforma interna onde tudo o que é notificado lá é encaminhado de imediato para interlocutores que nós conhecemos da casa, gestores de risco, controlo de infeção, diretores de serviço, responsáveis de serviço recebem de imediato todas as notificações que são feitas naquela plataforma. E a resposta pode ser pode acontecer com maior brevidade outras também não acontece, mas acreditamos que seja possível haver um retorno mais facilitador por ser algo mais interno. Muitas vezes até a própria notificação dentro da equipa até pode ter um efeito mais imediato e mais palpável do que até na própria plataforma e muitas vezes isso acontece. Mas deve ser feita sempre a notificação.” (EG1).*

Outra estratégia, prende-se com a importância atribuída à **“Reflexão sobre a mudança de práticas”** que se pretendem implementar:

*“... o que aconteceu foi que alguém chegou aqui e disse: - A partir de hoje vamos fazer diferente. Mas não foi explicado porque é que íamos fazer diferente. E acho que muitas vezes parte por aí, se as pessoas perceberem porque é que a partir de agora têm que deixar de fazer como antes faziam, se calhar, também se sentiam mais envolvidas nesse processo de mudança” (EG1)*

*“...depois porque há sempre alguma resistência quando é para introduzir algo novo e algo que vai requerer um maior investimento de tempo e que é de certa forma escasso.” (EG1)*

*“Falta algum tempo para se debater as coisas. Era importante haver reuniões onde as pessoas de forma descontraída pudessem dizer aqueles erros que habitualmente lhe acontecem que habitualmente detetam e chegar-se a um consenso e perceber o que é que se podia modificar e o que é que está a desencadear o erro.” (EG1)*

Relativamente à **“Gestão das condições estruturais e equipamentos”** a par de outras variáveis são importantes para a adoção de práticas de HM, pelos enfermeiros, que minimizem o risco de ocorrência de IACS, como elucidam algumas unidades de registo:

*“Todos os quartos têm um lavatório. Na área mais antiga do serviço, o lavatório está só na casa de banho, mas todos os quartos têm casa de banho. Na área nova do serviço já tem lavatório na casa de banho e em enfermaria que podem ser usados pelos profissionais e pelas visitas também.” (EG1).*

Por sua vez, a EG2 menciona: *“Há alguns dispositivos que podiam estar distribuídos de maneira diferente para a higienização ou neste caso para a desinfeção das mãos que se calhar não são o ideal, mas tivemos de adequar à instituição e ao serviço que temos de resto acho que temos tudo.” (EG2).*

*“As situações clínicas influenciam. Por isso é que eu digo que tentamos adaptar, não de uma forma...é o melhor possível às condições, à população que temos e às instalações e estrutura física.” (EG2).*

A articulação dos resultados quantitativos com os resultados qualitativos e as normas, é abordada em pormenor no ponto seguinte, não obstante de forma a organizar o pensamento, salientam-se alguns achados.

Considerando os resultados obtidos através da aplicação da escala BAHM, os enfermeiros identificaram fatores que facilitam e dificultam a adesão às boas práticas de HM,

identificaram a divulgação de informação e a distribuição de material em quantidade e locais adequados como pontos positivos. No domínio dos materiais e equipamentos, apesar de não identificarem falta de materiais, alguns foram considerados em quantidade insuficientes. Adicionalmente sobre o clima organizacional as opiniões também estão divididas sendo que maioria está motivada, mas há uma pequena percentagem de enfermeiros que se sente desmotivado. Dos resultados obtidos através da aplicação da escala de UL verificamos que existe adesão ao UL, contudo não podemos garantir que são utilizadas de forma correta uma vez que não ocorreram momentos de observação, contudo as respostas ao questionário sugerem que as luvas são selecionadas e aplicadas nos momentos corretos.

Complementando estes resultados, a percepção dos EG é de que existem algumas falhas que procuram colmatar, mas também há pontos fortes e empenho no sentido de promover cuidados especializados de enfermagem, conforme as competências dos enfermeiros, que cumpram os padrões da qualidade.

## 7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se discutir os resultados obtidos, atendendo às estratégias utilizadas pelos enfermeiros gestores, segundo a sua perspetiva, para promover a adesão à HM e UL, mas também atendendo às barreiras identificadas pelos enfermeiros das equipas à HM, assim como a sua perceção sobre o UL. Pretende-se ainda, relacionar estes resultados com os outros de investigações, neste âmbito.

Relativamente aos dados sociodemográficos, a distribuição dos enfermeiros participantes por género, vão ao encontro à proporção a nível nacional e mundial de mulheres inscritas na Ordem dos Enfermeiros, no conjunto de todos os setores de atividades de enfermagem. Em 2021, 82,78% dos enfermeiros inscritos são do sexo feminino. A distribuição dos enfermeiros por grupos etários é também concordante com os dados publicados em 2021 pela Ordem dos Enfermeiros: 27,41% dos enfermeiros têm entre 26 e 35 anos, 30,79% dos enfermeiros têm entre 36 e 45 anos, 17,96% dos enfermeiros têm entre 46 e 55 anos e, finalmente, 11,90% possuem entre 56 e 65 anos de idade. Relativamente às habilitações literárias, os dados obtidos são consistentes com os dados publicados em relação à distribuição por grau académico, 86,91% dos enfermeiros ativos possui uma Licenciatura/Bacharelato e, apenas 5,78% possui mestrado. Esta heterogeneidade evidenciada no tempo de exercício profissional poderá tornar-se uma vantagem neste âmbito temático, pois verifica-se a existência de profissionais com 6 a 38,5 anos de experiencial profissional, assim como indivíduos recentemente integrados nos serviços de saúde em estudo (OE, 2021).

No estudo, barreiras à HM mais identificado pelos enfermeiros inquiridos são as relativas à dimensão “*Liderança & Alertas Formais*” com uma média de 3,00, seguido das dimensões “*Avaliação & Feedback*” (2,65), “*Clima Organizacional*” (2,32), “*Materiais & Equipamentos*” (2,24), e “*Formação & Treino*” (1,43). Estes resultados vão ao encontro do estudo de Piseiro (2012), no qual a dimensão “*Liderança & Alertas Formais*” (2,74) foi a barreira mais identificada seguida da dimensão “*Avaliação & Feedback*” (2,62) (Piseiro, 2012). Contrariamente, no estudo de Cabrita (2017), o tipo de barreiras mais identificado é a dimensão “*Avaliação & Feedback*” (3,65), seguido das

dimensões “*Liderança & Alertas Formais*” (3,00), “*Materiais & Equipamentos*” (2,80), “*Formação & Treino*” (1,80) e “*Clima Organizacional*” (2,26).

Em suma, tanto no presente estudo como no estudo de Piseiro (2012) a dimensão “*Liderança & Alertas Formais*” é a que surge no topo das barreiras mais identificadas. Nesta dimensão, os enfermeiros inquiridos indicaram como fatores que dificultam a sua adesão às boas práticas de higiene das mãos: a falta de incentivos para os profissionais que cumprem (70,60%), a inexistência de sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos (76,40%). Os nossos resultados podem encontrar algum paralelismo com os estudos de Pittet (2000) e Pittet *et al.* (2000) que salientam, que a falta de recomendações escritas, falta de cultura ou tradição de cumprimento e falta de liderança administrativa como sanções, recompensas ou apoios são fatores institucionais que dificultam a adesão às boas práticas de HM. A mesma ideia é partilhada por Belo (2017), que propõem a implementação de sanções administrativas para os profissionais que não cumprem e de recompensas para os cumpridores com o objetivo de promover a adesão à higiene das mãos. Os resultados reportados por Grol and Grimshaw (2003) também identificam a falta de incentivos, vigilância e liderança como barreiras à adesão à higiene das mãos. Neste contexto, estes resultados reforçam o papel fundamental das chefias intermédias no dia-a-dia da atividade dos profissionais de saúde, no sentido da promoção desta adesão a boas práticas.

Na dimensão “*Avaliação & Feedback*” constata-se que uma percentagem considerável dos enfermeiros afirma não ter “*voz ativa*” no seio da equipa e não têm conhecimento da informação estatística acerca da prática da HM no controlo de ICAS nos seus serviços. Como os autores Ellen *et al.* (2017) afirmam, os enfermeiros e os seus líderes devem ter “*voz ativa*” no que concerne aos procedimentos relativos à prevenção e controlo da infeção, garantindo desta forma que os órgãos de gestão valorizem as suas práticas. Nas entrevistas dos EGs salientam a importância do PPCIRA, no cumprimento das normas e na criação recente de um interlocutor do controlo da infeção presente em cada equipa, contudo, apesar de ser uma boa estratégia é ainda muito recente. Destacam, ainda, a importância das formações e auditoria sendo que os resultados “*(...) são transmitidos ao responsável de serviço que, depois, comunica esses mesmos resultados ao interlocutor.*” (EG1) e, se for necessário o interlocutor prepara uma formação e no momento da mesma informa os colegas de serviço dos resultados da auditoria. Os resultados obtidos na aplicação dos questionários vão ao encontro da informação obtida através da entrevista

dos EG. Os enfermeiros inquiridos conhecem a existência do “elo de ligação”, identificam a existência de auditorias e divulgação dos resultados das mesmas, contudo a discussão dos resultados no serviço nem sempre acontece.

Relativamente à percepção do ambiente da organização, na dimensão “*Clima Organizacional*”, verificou-se que a maioria dos enfermeiros está motivado para a realização de práticas conforme estabelecido, nomeadamente relativamente à HM e UL. Esta realidade vai ao encontro das mais recentes diretrizes da OMS, que instituem a “*dotação de profissionais de saúde de acordo com o volume cuidados prestados*” enquanto recomendação de boa prática clínica. Os EG nas entrevistas reconheceram que nem sempre é fácil gerir o horário de trabalho, por serem “*populações diferentes e com disponibilidades diferentes*” (EG2) de forma a “*proporcionar tempo para as pessoas irem a formações* (EG1)” mas reconhecem a importância de ocorrer momentos de formação e de debate. Identificam ainda a importância de, no processo de mudança, envolver os enfermeiros no sentido de explicar o que vai acontecer, o porquê e de que forma vai acontecer promovendo o envolvimento de ambas as partes “*...se as pessoas perceberem porque é que a partir de agora têm que deixar de fazer como antes faziam, se calhar, também se sentiam mais envolvidas nesse processo de mudança*” (EG1). No sentido de promoção de melhoria das práticas clínicas, os EG procuram consciencializar as equipas sobre a ocorrência de erros e o impacto dos mesmos na qualidade dos cuidados “*Outra das coisas que está muito naquilo que são as funções do enfermeiro gestor que é o incentivo e o apelo à notificação do erro.*” (EG1), contudo, ainda consideram existirem enfermeiros que se culpabilizam e têm dificuldade em assumir e notificar o erro. Adicionalmente os EG procuram criar momentos de reflexão sobre a mudança de práticas e debater os erros sinalizados “*Falta algum tempo para se debater as coisas. Era importante haver reuniões onde as pessoas de forma descontraída pudessem dizer aqueles erros que habitualmente lhe acontecem que habitualmente detetam e chegar-se a um consenso e perceber o que é que se podia modificar e o que é que está a desencadear o erro.*” (EG1) A gestão das condições estruturais e equipamentos também tem um papel importante na percepção do ambiente da organização. Como referido anteriormente, a HM por parte dos profissionais é a medida mais eficiente e económica, na prevenção das IACS de acordo com a OMS (2009).

Neste sentido, os EG reforçaram a importância de garantir o material necessário para adoção de práticas de HM, minimizando o risco de ocorrer IACS. Precisamente relativamente à dimensão “*Materiais & Equipamentos*”, os enfermeiros das equipas foram questionados sobre a existência e disponibilização de recursos materiais, produtos e infraestruturas destinados à lavagem e HM no seu serviço. Embora, a opinião não seja consensual, 58,8% inquiridos identificam a falta de recursos materiais como um entrave a uma gestão de cuidados que respeite as recomendações existentes no âmbito da prevenção e controle de IACS. A importância da existência de recursos materiais, produtos e infraestruturas destinados à lavagem e HM nos serviços foi devidamente fundamentada por Coomer and Kandilov (2016), ao concluírem que a tentativa de diminuir os custos com materiais pode originar políticas com repercussões negativas, nomeadamente a nível das IACS e qualidade dos cuidados prestados. O nosso estudo revela que os profissionais de saúde indicaram como fatores que impedem a agilidade e a frequência da prática de higiene das mãos: o número insuficiente de lavatórios ou sua inadequada localização, a falta de sabão e de toalhetes de papel, a localização dos dispensadores de SABA nas unidades de prestação de cuidados. Porém, o EG1 refere que “*Todos os quartos têm um lavatório.*” E “*(...) a disponibilização dos desinfetantes em todas as camas, em todas as enfermarias e corredores, nas zonas de acesso do serviço (...)*” e o EG2 acrescenta que “*(...) tentamos pôr solução alcoólica, desinfetante das mãos, mais ou menos distribuídas de forma equitativa, nem sempre é tão funcional como nós gostaríamos.*”. Neste sentido, também a DGS (2011) reforça a necessidade de acesso, por parte dos profissionais de saúde das diversas áreas de prestação de cuidados, a lavatórios, água, sabão e toalhetes nos locais apropriados e a disponibilização de SABA no local de prestação de cuidados. Estes resultados, em conjunto, sustentam a importância do papel das figuras de gestão e liderança das unidades na disponibilização de materiais adequados à prestação segura de cuidados, com a alocação de orçamentos institucionais exclusivamente direcionados para a regulação de stocks de materiais eficazes na prevenção e combate de IACS. Nas entrevistas efetuadas, ambos os EG referem ser os próprios a efetuar o pedido de material e identificam a gestão de stock e o pedido de materiais como uma dificuldade devido a “*(...) ruturas no armazém central são frequentes, mais do que aquilo que seria desejável (...)*” (EG1).

Em relação à “*Formação & Treino*”, a falta de formação e a inexistência de cartazes técnicos foram dois obstáculos indicados pelos inquiridos à prestação adequada de saúde

de acordo com as diretrizes de prevenção e controlo de infeção hospitalar. No entanto, tendo em conta as entrevistas, é desenvolvido “(...) *pelo menos anualmente uma formação em serviço para toda a equipa disciplinar sobre a higiene das mãos.*” (EG1). Assim, esta divergência de opinião sugere a necessidade de melhoria na divulgação das formações ou a frequência ou acessibilidade dessas mesmas formações a todos os colaboradores, contudo “(...) *às vezes não é fácil porque são populações diferentes e com disponibilidades diferentes, depende do tipo de horário que apanham (...)*” (EG2).

Os enfermeiros inquiridos no presente estudo identificaram o reconhecimento por parte do superior hierárquico como um dos fatores facilitadores à prática da HM e apontam para o reconhecimento da importância da existência de incentivos para os profissionais que cumprem a HM e sanções para os profissionais que não cumprem. Estes resultados corroboram a importância veiculada na literatura, relativamente ao efeito dos superiores hierárquicos, com funções de gestão, na motivação e mudança de comportamento dos restantes profissionais para uma prática correta da HM (Lacasse, 2013; Mallidou, 2014; Teixeira, 2011).

No que concerne aos dados referentes ao questionário “*Práticas de uso de luvas*”, pode-se concluir que os enfermeiros inquiridos aderem ao UL e que seu uso pode ser excessivo, contudo, de acordo com os EG não é habitual existir rutura de stock “(...) *luvas não existe ruturas na instituição e no serviço também...é raro. Sim, pode haver a falta de um tamanho, mas é uma coisa muito pontual*” (EG1).

Com este estudo, foi ainda, possível concluir que muitos enfermeiros utilizam as luvas de forma inadequada, nomeadamente em situações de exposição direta (administração de medicação *sc* ou *im* e na alimentação oral e indireta ao utente “(...) *veem nas luvas a solução para todos os problemas e acabam por não as usar corretamente. (...) para mim não consigo tocar num doente, não estou a fazer nenhum procedimento nem nada, mas não consigo tocar sem ser com as luvas.*” (EG2). As diretrizes da DGS referem que se deve utilizar luvas sempre que haja contato com sangue ou outros fluidos orgânicos ou em ambiente contaminado, mas não há indicação para o UL na avaliação de pressão arterial, pulso, temperatura, administração de injetáveis por via subcutânea ou intramuscular, transporte de doentes, entre outros (contato direto com o doente) ou ainda em procedimentos como a utilização de telefone, administração de medicação por via

oral, registos no processo clínico, entre outros (contato indireto com o doente) (DGS, 2015).

Através dos resultados, foi ainda possível perceber, que mais de metade dos enfermeiros (61,76%) não cumpre a norma da DGS no que concerne à utilização de dois pares de luvas em situações de risco particularmente elevadas. Relativamente à utilização de luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente, verificou-se que 26,46% não cumpre a norma. Na utilização do telefone, registos, remoção e substituição de roupa de cama, 47,04% dos enfermeiros utiliza luvas, ou seja, não cumpre a norma e cria um gasto desnecessário. Assim sendo, várias ações devem ser planeadas e dirigidas para momentos específicos do uso das luvas e consciencialização da importância da HM antes e após o UL deve ser reiterada no interesse da proteção da pessoa doente, dos profissionais de saúde e do ambiente de prestação de cuidados. É de extrema importância mudar de luvas e higienizar as mãos sempre entre procedimentos para não haver colonização. Todavia, os profissionais de enfermagem devem usar as luvas segundo critérios, rentabilizando os recursos de maneira mais adequada e prestando deste modo cuidados de excelência com eficiência e eficácia (DGS, 2015).

Relativamente às entrevistas dos EG, mais uma vez, é patente a importância da gestão de cuidados enquanto papel das chefias operacionais para uma melhoria dos cuidados de enfermagem como objetivo fulcral. Surge, assim, em primeiro lugar a imagem de Líder de forma destacada o que evidencia de forma inequívoca a importância atribuída ao enfermeiro chefe, com papel de gestor neste âmbito. Deste modo, a função do EG é de grande utilidade e importância para a mobilização dos profissionais de saúde para essa finalidade (OE, 2015). Além disso, é nítido que se trata de um processo central, complexo e multidisciplinar, que impulsiona uma mobilização constante de recursos, indo no sentido da gestão de cuidados e eventual implicação na qualidade dos mesmos. Constatase, assim, que a dimensão organização de cuidados, no âmbito do papel do enfermeiro chefe como gestor de cuidados surge, neste estudo, centrada em atividades quotidianas de alocar os profissionais de enfermagem às necessidades dos utentes, ou seja, centradas na divisão do trabalho diário relacionado com a carga de trabalho de cada um dos enfermeiros. *“As situações clínicas influenciam. Por isso é que eu digo que tentamos adaptar, não de uma forma...é o melhor possível às condições, à população que temos e às instalações e estrutura física.”* (EG2). Paralelamente, captar e mobilizar os materiais

e equipamentos necessários para a prestação de cuidados corresponderá a outro conjunto de atividades que visa disponibilizar os meios para que os cuidados possam ser prestados.

Adjacente a esta dimensões encontra-se a “Conscientização sobre a ocorrência de erros” pela equipa de enfermagem e consequentemente a notificação de erros que, apesar de “(...) *cada um é responsável por si e pelos seus atos.*” (EG1). Como referido anteriormente, foi criada a plataforma NOTIFICA na qual são registados os incidentes de segurança do doente. Apesar da existência desta plataforma, “*As pessoas estão muito pouco habituadas a fazer essa notificação (...)*” (EG1) associando a falta de *feedback*, de tempo, sentimento de culpa e medo de julgamento. Para colmatar esta dificuldade, instituição em estudo “*(...) tem uma plataforma interna onde tudo o que é notificado lá é encaminhado de imediato (...)*” (EG1). “*E a resposta pode ser pode acontecer com maior brevidade outras também não acontece, mas acreditamos que seja possível haver um retorno mais facilitador por ser algo mais interno (...)*” (EG1). Outra estratégia é facilitar um momento de reflexão sobre a mudança de práticas “*(...) importante haver reuniões onde as pessoas de forma descontraída pudessem dizer aqueles erros que habitualmente lhe acontecem que habitualmente detetam e chegar-se a um consenso e perceber o que é que se podia modificar e o que é que está a desencadear o erro.*” (EG1) contudo a falta de tempo é novamente mencionada como elemento dificultador.

Assim, o papel do EG é um papel percecionado como difícil por exigir uma constante mobilização de recursos num ambiente de grande complexidade, procurando organizar da melhor forma o serviço o que implica conhecimentos atualizados e se estabeleça objetivos a atingir

Relacionando os resultados obtidos com a aplicação de questionários, as entrevistas efetuadas aos EG e os objetivos delineados no início deste trabalho, foi possível identificar barreiras à HG, percecionadas pelos enfermeiros, identificar práticas dos enfermeiros relativamente ao UL e conhecer estratégias utilizadas pelos EG para promover a adesão à HM e UL. Identificou-se ainda que as estratégias utilizadas pelos EG eram similares, apesar de liderarem unidades de cuidados distintas.

Neste contexto, os enfermeiros identificaram como barreiras à HM a impossibilidade de ter voz ativa no seio da equipa, a falta de divulgação estatística dos resultados da unidade de cuidados neste âmbito, a falta de momentos de discussão tem por base os resultados das auditorias à HM e UL, a falta de incentivos para quem cumpre as normas e de

penalizações para quem não cumpre. No que concerne às ações de formação em serviço sobre a temática, apesar de existirem, ressalta a indisponibilidade de horários dos enfermeiros, para participarem nas mesmas, surgindo como outra barreira percebida. Apesar de os EG referirem que as ruturas de *stock* são pouco frequentes, os enfermeiros percebem a falta de recursos materiais como outra das barreiras à HM, verificando-se uma divergência de percepções entre os EG e as suas equipas.

Relativamente às práticas dos enfermeiros sobre o UL, os resultados obtidos permitem identificar a motivação e adesão como ponto fulcrais, contudo, por vezes o UL é excessivo, sendo utilizadas as luvas de forma inadequada considerando as normas da DGS sobre a temática.

Para contornar as barreiras e a possibilidade de práticas desviantes, os EG entrevistados procuraram estratégias para promover a adesão à HM e UL. Conscientes da dificuldade de gestão de horários de forma que todos os profissionais consigam frequentar as ações de formação, procuram gerir o horário da melhor forma, para que haja sempre a possibilidade de algum profissional integrar a formação. Outra estratégia neste sentido é a rotatividade dos elementos das equipas, com a finalidade de possibilitar a todos a frequência das formações, promovendo ainda, momentos de partilha e discussão no serviço. Outra estratégia, relacionada com o processo de mudança é explicar o que vai mudar, como e porque é que vai acontecer a mudança. Os EG utilizam como estratégia a motivação para a notificação do erro, através da utilização de plataformas como o NOTIFICA ou plataformas internas, bem como a discussão de casos em equipa.

## CONCLUSÃO

A promoção das boas práticas de cuidados de saúde, para a prestação de cuidados seguros e de qualidade contínua, sobressai como uma das principais preocupações dos EG, assegurando a prevenção e controlo de infeções associadas a cuidados de saúde.

Apesar de todos os esforços que as instituições de saúde têm efetuado ao longo dos anos, a adesão ao definido nas normas para a prevenção e controlo de IACS, mantem-se como um desafio para as equipas de enfermagem e gestão das unidades de cuidados.

Face aos resultados apresentados, notamos que a HM é reconhecida pelos enfermeiros inquiridos como uma medida eficaz no controlo das IACS. Não obstante, um maior e adequado envolvimento destes profissionais na tomada de decisão e nas políticas de cuidados é necessária. Este estudo vem reforçar resultados de outros estudos já publicados, enfatizando a responsabilidade individual que cada profissional de saúde deverá assumir e a responsabilidade institucional nesta área temática.

É imperativo continuar a investir ao nível de programas de vigilância epidemiológica, formação dos profissionais de saúde, elaboração e divulgação de normas e guias de boas práticas, através dos Grupos de Coordenação Local do PPCIRA.

Através dos resultados do estudo é perceptível que as barreiras mais identificadas pelos enfermeiros inquiridos integram fatores da responsabilidade da área da gestão “*Liderança & Alertas Formais*” e “*Avaliação & Feedback*”. Deste modo, os enfermeiros destacam o papel desempenhado pelas chefias na motivação para a mudança de comportamentos, através do trabalho conjunto de equipas e das boas relações entre os diversos profissionais de saúde.

Relativamente à prática dos enfermeiros no que concerne ao UL, verificou-se que existe adesão ao UL, contudo não se traduz em ruturas de stock. Assim, o EG deve criar momentos consciencialização para o uso adequado das luvas e inerente importância da HM, considerando as normas aplicadas na instituição.

É fundamental que haja uma liderança proativa, presente, motivadora, para que se consigam alcançar elevados níveis de satisfação que promovam um clima organizacional

gerador de boas práticas de cuidados para que estes possam ir ao encontro das necessidades dos utentes. Como líder, o EG tem um papel essencial neste processo através da implementação institucional de boas praticas de higiene das mãos e UL influenciando a adesão às mesmas, motivando a equipa em volta desta importância, definindo estratégias conjuntas de melhoria continua e valorizando a equipa através de reforços positivos à adesão. Além disso, o EG deve procurar por conhecer estratégias utilizadas por outros EG, dar a conhecer aos pares essas distintas realidades, para que assim cada um possa dar o seu contributo direcionado para o futuro, para a inovação para a mudança sentindo-se integrado, corresponsável, revendo-se nesses ideais e considerando que somente esta postura permitira irmos sempre mais além. Por outro lado, as formações deverão continuar a ser incrementadas com vista a dotar todos os profissionais com conhecimento mais atualizados possíveis. Nos resultados do estudo foi notório o empenho dos EG em criar estratégias para promover a adesão à HM e UL através de formações, cartazes, ações de sensibilização e procura por estratégias utilizadas pelos pares, passíveis de ser aplicadas nos seus serviços.

Uma limitação deste estudo foi a pandemia associada ao COVID-19, que condicionou a recolha de dados que se traduziu numa amostra limitada e que não permitiu os estudos psicométricos das escalas utilizadas. Responderam a este questionário 34 profissionais, constituindo-se uma amostra reduzida e conseqüentemente uma limitação deste estudo. O instrumento relativo ao uso de luvas apresentou baixa consistência interna, sendo também uma limitação, devendo os resultados deverão ser analisados com cautela. Propõe-se que o questionário, futuramente, seja aplicado por outros serviços da mesma instituição, que poderão ter características estruturais e organizacionais diferentes, que poderá melhor contextualizar alguns dos resultados, bem como encontrar outras dimensões.

Não obstante, salienta-se que os resultados deste estudo se apresentam repletos de significado para as organizações de saúde, para as figuras de gestão nos diferentes níveis institucionais, para os profissionais de enfermagem, assim como para a enfermagem enquanto ciência, arte e profissão. Em estudos futuros com amostra de maior dimensão seria igualmente pertinente, recorrer à estatística inferencial.

Em suma, atualmente, ainda se verifica a necessidade de:

- Difundir e facilitar o acesso institucional a normas e *guidelines* de referência da DGS, OMS, OE, bem como a formações neste âmbito temático;
- Reforçar a cultura de segurança existente nas unidades, estabelecendo um conjunto de diretrizes rigorosas e notificação de erros, por exemplo recorrendo à plataforma NOTIFICA ou criação de momentos de discussão dentro de cada serviço;
- Disseminar o papel do EG a nível da prevenção e controlo de IACS, por exemplo através da integração no Grupo Coordenador Local do PPCIRA ou como *elo de ligação*, dando visibilidade ao impacto das suas funções na adequação dos recursos disponíveis para prestação de cuidados que cumpra as normas neste âmbito;
- Reformular a organização dos serviços e os cuidados em enfermagem prestados, elaborando estratégias que colmatem lacunas a nível de recursos ou barreiras que influenciem a correta HM e UL.

**ANEXO II - CARTA PARA CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde. (2013). *Manual de Controlo da Infecção*. Porto: ARS.
- Amado, J. (2014). *Manual de investigação qualitativa em educação*. Publicado por: Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-0879-2>
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem* 5, 66-74.
- Bae, S. H. (2011). Assessing the relationships between nurse working conditions and patient outcomes: systematic literature review. *J Nurs Manag.* 19(6): 700-13. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01291.x>
- Baker, D., Gustafson, S., Beaubien, J., Salas, E. Barach, P. & Battles, J. (2005). *Medical teamwork and patient Safety: the evidence-based relation. Literature Review*. AHRQ Publication No. 05-0053. Rockville, MD, Agency for Healthcare, Research and Quality.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bates, R. (2020). Florence Nightingale: uma pioneira em lavagens das mãos e higiene para a Saúde. *The Conversation*. <https://enfermagemdevalor.net.br/ultimas-noticias/224-ha-200-anos-enfermeira-mudoupraticas-de-higiene-que-ajudam-a-combater-coronavirus>
- Belo, E. (2017). *Gestão do Processo de Formulação, Implementação e Avaliação da Política Pública de Cooperação para o Desenvolvimento – Análise na Perspetiva da Governança*. Tese de Doutoramento em Administração Pública, especialidade de Administração e Políticas Públicas. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Universidade de Lisboa.
- Best, M. & Neuhauser, D. (2004). Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Quality and Safety in Healthcare.* 13(3): 233-234
- Boev, C., & Kiss, E. (2017). Hospital-Acquired Infections: Current Trends and Prevention. *Critical care nursing clinics of North America.* 29(1): 51–65. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.09.012>

Cabrita R. (2017). *Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Gestão em Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Campion, M., & Scully, G. (2018). Antibiotic Use in the Intensive Care Unit: Optimization and De-Escalation. *Journal of intensive care medicine*. 33(12): 647–655. <https://doi.org/10.1177/0885066618762747>

Cardoso R. (2015). *As infeções associadas aos cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Cassini, A., Plachouras D., Eckmanns T., Sin M., Blank H., Ducomble T., Haller S., Harder T., Klingeberg A., Sixtensson M., Velasco E., Weiß B., Kramarz P., Monnet D., Kretzschmar M. & Suetens C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating IncidenceBased Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine*. 13/10: e 1002150. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>.

Centro de Controle e Prevenção de Doenças (2007). *Guidelines for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/isolation/Isolation2007.pdf>

Chakraborti, C., Boonyasai, T., Wright, M. & Kern, E. (2008). A systematic review of teamwork training interventions in medical student and resident education. *J Gen Intern Med*. 23(6): 846-53. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0600-6>.

CHUC. (2010). *Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar: Critérios de Definição das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde*. Coimbra: CHUC.

Coomer, M. & Kandilov, M. (2016). Impact of hospital-acquired conditions on financial liabilities for Medicare patients. *Am J Infect Control*. 44(11): 1326-1334. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.03.025>.

Direção-Geral da Saúde, DGS. (2007). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde, DGS. (2009). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: DGS.

- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2010). *Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde – Vigilância epidemiológica da infeção nosocomial da corrente sanguínea*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2011). *Orientação nº 30: Lista de Verificação em Cirurgia*. Departamento da Qualidade na Saúde. Consultado a 11 outubro de 2020.
- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2013a). *Controlo da Infecção e resistências aos antimicrobianos em números - 2013 - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2013b). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. Norma. 1-26.029/2012. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2013c). *Norma nº 2: Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2014). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos - Relatório Campanha Nacional de Higiene das Mãos*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2016). *Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos em Números – 2015*. 1-44. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2021a). *Infecções e Resistências a Antimicrobianos. Relatório do Programa Prioritário PPCIRA 2021*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde, DGS. (2012-2016). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Documento técnico para a implementação do Plano Nacional de Saúde: Qualidade em Saúde. Lisboa: DGS, <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>
- Ducharme, M., Bernhardt, J., Padula, C., & Adams, J. (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. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000497>
- ECDC. (2018). *Antimicrobial use in European acute care hospitals: results from the second point prevalence survey (PPS) of healthcare-associated infections and antimicrobial use, 2016 to 2017*. <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-resistance>.

ECDC. (2020). *Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA*. Stockholm.

Eiras, M. (2011). *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em meio hospitalar: investigação ação numa Unidade de Radioterapia*. Doutoramento em Saúde Pública na especialidade de Políticas e Administração em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Lisboa, Portugal.

Ellen, E., Hughes, F., Shach, R. & Shamian, J. (2017). How nurses can contribute to combating antimicrobial resistance in practice, research and global policy. *Int J Nurs Stud*. 71: A1-A3. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.023>

European Network for Patient Safety (EUNeTPAS). (2010). *Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations*. European Society for Quality in Healthcare - Office for Quality Indicators Olof Palmes Allé 13, DK-8200 Aarhus N, Denmark. ISBN 978-87-993779-0-9.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do Processo de Investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Gould, J., Moralejo, D., Drey, N., Chudleigh, J. & Taljaard, M. (2017). *Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care*. The Cochrane database of systematic reviews. 9(9): CD005186. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005186.pub4>

Grayson, M., Stewardson, A., Russo, P., Ryan, K., Olsen, K., Havers, S., Greig, S. & Cruickshank, M. (2018). Effects of the Australian National Hand Hygiene Initiative after 8 years on infection control practices, health-care worker education, and clinical outcomes: a longitudinal study. *The Lancet. Infectious Diseases*,18(11), 1269–1277. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30491-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30491-2).

Grol, R. & Grimshaw J. (2003). *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. *Lancet*. 362(9391): 1225-30. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures, Lusociência.

Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação Por Questionário*. (2nd ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D. & Newman, T. (2007) *Designing Clinical Research*. 3<sup>rd</sup> ed, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kampf, G. & Löffler, H. (2007). *Prevention of irritant contact dermatitis among health care workers by using evidence-based hand hygiene practices: a review*. *Ind Health*. 45(5): 645-52. <https://doi.org/10.2486/indhealth.45.645>.
- Lacasse, C. (2013). *Developing Nursing Leaders for the Future: Achieving Competency for Transformational Leadership*. *Oncology Nursing Forum*. 40 (5): 431-433
- Lake, E. (2002). *Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*. *Res Nurs Health*. 25: 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>.
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República nº 181, I série. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.
- Lotfinejad, N., Peters, A., Tartari, E., Fankhauser-Rodriguez, C., Pires, D., & Pittet, D. (2021). *Hand hygiene in health care: 20 years of ongoing advances and perspectives*. *The Lancet. Infectious diseases*. 21(8): e209–e221. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00383-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00383-2)
- Mallidou, A. (2014). *Developing leaders*. *Nursing Management*. 21 (3): 15.
- Mazzeffi, M., Galvagno, S., & Rock, C. (2021). *Prevention of Healthcare-associated Infections in Intensive Care Unit Patients*. *Anesthesiology*. 135(6): 1122–1131. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004017>
- Mintzberg, H. (2010). *Estrutura e dinâmica das organizações*. (4th ed.). Alfragide: Publicações Dom Quixote.
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). *Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations*. *Qual Saf Health Care*. 12(2): 17-23. [https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl\\_2.ii17](https://doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17).
- Norma N° 013/2014 da Direção Geral de Saúde. (2015) *Uso e gestão de luvas nas unidades de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/08/25/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude/>
- Nunes, E. & Gaspar, 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>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Programa “Liderança para a Mudança”*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Estatística de Enfermeiros - Anuário estatístico 2021*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>

OCDE (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

OCDE (2019). *Antimicrobial Resistance Tackling the Burden in the European Union*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/antimicrobial-resistance-tackling-the-burden-in-the-european-union-pdf.aspx>

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2005). *Global Patient Safety Challenge with the theme “Clean Care is Safer Care”*.

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2006). *Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO.

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2009a). *WHO patient safety curriculum guide for medical schools*. Chapter Four: Topic 4: Being an effective team player.

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2009b). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional da Segurança do Doente*.

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2013). *Interprofessional collaborative practice in primary health care: nursing and midwifery perspectives: six case studies*. Human Resources for Health Observer, 13.

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2016a). *Infection prevention and control - The key technical areas of work for the 2015-2017*.

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2016b). *Guidelines on Core Components of Infection Prevention and Control Programmes at the National and Acute Health Care Facility Level, Geneva*.

Organização Pan-americana da saúde, OPAS. (2010). *Módulo de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades*. Brasília: OPAS, [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1125:modulos-principios-epidemiologia-controle-enfermidades&Itemid=371](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=1125:modulos-principios-epidemiologia-controle-enfermidades&Itemid=371)

- Ortiz-Mayorga J, Pineda-Rodríguez I, Dennis R & Porras A. (2018) Costos atribuidos a las infecciones asociadas con la atención en salud en un hospital de Colombia, 2011-2015. *Biomé.* 2018;39:102-12 <https://doi.org/10.7705/biomedica.v39i1.4061>
- Oulton, J. (2006). *Nursing Management Today: An ICN viewpoint*. International Hospital Reference, Book 2005/2006, p. 081-083.
- Parreira, P. (2005). *As organizações*. Coimbra: Formasau – Formação e saúde, Lda.
- Pearce, P., Morgan, S. Matthews, J., Martin, D., Ross, S. & Rochin, E. (2018). The Value of Nurse Staffing: ANA Principles Redevelopment and Direction for the Future. *Nursing Economics*, 36(4), pp. 169+ <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA552745745&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=07461739&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7Efe8868f9&aty=open+web+entry>
- 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., Hugonnet S., Harbarth S., Mouroug P., Sauvan V., Touveneau S. & Perneger T. (2000a). *Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme*. *Lancet*. 356(9238): 2196. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)02814-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)02814-2).
- Pittet, D. (2000b). *Improving Compliance with Hand Hygiene in Hospitals*. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 21(6): 381-386. <https://doi.org/10.1086/501777>.
- Pina, E., Ferreira, E. Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10: 27-39.
- Potra, T. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Regulamento n.º 101/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015) Diário da República: II série, n.º48 [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro de 2018. (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Ordem dos Enfermeiros, E - Entidades administrativas independentes e Administração autónoma*. Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30, páginas 3478 - 3487.

Regulamento n.º 76/2018, de 30 de janeiro de 2018. (2018). *Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Ordem dos Enfermeiros, E - Entidades administrativas independentes e Administração autónoma*. Diário da República n.º 21/2018, Série II de 2018-01-30, páginas 3478 - 3487.

Ribeiro, E. A. (2008) *A perspectiva da entrevista a investigação qualitativa*. Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais. Araxá. 4(4): 129-148.

Rodríguez-Acelas, A., Almeida, M., Engelman, B., & Cañon-Montañez, W. (2017). Risk factors for health care-associated infection in hospitalized adults: Systematic review and meta-analysis. *American journal of infection control*. 45(12): e149–e156. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.08.016>

Sá, P., Costa, A. P. & Moreira A. (2021). *Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados (Vol. 2)*. UA Editora, Universidade de Aveiro, Serviços de Documentação, Informação Documental e Museologia. <https://doi.org/10.34624/ka02-fq42>

Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., Mains, D. & Lackan, N. (2010). What Is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42: 156-165. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>

Siegel J., Rhinehart E., Jackson M., & Chiarello L. (2007). *Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings*. *Am J Infect Control*. 35(10 Suppl 2): S65-164. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>.

Suetens C, Latour K, Kärki T, Ricchizzi E, Kinross P, Moro ML, Jans B, Hopkins S, Hansen S, Lyytikäinen O, Reilly J, Deptula A, Zingg W, Plachouras D & Monnet D. (2018). *Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: Results from two european point prevalence surveys, 2016 to 2017*.

Eurosurveillance. 23(46): 1-17. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>.

Teixeira, S. (2011). *Gestão das Organizações*. (2nd ed.). Lisboa: Verlag Dashofer.

The Joint Commission (2009). *Measuring Hand Hygiene Adherence: Overcoming the Challenges*. Monografia. 1-234.

Thomas, E. J. (2011). *Improving teamwork in healthcare: current approaches and the path forward*. *BMJ quality & safety*. 20: 647-650. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000117.

Zimlichman, E., Henderson, D., Tamir, O., Franz, C., Song, P., Yamin, C., Keohane, C., Denham, C., & Bates, D. (2013). *Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system*. *JAMA internal medicine*. 173(22): 2039–2046. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.9763>

**ANEXO I – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA ESCALA BAHM**



Ana Sofia Duarte &lt;ana.sofia.duarte94@gmail.com&gt;

---

## Escala da percepção das Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos

3 mensagens

---

**Ana Sofia Duarte** <ana.sofia.duarte94@gmail.com>

15 de fevereiro de 2019 às 15:22

Para: zeliapisoeiro@hotmail.com, pedro.gaspar@ipleiria.pt

Cc: anabela &lt;anabela@esenfc.pt&gt;, jgraveto &lt;jgraveto@esenfc.pt&gt;

Ex.<sup>a</sup> Senhora Enfermeira Zélia PisoeiroEx.<sup>o</sup> Professor Pedro Gaspar,

Antes de mais gostaria de dar os parabéns pelo trabalho desenvolvido na temática adesão à higiene das mãos. O artigo concebido veio trazer contributos importantes e interessantes na área prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.

O meu nome é Ana Sofia Duarte e estou a realizar o Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Gestão de Unidades de Cuidados, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Estou na fase final do mestrado, a realizar uma dissertação intitulada “**Higienização de mãos e uso de luvas: gestão de práticas de enfermagem**”. A minha dissertação tem por objetivos: identificar estratégias de gestão do enfermeiro gestor das unidades de cuidados para a promoção da higienização das mãos e uso de luvas; conhecer a percepção dos enfermeiros relativamente às práticas de higienização das mãos uso de luvas. Para que o estudo seja concretizável, a recolha de dados será realizada através de entrevistas a enfermeiros gestores e aplicação de questionários a enfermeiros.

Assim, venho por este meio pedir autorização para utilizar a Escala da percepção das Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos.

Desde já agradeço a vossa atenção,

Aguardo uma resposta da vossa parte,

Com os meus melhores cumprimentos,

Enf.<sup>a</sup> Ana Sofia Duarte

Sem vírus. [www.avast.com](http://www.avast.com)

---

**zelia pisoeiro** <zeliapisoeiro@hotmail.com>

15 de fevereiro de 2019 às 21:57

Para: Ana Sofia Duarte &lt;ana.sofia.duarte94@gmail.com&gt;

Cc: Pedro João Soares Gaspar &lt;pedro.gaspar@ipleiria.pt&gt;, "anabela@esenfc.pt" &lt;anabela@esenfc.pt&gt;, "jgraveto@esenfc.pt" &lt;jgraveto@esenfc.pt&gt;

Boa noite Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Ana Sofia Duarte,

Agradecemos o reconhecimento pelo nosso trabalho.

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

Desejamos-lhe um bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos

Zélia Piseiro

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

**ANEXO II – COMISSÃO DE ÉTICA – FORMULÁRIO PARA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO\_ESTUDO**

Formulário para Projeto de Investigação/Estudo

---

Proponente: Ana Sofia Damasceno Duarte

Instituição de ensino: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Orientadores<sup>1</sup>: Professora Doutora Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira e Professor Doutor João Manuel Garcia do Nascimento Graveto

Título do projeto: Higienização de mãos e uso de luvas: gestão de práticas de enfermagem.

Data prevista para início dos trabalhos 07.2019

Data prevista para termo dos trabalhos 11.2019

**Descrição do projeto**

**1 – Objetivos:**<sup>2</sup> identificar estratégias de gestão do enfermeiro gestor das unidades de cuidados para a promoção da higienização das mãos e uso de luvas; conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente às práticas de higienização das mãos uso de luvas.

**2 – Instrumentos de recolha de dados e respetiva forma de aplicação:** <sup>3</sup>Questionário anónimo em suporte de papel aplicado aos enfermeiros do serviço e entrevista com gravação de voz aplicada aos enfermeiros com função de chefia ou gestão.

**3 – Serviço (s) do IP** \_\_\_\_\_ **envolvido(s):** Serviço de

<sup>1</sup>Juntar declaração do orientador/responsável pela realização do trabalho

<sup>2</sup> Pode remeter para documento anexo

<sup>3</sup> Pode remeter para documento anexo

**Junte declaração escrita de autorização do(s) diretor(es) do(s) serviço(s) envolvido(s) na realização do trabalho.**

**4 – Para a realização do projeto é necessário:**

**4.1 -**  recolher dados estatísticos sem identificação dos titulares;

**4.2 -**  recolher dados pessoais com identificação dos titulares;

**4.3 -**  entrevistar doentes;

**4-4 -**  contactar com doentes;

**4.5 -**  solicitar a doentes o preenchimento de questionários ou inquéritos;

**4.6 -**  contactar com profissionais;

**4.7 -**  solicitar a profissionais o preenchimento de questionários ou inquéritos.

## 5 – Dignidade dos titulares dos dados

**5.1** - Indique como é obtido o consentimento informado dos participantes, juntando cópia do respetivo modelo.

A expressão do consentimento informado terá forma escrita, conforme a Lei.

Junta-se cópia do seu texto, a ser assinado pelos enfermeiros.

**5.2** – Indique como é garantida a não ocorrência de consequências negativas para os participantes.

Os questionários e entrevistas irão ser identificados com códigos alfanuméricos, de forma a garantir o anonimato dos intervenientes.

**5.3** – Indique os benefícios que os participantes podem esperar com a execução do projeto.

Pretende-se que esta investigação venha a contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo e que possa trazer novos dados para a gestão de práticas em Enfermagem, traduzindo-se em ganhos em saúde para os utentes, instituições e profissionais de saúde.

## 6 – Garantia de confidencialidade

Se for necessário recolher dados pessoais **com** identificação dos titulares, descreva, sucintamente, o sistema de codificações ou outro que garante a respetiva confidencialidade.

Os questionários e entrevistas irão ser identificados com códigos alfanuméricos, de forma a garantir o anonimato dos intervenientes.

## 7 – Compromisso de partilha – Declaração de compromisso de entrega de exemplar do trabalho<sup>4</sup>.

Eu, abaixo assinado, comprometo-me a entregar um exemplar do trabalho efetuado em formato papel e, em formato digital, um resumo do trabalho com cerca de 250 palavras atendendo aos objetivos, resultados, sugestões e desafios para a prática, face à possibilidade da sua publicação na Revista *Info* ou à sua divulgação informativa.

---

(Assinatura)

<sup>4</sup>A Comissão de Ética informa o(s) autor(es) do projeto que, durante ou após a realização do trabalho, poderá eventualmente ser convocado para a prestação de esclarecimentos com ele relacionados.

**ANEXO III - CARTA PARA CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

Exma. Sra. Dra  
Presidente do Conselho de Administração do

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de Projeto de Investigação

Eu, Ana Sofia Damasceno Duarte, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem – especialização em gestão de unidades de cuidados, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, venho, por este meio, solicitar autorização para a realização de um trabalho de investigação na área da **Higienização de mãos e uso de luvas: gestão de práticas de enfermagem**, no serviço de Oncologia Médica do IPOCFG. Trata-se de um trabalho de investigação, que se prevê durar entre quatro e cinco meses e que pretende identificar estratégias de gestão do enfermeiro gestor das unidades de cuidados para a promoção da higienização das mãos e uso de luvas e conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente às práticas de higienização das mãos e uso de luvas. Pretende-se utilizar como instrumentos de recolha de dados, um questionário sobre a perceção da higienização das mãos e uso de luvas e realizar entrevistas aos enfermeiros gestores da unidade de cuidados sobre estratégias que são utilizadas para a promoção das práticas referidas.

Este trabalho de investigação será realizado em complementaridade com o trabalho de investigação intitulado “Fatores organizacionais e perceção dos enfermeiros na prevenção de erro durante a preparação e administração de terapêutica intravenosa” da autoria de Ana Rita Carvalho Dias ocorrendo no mesmo momento e período de tempo. Ambos estão inscritos na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo os mesmo orientadores, Professora Doutora Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira e o Professor Doutor João Manuel Garcia do Nascimento Graveto.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 10 de julho de 2019

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Questionário**

## QUESTIONÁRIO

Este questionário insere-se num estudo no âmbito do Mestrado de Gestão de Unidades na área de especialização de Gestão de Unidades de Cuidados da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, realizado pela enfermeira Ana Sofia Damasceno Duarte. O objetivo deste questionário é colher dados que permita conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente às práticas de higienização das mãos e usos de luvas. Encontra-se dividido em três partes sendo que a primeira é relativamente às barreiras de adesão à higiene das mãos, uma segunda parte sobre as práticas de uso de luvas e uma terceira parte para recolha de dados sociodemográficos.

Antes de responder ao questionário leia cuidadosamente as seguintes indicações:

- Não há respostas certas ou erradas para nenhuma das afirmações.
- Preencha todo o questionário e seja o(a) mais sincero (a) possível.
- Os dados destinam-se, exclusivamente ao estudo citado, são anónimos e serão tratados de forma confidencial, pelo que não deverá assinalar qualquer elemento de identificação pessoal.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo.

Muito obrigado pela sua colaboração.

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

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.

<b>Sinto dificuldades em cumprir a adequada higiene das mãos PORQUE:</b>	Discordo completamente	Discordo	Discordo moderadamente	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo completamente
A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.						
A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).						
Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.						
Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.						
Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.						
Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) em formato bolso.						
Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.						
Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.						
Sinto que a higiene das mãos interfere com a relação de confiança com o doente.						
Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.						
O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.						
Sinto que a formação sobre higiene das mãos na instituição é exagerada.						
Não existem auditorias/observações periódicas.						
Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos.						
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 PORQUE:</b>	Discordo completamente	Discordo	Discordo moderadamente	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo completamente
Não é transmitida informação sobre a taxa de infeção nosocomial dos serviços e da instituição.						
Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.						
Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.						
Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.						
Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.						
Esqueço-me da higiene das mãos.						
Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).						
É frequente não pensar/esquecer a higiene das mãos.						
As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.						
O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.						
As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das mãos.						
Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.						
Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.						
Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infeção (Elo de Ligação) acessível no serviço, para informação/formação.						
Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da infeção, no incentivo para a higiene das mãos.						
Os colegas de trabalho não incentivam a higiene das mãos.						
Estou desmotivado no meu local de trabalho.						
Estou muito ocupado com outros cuidados.						
Tenho muitas outras coisas para fazer.						
Não tenho tempo disponível.						
Existem sempre outras prioridades.						
Não quero higienizar as mãos.						

## PRÁTICAS DE USO DE LUVAS

Relativamente ao uso de luvas assinale a sua prática profissional.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
Utilizo as luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente quando existe risco de contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos, no âmbito de isolamento de contacto.					
Utilizo dois pares de luvas em situação de risco particularmente elevado (ex. feridas abertas contaminadas, hemorragias francas).					
Utilizo luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente (ex. situação de emergência ou epidemia).					
Utilizo luvas de uso único não esterilizadas na exposição direta ao utente (ex. colocação, manutenção e remoção de acessos venosos periféricos)					
Utilizo luvas de uso único na administração de fármacos citostáticos, quando aplicável.					
Utilizo luvas esterilizadas de uso único na manipulação de acessos centrais.					
Utilizo luvas esterilizadas de uso único na preparação de nutrição parentérica total.					
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para avaliação de sinais vitais.					
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de alimentação oral.					
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de alimentação por sonda nasogástrica.					
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de fármacos via subcutânea (SC).					
Utilizo luvas na exposição direta ao utente para administração de fármacos via intramuscular (IM).					

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
Utilizo luvas na exposição direta ao utente nos cuidados de higiene e conforto (exceções: higiene oral, higiene dos órgãos genitais, pele não íntegra, presença de sangue ou fluidos orgânicos e utente em precauções de contacto).					
Não utilizo luvas na exposição indireta ao utente (ex. utilização do telefone, registos, remoção e substituição de roupa de cama).					
Higienizo as mãos antes de colocar as luvas.					
Coloco as luvas imediatamente antes do contacto/procedimento.					
Quando utilizadas conjuntamente com outros EPI, coloco as luvas em último lugar.					
Efetuo a troca de luvas em procedimentos diferentes no mesmo utente (quando aplicável).					
Não toco nos materiais com as luvas usadas.					
Troco as luvas entre utentes.					
Troco as luvas quando estão danificadas.					
Retiro as luvas imediatamente após terminar o procedimento.					
Higienizo as mãos imediatamente após retirar e inutilizar as luvas.					
Reporto por escrito ao superior hierárquico: as falhas de <i>stock</i> de luvas e as deficiências detetadas nas luvas.					

## DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

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

**Tempo de Exercício Profissional:** \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

**Tempo de Exercício Profissional no serviço:** \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

**Habilitações académicas:** Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

**Habilitações profissionais:**

Especialidade: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Outra: \_\_\_\_\_

**Formação sobre o tema Higienização das mãos:** Sim  Não

**Formação sobre o tema Uso de luvas:** Sim  Não

No caso de lhe interessar saber os resultados do estudo, contacte-me através do endereço:  
ana.sofia.duarte94@gmail.com

## **APÊNDICE II – Guião de Entrevista**

### **INTRODUÇÃO**

- Agradecimento pela colaboração.
  - Justificação do pedido de entrevista
  - Informação sobre o trabalho que estou a desenvolver e disponibilidade para clarificar qualquer dúvida.
  - Explicação sobre os objetivos do trabalho e da entrevista.
  - Assegurar a confidencialidade da recolha e análise dos dados.
  - Solicitar autorização para gravação da entrevista
- Aspetos particulares a anotar do momento ou do entrevistado

### **OBSERVAÇÕES**

#### **Caracterização do entrevistado**

Idade  
Anos de exercício Profissional  
Anos na categoria  
Anos na Chefia no serviço  
Formação Académica e Profissional

Tema	Objetivos	Questões Orientadoras
<p><b>Estratégias do enfermeiro gestor para garantir uma correta higiene das mãos e uso de luvas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as estratégias utilizadas pelo enfermeiro chefe como gestor de cuidados relativamente à higiene das mãos e uso de luvas dos enfermeiros da equipa.</li> </ul>	<p>Como enfermeiro-chefe desempenha diversas funções, mas gostaria que se centrasse no seu papel na gestão de cuidados de enfermagem neste serviço no que se refere à higiene das mãos e uso de luvas dos enfermeiros da equipa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quais as estratégias que adota para promover o correto uso de luvas e higiene das mãos pelos enfermeiros da equipa?</li> <li>- De que forma promove a articulação entre as normas definidas pela Direção-Geral de Saúde, as medidas adotadas a nível institucional e a realidade da unidade de cuidados?</li> <li>- Que materiais, produtos e condições estruturais tem disponíveis na sua unidade de cuidados para a promoção da HM e uso adequado de luvas?</li> <li>- A disponibilidade dos materiais e produtos é contínua?</li> <li>- Que medidas implementa para manter os stocks e ter as condições estruturais adequadas para a HM e uso adequado de luvas?</li> <li>- Como é efetuada a gestão da informação recebida sobre as auditorias efetuadas pela Instituição à sua unidade de cuidados?</li> </ul>

## **APÊNDICE III – Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Autor: Ana Sofia Damasceno Duarte (ana.sofia.duarte94@gmail.com)

O presente trabalho de investigação, denominado “Higienização de mãos e uso de luvas: gestão de práticas de enfermagem”, decorre no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados e tem como objetivos identificar estratégias de gestão do enfermeiro gestor das unidades de cuidados para a promoção da higienização das mãos e uso de luvas e conhecer a perceção dos enfermeiros relativamente às práticas de higienização das mãos uso de luvas. Assim, por forma a poder contribuir para um conhecimento maior e melhor sobre o tema em estudo considero de extrema importância a participação do Enfermeiros do serviço de internamento selecionado. O resultado da investigação, orientada pela Professora Doutora Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira e pelo Professor Doutor João Manuel Garcia do Nascimento Graveto, será apresentado na Escola Superior de Enfermagem, em finais de 2019. Se pretender, poderá contactar o autor do estudo para conhecer os resultados obtidos, através do email referido na identificação do autor. Este estudo não transparece nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas através de questionário ou entrevista gravada. Caso pretenda qualquer esclarecimento durante a aplicação do questionário, pode solicitar ao autor do estudo. Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Declaro que compreendo as informações acima descrita e aceito participar nesta investigação:

Data:            /            /

---

Se, após a realização da entrevista, por algum motivo quiser sair do estudo, contacte o investigador por email (ana.sofia.duarte94@gmail.com) a solicitar a sua exclusão, referindo o seguinte código: \_\_\_\_\_