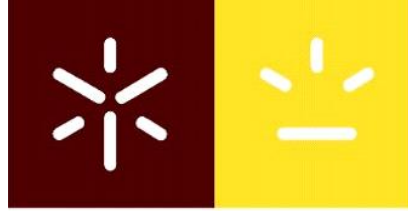


utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Filomena Maria Moreira Silva

Perceção dos profissionais de saúde
acerca das barreiras às boas práticas de
higienização das mãos



utad UNIVERSIDADE
DE TRÁS-OS-MONTES
E ALTO DOURO

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Filomena Maria Moreira Silva

Perceção dos profissionais de saúde
acerca das barreiras às boas práticas de
higienização das mãos

Dissertação de Mestrado em

Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica

Trabalho realizado sob a orientação da

Professora Doutora Maria de Fátima Braga

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

AGRADECIMENTOS

Um estudo de investigação é uma longa viagem em que o investigador durante o seu percurso enfrenta vários desafios, experimenta sentimentos de medo, mas também de esperança e coragem. É sentido o meu agradecimento a todas as pessoas que me ajudaram a não desviar da minha rota, possibilitando a concretização deste objetivo.

À minha orientadora, Professora Doutora Fátima Braga por partilhar a sua sabedoria, a sua experiência e a sua disponibilidade, foi sem dúvida fundamental no meu processo de reflexão e crescimento académico e profissional.

À Professora Doutora Silvana Martins pela aprendizagem e orientação no tratamento estatístico dos resultados.

A todos os profissionais de saúde do serviço de urgência, que apesar das adversidades, seja possível continuar a trabalhar em equipa para construir um serviço que procura sempre a excelência no cuidar. Aos profissionais de saúde que aceitaram participar neste estudo e partilhar a sua perceção e a sua sensibilidade sobre esta temática.

À minha mãe e à minha irmã. Obrigado pelo amor, pelo apoio incondicional e pelas palavras de força e coragem para nunca desistir deste propósito.

Ao Afonso pelos olhos que sorriem e que são a luz no meu caminho.

Ao Pedro e á sua enorme capacidade de transformar momentos de angústia e incerteza em momentos de conforto e carinho. Obrigado pela amizade, pelo amor e por lutares comigo na conquista dos meus sonhos...

Um agradecimento especial, ao meu pai...

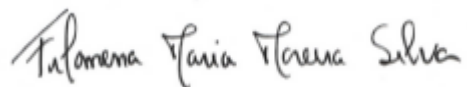
DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 26 de dezembro de 2021

Nome completo: Filomena Maria Moreira Silva

A handwritten signature in black ink that reads "Filomena Maria Moreira Silva". The script is cursive and fluid, with the first letters of each word being capitalized and slightly larger than the others.

PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DAS BARREIRAS ÀS BOAS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

RESUMO

Introdução: As infeções associadas aos cuidados de saúde representam um desafio global na segurança do doente. A higienização das mãos é considerada a medida mais simples e eficaz para prevenir e controlar as infeções associadas aos cuidados de saúde, sendo os benefícios desta prática inquestionáveis, desde a redução da morbimortalidade, até à diminuição dos gastos dos sistemas de saúde. No entanto, estudos demonstram que a adesão dos profissionais de saúde a esta prática é considerada uma tarefa desafiadora.

Objetivo: Analisar a perceção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos.

Metodologia: Trata-se de um estudo de natureza quantitativo, com carácter descritivo, correlacional e transversal, realizado num serviço de urgência no norte de Portugal. A amostra foi constituída por 153 profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e assistentes operacionais. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário sociodemográfico e da escala “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos”. Os dados obtidos, foram tratados e analisados através de estatística descritiva e inferencial. Foram cumpridos os pressupostos éticos inerentes a uma investigação científica.

Resultados: Os profissionais de saúde do serviço de urgência consideram a Avaliação & *Feedback* como a barreira mais percecionada, enquanto a Formação & Treino foi considerada a menos percecionada. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais do sexo masculino e feminino. Relativamente ao grupo etário, à formação académica, à experiência profissional, à categoria profissional e à formação em higienização das mãos existem diferenças estatisticamente significativas no total da escala e em algumas subescalas.

Conclusão: A higienização das mãos é um tema complexo e multifatorial, onde o conhecimento das barreiras à higienização das mãos por parte das instituições de saúde permite identificar fragilidades e estudar estratégias vocacionadas para a melhoria continua dos cuidados. O envolvimento e comprometimento dos órgãos de gestão com a equipa multidisciplinar apresentam-se como fator fundamental na prestação de práticas seguras e de qualidade adequadas às necessidades dos doentes.

Palavras Chave: barreiras, higienização das mãos, infeções associadas aos cuidados de saúde, perceção, serviço de urgência

PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT BARRIERS TO GOOD HAND HYGIENE PRACTICES

ABSTRACT

Introduction: Healthcare-associated infections represent a global challenge in the patient's safety. Hand hygiene is considered the simplest and most effective measure to prevent and control infections associated with health care. The benefits of this practice are unquestionable, from the reduction of morbidity and mortality, to the reduction in the costs of health systems. However, studies show that health professionals' adherence to this practice is considered a challenging task.

Purpose: To analyze the perception of health professionals in an emergency room about barriers to good practices in hand hygiene

Methodology: This is a descriptive, correlational and cross-sectional study, with a quantitative approach, carried out in an emergency room in the North of Portugal. The sample consisted of 153 health professionals. Data collection was carried out through the application of a sociodemographic questionnaire and the scale "Barriers to Adherence to Hand Hygiene". The ethical presuppositions inherent to a scientific investigation were fulfilled. The data obtained were treated and analyzed using descriptive and inferential statistics.

Results: Emergency room professionals consider *Assessment & Feedback* as the most perceived barrier, while Education & Training was considered the least perceived. There are no statistically significant differences between male and female professionals. Regarding age group, academic degree, professional experience, professional category and training, there are statistically significant differences in the total scale and in some subscales.

Conclusion: Hand hygiene is a complex and multifactorial issue. The knowledge of the barriers to hand hygiene by health institutions allows identifying weaknesses and studying strategies aimed at the continuous improvement of care. The involvement and commitment of management bodies with the multidisciplinary team is a fundamental factor in providing safe and quality practices that meet the patients' needs.

Keywords: hand hygiene, perception, barriers, healthcare associated Infections, emergency room

ÍNDICE

1.INTRODUÇÃO	16
2.INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	20
2.1.Impacto das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde	21
2.2.Controlo de Infeção	24
2.2.1.Precauções básicas do controlo de infeção	24
2.3.Higienização das mãos	26
2.3.1.Perceção – Um Conceito Subjetivo	28
2.3.2.Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos	29
2.3.3.Barreiras à adesão da higienização das mãos	33
3.METODOLOGIA	36
3.1.Contexto do estudo	36
3.2.Objetivo de estudo	37
3.3.Questões/hipóteses de investigação	38
3.4.Variáveis	39
3.5.População e Amostra	40
3.6.Instrumento de recolha de dados	41
3.7.Recolha e análise de dados	42
3.8.Considerações éticas	43
4.APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	45
4.1.Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de saúde	45
4.2.Fidelidade do instrumento (Consistência interna)	46
4.3.Barreiras percecionadas pelos profissionais de saúde	47
4.4.Análise das barreiras percecionadas quanto às variáveis socio demográficas, profissionais e formação em higienização das mãos	50
4.4.1.Análise das barreiras percecionadas quanto ao “sexo”	50
4.4.2.Análise das barreiras percecionadas quanto à “idade”	51
4.4.3.Análise das barreiras percecionadas quanto à formação académica	52
4.4.4.Análise das barreiras percecionadas quanto à “experiência profissional”	53
4.4.4.Análise das barreiras percecionadas quanto à “experiência profissional no serviço de urgência”	54
4.4.5.Análise das barreiras percecionadas quanto à “categoria profissional”	55

4.4.6. Análise das barreiras percebidas quanto à " formação em higienização das mãos"	56
5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	59
6. CONCLUSÃO	67
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	82
ANEXO I - Questionário: Percepção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos	83
ANEXO II – Autorização para utilização da Escala BAHM	87
ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Hospitalar	89
ANEXO IV – Parecer da Comissão para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho	91
ANEXO V – Consentimento informado aos participantes	93

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

BAHM – Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

COVID – 19 – *Corona Virus Disease 2019*

DGS – Direção Geral da Saúde

EA – Evento Adverso

ECDC – *European Centre for Disease Prevention and Control*

GCL-PPCIRA – Grupo Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infeção Associada aos Cuidados de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OM – Ordem dos Médicos

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Práticas Básicas do Controlo de Infeção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

RAM – Resistência aos antimicrobianos

SABA – Solução Antissética Alcoólica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviço de Urgência

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgica

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Operacionalização de Variáveis.	40
Tabela 2 - Valores de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk	42
Tabela 3 - Caracterização da Amostra	46
Tabela 4 - Valores de Consistência Interna da Escala e das suas Dimensões	47
Tabela 5 - Estatística Descritiva para os Itens de cada Escala	49
Tabela 6 - Estatística Descritiva para a Escala e as suas Dimensões	50
Tabela 7 - Diferença entre Médias em Função do Sexo dos Participantes	51
Tabela 8 - Diferença entre Médias em Função dos Grupos Etários	52
Tabela 9 - Diferença entre Médias em Função da Formação Académica	53
Tabela 10 - Diferença entre Médias em Função do Número de Anos de Experiência Profissional	54
Tabela 11 - Diferença entre Médias em Função do Número de Anos de Experiência Profissional no SU	55
Tabela 12 - Diferença entre Médias em Função da Categoria Profissional	56
Tabela 13 - Diferenças entre Médias em Função da Formação em Higienização das Mãos	57
Tabela 14 - Correlações de Pearson entre o Total da Escala, as Subescalas, os Anos de Experiência Profissional e os Anos de Experiência Profissional em SU	58

1. INTRODUÇÃO

O conceito de saúde e de prestação de cuidados de saúde, inserida nos processos de transição vividos ao longo do ciclo de vida, têm vindo a sofrer uma profunda transformação decorrente das mudanças sociais, políticas e económicas, as quais condicionam um elevado nível de exigência na perspetiva dos utilizadores e uma preocupação por parte dos prestadores de serviços de saúde com os padrões de qualidade que devem orientar as práticas assistenciais.

A prestação de cuidados desenvolve-se num sistema complexo e dinâmico, muitas vezes condicionada pela gravidade e imprevisibilidade inerentes à pessoa em situação crítica, contribuindo para que a segurança dos cuidados se constitua num desafio permanente para os profissionais de saúde.

A preocupação com a segurança, afigura-se cada vez mais como um dos assuntos prioritários na tomada de decisões em todos os contextos de prática clínica. É uma premissa fundamental para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde, e neste sentido é fundamental que as instituições procurem garantir cuidados com qualidade, livre de erros e eventos adversos (EA) (Despacho nº 1400-A/2015).

Esta linha orientadora é corroborada pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006) quando realça que os procedimentos seguros e adequados às necessidades dos doentes são princípios que qualificam e dignificam o cuidado de enfermagem e o compromisso profissional. Também Florence Nightingale afirmava que o principal objetivo de um hospital deve ser não provocar danos aos doentes, demonstrando a consciência de que devem ser locais seguros, onde as pessoas depositem confiança (Nightingale, 2011).

Em 1999 a publicação do relatório “*To err is human: building a safer health system*” por parte do *Institute of Medicine* é decisivo, ao centrar o debate em torno desta temática, colocando a tónica na implementação de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, apontando que 98.000 doentes morrem a cada ano na sequência de EA (Queirós, 2012; Romero et al., 2018).

Decorrente desta visão, a qualidade e segurança passou a ser uma prioridade das entidades de saúde internacionais e nacionais tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Direcção Geral da Saúde (DGS) que têm vindo a desenvolver diretrizes e estratégias tendo em vista a segurança dos cuidados prestados. Para tal, a academia assume um papel de destaque ao promover estudos cada vez mais robustos que suportem a tomada de decisão (Rosa et al., 2015).

Nesta perspetiva, a OMS aprovou em maio de 2021 o primeiro Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021–2030 que visa eliminar danos evitáveis na área de saúde a nível mundial. É considerado um marco histórico, uma vez que pretende formular e fortalecer políticas e capacitar todos os sistemas

de saúde do mundo em intervenções destinadas a melhorar a segurança do doente (World Health Organization [WHO], 2021).

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) apresentam-se como um dos mais importantes desafios dos sistemas de saúde, no âmbito da segurança dos cuidados, na medida em que se revestem e se constituem como uma importante causa de morbilidade, mortalidade, aumento do número de dias de internamento com conseqüente acréscimo do consumo de recursos hospitalares e comunitários, para além dos custos indiretos, difíceis de mensurar como a qualidade de vida dos doentes e familiares (DGS, 2007; DGS, 2017; Pittet, 2005).

As IACS ocorrem em todos os níveis de prestação de cuidados, constituindo-se por isso num problema de saúde mundial que capta a atenção dos doentes, profissionais de saúde, gestores hospitalares, órgãos reguladores e governos não apenas pela magnitude do problema e dos custos associados, mas também pelo crescente reconhecimento de que a maioria das infeções são evitáveis. (Mathur, 2011)

A responsabilidade pela prevenção e controlo de infeção é multidisciplinar, individual e coletiva, pelo que é fundamental que todos os profissionais se consciencializem do papel particular que desempenham, bem como, da responsabilidade ética subjacente, adequando as suas práticas no sentido de minimizar o problema. Esta preocupação obriga a que em todos os momentos da prestação de cuidados, existam ações que simultaneamente atuem, quer na área de prevenção, quer na área do controlo da transmissão cruzada de microorganismos. Este conjunto de ações e recomendações são a primeira “barreira de segurança” (Pina et al., 2010).

As recomendações de boas práticas, designadas pela DGS por Precauções Básicas de Controlo e Infeção (PBCI), destinam-se a garantir a segurança dos doentes, dos profissionais de saúde e de todos aqueles que entram em contato com as instituições de saúde. Aplicam-se a todos os doentes independentemente de se conhecer o seu estado infeccioso, e a sua implementação constitui uma estratégia primária de eficácia comprovada, na minimização do risco de infeção (DGS, 2013).

Enquadrado nas PBCI, encontramos com particular destaque a higienização das mãos, como sendo uma prática fundamental na abordagem ao doente, tradicionalmente considerada como a medida mais eficaz na prevenção e controlo de infeções relacionadas com os cuidados de saúde. É por isso considerada como um importante indicador de segurança dos cuidados prestados em todos os ambientes de saúde e a evidência científica permite afirmar que existe uma relação direta entre a adesão às práticas de higienização das mãos e uma baixa taxa de IACS (WHO, 2009a).

No entanto, a adesão a esta prática constitui um desafio, principalmente nos países em desenvolvimento, os quais podem apresentar uma taxa de IACS até 20 vezes superior aos dados observados em países

desenvolvidos (Valim et al., 2019). As IACS constituem um problema mundial e torna-se imperativo a implementação de medidas padronizadas, assim como, de investigação e monitorização regular, objetivando a realidade de cada contexto profissional, o qual favorece a mudança no perfil de adesão à higienização das mãos, com vista ao decréscimo da transmissão de microrganismos multirresistentes. A atual pandemia COVID - 19 veio sublinhar ainda mais a importância da higienização das mãos como uma medida de continuidade, quer no atual contexto, quer posteriormente como um compromisso comportamental positivo. Este facto decorre da constatação de que esta prática sozinha e implementada de forma eficaz pode reduzir significativamente o risco de transmissão de microrganismos patogénicos. No serviço de urgência, a adesão à higienização das mãos é desafiante, decorrente de algumas peculiaridades tais como, o alto e rápido fluxo de doentes o que torna esse ambiente dinâmico e complexo acrescido da convivência com a superlotação de doentes, o que leva a que as instalações se tornem inapropriadas para uma metodologia de trabalho organizada e segura. O desajuste nos rácios enfermeiro/doente condicionam uma elevada carga de trabalho dos profissionais de saúde, potenciadora de práticas menos adequadas, podendo ser colocado em causa as medidas universais de controlo de infeção (Silva et al., 2020).

Nesta perspetiva, e sendo a higienização das mãos alvo de atenção nos diferentes níveis da estrutura organizacional das instituições de saúde, configura-se ainda como um desafio maior e permanente num serviço de urgência dado a sua especificidade. Assim, julgamos pertinente este estudo, na medida em que cada contexto de exercício profissional se reveste de particularidades que podem condicionar os comportamentos dos profissionais de saúde no âmbito do controlo da infeção.

Neste sentido, trata-se de um estudo de natureza quantitativo, com carácter descritivo, correlacional e transversal, que tem como objetivo principal analisar a perceção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos.

A investigação foi desenvolvida num Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica (SUMC) – Urgência geral, do Norte de Portugal, com uma área de influência de aproximadamente 520000 habitantes, distribuídos por 12 concelho, e com uma média diária de 279 episódios de urgência, em 2020 (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, 2021).

Participaram na investigação enfermeiros, médicos e assistentes operacionais que se encontravam em exercício profissional no serviço de urgência, no período compreendido entre abril e maio de 2021. Para tal, optou-se por um processo de amostragem não probabilística por conveniência.

Como instrumento de recolha de dados, recorreu-se a um questionário composto por uma primeira parte de caracterização sociodemográfica e profissional e uma segunda parte composta por uma escala que

avalia a percepção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos (BAHM). Este é constituído por um conjunto de perguntas, cuja opção de resposta é do tipo Likert, estruturando-se em cinco subescalas: Avaliação & *Feedback*; Clima organizacional; Formação & Treino; Liderança & Alertas formais e Materiais & Equipamentos.

O desenvolvimento do presente estudo acautelou todos os pressupostos éticos necessários a uma investigação.

Este trabalho de investigação encontra-se estruturado em sete capítulos. O primeiro diz respeito à presente introdução onde abordamos a problemática, o tipo de estudo, o objetivo do mesmo e a estrutura do trabalho. O segundo capítulo versa sobre o enquadramento teórico, que aborda as IACS, PBCI, higienização das mãos, e o conceito de percepção e adesão. Fundamenta-se a importância da higienização das mãos no controlo da infeção e o seu impacto na qualidade e segurança dos cuidados e abordam-se fatores que podem constituir barreiras à boa prática de higienização das mãos. O terceiro capítulo é constituído pela investigação empírica e respetiva abordagem metodológica. A apresentação dos resultados constitui o quarto capítulo e o quinto apresenta a análise e discussão dos resultados. No sexto capítulo apresentamos a conclusão e terminamos com o sétimo capítulo com as referências bibliográficas seguido dos anexos.

Para a realização deste trabalho, seguimos como norma de referência bibliográfica, *American Psychological Association* (7ª edição), bem como a norma de formatação gráfica de teses e dissertações de mestrado da Universidade do Minho.

Com este estudo espera-se conhecer os fatores que condicionam a higienização das mãos, no sentido de implementar estratégias direcionadas para a realidade institucional em que o estudo se desenvolve, contribuindo para uma prática baseada na evidência tendo em vista a segurança do doente e uma prestação de cuidados centrados na qualidade e excelência, bem como, dar resposta ao desafio lançado no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 – 2026, nomeadamente no quinto pilar estratégico, referente à promoção de práticas seguras em ambientes seguros, cujo objetivo visa a redução das IACS.

2. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O conceito de IACS foi evoluindo ao longo do tempo, acompanhando o conhecimento adquirido através da análise das práticas de saúde desenvolvidas nos diferentes contextos de prestação de cuidados.

Considerando que os cuidados de saúde são cada vez mais complexos e dinâmicos, e que a vulnerabilidade destes cuidados está em constante mudança, como resultado das interações entre profissionais de saúde, doentes, tecnologia e ambiente, as IACS são consideradas um dos mais importantes riscos associados à prestação de cuidados de saúde (Pina et al., 2014).

Durante algumas décadas, quer em Portugal, quer no mundo inteiro, o enfoque era dado na infeção adquirida em meio hospitalar, denominada inicialmente por infeção hospitalar e mais tarde por infeção nosocomial. Entendia-se que os doentes só adquiriam infeções no meio hospitalar como consequência dos cuidados de saúde resultantes da hospitalização, descurando as outras unidades de saúde. Esta noção de infeção resultante da prestação de cuidados, fez com que mais tarde tenha vindo a surgir o conceito de infeção iatrogénica como uma consequência indesejada da prestação de cuidados de saúde (Silva, 2013). Esta definição vai de encontro ao conceito de EA, enquanto dano inadvertidamente causado ao doente, no decurso da prestação de cuidados, sendo passível de ser evitado.

O conceito de infeção iatrogénica já se encontra bastante próximo do atual conceito de IACS, entendido como o conjunto de todas as infeções desenvolvidas mesmo após a alta, que não estavam em incubação no momento da admissão, independentemente da unidade de saúde onde são prestados os cuidados (WHO, 2002).

A DGS (2007) acrescenta que para além de ser uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, pode também, afetar os profissionais de saúde durante o seu exercício profissional, sendo consideradas como infeções de natureza ocupacional.

Como nas últimas décadas têm surgido nos hospitais um crescente número de doentes com infeções que provêm da comunidade, mas que tiveram exposição prévia a serviços de saúde, este cenário impõe a necessidade de uma definição mais criteriosa. Neste sentido, o relatório subordinado ao tema Infeções Associadas a Cuidados de Saúde: Contributo da Indústria de Meios de Diagnóstico *in Vitro* para o seu Controlo, coordenado pelo Professor Doutor António Correia de Campos, publicado em junho de 2016, propõe uma definição mais abrangente, resultante da crescente prestação de cuidados de saúde em ambulatório e em instituição que não exclusivamente hospitais. Face ao exposto anteriormente, o referido relatório menciona a definição proposta por Friedman et al. (2002, p.9), em que uma infeção para ser considerada como associada aos cuidados de saúde, “esta deve estar presente à admissão ou

desenvolver-se nas primeiras 48h em doentes que cumpram qualquer um dos seguintes critérios: i) tenham recebido terapêutica endovenosa, tratamento de feridas ou cuidados de enfermagem especializados no domicílio ou tenham autoadministrado terapêutica endovenosa nos 30 dias que antecedem o surgimento de infeção; ii) tenham ainda estado no hospital ou numa clínica de hemodialise ou tenham recebido quimioterapia nos 30 dias que antecederam a infeção; iii) tenham estado hospitalizados num hospital de agudos por dois ou mais dias nos 90 dias que antecederam o surgimento da infeção; iv) tenham residido num lar ou unidade de cuidados de saúde continuados”.

O mesmo relatório, acrescenta a esta definição o conceito proposto pela OMS em que as IACS incluem as infeções adquiridas pelos profissionais no desempenho do seu exercício profissional.

Decorre deste entendimento que se refere a todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde, sendo por isso fundamental assegurar a comunicação e a articulação entre instituições, no sentido de procederem à identificação destas infeções com o compromisso de reduzir o risco de infeção cruzada (DGS, 2007).

Nesta nova abordagem, o alargamento do conceito de IACS para cenários diferentes do hospital, fez emergir a necessidade de transportar o conhecimento das medidas de prevenção de infeção aos profissionais de saúde que atuam em outros níveis de prestação de cuidados até mesmo aos cuidadores informais (Padoveze & Figueiredo, 2014).

É importante realçar que o aumento crescente da prestação de cuidados de saúde em regime de ambulatório, e em unidades de doentes crónicos fora dos hospitais, trouxeram nas últimas décadas uma complexidade acrescida à análise da dimensão epidemiológica e à definição deste problema.

As IACS representam uma preocupação constante em todo o mundo, uma vez que podem estar relacionadas com a condição de saúde do doente, com as especificidades decorrentes da prestação de cuidados, com o ambiente, com as limitações políticas e económicas do sistema de saúde e dos países, assim como, com o comportamento humano condicionado pela educação. Por apresentarem esta origem multifacetada são consideradas como uma componente crítica na qualidade dos cuidados e segurança dos doentes (Pina et al., 2010; WHO, 2009a).

2.1. Impacto das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

As IACS constituem um dos maiores problemas de saúde pública, não só pelos custos económicos e sociais, mas também pelas suas implicações na segurança do doente e na qualidade dos cuidados prestados (Pittet, 2005). Agravam o prognóstico das doenças de base, prolongam os dias de

internamento, aumentam a morbilidade e mortalidade DGS (2017), e ainda aumentam a resistência a antimicrobianos (RAM) R. Oliveira et al. (2016), com consequente repercussão na imagem do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e na economia (Despacho nº 1400-A/2015).

A OMS prevê que em cada 100 doentes internados nos hospitais, 7 nos países desenvolvidos e 10 nos países em desenvolvimento, adquiram pelo menos uma IACS no decurso do episódio de internamento (WHO, 2014).

De acordo com o mais recente inquérito de prevalência de IACS na Europa realizado em 2016-2017 e organizado pelo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), que contou com a participação de 28 países, incluindo 310 755 doentes de 1209 hospitais, estima-se que 3,8 milhões de pessoas adquirem anualmente uma IACS em hospitais da União Europeia, Noruega e Islândia (Suetens et al., 2018). As IACS mais frequentemente documentadas neste inquérito foram as infeções do trato respiratório (21,4% pneumonia), infeções do trato urinário (18,9%), infeções do local cirúrgico (18,4%), infeções da corrente sanguínea (10,8%) e infeções do trato gastro intestinal (8,9%).

A participação de Portugal neste estudo, envolveu 125 unidades hospitalares. A taxa de prevalência global de IACS encontrada em Portugal foi de 7.8%, o que representa uma descida de 2.7% em relação a 2012 (10.5%). Verifica-se ainda que existe uma diferença significativa entre Portugal e a média Europeia, que atinge os 6,5%. (DGS, 2018; Suetens et al., 2018).

As IACS conduzem ainda a um aumento da RAM, através de uma maior utilização de antibióticos (DGS, 2017). A dimensão económica de uma infeção RAM acarreta um custo que oscila entre 8 500 e 34 000 euros a mais do que uma infeção não resistente, decorrente dos custos hospitalares adicionais e prolongamento do tempo de internamento (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2017).

Face a esta realidade e se não existir uma política ativa de controlo de infeção, prevê-se que a resistência a antimicrobianos em 2050 será responsável pela morte de 390 000 pessoas na Europa e 10 milhões de pessoas em todo mundo. Tendo em conta este cenário, a DGS (2018) alerta que é necessário implementar medidas efetivas de controlo de infeção associado a uma política de gestão do uso de antibióticos.

Em maio deste ano, a OMS afirmou que sensivelmente 5 milhões de IACS ocorrem anualmente em instituições hospitalares europeias, as quais se traduzem em mais de 25 milhões de dias de internamento, com um impacto financeiro de 13 a 24 mil milhões de euros (WHO, 2021).

No âmbito dos eventos de segurança, as IACS configuram-se como os EA mais frequentes da hospitalização (Al-Tawfiq & Tambyah, 2014; OECD & Union, 2016). São descritos como danos não

intencionais decorrentes dos cuidados ao doente e não relacionados com a evolução natural da doença (Duarte et al., 2015).

Em Portugal, o estudo desenvolvido pela Escola de Saúde Pública em 2011, revelou uma taxa global de incidência de EA de 11,1%, sendo que as IACS contribuíram para 11% da taxa referida anteriormente (Sousa et al., 2014).

O mais recente estudo português de EA foi desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em que foi analisado uma base de dados administrativa contendo o registo de todas as hospitalizações que ocorreram nos hospitais públicos entre 2000 e 2015. Constataram que 5,8% de todas as hospitalizações tiveram o registo de pelo menos um EA, e que as hospitalizações com registo de acontecimentos adversos tiveram uma duração média de permanência de 8 dias versus 4 dias, custos médios de hospitalização de 3060,7 euros versus 1759 euros, comparativamente com aqueles que não tiveram registo de EA. Acresce ainda uma taxa de mortalidade no hospital de 6,7% nas hospitalizações em que ocorreu um EA (Sousa-Pinto et al., 2018).

Face à relevância desta temática, a prevenção de IACS é parte integrante dos programas internacionais de acreditação de qualidade das instituições de saúde (Australian Commission on Safety and Quality in Health, 2021; Joint Commission International [JCI], 2021).

Em Portugal entre as várias estratégias e iniciativas promovidas para aumentar a segurança do doente destaca-se o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 - 2026, lançado pela DGS, o qual apresenta cinco pilares estratégicos, sendo o quinto pilar referente à prevenção e controle de infeções e as resistências antimicrobianas (Despacho n° 9390/2021).

A OE com recurso a uma tomada de posição refere que os clientes e famílias têm direitos a cuidados seguros. O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas, aplicáveis independentemente do contexto da prestação de cuidados e da relação jurídica existente (OE, 2006).

No sentido de aumentar a qualidade dos cuidados, de minimizar as complicações potencialmente evitáveis e de reduzir a incidência de EA é fundamental que os profissionais de saúde dominem alguns conceitos na área da gestão do risco.

Sendo a taxa de prevalência de IACS numa unidade de saúde um indicador de qualidade e segurança do doente WHO (2002), a criação e implementação de programas de vigilância epidemiológica são consideradas ferramentas importantes na prevenção das mesmas. Assim, Portugal criou a Rede Nacional de Registos de IACS, sob a responsabilidade da DGS, que inclui a obrigatoriedade de as unidades de saúde monitorizarem, notificarem e alertarem esta mesma rede sobre os microorganismos causadores

de infeção (DGS, 2015). Decorrente do exposto anteriormente, efetuar uma vigilância epidemiológica é uma tarefa fundamental, não só para detetar e identificar problemas como também para avaliar a eficácia das medidas de controlo de infeção.

2.2. Controlo de Infeção

Nos últimos anos, tem se vindo a verificar uma crescente preocupação por parte dos profissionais de saúde com o controlo de infeção. Esta inquietação resulta da envolvimento de aspetos legais, éticos e económicos na saúde, configurando-se como um problema de saúde pública associado à prática profissional.

Considerando que na primeira década deste século, Portugal foi um dos países da União Europeia com maior taxa de prevalência de IACS, assim como, a prática de prescrição antibiótica apresentava distorções passíveis de correção, levando a uma taxa de RAM preocupante, deste modo originou a perceção de que todos estes problemas estão intimamente relacionados, levando os hospitais a conjugarem a sua ação com os organismos competentes, nomeadamente, a DGS e Administrações Regionais de Saúde (Despacho n° 2902/2013).

Neste sentido, Portugal implementou um programa designado de Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), como resultado da fusão do Programa Nacional de Controlo de Infeção e do Programa Nacional de Prevenção das RAM, baseado em três pilares fundamentais: i) prevenção e controlo das IACS; ii) prevenção e controlo das RAM; iii) vigilância epidemiológica (Campos et al., 2016). Acrescenta os mesmos autores que a operacionalização deste programa assenta na definição de objetivos de promoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeção. Para tal, foi implementada a Campanha Nacional das Precauções Básicas de Controlo de Infeção.

2.2.1. Precauções básicas do controlo de infeção

A promoção e instituição de uma cultura de segurança baseada na adoção de normas e recomendações estabelecidas em função do risco, com o intuito de prevenir a transmissão de infeção, deve ser uma prática desenvolvida e interiorizada por todos os profissionais durante a prestação de cuidados (Duarte & Martins, 2019).

As PBCI são recomendações de boas práticas que se destinam a garantir a segurança dos doentes, profissionais de saúde e de todos os intervenientes nos cuidados de saúde, com o objetivo de prevenir a transmissão cruzada de microorganismos, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados. As PBCI incidem sobre 10 itens:

- i. Avaliação individual do risco de infeção na admissão do doente e colocação;
- ii. Higienização das mãos;
- iii. Etiqueta respiratória;
- iv. Utilização de equipamento de proteção individual;
- v. Descontaminação do equipamento clínico;
- vi. Controlo ambiental e descontaminação adequada das superfícies;
- vii. Manuseamento seguro da roupa;
- viii. Gestão adequada dos resíduos;
- ix. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis;
- x. Prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

Estas recomendações devem ser aplicadas a todos os doentes independentemente do seu diagnóstico e do conhecimento ou não do seu estado infeccioso, com o princípio subjacente de que “não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco” (DGS, 2013, p.10). A prevenção das IACS assentam no cumprimento das PBCI, em que a higienização das mãos é parte integrante.

Decorrente do referido anteriormente, os gestores das unidades de saúde devem garantir a existência de recursos que facilitem a implementação das PBCI e a monitorização do seu cumprimento. É fundamental que todos os profissionais de saúde recebam formação e treino sobre todos os componentes das precauções básicas de prevenção e controlo da infeção e que se verifique periodicidade na realização de auditorias internas (DGS, 2013).

A DGS publicou um relatório de auditoria às PBCI, onde se constata que em 2015, 75% dos profissionais de saúde conheciam a norma das PBCI (+ 17.9 % do que em 2014), acrescenta ainda que a variação do conhecimento dos profissionais acerca da norma foi notória entre os vários grupos profissionais. Em 2015 os enfermeiros apresentavam um nível de conhecimento de 79.7%, os assistentes operacionais 74.1% e os médicos 41.3%. A aplicação de auditoria às PBCI, permite obter uma análise crítica, bem como a identificação de problemas, permitindo a implementação de medidas relativas às inconformidades detetadas tendo em conta a melhoria dos cuidados prestados (DGS, 2016).

2.3. Higienização das mãos

Historicamente comprovada, a higienização das mãos é considerada a medida mais simples e a mais eficaz para reduzir a transmissão de IACS. A adoção desta prática reduz significativamente a transmissão de microorganismos e conseqüentemente o decréscimo da incidência das infeções preveníveis, reduzindo também a morbidade e mortalidade nas unidades de saúde. Durante séculos, a lavagem das mãos com sabão e água foi considerada apenas uma medida de higiene pessoal, no entanto, nos últimos 200 anos, a relação entre esta prática e a propagação da doença começou a demonstrar uma relação de causalidade (WHO, 2006).

A importância da higienização das mãos nasceu segundo a perspectiva do médico obstetra, Ignaz Philipp Semmelweis em 1848, suportada no trabalho desenvolvido na maternidade do Hospital Geral de Viena (Baraldi & Padoveze, 2015). O obstetra constatou que o risco de infeção, transmissão e morte puerperal era causado pelo que denominou de “partículas cadavéricas”, trazidas pelos médicos cirurgiões e estudantes de medicina após as autopsias. Semmelweis percebeu que os profissionais que assistiam às autopsias, transferiam com as mãos a matéria cadavérica para o canal de parto (Ataman et al., 2013). Ao implementar a prática da lavagem das mãos com solução clorada, conseguiu uma redução da incidência da infeção e um decréscimo da mortalidade materna de 12,24% para 1,20% em três meses (Fontana, 2006). Dentro deste contexto, o procedimento proposto por Semmelweis representou a primeira evidência de que a lavagem das mãos poderia reduzir os índices de infeções associadas aos cuidados de saúde (Boyce & Pittet, 2002).

Na enfermagem, temos como referência Florence Nightingale que revolucionou as bases do cuidado com o seu trabalho desenvolvido no hospital de Scutari na Guerra da Crimeia. Pioneira nas ações relacionadas com o controlo de infeção, reforçou em 1863 a relevância de ações de higiene pessoal e da manutenção de um ambiente limpo e seguro na prestação de cuidados. Com estas medidas, Florence Nightingale conseguiu reduzir a taxa de mortalidade de 33% para 2% (Baraldi & Padoveze, 2015; Martins & Benito, 2016).

Ignaz Philipp Semmelweis e Florence Nightingale, basearam-se em estudos empíricos, sustentados na observação e documentação de factos, realizados em épocas em que não existiam conhecimentos de microbiologia e práticas de prevenção e controlo de infeção. No entanto, foram os primeiros a demonstrar que os profissionais de saúde deveriam assumir um papel preventivo perante a problemática das infeções hospitalares (DGS, 2007; Squeri et al., 2016).

À medida que o conhecimento se desenvolveu, foram debatidas questões técnicas sobre microorganismos multirresistentes, cuidados aos doentes e métodos invasivos, temas que definiram o novo papel do profissional de saúde e de todo o sistema de vigilância e prevenção de infeção.

Nos anos 70 e 80 foram produzidos vários estudos realizados na Europa e Estados Unidos que representaram um marco importante na evolução dos conceitos de higienização das mãos na saúde (WHO, 2006).

No ano 2000, o infeciologista Didier Pittet publicou um estudo de referência que provou que uma cultura de higienização das mãos que envolva a introdução da solução antisséptica à base de álcool (SABA) e a educação dos profissionais de saúde são requisitos necessários para melhorar significativamente a conformidade de uma boa prática.

No mesmo ano, vários estudos constataram que o aumento da frequência de lavagem das mãos entre profissionais de saúde está associado à diminuição da transmissão de IACS (Larson et al., 2000; Pittet, 2000; Nguyen et al., 2008).

Em outubro de 2002, foram publicadas pelo CDC *Guidelines* que suportam as recomendações específicas para promover a boa prática de higienização das mãos, verificando-se a alteração dos termos, “Lavagem de mãos”, para “Higienização das mãos” em virtude do entendimento da maior abrangência do procedimento em questão (Centers fo Disease Control and Prevention, 2002).

No mesmo ano a SABA é definida como o *Gold Standard* para a higienização das mãos nos cuidados de saúde, enquanto a lavagem com água e sabão é reservada para situações particulares como a presença de matéria orgânica. (Australian Commission on Safety And Quality in Health Care, 2020; Centers fo Disease Control and Prevention, 2002; WHO, 2006).

A OMS tem dedicado esforços no sentido de elaborar estratégias para promover a adesão dos profissionais de saúde a esta prática, devendo estas, ser direcionadas para todas as unidades de saúde envolvendo a equipa multidisciplinar, doentes e a comunidade. Em 2005 o Departamento de Segurança do doente da OMS definiu como prioridade a redução das IACS, através de um programa intitulado “*Clean Care is Safer Care*”, cujo propósito foi a promoção da higienização das mãos, como método sensível e efetivo para a prevenção das infeções (WHO, 2005).

Portugal aderiu a este programa em outubro de 2008, assumindo a denominação de “Medidas Simples Salvam Vidas”, em que várias unidades de saúde públicas e privadas de todo o país participaram nesta campanha, sob orientação da DGS. A finalidade centrou-se na promoção da prática de higienização das mãos de forma padronizada e abrangente (DGS, 2014).

Em 2009, face ao sucesso da iniciativa lançada em 2005, a OMS lançou uma extensão desse programa com o nome *Save Lives: Clean your Hands*, um programa que pretendeu garantir um foco contínuo sobre a higienização das mãos nos serviços de saúde e onde está incluído o modelo conceptual dos cinco momentos (WHO, 2009b).

Este modelo, baseou-se no estudo de Sax et al. (2007) que veio divulgar de forma prática quais as cinco indicações para a higienização das mãos. Estas indicações tiveram como objetivo proteger o doente, profissional de saúde e o ambiente, e, interromper eficazmente a cadeia de transmissão de microrganismos.

Assim, define-se os “cinco momentos” na prática clínica como: 1) antes do contacto com o doente; 2) antes de procedimentos limpos/assépticos; 3) após risco de exposição a fluidos orgânicos; 4) após contacto com o doente; 5) após contacto com o ambiente envolvente do doente. Constituindo desta forma os pontos de referência temporais para a prática da higienização das mãos (WHO, 2009a).

Tendo em consideração a metodologia proposta pela OMS, em 2010 a DGS divulga a orientação das boas práticas para a higienização das mãos para todas as unidades de saúde em Portugal. Estas orientações fornecem aos profissionais de saúde uma revisão minuciosa de evidência científica, assim como, as recomendações específicas para melhorar as práticas e reduzir a transmissão de microrganismos (DGS, 2010). Embora a higienização das mãos seja uma prática simples e eficiente, a sua adesão tem sido uma tarefa árdua e complexa, sendo deste modo importante investigar qual a perceção dos profissionais de saúde acerca da higienização das mãos.

2.3.1. Perceção – Um Conceito Subjetivo

No domínio da investigação, a utilização de conceitos abstratos é passível de diferentes interpretações, tornando-se necessário a sua clarificação, na medida em que possibilita delinear o campo de ação do investigador, bem como, uma compreensão adequada dos objetivos ou propósitos do estudo.

Neste sentido, é fundamental refletir sobre o conceito de perceção, entender a singularidade das perceções de um indivíduo e compreender como as perceções são formadas. Conhecer a perceção dos profissionais de saúde, doentes ou outros intervenientes no processo de cuidar pode melhorar os resultados em saúde, daí a importância deste conceito na investigação em Enfermagem (McDonald, 2012)

Ao longo do tempo diferentes ciências preocuparam-se em estudar este conceito uma vez que se trata de um termo de difícil conceptualização. Mascarello e Souza (2020) afirmam que é o ato de receber,

interpretar e compreender os sinais sensoriais que provêm dos cinco sentidos presentes em no nosso organismo. Embora recorra ao organismo e às questões físicas, está diretamente ligada ao sistema psicológico de cada indivíduo.

De acordo com Myres (1999), a percepção do mundo é diferente para cada um de nós, uma vez que cada pessoa percebe um objeto ou uma situação de acordo com os aspetos que têm especial importância para si próprio. Este entendimento está centrado na captação de informação e deixa em aberto se a percepção nos proporciona um conjunto de conhecimentos do mundo tal como ele é.

Gleitman (1986) realça algumas características da percepção, das quais destacamos o facto de ser sempre uma experiência dotada de significado, pois aquilo que é percebido tem um sentido e faz sentido na história e na experiência de cada sujeito, fazendo parte do nosso mundo e das nossas vivências.

Deste modo, a percepção contempla uma dimensão individual de cada sujeito, assente nas suas crenças, valores e vivências, dotada de uma dimensão qualitativa influenciada também pela relação que o sujeito assume face ao objeto de estudo. Nesta perspetiva, a sua mensuração acarreta uma tarefa complexa, na medida em que se encontra dependente da nossa relação com o mundo que nos rodeia. Esta complexidade implica que inúmeras vezes se encontre uma discrepância entre a percepção da relevância de um comportamento e a abordagem adotada pelo indivíduo na sua prática.

Neste sentido, Oliveira et al. (2019), afirmam que os profissionais de saúde demonstram uma percepção adequada da importância da higienização das mãos, no entanto, isso não se reflete na sua prática diária. Num estudo cujo objetivo foi investigar a percepção e atitude dos profissionais de saúde acerca da participação do doente na higienização das mãos, Oliveira e Pinto (2018) referem que todos os profissionais demonstraram preocupação com a transmissão das IACS e que 90,7% consideraram que as ICAS representam um problema de elevada relevância. A maioria dos profissionais de saúde (90%) considerou a higienização das mãos como sendo eficaz na redução das IACS e 94,7% referem a importância que essa prática apresenta quando realizada antes e após o contato com os doentes para prevenir infeção, no entanto, a adesão a esse cuidado constitui-se como um desafio durante o seu exercício profissional.

2.3.2. Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos

Apesar do esforço desenvolvido com o objetivo de aumentar a adesão à prática de higienização das mãos, Pittet (2000) refere que a mesma permanece baixa mesmo em ambientes com recursos e

condições favoráveis. Durante décadas, várias intervenções foram adotadas para aumentar a taxa de adesão à higienização das mãos, no entanto, o que se verificou é que intervenções isoladas têm menor efeito a longo prazo quando comparadas com as intervenções multimodais. Oliveira e Paula (2013), numa revisão integrativa sobre as intervenções para implementar uma maior adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos, vem corroborar esta afirmação de que a estratégia deve obedecer a um programa organizado.

Partilhando este entendimento, a OMS lançou um programa de estratégia multimodal, que propõe um conjunto de intervenções de forma a motivar os profissionais a aderir à técnica de higienização das mãos. É uma conceção nova que incorpora a sensibilização dos profissionais, mudança comportamental e evidência científica. Esta estratégia pode ser utilizada em qualquer unidade de saúde, independentemente dos níveis de complexidade e de recursos disponíveis (DGS, 2010).

A estratégia multimodal prioriza cinco componentes chave que favorecem a mudança de práticas e comportamentos, consistindo em:

1. Mudança no sistema, garantindo que os recursos para o procedimento da higienização das mãos estejam em acesso fácil no local de prestação de cuidados incluindo a disponibilidade de solução antisséptica alcoólica (SABA);
2. Educação e formação dos profissionais de saúde;
3. Avaliação e *feedback* da prática de higienização das mãos;
4. Lembretes no local de trabalho;
5. Clima de segurança institucional favorável com a participação de todos os profissionais de saúde incluindo os gestores (WHO, 2009b).

Vikke et al. (2019) num estudo realizado na Dinamarca com o objetivo de compreender a perceção dos profissionais de saúde sobre os fatores que influenciam a implementação da estratégia multimodal, verificaram que a maioria dos inquiridos acredita que para melhorar a adesão à higienização das mãos precisa do apoio dos gestores (71%), acesso a recursos e equipamentos no local da prestação de cuidados (94%), educação e treino (70%), instruções simples e claras (77%), *feedback* sobre o desempenho (62%) e ter um profissional de referência como exemplo (82%). Em contrapartida, lembretes e cartazes no ambiente (44%) e a colaboração do doente (26%) foram considerados menos valorizados.

As condições adequadas das infraestruturas para a prática de higienização das mãos são reconhecidas como fatores facilitadores para a adesão a esta prática (Moura et al., 2017; A. Oliveira et al., 2016; Prado et al., 2013).

Graveto et al. (2018) e Souza et al. (2017) nos estudos que desenvolveram demonstram que a mudança na infraestrutura, representada maioritariamente pela disponibilidade de SABA e pelo acesso fácil a lavatórios favorecem a adesão á higienização das mãos. No entanto, outros estudos sugerem que, usadas isoladamente não produzem alteração de comportamentos. Sublinham ainda que o mesmo ocorre com a distribuição de lembretes e cartazes no local de prestação de cuidados (Doutorado et al., 2017; Magnago et al., 2019; Prado et al., 2013).

Muitas das inadequações referentes ás estruturas hospitalares para a higienização das mãos são observadas pelos enfermeiros que prestam cuidados e são desconhecidas pelos gestores. O trabalho em conjunto dos líderes com a restante equipa, é fundamental para reconhecer a relevância das boas práticas em saúde, que configuram uma adequada segurança institucional com repercussões na qualidade assistencial. O envolvimento da liderança para além de ser um ponto importante na estratégia multimodal permite melhorias nas taxas de conformidade da higienização das mãos, com maior sustentabilidade ao longo do tempo. (Staines et al., 2017)

O clima de segurança institucional, a educação e formação dos profissionais da saúde, bem como a avaliação através do *feedback* são reconhecidos como três componentes-chave que contribuem para mudanças consistentes da prática de higienização das mãos (Baccolini et al., 2019; Valim et al., 2019; WHO, 2009b).

Tendo em conta as exigências das unidades de saúde, é imprescindível realizar uma atualização continua de conhecimentos por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar através da formação permanente, que visa desenvolver uma cultura forte na prevenção e controlo de infeção. A Teoria da Aprendizagem Social desenvolvida por Albert Bandura enfatiza que a aprendizagem por meio de observação de comportamentos é a forma principal de obter conhecimento, uma vez que as pessoas reproduzem comportamentos ou adequam as suas práticas de acordo com o meio envolvente (Freitas, 2008).

O *feedback* das práticas como estratégia de educação e formação é considerado um elemento fundamental, uma vez que permite identificar lacunas, alertar e mudar comportamentos que contribuem para o desenvolvimento pessoal, coletivo e aperfeiçoamento profissional (Valim et al., 2019).

Allegranzi et al. (2013) referem que após a implementação global da estratégia multimodal da OMS em cinco países diferentes, verificou-se uma melhoria significativa da higienização das mãos em países

pouco desenvolvidos, contribuindo esta estratégia para fornecer progressos imediatos e substanciais, ainda que distantes do preconizado.

Relativamente ao sucesso dessa estratégia, Grayson et al. (2018) na avaliação do impacto da estratégia multimodal em 937 hospitais do Canadá, oito anos após a primeira intervenção, constataram uma melhoria de adesão à higienização das mãos de 63,6% em 2009 para 84,3% em 2017.

Apesar dos bons resultados obtidos nos estudos referidos anteriormente, Sakihama et al. (2019) verificaram que nos serviços de internamento médico, cirúrgico, cuidados intensivos e unidades de emergência de três hospitais japoneses a taxa de cumprimento da higienização das mãos aumentou significativamente após a implementação da estratégia multimodal (18% - 32,7% - 6 meses), no entanto após cinco anos, da intervenção inicial, a taxa de adesão manteve-se sensivelmente idêntica (31,9%), aquém daquilo que seria expectável. Estes investigadores concluíram que apesar da estratégia multimodal manter a taxa de adesão da higienização das mãos sustentada nos três hospitais japoneses, os índices de adesão são baixos comparados com os resultados de outros países como o Irão e Canadá, apontando como factor causal, a falta de formação nos serviços de urgência e a falta de liderança hospitalar.

O sucesso desta estratégia preconizada pela OMS, ultrapassa o âmbito dos hospitais convencionais, demonstrando bons resultados mesmo em hospitais de campanha no contexto da recente pandemia da COVID – 19 (Batista et al., 2020).

Um panorama sobre a realidade portuguesa revela que após o desafio “*Clean Care Safer Care*” inserido na estratégia multimodal lançada pela *World Alliance for Patient Safety* da OMS, nos quatro anos subsequentes à adesão, 2009 – 2012, verificou-se tal como em outros países membros, uma subida significativa na taxa de adesão global à higienização das mãos de 46% em 2009, fase definida como diagnóstica, para 68% em 2012. Uma análise por grupo profissional revelou que a taxa de adesão aumentou em enfermeiros, médicos e assistentes operacionais, com igual expressão (2%). No entanto, em 2012 a adesão mostra-se mais expressiva no grupo profissional dos enfermeiros, com 77%, seguida do grupo profissional dos assistentes operacionais 63%, e em último lugar o grupo profissional dos médicos com 55% (DGS, 2014).

Em 2015 a taxa global de higienização das mãos foi de 73.1%, observando-se um decréscimo em 2016 para 72.6% (DGS, 2018). Enquadrado no dia Mundial da Higiene das Mãos, a DGS (2021) revelou que em 2020, os dados apresentaram uma tendência favorável, com um crescimento de 10.1% face aos resultados de 2016. O mesmo relatório demonstrou que o consumo de solução de base alcoólica em 2020 triplicou face a 2019.

Estes resultados demonstram que a pandemia da COVID-19 reforçou a importância da boa prática da higienização das mãos na transmissão da infecção cruzada. Neste sentido, é importante sublinhar que esta preocupação deve ser mantida durante todo o tempo de prestação de cuidados e não apenas em circunstâncias pandêmicas e desafiadoras.

Importa ainda salientar que, as auditorias são fundamentais para determinar a taxa de adesão, criando indicadores de qualidade, importantes para avaliar a qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde. A observação do procedimento por si só, já é considerada uma forma de sensibilizar os profissionais de saúde para a prática do procedimento, conseguindo-se assim um efeito imediato de alerta para promoção do cumprimento da técnica.

2.3.3. Barreiras à adesão da higienização das mãos

Os fatores que possibilitam a compreensão do incumprimento às práticas de higienização das mãos são atualmente conhecidos graças a estudos observacionais, de intervenção ou de inquéritos epidemiológicos, nos quais os profissionais de saúde apontam as razões de não seguirem as recomendações (Mota, 2014).

É fundamental que cada unidade de saúde defina as barreiras que lhes são específicas à adesão à higienização das mãos, e implemente um conjunto de intervenções direcionadas a cada uma das necessidades identificadas (Chassin et al., 2015).

A revisão da literatura identificou alguns fatores que influenciam a promoção de um comportamento para a prática da higienização das mãos, como sejam o sexo, a categoria profissional, a carga de trabalho e o acesso às infraestruturas adequadas (Oliveira et al., 2009).

A OMS menciona alguns fatores preponderantes na adesão à higienização das mãos, que foram posteriormente agrupados num estudo realizado por Oliveira e Paula (2014) em três categorias: materiais, sociais ou comportamentais e institucionais.

Adverte ainda Belela-Anacleto et al. (2017) que alguns fatores dificultadores da adesão à higienização das mãos passam pela sobrecarga de trabalho, complexidade do doente, falta de tempo, stress, dotações seguras e por último a prestação de cuidados em serviços de emergência.

A higienização das mãos no serviço de urgência não tem despertado tanta atenção, uma vez que a maior parte dos estudos estão direcionados para situações de emergência e catástrofe, perdendo-se muitas vezes o foco na pedra angular que é o controlo básico de infeção (Heidi Vikke et al., 2019).

Num estudo observacional realizado por Ventakesh et al. (2011) sobre as barreiras à higienização das mãos no serviço de urgência de Boston, reafirmam que se realizaram poucos estudos sobre esta temática no departamento de urgência. Verificaram com um intervalo de confiança de 95%, que os doentes que são assistidos em corredores estavam mais expostos a que os profissionais de saúde não realizassem a higienização das mãos.

Um dado novo que encontra correlação com a adesão à higienização das mãos é o uso de luvas, como concluíram Scheithauer et al. (2013) and Venkatesh et al. (2011) em estudos de investigação desenvolvidos em contexto de urgência. Para estes autores uma possível explicação para a baixa higienização das mãos ao usar luvas pode ser o facto de os profissionais de saúde associarem o uso de luvas a uma alternativa à higienização das mãos, sustentado na crença que economizaria tempo. Zottele et al. (2017) não apenas corrobora a ideia anterior, como acrescenta que o profissional relaciona o ato de higienizar as mãos somente com a autoproteção e o autocuidado, deixando de lado a disseminação de microorganismos, a proteção e segurança do doente.

Carter et al. (2014) realizaram a primeira revisão da literatura sobre as práticas comuns de controlo de infeção no departamento de urgência, tendo verificado que as taxas de adesão à higienização das mãos relatadas variavam de 7,7% a 89,7%. Contudo, não foi possível tirar conclusões válidas dos resultados, na medida em que os métodos de auditoria eram diferentes. Tal facto resulta de não ter sido adotado como método de avaliação os “cinco momentos de higienização das mãos” preconizado pela OMS.

Haac et al. (2017) analisaram a adesão à higienização das mãos num cenário de ressuscitação de trauma de um hospital americano. Estes concluíram que, apesar do consenso geral de que a higienização das mãos é fundamental na prevenção de infeções, a adoção generalizada dos “cinco momentos de higienização das mãos” tem limitações, nomeadamente a falta de evidências para apoiar a sua prática em situações de emergência.

Em alguns estudos foram relatados a não observação de adesão à higienização das mãos durante a prestação de cuidados a doentes em situação de emergência clínica ou cirúrgica, pelo risco de morte iminente. Assim, o profissional opta pela rapidez em executar procedimentos emergentes em detrimento da higienização das mãos nos cinco momentos preconizados (Zottele et al., 2017).

Para Jeanes et al. (2017) no domínio das barreiras à higienização das mãos, verificaram que o problema de higienização das mãos é mais significativo no serviço de urgência onde os procedimentos são frequentemente de alto risco e invasivos, e não há tempo suficiente para avaliar se os doentes são suscetíveis a infeções ou suscetíveis de transmitir uma infeção para outras pessoas.

Numa revisão da literatura desenvolvida por Seo et al. (2019) sobre as intervenções para melhorar a adesão à higienização das mãos nos serviços de urgência, verificaram que entre grupos profissionais, oito em cada dez estudos, os enfermeiros em comparação com médicos ou outros tipos de profissionais de saúde, tinham uma melhor adesão à higienização das mãos.

Fouad e Eltaher (2020) acrescenta ainda que, devido à rápida rotatividade de doentes no serviço de urgência é difícil medir taxas de infecção associadas aos cuidados de saúde como indicador de melhoria. As IACS, por definição, desenvolvem-se após pelo menos quarenta e oito horas da hospitalização, e a maioria dos casos recebe alta no mesmo dia.

Da análise dos estudos referidos anteriormente, ressalta que são necessários mais trabalhos de investigação, para perceber as verdadeiras lacunas, bem como identificar quais são as intervenções mais eficazes para a melhoria da adesão à higienização das mãos nos serviços de urgência. Conclui-se ainda que os mecanismos de auditoria devem ter como base as orientações da OMS, nomeadamente os “cinco momentos de higienização das mãos”, por forma a constituírem-se como válidos metodologicamente, mas também possibilitarem comparações em cenários idênticos de prestação de cuidados.

Apesar dos serviços de saúde poderem ser vistos como uma fonte de fatores que conduzem ao erro, nomeadamente: ambientes incertos e dinâmicos onde existe uma atuação intensiva de profissionais, sobrecarga de trabalho, e situações altamente influenciadas pela cultura organizacional, argumenta-se que, as questões éticas envolvendo direitos do doente e deveres institucionais e profissionais estejam implicadas e sejam discutidas (Belela-Anacleto et al., 2017).

Para o mesmo autor, em circunstâncias nas quais se configura como boa prática promover a higienização das mãos, questiona-se o princípio da responsabilidade moral e profissional dos indivíduos ao não aderir às condutas preconizadas, uma vez que higienizar as mãos com técnica correta e em momento oportuno representa uma obrigação de todos os profissionais de saúde.

3. METODOLOGIA

Para a realização deste estudo de investigação optou-se por uma abordagem de carácter quantitativo, onde na perspetiva de Vilelas (2009) a ciência é interpretada como uma verdade objetiva, em que se pretende a verificação dos resultados previstos. Segundo o mesmo autor, no paradigma quantitativo a realidade construída é composta de causas e efeitos para prever e controlar eventos, comportamentos e outros factos, cabendo ao investigador quantificar essas causas e efeitos, a fim de maximizar a objetividade.

Dentro da abordagem quantitativa, e tendo presente a problemática enunciada, optou-se por um estudo de natureza descritivo e correlacional, para procurar dar resposta ao problema e objetivos propostos, uma vez que se pretende fornecer uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo e as relações existentes entre elas, assim como, examinar a associação entre variáveis. É ainda, um estudo transversal, na medida em que, baseia-se em examinar um ou vários grupos de indivíduos, num determinado tempo, em relação com um determinado fenómeno presente no momento da investigação (Fortin, 2009).

3.1. Contexto do estudo

Com o objetivo de compreender a perceção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos, optou-se por desenvolver um estudo num serviço de urgência de um Centro Hospitalar.

O referido serviço é classificado segundo a Rede de Referência Hospitalar como um Serviço de Urgência Médico-cirúrgica (SUMC) (Despacho nº 10319/2014). Abrange uma área de influência de aproximadamente 520.000 habitantes, com uma média diária de 279 episódios de urgência (SUMC), dados referentes a 2020 (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, 2021).

Contíguo ao serviço de urgência, estão o Serviço de Medicina Intensiva nível II e nível III, Bloco Operatório e Serviço de Imagiologia. No que concerne à estruturação do serviço, este engloba seis áreas funcionais distintas, nomeadamente, triagem, sala de emergência, sala de trauma, área médica (clínica geral e medicina interna), área respiratória e área cirúrgica (cirurgia e ortopedia).

O método de triagem utilizado é a Triagem de Manchester, não obstante no caso de o doente apresentar critérios de inclusão pode ser acionada a Via Verde Acidente Vascular Cerebral ou a Via Verde Coronária implicando o atendimento imediato, independentemente da prioridade atribuída.

A equipa de enfermagem do SUMC é constituída por uma enfermeira gestora, oito enfermeiros especialistas de carreira, dos quais seis são na área de Enfermagem Médico-cirúrgica, um em Enfermagem Comunitária e um em Enfermagem de Reabilitação, treze enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem e cinquenta e dois enfermeiros generalistas. A equipa é composta por 74 enfermeiros distribuídos por cinco equipas, existindo em cada equipa um coordenador e um subcoordenador. A jornada de trabalho é sempre de 12h com exceção dos turnos de triagem que são de 8 horas.

No que reporta à equipa médica esta é constituída por 86 profissionais, dos quais, 21 são especialistas de ortopedia, 23 de cirurgia geral, 27 de medicina interna e 15 de clínica geral. Relativamente aos assistentes operacionais, a equipa é composta por 53 elementos.

O método de trabalho adotado pela equipa de enfermagem no serviço de urgência é o método centrado na execução de tarefa, na medida em que o número de doentes e a estrutura física do serviço não permitem ainda adotar um método individual de prestação de cuidados. Ou seja, todos os enfermeiros de uma determinada área de trabalho são responsáveis por todos os doentes, no seu horário de trabalho. Os registos de enfermagem são realizados com recurso ao sistema *SClinico*.

3.2. Objetivo de estudo

Apesar de todo o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido nas unidades de saúde após a adesão de Portugal à campanha de higiene das mãos em 2008, o cumprimento desta prática continua a ser um desafio para todos os profissionais de saúde nos diferentes cenários de prestação de cuidados, em particular no serviço de urgência devido à sua especificidade e à sua complexidade. Este contexto hospitalar tem como intuito assegurar o atendimento imediato aos doentes no menor tempo possível garantido a qualidade dos cuidados prestados, segurança dos doentes e profissionais de saúde.

No sentido de compreender os fatores que condicionam a adesão à prática desta técnica, formulou-se o seguinte objetivo geral: analisar a perceção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Explorar quais as variáveis sociodemográficas que influenciam a perceção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas da higienização das mãos;

2. Explorar quais as variáveis profissionais que influenciam a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas da higienização das mãos;
3. Explorar a relação existente entre a formação em higienização das mãos e a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos;

3.3. Questões/hipóteses de investigação

Na procura de respostas ao objetivo principal, surgiram as seguintes questões de investigação:

1. Qual a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos?
2. Qual a relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos?
3. Qual a relação existente entre as variáveis profissionais e a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos?
4. Qual a relação existente entre a formação em higienização das mãos e a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos?

Delineou-se as seguintes hipóteses:

1. O sexo influencia a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos;
2. A idade influencia a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos;
3. A formação académica influencia a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos;
4. A experiência profissional influencia a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos;

5. A experiência profissional no serviço de urgência influencia a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos;
6. A categoria profissional influencia a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos;
7. A formação em higienização das mãos influencia a percepção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos;

3.4. Variáveis

Segundo Fortin (2009, p. 171) as variáveis “são as unidades de base da investigação. Elas são qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos ou situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo. As variáveis tomam diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados”.

No sentido de atingir os objetivos do estudo, foram definidas como variáveis independentes: sexo; idade; formação acadêmica; categoria profissional; experiência profissional; experiência profissional no serviço de urgência e a formação em higienização das mãos. Como variável dependente, utilizamos a escala “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos” (BAHM).

A tabela 1 contém a operacionalização definida para cada variável, e neste sentido, para a variável sexo, nominal, foram definidas duas categorias, “masculino” e “feminino”. Relativamente à variável idade, nominal, esta foi recodificada tendo em conta a amplitude amostral, contendo três grupos, 20-30 anos, 31-40 anos e mais de 41 anos. A variável habilitações académicas, ordinal, foi operacionalizada, respeitando 5 grupos, nomeadamente “ensino básico”, “ensino secundário”, “licenciatura”, “pós-graduação” e “mestrado”. Relativamente à variável categoria profissional, nominal, foi operacionalizada respeitando 4 grupos, respetivamente “enfermeiro”, “enfermeiro especialista”, “médico” e “assistente operacional”. No que diz respeito à variável experiência profissional, nominal, referente ao tempo total de exercício profissional, esta foi definida em anos e recodificada em três grupos, menos de 5 anos, 5-10 anos e mais de 10 anos, tendo em conta a amplitude amostral. Para a variável experiência profissional no serviço de urgência, nominal, referente ao tempo de exercício profissional no serviço de urgência, também foi recodificada e foram definidos os grupos menos de 5 anos, 5-10 anos e mais de 10 anos. Por último, a variável formação em higienização das mãos, nominal, foram criadas as categorias “sim” e “não”.

No que se refere à variável dependente, como já foi referido anteriormente, esta é uma escala tipo likert composta por 5 subescalas: Avaliação & *Feedback* (Itens 10,11,12,13,14,15,24,25), Clima Organizacional (Itens 26,27,28,29,30), Formação & Treino (Itens 6,7,8,9,16,31), Liderança & Alertas Formais (Itens 17,18,19,20,21,22,23) e Materiais & Equipamentos (Itens 1,2,3,4,5).

Tabela 1

Operacionalização de Variáveis.

Variáveis	Classificação	Tipo de dados	Codificação
Sexo	Independente	Nominal	Masculino Feminino
Idade	Independente	Nominal	20-30 anos 31-40 anos >41 anos
Formação académica	Independente	Ordinal	Não Superior Licenciatura Mestrado
Categoria Profissional	Independente	Nominal	Enfermeiro Generalista Enfermeiro Especialista Médico Assistente Operacional
Experiência Profissional	Independente	Nominal	<5 anos 5-10 anos >10 anos
Experiência Profissional no SU	Independente	Nominal	<5 anos 5-10 anos >10 anos
Formação em Higienização das mãos	Independente	Nominal	Sim Não
Escala BAHM	Dependente	Escalar	Avaliação & <i>Feedback</i> (Itens 10,11,12,13,14,15,24,25) Clima Organizacional (Itens 26,27,28,29,30) Formação & Treino (Itens 6,7,8,9,16,31) Liderança & Alertas Formais (Itens 17,18,19,20,21,22,23) Materiais & Equipamentos (Itens 1,2,3,4,5)

3.5. População e Amostra

Polit and Beck (2011) referem que “Os pesquisadores quantitativos formam amostras de uma população acessível na esperança de generalizar à população alvo, que é toda a população que o pesquisador está interessado. A população acessível é composta de casos da população alvo acessíveis como participantes do estudo” (p.341). Assim, para a seleção da amostra, utilizou-se um método de amostragem não probabilística por conveniência ou acidental, uma vez que permite escolher indivíduos facilmente acessíveis num determinado local e num preciso momento (Fortin, 2009).

A população acessível é constituída por 213 profissionais de saúde distribuídos pelos seguintes grupos profissionais: Enfermeiros (74), Médicos (86) e Assistentes Operacionais (53).

Definimos ainda como critério de inclusão, todos os profissionais de saúde que exerçam a sua atividade na prestação direta de cuidados no serviço de urgência durante o período de recolha de dados.

3.6 Instrumento de recolha de dados

Os questionários são instrumentos de registo escritos e planeados para pesquisar dados de sujeitos, através de questões, a respeito de conhecimentos, atitudes, crenças e sentimentos (Vilelas, 2009).

No presente estudo optou-se por um questionário, o qual contempla um conjunto de questões no âmbito da caracterização sociodemográfica e profissional, e a escala “Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos” (BAHM), validada para a população portuguesa por Zélia Piseiro (Piseiro & Gaspar, 2014).

Neste sentido, a primeira parte é dedicada à caracterização sociodemográfica da amostra (idade, sexo, habilitações académicas, categoria profissional, experiência profissional (anos/meses), experiência profissional no serviço de urgência (anos/meses) e formação em higienização das mãos. A segunda parte foi dedicada à avaliação do tipo e importância das barreiras à adesão à higienização das mãos percebidas pelos profissionais de saúde, sendo para tal utilizada a escala BAHM.

A escala final é constituída por 31 itens de resposta alternativa tipo Likert (discordo completamente, discordo, discordo moderadamente, concordo moderadamente, concordo e concordo completamente). A pontuação dos itens varia de 1, para a resposta discordo completamente a 6, para a resposta concordo completamente. Quanto mais elevada a pontuação atribuída, maior a perceção da existência do impacto das barreiras à adesão à higienização das mãos.

Os vários itens que compõem a escala BAHM são agrupados em diferentes tipos de barreias, nomeadamente Avaliação & *Feedback*, Clima Organizacional, Liderança & Alertas Formais, Formação & Treino e Materiais & Equipamentos.

3.7. Recolha e análise de dados

Para a recolha dos dados, os questionários foram disponibilizados no serviço de urgência em envelopes codificados, sendo ainda enviado um email de sensibilização para a importância da participação no estudo por parte da enfermeira gestora do serviço de urgência.

Após obtenção dos dados, os mesmos foram introduzidos numa base de dados do *IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)* versão 27 para o Windows. Para o tratamento estatístico dos dados foram utilizadas medidas de tendência central, medidas de dispersão, correlações, estudos da fiabilidade e teste de diferenças de médias.

Para a análise dos dados recorreu-se a técnicas de estatísticas descritiva (e.g. cálculo de médias e desvio padrão) e a técnicas de estatísticas inferencial (e.g. *Teste t-student, One-Way Anova e correlações de Pearson*).

Com vista a aferir se as variáveis deste estudo cumpriam o pressuposto da normalidade, foram mobilizados os seguintes procedimentos estatísticos: 1) teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e 2) teste de normalidade de Shapiro-Wilk. Os resultados encontram-se sistematizados na tabela 2.

Os resultados dos testes de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk mostraram que, com a exceção da Liderança & alertas formais e do total da escala, em que os resultados dos testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* não são significativos, todas as variáveis violam o pressuposto da normalidade.

Tabela 2

Valores de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk

	<i>K-S</i>	<i>p</i>	<i>S-W</i>	<i>p</i>
Avaliação & <i>feedback</i>	.085	.009	.976	.009
Clima organizacional	.136	.000	.911	.000
Liderança & alertas formais	.072	.049	.985	.107
Formação & treino	.125	.000	.943	.000
Materiais & equipamento	.084	.010	.981	.031
Total da escala	.043	.200	.994	.797

Embora a maioria das variáveis em análise não siga a distribuição normal, optou-se pela realização de testes paramétricos nas análises estatísticas apresentadas. Esta opção justifica-se devido ao tamanho da amostra, uma vez que se considera que quando estas apresentam uma dimensão superior a 30 sujeitos, a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal, o que legitima a realização

de testes paramétricos com as variáveis que são objeto de estudo neste projeto de investigação (Marôco, 2010).

Os pressupostos para a realização do *test t-student* e da *One-way Anova* também foram considerados e analisados. Para verificar se existiam diferenças nos valores médios no valor total da escala e nas suas subescalas em função do sexo dos participantes no estudo e da formação em higiene das mãos, optou-se pela realização de um teste *t-student* para amostras independentes. Antes da análise dos resultados do teste estatístico verificou-se se estava assegurada a homogeneidade das variâncias. Os valores do teste de *Levene* para a escala total e as respetivas dimensões não apresentou significância estatística, o que permite assumir a existência de homogeneidade das variâncias. Relativamente à análise da diferença entre médias tendo por variáveis independentes o grupo etário, o número de anos de experiência profissional, o número de anos de experiência profissional em serviço de urgência e a categoria profissional optou-se pela realização do teste estatístico *One-way Anova*. Para testes post-hoc optou-se pelo Bonferroni para as variáveis grupo etário, número de anos de experiência profissional, formação académica e anos de experiência profissional em serviço de urgência e pelo *Tukey* para a categoria profissional. A opção por usar o *Tukey* na categoria profissional porque o número de comparações a efetuar era maior comparativamente às outras variáveis (Field, 2005).

A realização deste teste estatístico requer a homogeneidade das variâncias. O teste de *Levene* não revelou significância estatística no total da escala nem em nenhuma das suas subescalas para todas as variáveis independentes em análise, garantindo, assim, a possibilidade de se realizar este teste estatístico.

3.8. Considerações éticas

A realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões éticas e morais. A ética coloca problemas ao investigador decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Vilelas, 2009).

A investigação que envolve seres humanos pode pôr em causa os direitos e liberdades da pessoa, devendo por isso ser respeitado o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade.

Para qualquer sujeito poder participar numa investigação, o investigador tem que, previamente, obter o consentimento informado legalmente efetivo. Neste sentido, foi elaborado um modelo de consentimento informado, livre e esclarecido para participação neste estudo de investigação de acordo com a declaração de Helsinquia e Oviedo (Anexo V), que segundo Vilelas (2009) tem como objetivo informar o tipo de

estudo, os procedimentos e propósitos da pesquisa, os riscos/constrangimentos ou benefícios previsíveis para os sujeitos, assim como, uma declaração garantindo o anonimato e a confidencialidade e de que a participação é voluntária.

Foi respeitado o direito à autodeterminação, uma vez que foi salvaguardado o direito de os participantes decidirem livremente a sua participação ou não na investigação, informando-os ainda, de que podem abandonar a qualquer momento o estudo sem penalização ou prejuízo.

Para a utilização da Escala BAHM, foi enviado um e-mail à Enfermeira Zelia Piseiro, solicitando a permissão para utilização do instrumento de recolha de dados neste estudo (Anexo II). De igual modo, foi elaborado um pedido de parecer à Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da Universidade do Minho bem como, à Comissão de Ética do referido Centro Hospitalar onde o estudo foi desenvolvido.

Após a apreciação dos órgãos competentes e emissão dos respetivos pareceres favoráveis (Anexo III e IV) foi realizada uma reunião prévia com a Diretora do serviço de urgência e com a Enfermeira Gestora do serviço de urgência, onde foram expostos os objetivos e os procedimentos para a implementação do instrumento de recolha de dados, tratamento e divulgação dos dados, garantindo o anonimato dos participantes e a confidencialidade de todas as informações obtidas.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados e analisados os resultados referentes às variáveis em estudo, com base nos objetivos que sustentam o desenvolvimento da investigação. Numa primeira fase é efetuada a caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de saúde que constituem a amostra e numa segunda fase a caracterização das barreiras percecionadas pelos participantes, resultante da aplicação do instrumento BAHM. A análise e tratamento estatístico dos dados desenvolveu-se com recurso a medidas de tendência central e de dispersão. Concluída esta primeira apresentação, partimos para a procura de relações entre as variáveis em estudo através de análise inferencial, com recurso a testes de associação e testes de diferenças de médias.

4.1. Caracterização sociodemográfica e profissional dos profissionais de saúde

Neste estudo participaram 153 profissionais de saúde que integram o serviço de urgência num hospital da zona norte de Portugal. Destes profissionais, 60% ($n = 92$) eram do sexo feminino e 40% ($n = 61$) do sexo masculino, com uma idade média de 36.95 anos ($DP = 10.72$).

Em relação à formação académica, 22.8% ($n=35$) não possuem formação superior, 52.9% ($n=81$) são detentores de um curso de licenciatura e 24.1% ($n=37$) possuem um curso de mestrado.

Quanto à categoria profissional, 31.4% dos participantes da amostra eram enfermeiros generalistas, 7.2% eram enfermeiros detentores de um curso de pós-licenciatura de especialização, dos quais 7.8% ($n = 12$) eram especialistas na área médico-Cirúrgica, 1.3% ($n=2$) especialistas na área da reabilitação, 0.7% ($n=1$) especialista na área da saúde mental, 1.3% ($n=2$) especialistas de comunitária. Na amostra, 37.9% eram médicos dos quais 11.1% ($n = 17$) detinham a especialidade de medicina interna, 5.9% ($n=9$) a especialidade de ortopedia, 7.8% ($n=12$) a especialidade de cirurgia geral e 13.1% ($n=20$), clínica geral. A categoria com menor representatividade foram os assistentes operacionais, com 23.5% ($n=36$) do total da amostra.

Estes profissionais tinham, em média, 11.01 anos de experiência profissional ($DP = 10.05$). Os anos de experiência destes profissionais em serviço de urgência era, em média de 8.29 ($DP = 8.8$) e 73.5% desta amostra possuía formação em higienização das mãos (cf. Tabela 3).

Tabela 3*Caracterização da Amostra*

	N	%	M	DP	Mín	Máx
Sexo	153	100				
Feminino	92	60				
Masculino	61	40				
Idade	153		36.95	10.72	20	69
Formação Acadêmica	153	100				
Não Superior	35	22.8				
Licenciatura	81	52.9				
Mestrado	37	24.1				
Categorias Profissional	153	100				
Enfermeiro generalista	48	31.4				
Enfermeiro especialista	11	7.2				
Médico	58	37.9				
Assistente Operacional	36	23.5				
Especialidade em Enfermagem	17	11.1				
Médico-cirúrgica	12	7.8				
Comunitária	2	1.3				
Reabilitação	2	1.3				
Saúde Mental	1	0.7				
Especialidade Médica	58	37.9				
Medicina Interna	17	11.1				
Ortopedia	9	5.9				
Cirurgia	12	7.8				
Clínica geral	20	13.1				
Experiência Profissional (em anos)	153		11.01	10.05	1	45
Experiência Profissional no SU (em anos)	153		8.29	8.8	1	42
Formação em Higienização das mãos	153	100				
Sim	112	73.2				
Não	41	26.8				

4.2. Fidelidade do instrumento (Consistência interna)

Para apresentar e analisar os resultados relativos às percepções dos profissionais de saúde relativamente às barreiras às boas práticas de higienização das mãos, utilizou-se a escala BAHM, composta por 31 itens, agrupados em cinco subescalas.

A consistência interna do instrumento BAHM designa a concordância existente entre todos os itens que constituem o instrumento de medida. Neste sentido, refere-se à homogeneidade de um conjunto de itens que servem para medir diferentes aspetos do mesmo conceito (Fortin, 2009). A mesma autora acrescenta que cada item está correlacionado com os outros itens da escala de medida, sendo que quanto mais itens correlacionados, maior é a consistência interna.

Na tabela 4 encontram-se os valores de consistência interna da escala total e das subescalas. A escala total apresentou um valor de alfa de *Cronbach* de .89, ou seja, a escala tem uma boa consistência interna. As subescalas apresentaram valores de alfa de *Cronbach* entre .89 na subescala Clima Organizacional, indicativo de uma boa consistência interna e .59 na subescala Formação & treino, indicativo de uma consistência interna fraca (Pestana & Gageiro, 2003).

Tabela 4

Valores de Consistência Interna da Escala e das suas Dimensões

	Consistência interna
Total da escala	.89
Avaliação & <i>feedback</i>	.88
Clima organizacional	.89
Liderança & alertas formais	.86
Formação & treino	.59
Materiais & equipamento	.76

4.3. Barreiras percebidas pelos profissionais de saúde

De forma a perceber algumas tendências relativas às percepções dos profissionais de saúde relativamente às barreiras às boas práticas de higienização das mãos realizaram-se algumas estatísticas descritivas dos itens que constituem os questionários (cf. Tabela 5).

Na subescala Materiais & Equipamento, os itens “Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente” ($M = 2.77$, $DP = 1.44$) apresentou o valor médio mais baixo. Por sua vez, o item que apresentou um valor médio mais elevado foi “Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos” ($M = 3.75$, $DP = 1.66$).

Relativamente à subescala Formação & treino, verificou-se que o item “O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil” ($M = 1.20$, $DP = .574$) é o que apresenta um valor médio mais baixo, enquanto o item “Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos” ($M = 2.84$, $DP = 1.54$) foi aquela com um valor médio mais elevado.

Analisando os valores dos itens da subescala Liderança & Alertas formais, constatou-se que o item “Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos” ($M = 4.46$, $DP = 1.43$) é aquele que apresentou um valor médio mais elevado, e o item “As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço” ($M = 2.63$, $DP = 1.20$) apresenta o valor médio mais baixo.

Na subescala Clima Organizacional, todos os itens apresentaram um valor médio inferior a 3. O item “Tenho muitas outras coisas para fazer” ($M = 2.68$, $DP = 1.60$) foi o que apresentou um valor médio mais elevado, e o item “Existem sempre outras prioridades” ($M = 2.13$, $DP = 1.32$) apresentou o valor mais baixo.

Por fim, na subescala Avaliação & *feedback*, o item “Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos” ($M = 4.30$, $DP = 1.52$) foi o que apresentou um valor médio mais elevado, enquanto o item “Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de ligação) acessível no serviço, para informação/formação” ($M = 3.21$, $DP = 1.58$) apresentou o valor médio mais baixo.

Tabela 5

Estatística Descritiva para os Itens de cada Escala

		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min	Máx
Materiais & equipamento	1. A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	153	2.95	1.52	1	6
	2. A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	153	2.91	1.45	1	6
	3. Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	153	2.77	1.44	1	6
	4. Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	153	3.75	1.66	1	6
	5. Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	153	3.07	1.61	1	6
Formação & treino	6. Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	153	2.16	1.25	1	6
	7. Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	153	2.46	1.44	1	6
	8. Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	153	1.43	.825	1	5
	9. O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	153	1.20	.574	1	5
	16. Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	153	2.84	1.54	1	6
31. Não quero higienizar as mãos.	153	1.24	0.74	1	6	
Liderança & alertas formais	17. Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	153	2.80	1.34	1	6
	18. Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	153	3.55	1.63	1	6
	19. As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	153	2.63	1.20	1	6
	20. O órgão de gestão não participa ativamente na promoção da higiene das mãos.	153	3.27	1.37	1	6
	21. As chefias intermédias não participam ativamente na promoção da higiene das mãos.	153	3.24	1.41	1	6
	22. Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	153	4.17	1.58	1	6
	23. Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	153	4.46	1.43	1	6
Clima Organizacional	26. Estou desmotivado no meu local de trabalho.	153	2.52	1.52	1	6
	27. Estou muito ocupado com outros cuidados.	153	2.66	1.60	1	6
	28. Tenho muitas outras coisas para fazer.	153	2.68	1.60	1	6
	29. Não tenho tempo disponível.	153	2.35	1.43	1	6
	30. Existem sempre outras prioridades.	153	2.13	1.32	1	6
Avaliação & feedback	10. Não existem auditorias/observações periódicas.	153	3.55	1.46	1	6
	11. Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos.	153	3.97	1.53	1	6
	12. Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação quer em cartazes expostos.	153	3.94	1.58	1	6
	13. Não é transmitida informação sobre a taxa de infeção nosocomial dos serviços e da instituição.	153	3.93	1.40	1	6
	14. Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	153	4.10	1.48	1	6
	15. Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	153	4.30	1.52	1	6
	24. Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infeção (Elo de ligação) acessível no serviço, para informação/formação.	153	3.21	1.58	1	6
	25. Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da Infeção, no incentivo para a higiene das mãos.	152	3.38	1.46	1	6

Ainda no âmbito deste estudo mais descritivo foram analisados os valores médios da escala total e das dimensões que a compõem (cf. Tabela 6). A escala total apresenta um valor médio de 3.02 ($DP = .717$). Quanto às subescalas, os resultados demonstraram que a subescala *Avaliação & feedback* ($M = 3.80$, $DP = 1.11$) é aquela que apresenta um valor médio mais elevado. Por sua vez, a subescala *Formação & treino* ($M = 1.89$, $DP = .647$) apresentou o valor médio mais baixo.

Tabela 6

Estatística Descritiva para a Escala e as suas Dimensões

	N	M	DP	Min	Máx
Total da escala	153	3.02	.717	1	5.06
<i>Avaliação & feedback</i>	153	3.80	1.11	1	6
Clima organizacional	153	2.47	1.25	1	6
Liderança & alertas formais	153	3.45	1.05	1	6
Formação & treino	153	1.89	.647	1	4
Materiais & equipamento	153	3.09	1.10	1	6

4.4. Análise das barreiras percebidas quanto às variáveis socio demográficas, profissionais e formação em higienização das mãos

Neste subcapítulo são exploradas possíveis relações entre a percepção dos profissionais de saúde acerca da higienização das mãos (com recurso à escala BAHM), e as características sociodemográficas e profissionais dos participantes do estudo, tais como: sexo; idade; experiência profissional; experiência profissional no serviço de urgência; categoria profissional e formação em higienização das mãos.

4.4.1. Análise das barreiras percebidas quanto ao “sexo”

Analisando os valores obtidos no teste *t-student*, verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre profissionais de saúde do sexo masculino e do sexo feminino nem no valor total da escala nem nas respetivas subescalas (cf. Tabela 7).

Tabela 7*Diferença entre Médias em Função do Sexo dos Participantes*

	N	M	DP	t	p
Escala total					
Masculino	61	3.11	.630	1.190	.236
Feminino	92	2.96	.768		
Avaliação & <i>feedback</i>					
Masculino	61	3.81	1.04	.064	.949
Feminino	92	3.79	1.15		
Clima organizacional					
Masculino	61	2.69	1.28	1.756	.081
Feminino	92	2.32	1.22		
Liderança & alertas formais					
Masculino	61	3.54	.949	.865	.388
Feminino	92	3.39	1.11		
Formação & treino					
Masculino	61	2.01	0.63	1.872	.063
Feminino	92	1.81	0.647		
Materiais & equipamento					
Masculino	61	3.12	1.10	.254	.800
Feminino	92	3.07	1.11		

4.4.2. Análise das barreiras percebidas quanto à “idade”

Os resultados obtidos na realização da *One-way Anova*, presentes na tabela 8, revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas no total da escala ($F(2, 150) = 6.060, p = .003$) e nas subescalas *Avaliação & feedback* ($F(2, 150) = 4.301, p = .015$), *Clima organizacional* ($F(2, 150) = 4.648, p = .011$), *Liderança & alertas formais* ($F(2, 150) = 4.017, p = .020$) e *Formação & treino* ($F(2, 150) = 4.463, p = .013$). Para perceber entre que grupos etários se situavam essas diferenças realizou-se o teste *post-hoc* de *Bonferroni*. Este teste demonstrou que as diferenças entre os valores médios para a escala total e para todas as subescalas se situava entre os profissionais com idades entre os 20-30 anos e os mais de 41 anos, sendo os participantes que integram o grupo dos 20-30 anos a apresentarem valores médios inferiores em todas as variáveis analisadas comparativamente aos participantes mais velhos. Analisando o tamanho do efeito destas diferenças estatísticas, os valores de *Eta* quadrado indicaram que o efeito é insignificante (Cohen, 1988; Rosenthal, 1996).

Tabela 8

Diferença entre Médias em Função dos Grupos Etários

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Escala total						
20-30 anos	51	2.76	.597	6.060	.003	.075
31-40 anos	57	3.08	.723			
Mais de 41	45	3.24	.758			
Avaliação & feedback						
20-30 anos	51	3.44	1.06	4.301	.015	.054
31-40 anos	57	3.93	1.11			
Mais de 41	45	4.04	1.10			
Clima organizacional						
20-30anos	51	2.16	1.07	4.648	.011	.058
31-40anos	57	2.39	1.35			
Mais de 41	45	2.91	1.23			
Liderança & alertas formais						
20-30 anos	51	3.12	.932	4.017	.020	.051
31-40 anos	57	3.55	1.03			
Mais de 41	45	3.69	1.12			
Formação & treino						
20-30 anos	51	1.67	.512	4.463	.013	.056
31-40 anos	57	1.99	.650			
Mais de 41	45	2.01	.729			
Materiais & equipamento						
20-30anos	51	3.06	1.07	.61	.941	.001
31-40anos	57	3.08	1.13			
Mais de 41	45	3.14	1.12			

4.4.3. Análise das barreiras percebidas quanto à formação acadêmica

A tabela 9 contém os resultados obtidos na *One-way Anova*, onde se pode verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Avaliação e feedback ($F(2, 150) = 3.514, p = .032$) e Materiais e equipamento ($F(2, 150) = 3.669, p = .028$). Para perceber entre que grupos se situavam essas diferenças realizou-se o teste *post-hoc de Bonferroni*. Este teste demonstrou que os valores médios para a subescala Avaliação e feedback foram superiores nos participantes que tinham concluído o mestrado comparativamente àqueles que tinham concluído a licenciatura. Por sua vez, na subescala Materiais e equipamento, os valores médios dos participantes que tinham completado a licenciatura foram superiores aos dos participantes que não frequentaram o ensino superior. Analisando o tamanho do efeito destas diferenças estatísticas, os valores de Eta quadrado indicaram que o efeito é insignificante (Cohen, 1988; Rosenthal, 1996).

Tabela 9

Diferença entre Médias em Função da Formação Acadêmica

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η</i> ²
Escala total						
Ensino não superior	35	2.88	.079			
Licenciatura	81	3.01	.714	1.364	.259	.018
Mestrado	37	3.16	.649			
Avaliação & feedback						
Ensino não superior	35	3.81	1.22			
Licenciatura	81	3.61	1.15	3.514	.032	.045
Mestrado	37	4.19	.805			
Clima organizacional						
Ensino não superior	35	2.33	1.13			
Licenciatura	81	2.53	1.28	0.324	.724	.004
Mestrado	37	2.46	1.32			
Liderança & alertas formais						
Ensino não superior	35	3.40	1.24			
Licenciatura	81	3.46	1.02	0.038	.963	.001
Mestrado	37	3.45	.92491			
Formação & treino						
Ensino não superior	35	1.70	.661			
Licenciatura	81	1.94	.693	2.071	.130	.027
Mestrado	37	1.96	.491			
Materiais & equipamento						
Ensino não superior	35	2.66	1.03			
Licenciatura	81	3.20	1.03	3.669	.028	.018
Mestrado	37	3.25	1.22			

4.4.4. Análise das barreiras percebidas quanto à “experiência profissional”

A tabela 10 contém os resultados obtidos na *One-way Anova*, onde se pode verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas no total da escala ($F(2, 150) = 3.635, p = .029$) e nas subescalas Liderança & alertas formais ($F(2, 150) = 3.261, p = .041$) e Formação & treino ($F(2, 150) = 4.207, p = .017$). Para perceber entre que grupos se situavam essas diferenças realizou-se o teste *post-hoc de Bonferroni*. Este teste demonstrou que as diferenças entre os valores médios para a escala total e para todas as subescalas se situava entre os profissionais que tinham menos de 5 anos de experiência profissional e aqueles que exerciam a profissão há mais de 10 anos. Assim, os valores médios da escala total e das subescalas onde se encontrou significância estatística eram mais elevados nos participantes com mais de 10 anos de experiência comparativamente aos profissionais cuja experiência profissional era igual ou inferior a 5 anos. Analisando o tamanho do efeito destas diferenças estatísticas, os valores de Eta quadrado indicaram que o efeito é insignificante (Cohen, 1988; Rosenthal, 1996).

Tabela 10

Diferença entre Médias em Função do Número de Anos de Experiência Profissional

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η²</i>
Escala total						
Menos de 5 anos	59	2.86	.633	3.635	.029	.046
Entre 5 e 10 anos	41	3.00	.667			
Mais de 10 anos	53	3.22	.803			
Avaliação & feedback						
Menos de 5 anos	59	3.70	1.15	.712	.492	.009
Entre 5 e 10 anos	41	3.75	.967			
Mais de 10 anos	53	3.94	1.18			
Clima organizacional						
Menos de 5 anos	59	2.29	1.23	2.397	.094	.031
Entre 5 e 10 anos	41	2.33	1.21			
Mais de 10 anos	53	2.77	1.29			
Liderança & alertas formais						
Menos de 5 anos	59	3.18	1.03	3.261	.041	.042
Entre 5 e 10 anos	41	3.58	.856			
Mais de 10 anos	53	3.64	1.15			
Formação & treino						
Menos de 5 anos	59	1.73	.566	4.207	.017	.053
Entre 5 e 10 anos	41	1.87	.576			
Mais de 10 anos	53	2.08	.739			
Materiais & equipamento						
Menos de 5 anos	59	2.97	1.13	1.132	.325	.015
Entre 5 e 10 anos	41	3.02	1.06			
Mais de 10 anos	53	3.27	1.07			

4.4.4. Análise das barreiras percebidas quanto à “experiência profissional no serviço de urgência”

Considerando a variável anos de experiência profissional em serviço de urgência, os resultados obtidos na *One-way Anova* permitiram encontrar diferenças estatisticamente significativas nos valor total da escala ($F(2, 150) = 6.706, p = .002$) e nas subescalas *Avaliação & feedback* ($F(2, 150) = 4.359, p = .014$), *Liderança & alertas formais* ($F(2, 150) = 5.063, p = .007$) e *Formação & treino* ($F(2, 150) = 5.134, p = .007$). Os testes *post-hoc* de *Bonferroni* revelaram que as diferenças se situam entre os profissionais com menos de 5 anos de experiência profissional em serviço de urgência e os profissionais com mais de 10 anos de experiência profissional em serviço de urgência. Relativamente aos valores médios, são os profissionais com mais de 10 anos de experiência que apresentam valores superiores em todas as dimensões onde se encontrou diferença estatística. Analisando o tamanho do efeito destas diferenças estatísticas, os valores de Eta quadrado indicaram que o efeito é insignificante (Cohen, 1988; Rosenthal, 1996).

Tabela 11

Diferença entre Médias em Função do Número de Anos de Experiência Profissional no SU

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Escala total						
Menos de 5 anos	77	2.82	.628	6.706	.002	.082
Entre 5 e 10 anos	34	3.14	.617			
Mais de 10 anos	42	3.28	.844			
Avaliação & feedback						
Menos de 5 anos	77	3.54	1.11	4.359	.014	.055
Entre 5 e 10 anos	34	4.01	.873			
Mais de 10 anos	42	4.10	1.20			
Clima organizacional						
Menos de 5 anos	77	2.35	1.17	1.877	.157	.024
Entre 5 e 10 anos	34	2.35	1.30			
Mais de 10 anos	42	2.79	1.33			
Liderança & alertas formais						
Menos de 5 anos	77	3.19	.962	5.063	.007	.063
Entre 5 e 10 anos	34	3.66	.851			
Mais de 10 anos	42	3.75	1.23			
Formação & treino						
Menos de 5 anos	77	1.73	.558	5.134	.007	.064
Entre 5 e 10 anos	34	1.99	.562			
Mais de 10 anos	42	2.10	.789			
Materiais & equipamento						
Menos de 5 anos	77	2.95	1.10	1.353	.262	.018
Entre 5 e 10 anos	34	3.22	1.08			
Mais de 10 anos	42	3.25	1.11			

4.4.5. Análise das barreiras percebidas quanto à “categoria profissional”

Com vista a analisar as diferenças entre médias da escala e subescalas em função da categoria profissional. A *One-way Anova* permitiu encontrar diferenças estatisticamente significativas nos valor total da escala ($F(3, 149) = 3.426, p = .019$) e nas subescalas *Avaliação & feedback* ($F(3, 149) = 6.752, p = .000$), *Formação & treino* ($F(3, 149) = 3.018, p = .032$) e *Materiais e equipamento* ($F(3, 149) = 3.461, p = .018$). Os testes *post-hoc* de *Tukey* revelaram que as diferenças na Escala total se situavam entre Médico e Enfermeiro generalista e entre Médico e Assistente operacional, sendo que os Médicos apresentam um valor médio superior comparativamente às outras duas classes profissionais. Na subescala *Avaliação & feedback*, as diferenças situam-se entre os Médicos e os Enfermeiros generalistas e, mais uma vez são os médicos a apresentar um valor médio superior. Na formação & treino, a diferença estatisticamente significativa é entre os Médicos e os Assistente operacionais, onde os Médicos apresentam valores mais elevados. Na subescala *Materiais e equipamento*, as diferenças estatísticas encontradas verificaram-se entre os Assistentes operacionais e os Médicos e os Assistentes operacionais e os Enfermeiros generalista, em que o valor médio mais baixo verificou-se nos Assistentes operacionais.

Analisando o tamanho do efeito destas diferenças estatísticas, os valores de Eta quadrado indicaram que o efeito é insignificante (Cohen, 1988; Rosenthal, 1996) (cf. tabela 11).

Tabela 12

Diferença entre Médias em Função da Categoria Profissional

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>η</i> ²
Escala total						
Enfermeiro Generalista	48	2.87	.683	3.426	.019	.065
Enfermeiro Especialista	11	3.13	.848			
Médico	58	3.23	.670			
Assistente Operacional	36	2.84	.726			
Avaliação & feedback						
Enfermeiro Generalista	48	3.30	1.05	6.752	.000	.120
Enfermeiro Especialista	11	3.78	1.41			
Médico	58	4.22	.888			
Assistente Operacional	36	3.78	1.18			
Clima organizacional						
Enfermeiro Generalista	48	2.36	1.25	.773	.511	.015
Enfermeiro Especialista	11	2.51	1.09			
Médico	58	2.66	1.38			
Assistente Operacional	36	2.29	1.11			
Liderança & alertas formais						
Enfermeiro Generalista	48	3.27	.936	1.273	.286	.057
Enfermeiro Especialista	11	3.81	1.21			
Médico	58	3.58	.993			
Assistente Operacional	36	3.37	1.20			
Formação & treino						
Enfermeiro Generalista	48	1.92	.691	3.018	.032	.057
Enfermeiro Especialista	11	2.15	.724			
Médico	58	1.97	.593			
Assistente Operacional	36	1.63	.592			
Materiais & equipamento						
Enfermeiro Generalista	48	3.27	1.03	3.461	.018	.065
Enfermeiro Especialista	11	2.96	.752			
Médico	58	3.27	1.22			
Assistente Operacional	36	2.61	.951			

4.4.6. Análise das barreiras percebidas quanto à " formação em higienização das mãos"

Atendendo à formação em higienização das mãos, os resultados sintetizados na tabela 13 mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas na escala total ($t(151) = -2.504, p = .013$) e nas subescalas Avaliação & feedback ($t(151) = -2.994, p = .003$), Alertas formais ($t(151) = -2.691, p = .008$) e Formação & treino ($t(151) = -3.579, p = .000$). Pela análise dos valores médios, foi possível verificar que os participantes que não frequentaram a formação em higienização das mãos apresentam valores médios superiores na escala total e nas dimensões com significância estatística. Analisando o tamanho

do efeito destas diferenças estatísticas, os valores de *d Cohen* indicaram que o efeito é médio na escala total e grande nas subescalas Avaliação & *feedback*, Alertas formais e Formação & treino (Cohen, 1988; Rosenthal, 1996).

Tabela 13

Diferenças entre Médias em Função da Formação em Higienização das Mãos

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Escala total						
Sim	112	2.93	.735	-2.504	.013	.71
Não	41	3.27	.615			
Avaliação & <i>feedback</i>						
Sim	112	3.64	1.13	-2.994	.003	1.08
Não	41	4.23	.945			
Clima organizacional						
Sim	112	2.47	1.29	.085	.932	1.26
Não	41	2.45	1.17			
Alertas formais						
Sim	112	3.31	1.03	-2.691	.008	1.03
Não	41	3.82	1.00			
Formação & treino						
Sim	112	1.78	.639	-3.579	.000	.623
Não	41	2.19	.579			
Materiais & equipamento						
Sim	112	3.12	1.11	.612	.541	1.10
Não	41	3.00	1.08			

Para uma análise mais compreensiva das relações entre as variáveis foi realizado um estudo das correlações de *Pearson* (cf. Tabela 14). Relativamente às correlações entre o total e as subescalas da escala BAHM, verificamos que todas as correlações são positivas e estatisticamente significativas para $p < .01$. Quanto à qualidade, as correlações variam entre correlação forte entre a subescala Avaliação & *feedback* e o total da escala ($r_p = .813$) e correlação fraca entre Avaliação & *feedback* e Materiais & equipamento ($r_p = .171$). Os anos de experiência profissional apresentam correlações fracas com o total da escala e subescala Avaliação & *feedback*, Clima organizacional e Formação & treino e apresentam correlações negligenciáveis com o total da escala e a subescala Liderança & alertas formais. Por sua vez, os anos de experiência profissional em serviço de urgência apresenta correlações fracas com o total da escala e a subescala Formação & treino e correlações negligenciáveis com as subescalas Avaliação & *feedback*, Clima organizacional, Liderança & alertas formais e Materiais & equipamentos.

Tabela 14

Correlações de Pearson entre o Total da Escala, as Subescalas, os Anos de Experiência Profissional e os Anos de Experiência Profissional em SU

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Total da Escala	1							
2. Avaliação & <i>feedback</i>	.813 **	1						
3. Clima organizacional	.566 **	.226 **	1					
4. Liderança & alertas formais	.843 **	.697 **	.280 **	1				
5. Formação & treino	.665 **	.447 **	.260 **	.566 **	1			
6. Materiais & equipamento	.491 **	.171 *	.225 **	.231 **	.207 *	1		
7. Anos de experiência profissional	.259 **	.166 *	.189 *	.202 *	.197 *	.154	1	
8. Anos de experiência profissional em SU	.266 **	.198 *	.167 *	.189 *	.202 *	.172 *	.861 **	1

** p <.01

*p<.05

5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Na discussão de resultados, o principal objetivo é dar resposta às questões de investigação que nortearam o desenvolvimento do estudo, atingindo deste modo os objetivos propostos, contribuindo para um incremento ou confirmação do conhecimento já existente sobre o tema em estudo.

Nesta perspetiva, pretende-se confrontar os resultados obtidos com o conhecimento teórico existente, identificar possíveis implicações para a prática, reconhecer limitações da pesquisa e sugerir novas perguntas de investigação.

Tendo como objetivo geral analisar a perceção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos, constatamos que as barreiras inseridas na subescala *Avaliação & Feedback* e *Liderança & Alertas Formais* são as mais percecionadas pelos profissionais de saúde, e a barreiras menos percecionadas relacionam-se com os aspetos no âmbito da *Formação & Treino*.

Estes resultados vão de encontro aos achados do estudo desenvolvido por Piseiro e Gaspar (2014), em que os aspetos relacionados com a *Liderança & Alertas Formais* e a *Avaliação & Feedback* evidenciaram destaque, sendo a *Formação & Treino* a barreira menos valorizada por parte dos elementos da amostra. No que diz respeito à barreira mais percecionada, *Avaliação & Feedback*, esta refere-se ao retorno de informação aos profissionais de saúde sobre a monitorização da higienização das mãos, utilizando diversas estratégias, nomeadamente reuniões de serviço, passagens de turno, cartazes afixados no serviço e comunicação por via eletrónica.

Neste domínio a OMS reitera como um dos grandes objetivos a segurança dos cuidados ao doente, o incentivo à comunicação de resultados de IACS, assim como, estabelecer a vigilância periódica das IACS como forma de monitorizar a prática, avaliar o progresso e a melhoria das instituições de saúde (WHO, 2021).

A mesma entidade acrescenta que um dos cinco componentes chave que compõe a estratégia multimodal é a monitorização e avaliação da prática de higienização das mãos com retorno de informação sobre o desempenho, o qual no presente estudo foi considerada a barreira mais percecionada pelos profissionais de saúde.

Efstathiou et al. (2011) sublinha a importância da informação de retorno como forma de facilitar a reflexão dos profissionais sobre as suas próprias práticas, quer sejam positivas ou não, constituindo uma prática auto-reflexiva promotora da mudança de comportamento. Nesta dimensão os dados apontam

para a necessidade de divulgar regularmente os resultados referentes às avaliações sobre a prática de higienização das mãos.

O enfermeiro com funções de "Elo de ligação" com a Comissão de Controlo de Infecção tem um papel fundamental neste processo, devendo por isso ter maior visibilidade, uma vez que é o principal responsável pela formação de toda a equipa de saúde neste âmbito, assim como a supervisão contínua das práticas instituídas com *feedback* dos resultados.

Valorizando esta perspetiva, Ahmed et al. (2014) reforçam a importância da monitorização do cumprimento da higienização das mãos, assim como, a disponibilidade periódica de resultados junto dos profissionais de saúde e das chefias. Corroborando esta visão, A. Oliveira et al. (2016) sublinham que o conhecimento sobre as taxas de adesão à higienização das mãos pode funcionar como estímulo aos profissionais para melhorarem o seu desempenho. Isto demonstra a importância do *feedback* como componente da estratégia multimodal da OMS para aumentar a taxa de adesão da higienização das mãos.

No domínio da Liderança & Alertas Formais, entendida como a perceção por parte dos profissionais acerca da participação do órgão de gestão e a existência de incentivos e sanções para os profissionais, esta é a segunda barreira mais percecionada neste estudo. A investigação desenvolvida por Giordani et al. (2016), no âmbito da adesão à higienização das mãos, revelou que 76.3% dos profissionais de saúde consideram uma liderança participativa e ativa como um fator facilitador. Acrescenta Burnett (2018) que em qualquer organização de saúde, a liderança é crucial para desenvolver, implementar e avaliar medidas eficazes de prevenção e controlo de infeção.

Para Trainin et al. (2016) o serviço de urgência é um contexto onde o incentivo à higienização das mãos deve ser mais trabalhado e reforçado, de modo a que haja uma melhor perceção dos profissionais de saúde sobre a temática. Neste sentido, o envolvimento dos gestores sobre padrões de comportamento e motivações, *feedback* de informação relativa a infeções especificamente adquiridas em serviços de urgência são estratégias fundamentais para posteriormente demonstrar que a higienização das mãos é o método mais simples e eficaz para controlar efetivamente as infeções.

Os resultados deste estudo evidenciaram claramente que não existe uma política de sanção por parte dos órgãos de gestão em relação ao não cumprimento das boas práticas, bem como, uma política de recompensas no que se refere à mudança de comportamentos decorrente do cumprimento, devendo por isso ser alvo de reflexão. Para fomentar a mudança, a WHO (2006) considera as sanções necessárias e efetivas a curto e longo prazo, lembrando que esta abordagem tem sido utilizada com sucesso em alguns países. Por outro lado, os incentivos e recompensas, pela mudança de comportamentos

essenciais, quando utilizados com moderação, potenciam a motivação pessoal e social (Maxfield & Dull, 2011; Oliveira & Paula, 2014; Yadav, 2019).

A Formação & Treino apresenta-se como a barreira menos percecionada por parte dos participantes do estudo, referindo-se à existência de formação sobre a técnica adequada e com o conhecimento por parte dos profissionais de saúde da existência na instituição de recomendações sobre a higienização das mãos. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de os profissionais de saúde no decurso do seu processo de desenvolvimento profissional valorizarem a formação continua como modelo de aperfeiçoamento com o objetivo de incrementar resultados na prática e, por outro lado, o facto do presente estudo desenvolver-se em contexto de pandemia COVID – 19, o qual obrigou as instituições de saúde a um forte investimento no âmbito do controlo da infeção, através de formação e treino.

Os resultados do relatório de atividades de 2020 da GCL-PPCIRA do Centro Hospitalar em estudo evidenciam este aumento. De acordo com o referido relatório, a formação em PBCI foi realizada a 46,8% dos profissionais de saúde, tendo sido abrangidos mais 18,5% dos profissionais em relação ao ano 2019, valor esse, 6,3% superior à taxa de formação nacional que é de 40,5% (GCL-PPCIRA, 2020).

Relativamente às variáveis sociodemográficas que influenciam a perceção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas da higienização das mãos, constatamos que em relação ao sexo, a correlação entre as variáveis não se verifica.

No que concerne à variável sexo os resultados encontrados vão de encontro à estatística publicada pela OE e pela Ordem dos Médicos (OM), em que a profissão apresenta uma predominância de profissionais de saúde do sexo feminino (*Ordem dos Enfermeiros*, 2018; *Ordem dos Médicos*, 2020).

O estudo realizado por Piseiro e Gaspar (2014) refere que os homens percecionam mais as barreiras referentes à subescala *Avaliação & Feedback* e no total da escala, onde foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. A literatura salienta que pertencer ao sexo masculino interfere negativamente com o cumprimento da higienização das mãos (Mathur, 2011; Pittet, 2000). No entanto, não é clara em relação à influência que a perceção das barreiras à higienização das mãos sofre em função do sexo.

No que se refere à idade, verificamos que as profissionais com idade compreendidas entre 20-30 anos e os profissionais com idade superior a 41 anos apresentam diferenças estatisticamente significativas face aos participantes do grupo etário 31-40 anos, nomeadamente no total da escala e nas subescalas *Avaliação & Feedback*, *Clima Organizacional*, *Lideranças & Alertas Formais* e *Formação & Treino*.

Em discordância com os resultados obtidos neste estudo, PISOEIRO e GASPAR (2014) constataram que à medida que aumentava a idade dos participantes, menor era a percepção das barreiras à prática de higienização das mãos.

Tendo em conta a falta de estudos que suportem uma explicação dos resultados, podemos levantar algumas hipóteses explicativas que carecem de confirmação. Neste sentido, os participantes mais novos percebem mais barreiras decorrente do facto do processo formativo ser mais recente, em que esta temática poderá ser alvo de atenção nos planos curriculares? Por outro lado, será que os participantes com idade superior a 41 anos conhecem melhor o serviço e por isso tendem a ser mais críticos relativamente à forma como o contexto potencia o cumprimento de boas práticas de higienização das mãos?

Relativamente à formação académica constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas entre a percepção dos participantes nas subescalas Avaliação & Feedback e Materiais & Equipamentos, nomeadamente entre aqueles que são detentores de mestrado, face àqueles que possuem apenas a licenciatura, assim como entre estes últimos e os que não frequentaram o ensino superior. Apesar destas diferenças, a análise realizada mostrou que as mesmas são insignificantes. Não existindo estudos que suportem esta correlação, podemos alicerçar a sua interpretação com base no desenvolvimento do sentido crítico acerca do meio envolvente como uma competência transversal, fundamental nos diversos domínios, nomeadamente no âmbito profissional. Nesta perspetiva, SAIZ (2020) afirma que o pensamento crítico pode ser alvo de ensino e desenvolvimento, sendo inequívoco o papel preponderante das instituições universitárias. Do referido anteriormente, constatamos que efetivamente um maior nível de formação revela a maior percepção de algumas barreiras à higienização das mãos, embora essa diferença não se encontre patente com grande expressão entre os níveis de estudos já referidos.

No que concerne à variável experiência profissional, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativa no total da escala, subescala Liderança & Alertas Formais e Formação & Treino. Estas diferenças encontram-se entre os participantes com menos de 5 anos de experiência e com mais de 10 anos de experiência, percebendo mais barreiras, face ao grupo de participante com uma experiência profissional compreendida entre 5 e 10 anos.

Na análise desta variável, o estudo de PISOEIRO e GASPAR (2014) revelou que à medida que a experiência profissional aumenta a percepção das barreiras à higienização das mãos tende a diminuir.

Numa perspetiva de análise crítica, o comportamento da variável experiência profissional e da variável idade foi idêntico, ou seja, os grupos que se encontram nos extremos da nossa amostra comportaram-se do mesmo modo, percebendo mais barreiras à higienização das mãos. Este resultado poderá ser

explicado pelo facto de regra geral mais idade coincidir com mais experiência profissional, e menos idade coincidir com menos experiência profissional, explicando deste modo um comportamento similar.

Considerando a variável experiência profissional em serviço de urgência, os resultados obtidos revelam diferenças estatisticamente significativas no total da escala e nas subescalas *Avaliação & Feedback*, *Liderança & Alertas Formais* e *Formação & Treino*. Constatamos que existem diferenças estatisticamente significativas nos grupos com menos de 5 anos e com mais de 10 anos de experiência profissional no serviço de urgência, os quais percecionam mais barreiras.

No sentido de explicar a influência que a experiência profissional total e experiência profissional no serviço de urgência podem ter sobre a perceção das barreiras à higienização das mãos, não existem estudos suficientemente robustos que permitam explicar as diferenças encontradas.

Por outro lado, os estudos que se debruçaram sobre os níveis de adesão à prática da higienização das mãos, também não reúnem consenso, uma vez que os resultados apontam para conclusões divergentes quanto à influência da experiência profissional face ao conhecimento e adesão à técnica de higienização das mãos (Ataiyero et al., 2019; Brevidelli & Cianciarullo, 2006; CDC, 2007).

No entanto, Smith (2012) e Costa e Gaspar (2017) destacam que, os profissionais com maior experiência, distinguem-se pela maior capacidade para desenvolver habilidades de julgamento crítico, enquanto que, os menos experientes, detêm maior consciencialização acerca dos obstáculos.

Face aos resultados obtidos, em que os participantes com menos experiência, e os participantes com mais experiência profissional apresentam médias mais elevadas, o que configura uma maior perceção das barreiras, podemos apontar algumas justificações. Como já foi referido anteriormente, os indivíduos menos experientes, eventualmente estarão mais despertos para a importância da higienização das mãos e das IACS, resultante de uma formação académica mais recente e de uma maior sensibilização para o tema. Também decorrente do contexto de pandemia COVID – 19, as instituições viram-se obrigadas a contratar mais profissionais de saúde, os quais na sua maioria apresentam idades mais baixas com menor experiência profissional, exercendo funções em outras instituições, o que lhes permitiu ter um conhecimento de diferentes realidades, possibilitando por comparação, percecionarem um maior número de barreiras à higienização das mãos. Também a pouca experiência profissional, o medo e a insegurança poderão contribuir para que estejam mais atentos para este problema. Por outro lado, os indivíduos com uma idade mais elevada, e conseqüente experiência profissional, poderão ter um sentido crítico mais apurado, como consequência de uma maior maturidade profissional, o que não significa que configure um maior cumprimento na prática de higienização das mãos. Face ao exposto anteriormente e à falta de

suporte teórico, estas justificações carecem de estudos mais aprofundados, no sentido de se encontrar uma explicação consistente.

A análise do comportamento da variável categoria profissional revelou que existem diferenças estatisticamente significativas no total da escala e nas subescalas *Avaliação & Feedback*, *Formação & Treino* e *Materiais & Equipamento*, em que constatamos que os médicos percebem mais barreiras comparativamente com os enfermeiros e assistentes operacionais.

Os resultados obtidos vão ao encontro aos resultados de Piseiro et al. (2014) quando referem que os médicos apresentam uma maior percepção no total da escala, bem como nas subescalas *Avaliação & Feedback*, *Formação & Treino*.

A literatura refere que os médicos identificam as mesmas barreiras à higienização das mãos que os outros profissionais de saúde, no entanto, apresentam consistentemente taxas de conformidade na adesão à higienização das mãos mais baixas. Estes resultados não se encontram ainda bem compreendidos, no entanto poderão decorrer do excesso de confiança em relação ao julgamento pessoal e ao ceticismo em relação às diretrizes neste domínio (Farhoudi et al., 2016; Le et al., 2019; Pittet, 2000).

Por último, atendendo à variável formação em higienização das mãos, os resultados mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas no total da escala e nas subescalas *Avaliação & Feedback*, *Alertas Formais* e *Formação & Treino*. Constatamos que quem não frequentou ações de formação em higienização das mãos apresenta valores médios mais elevados nas dimensões com significância estatística.

Centrando a análise na subescala *Formação & Treino*, os resultados são espectáveis para os participantes que receberam ações de formação em higienização das mãos na medida em que este item não se configura como uma barreira, no entanto, para quem não recebeu formação, os valores médios são baixos, o que poderá ser entendido como uma desvalorização da importância da formação.

Cunha et al. (2017) referem que, diversas investigações têm demonstrado a importância de fatores individuais na adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção. Estes fatores abarcam domínios como a consciencialização, a percepção do risco, a percepção da eficácia nas medidas de proteção, crenças, valores e o conhecimento. Se entendermos que a prática de higienização das mãos é uma técnica enganosamente simples, tal poderá explicar a falta de sensibilidade por parte dos profissionais de saúde, em relação aos processos formativos, justificando tal posição suportando-a em fatores individuais.

Neste sentido, a mudança de comportamentos parece não estar relacionada diretamente ou exclusivamente com a formação em higienização das mãos e controlo de infeção, mas sim com a incorporação desse conhecimento à prática diária e à rotina dos profissionais (Doutorado et al., 2017; Mota, 2014; Primo et al., 2010).

Como limitações na realização deste estudo, podemos referir que apesar de verificarmos que são vários os investigadores que demonstram o seu interesse pelo tema higienização das mãos, os autores focam-se na adesão dos profissionais de saúde à boa prática, existindo poucos estudos relativos à perceção acerca das barreiras ao cumprimento da higienização das mãos.

Para compreender a prática de higienização das mãos é necessário antes de mais uma análise atenta das perceções, atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde. Neste sentido, emerge na discussão os conceitos de perceção acerca das barreiras ao cumprimento da higienização das mãos, ou seja, os fatores que os profissionais de saúde apontam como condicionantes à boa prática, e o conceito de adesão, enquanto taxa de cumprimento por parte dos profissionais de saúde.

Acreditamos que uma análise mais consistente desta temática deverá dirigir-se em estudos futuros no sentido de compreender a relação entre a perceção dos profissionais de saúde acerca das barreiras à higienização das mãos e a adesão ao cumprimento da mesma.

Tendo em consideração estas limitações e entendendo a perceção como um conceito muito pessoal e subjetivo, reconhecemos que seria mais enriquecedor optar por uma metodologia mista, com carácter quantitativo e qualitativo no sentido de complementar e confirmar os resultados.

É importante ainda referir que o desenvolvimento deste estudo coincidiu com o contexto de pandemia COVID - 19, o qual obrigou à emergente reestruturação das unidades de saúde, no que se refere aos aspetos no âmbito do controlo de infeção, com uma particular valorização no âmbito dos processos formativos. Neste sentido, esta poderá ter interferido com a perceção dos profissionais de saúde acerca das boas práticas à higienização, uma vez que os mesmos se encontram mais sensibilizados para esta temática.

Vivemos atualmente mudanças e desafios na saúde, os quais obrigam à capacidade de adaptação no sentido de desenvolver uma luta permanente na procura da melhoria contínua da qualidade de cuidados, contribuindo para a definição da verdadeira missão das instituições. Nesta perspetiva, é importante que cada contexto de exercício profissional conheça as barreiras às boas práticas de higienização das mãos, pois só assim, se torna possível definir estratégias para ultrapassar os obstáculos que colocam em causa a segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

Podemos concluir que este processo sustentado no conhecimento prévio como fonte de diagnóstico, permite não apenas conhecer a realidade, mas também abrir espaço à criação de soluções inovadoras, através da participação ativa de todos os intervenientes, o que certamente resultará em soluções de compromisso, sustentáveis no tempo. Esta abordagem favorece ainda uma gestão participativa, promotora da satisfação profissional e de um clima organizacional determinante na identidade da instituição, o qual se traduz em resultados finais com ganhos em saúde.

6. CONCLUSÃO

A higienização das mãos é uma prática histórica e social, não apenas de carácter biológico, inerente a todas as dimensões do cuidar numa sociedade em constante mudança, constituindo-se numa das principais estratégias na prevenção e controlo de infeções com vista a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A revisão da literatura efetuada com o propósito de se constituir como um suporte teórico para o desenvolvimento do presente estudo realçou alguns aspetos fundamentais. A natureza dos cuidados praticados nas instituições de saúde é cada vez mais complexa, o que configura algumas fragilidades, em boa parte resultante da interação entre profissionais de saúde, doentes, tecnologias e o ambiente.

Esta realidade potencia o surgimento de IACS, sendo consideradas atualmente como todas as infeções desenvolvidas mesmo após a alta, não se encontrando em incubação no momento da admissão, independentemente do local de prestação de cuidados. Associado a esta visão alargada referida anteriormente e à transição do doente entre diferentes níveis de prestação de cuidados sobressai a importância da identificação destas infeções, bem como a partilha da informação, no sentido de diminuir o risco de infeção cruzada.

A DGS refere que as IACS se configuram como um problema de saúde pública na medida em que agravam o prognóstico das doenças de base, contribuindo para um aumento da morbilidade e mortalidade, assim como aumentam a RAM.

Esta problemática encontra-se patente no inquérito de prevalência de IACS na Europa entre 2016-2017, organizado pelo ECDC, em que foi estimado que 3,8 milhões de pessoas adquirem anualmente uma IACS em hospitais da União Europeia, Noruega e Islândia Suetens et al. (2018). Acrescenta Cassini et al. (2016) que, na Europa, 90 mil pessoas/ano morrem na sequência de IACS.

Atualmente as IACS são consideradas como os EA mais frequentes em consequência de uma hospitalização, na medida em que são danos não intencionais decorrentes da prestação de cuidados de saúde, não existindo associação com a evolução natural da doença.

Inerente à problemática das IACS, hoje observamos as instituições de saúde a implementar programas de vigilância epidemiológica, não apenas como modo de monitorizar o impacto, mas também de estarem atentas ao surgimento de novas estirpes RAM. Portugal, acompanhando já desde longa data esta problemática, implementou o PPCIRA.

Como forma de controlar as IACS, encontramos as PBCI, como um conjunto de recomendações de boas práticas que têm o propósito de garantir a segurança do doente, profissionais de saúde e de todos os

intervenientes no processo de prestação de cuidados. Face a este desafio, sobressai o papel decisivo dos gestores das unidades de saúde, como garante da existência de recursos facilitadores da implementação das referidas medidas, bem como, de uma política ativa de formação contínua e de auditorias periódicas. Fazendo parte integrante das PBCI destaca-se a higienização das mãos como medida mais simples e mais eficaz para reduzir a transmissão de microorganismos patogénicos. Procurando dar ênfase e criar uma metodologia estruturada, a OMS criou um programa que pretendeu garantir um foco contínuo sobre a higienização das mãos nos serviços de saúde, onde está incluído o modelo conceptual dos cinco momentos, cujo objetivo prende-se com a interrupção da cadeia de transmissão de microrganismos. Para garantir o sucesso desta intervenção, a OMS adotou uma visão mais abrangente através da criação de um programa de estratégia multimodal, o qual contempla um conjunto de estratégias que pretende motivar e sensibilizar os profissionais a aderir à técnica de higienização das mãos, visando deste modo uma mudança de comportamentos.

No desenvolvimento deste estudo, identificamos alguns pontos fundamentais para o sucesso desta abordagem, nomeadamente o envolvimento da liderança, o clima de segurança institucional, a educação e formação dos profissionais da saúde, bem como a avaliação através do *feedback*.

Importa, no entanto, realçar que para existir uma consistente mudança de comportamentos por parte dos profissionais de saúde é necessário adicionar uma nova variável, a componente individual/motivacional, a qual se encontra dependente da perceção de cada individuo face a uma determinada circunstância. Esta relação complexa permite explicar o facto de inúmeras vezes os profissionais de saúde terem uma adequada perceção da importância da higienização das mãos, como medida básica no controlo de infeção, no entanto, não significa que apresentem uma adequada adesão referente ao cumprimento da mesma.

A literatura também é clara quando salienta a importância do estudo de cada contexto de exercício profissional como forma de conhecer as dificuldades e constrangimentos, reconhecendo que algumas particularidades podem influenciar negativamente os resultados, como é caso do serviço de urgência, descrito como um cenário crítico para o cumprimento da higienização das mãos, uma vez que apresenta particularidade e especificidades muito próprias, aliados à complexidade e imprevisibilidade da situação clínica do doente.

Assumindo a perspetiva referida anteriormente, desenvolveu-se um estudo de natureza quantitativo, com carácter descritivo, exploratório, correlacional e transversal cujo objetivo geral foi analisar a perceção dos profissionais de saúde de um serviço de urgência acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos. Participaram neste estudo 153 profissionais de saúde, que integravam o serviço de urgência

num hospital da zona norte de Portugal, representando 78% do total de profissionais de saúde do serviço. Quanto à categoria profissional 31.4% eram enfermeiros generalistas, 7.2% enfermeiros especialistas, 37.9% médicos e 23.5% assistentes operacionais. Destes profissionais, 60% eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino, com uma idade média de 39.95 anos. Relativamente à formação académica, 22,8% não possuem formação superior, 52,9% são detentores de uma licenciatura e 24,1% detêm um curso de mestrado. O total dos participantes, apresentava em média 11.01 anos de experiência profissional e 8.29 anos de experiência profissional em serviço de urgência. No que concerne à formação em higienização das mãos 73.5% possuía formação.

Da análise dos resultados e organizando as barreiras de acordo com a perceção dos inquiridos e partindo da mais percecionada para a menos percecionada, observamos a seguinte disposição: Avaliação & *Feedback*, Liderança & Alertas Formais, Materiais & Equipamentos, Clima Organizacional e Formação & Treino.

A Avaliação & *Feedback* e a Liderança & Alertas formais são as barreiras mais percecionadas, o que nos direcionada para a importância do papel dos gestores na unidade de saúde em estudo, assim como o retorno de informação relativo aos processos periódicos de auditoria.

O envolvimento e apoio dos órgãos de gestão apresenta-se muitas vezes como um factor determinante na mudança de comportamento dos profissionais de saúde. Entendendo a liderança como uma componente essencial da gestão, é fundamental que um líder influencie, motive e habilite os profissionais de saúde para a qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, momentos de discussão entre os líderes e os profissionais de saúde, em que se identificam as dificuldades e as potencialidades em relação a prática de higienização das mãos, permitem estabelecer estratégias e metas para atingir melhores resultados na adesão à higienização das mãos, contribuindo para um impacto positivo na qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Também o *feedback* aos profissionais de saúde acerca dos dados relativos ao cumprimento da prática de higienização das mãos é fundamental pelo importante papel educacional que representa, uma vez que o conhecimento das suas atitudes é determinante para uma mudança de comportamentos sustentada ao longo do tempo.

Como barreira menos percecionada surge a dimensão Formação & Treino, o que poderá indicar que a formação existente na instituição e no serviço, é entendida como adequada, não se constituindo como barreira à boa prática da higienização das mãos. Em linha com este pensamento, o efeito do momento de pandemia COVID – 19, poderá ter influenciado esta perceção por parte dos profissionais de saúde, na medida em que existiu uma preocupação marcante nos processos formativos.

Procurando encontrar correlações entre as características socio - demográficas da nossa amostra e a percepção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos, constatamos que relativamente à variável sexo, não se verificaram diferenças na percepção das barreiras entre os participantes do sexo masculino e do sexo feminino.

No que diz respeito à categoria profissional, os médicos são o grupo que percebe mais as barreiras à higienização das mãos, comparativamente aos enfermeiros generalistas e aos assistentes operacionais. Apesar dos médicos apresentarem uma maior percepção das barreiras, a literatura demonstra que em relação à taxa de cumprimento desta prática, estes evidenciam uma taxa de cumprimento mais baixa face aos demais grupos profissionais. Deve por isso ser alvo de estudo no sentido de compreender quais os fatores que contribuem para uma menor adesão, tendo em conta que apresentam maior sentido crítico, demonstrado através de uma maior percepção dos aspetos que condicionam o cumprimento da higienização das mãos.

No que concerne à formação académica, constatamos os profissionais de saúde com um nível de formação académica superior percebem mais barreiras face aos demais grupos. Ou seja, os participantes detentores de um curso de mestrado percebem mais barreiras do que os que só possuem uma licenciatura, o mesmo se constata quando comparamos entre os licenciados e aqueles que não detêm formação superior.

Relativamente à idade, experiência profissional e experiência profissional no serviço de urgência, observamos que os profissionais mais jovens, com menor experiência profissional e os profissionais com mais idade, consequentemente com maior experiência são os grupos que se destacam por perceberem mais barreiras à higienização das mãos. Ainda na análise desta correlação, comparando ambos os grupos, extremos da nossa amostra, constatamos que os profissionais com mais idade ou experiência profissional, seja no total do exercício profissional ou no serviço de urgência, são os que revelam valores médios mais elevados, não sendo essa diferença expressiva face aos profissionais de saúde mais novos ou menos experientes.

Por último, e relativamente à variável formação em higienização das mãos, destaca-se o facto de quem não recebeu formação em higienização das mãos, também não atribuiu uma importância significativa dos processos formativos, o qual acreditamos que decorre de alguns fatores individuais, nomeadamente a consciencialização e percepção do risco.

Face aos resultados obtidos, salienta-se a importância e papel dos órgãos de gestão como fator determinante na construção das organizações eficientes através da definição de linhas orientadoras, promovendo um clima organizacional em que os erros são entendidos como pontos de partida para a

mudança. Nesta perspectiva, as instituições devem apostar na divulgação permanente de resultados, os quais visam identificar fragilidades, ao mesmo tempo que contribuem para a motivação da equipa. Sabendo hoje que as mudanças de comportamento estão intimamente ligadas com a motivação, é necessário um investimento na criação de mecanismos de recompensa que passam pela redefinição de modelos de gestão.

Em todo o caso, este tema deve ser visto com cautela na medida em que cada contexto de prática clínica representa uma realidade indissociável do fator humano dos seus profissionais de saúde, do caminho já percorrido e dos recursos disponíveis. Deste modo, e apesar da higienização das mãos já ter sido estudada, evidenciada na literatura como uma aposta numa escala internacional, conclui-se que existem ainda muitos fatores que carecem de uma explicação mais aprofundada. A sensibilização e investimento neste tema é alicerçada nas mãos dos enfermeiros enquanto ferramenta de trabalho que num momento transmitem segurança na humanização dos cuidados, mas que também podem ser promotoras de infeções cruzadas, colocando em causa a responsabilidade profissional dos profissionais de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS]. (2021). Produção e Rácios de Eficiência. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/MH_ProdRacioEficUrgenciaDashboard
- Ahmed, A. M., Ibrahim, A. A., Ali, O. A., Mohammad, N. E., & Abdullah, M. A. (2014). Changes in hand hygiene compliance after a multimodal intervention among health-care workers from intensive care units in Southwestern Saudi Arabia. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 4(4), 315-321. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jegh.2014.05.002>
- Al-Tawfiq, J. A., & Tambyah, P. A. (2014). Healthcare associated infections (HAI) perspectives. *Journal of Infection and Public Health*, 7(4), 339-344. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2014.04.003>
- Allegranzi, B., Gayet-Ageron, A., Damani, N., Bengaly, L., McLaws, M., Moro, M., & Pittet, D. (2013). Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. *The Lancet Infectious Diseases*, 13(10), 843-851. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70163-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70163-4)
- Ataiyero, Y., Dyson, J., & Graham, M. (2019). Barriers to hand hygiene practices among health care workers in sub-Saharan African countries: A narrative review. *American Journal of Infection Control*, 47(5), 565-573. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2018.09.014>
- Ataman, A. D., Vatanoğlu-Lutz, E. E., & Yıldırım, G. (2013). Medicine in stamps-Ignaz Semmelweis and Puerperal Fever. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 14(1), 35-39. <https://doi.org/10.5152/jtgg.2013.08>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health. (2021). The National Safety and Quality Health Service Standards. <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/nsqhs-standards>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2020). National Hand Hygiene Initiative User Manual. <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-hand-hygiene-initiative-user-manual>
- Baccolini, V., D'Egidio, V., de Soccio, P., Migliara, G., Massimi, A., Alessandri, F., & Villari, P. (2019). Effectiveness over time of a multimodal intervention to improve compliance with standard hygiene precautions in an intensive care unit of a large teaching hospital. Antimicrobial resistance and infection control, 8, 92-92. <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0544-0>
- Baraldi, M. M., & Padoveze, M. (2015). Higienização das Mãos: a evolução e o atual estado da arte. *Journal of Infection Control*, 4(3), 1-2. <https://repositorio.usp.br/directbitstream/7f4de346-aa4c-43a3-9550-5d109c4a1a88/PADOVEZE,%20M%20C%20doc%2066.pdf>
- Batista, J., Silva, D. P., Nazário, S. D., & Cruz, E. D. (2020). Multimodal strategy for hand hygiene in field hospitals of COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73 (Suppl 2), e20200487. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0487>
- Belela-Anacleto, A. S., Peterlini, M. A., & Pedreira, M. D. (2017). Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (2), 442-445. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189>

- Boyce, J. M., & Pittet, D. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12418624/>
- Brevidelli, M., & Cianciarullo, T. (2006). Compliance with standard-precautions among medical and nursing staff at a university hospital. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5. <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20060291>
- Burnett, E. (2018). Effective infection prevention and control: the nurse's role. *Nursing Standard*, 33(4), 68-72. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11171>
- Campos, A., Lobão, M. J., Sousa, P., Almeida, G., Alves, J., Mendes, J., & Perelman, J. (2016). Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Contributo da indústria de meios de diagnóstico in vitro para o seu controlo. <https://internet.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Estudo%20IACS%20Contributo%20MDiV%20-%20VFTotal.pdf>
- Carter, E. J., Pouch, S. M., & Larson, E. L. (2014). Common infection control practices in the emergency department: a literature review. *American Journal of Infection Control*, 42, 957-962. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4340698/>
- Cassini, A., Plachouras, D., Eckmanns, T., Abu Sin, M., Blank, H. P., Ducomble, T., & Suetens, C. (2016). Burden of Six Healthcare-Associated Infections on European Population Health: Estimating Incidence-Based Disability-Adjusted Life Years through a Population Prevalence-Based Modelling Study. *PLOS Medicine*, 13(10), e1002150. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002150>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health - Care Settings. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5116a1.htm>
- Chassin, M. R., Mayer, C., & Nether, K. (2015). Improving hand hygiene at eight hospitals in the United States by targeting specific causes of noncompliance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41(1), 4-12. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(15\)41002-5](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(15)41002-5)
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for The Behavioral Sciences* (2^a ed.). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Costa, A., & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência. In (pp. 49-67);
- Cunha, Q., Camponogara, S., Freitas, E., Pinno, C., Dias, G., & Cesar, M. (2017). Fatores que interferem na adesão às precauções padrão por profissionais da saúde: Revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 8, 72. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n1.980>
- Despacho n^o 1400-A/2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/66463212/details/normal?l=1>

- Despacho nº 2902/2013. Constituição do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/2902-2013-1937340>
- Despacho nº 9390/2021. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 Retrieved from <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Despacho nº 10319/2014. Estrutura dos Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM). https://dre.pt/pesquisa/-/search/55606457/details/normal?p_p_auth=fhLc2GFn
- Direção Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção associada aos Cuidados de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsdsd-de-14062010.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional Sobre Segurança do Doente. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2014). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. Relatório Campanha Nacional de Higiene das Mãos - Resultados de 2012. https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2015). Norma 004/2013 - Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. <http://www.aenfermagemeias.pt/2015/11/13/norma-dgs-vigilancia-epidemiologica-das-resistencias-aos-antimicrobianos/>
- Direção Geral da Saúde. (2016). PPCIRA - Relatório de Auditoria às Precauções Básicas de Controlo de Infecção e Monitorização da Higiene das Mãos. Análise Evolutiva: 2014 – 2015. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/campanha-de-precaucoes-basicas/relatorios/relatorio-da-auditoria-as-precaucoes-basicas-de-controlo-de-infecao-e-analise-evolutiva-da-adesao-a-higiene-das-maos-dado.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de resistência aos antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2018). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos Relatório Anual do Programa Prioritário. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2018-relatorio-anual-do-programa-prioritario.aspx>

- Direção Geral de Saúde. (2021). Informação aos Cidadãos: Dia Mundial da Higiene das Mãos. Melhorias em Contexto de Pandemia COVID-19. <https://covid19.min-saude.pt/lavagem-das-maos-contribuiu-para-reduzir-uso-de-antibioticos/>
- Doutorado, C., Barros, D., Vasconcelos, R., & Santos, A. (2017). Survey on knowledge, attitude and hygiene practice of hands by nursing professionals. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11, 1136-1145. <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201703>
- Duarte, A., & Martins, O. (2019). *Controlo de Infeção Hospitalar*. In (1ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Duarte, S., Stipp, M., Silva, M., & Oliveira, F. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 144-154. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680120p>
- Efstathiou, G., Papastavrou, E., Raftopoulos, V., & Merkouris, A. (2011). Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. *BMC Nursing*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-1>
- Farhoudi, F., Dashti, A., Davani, M., Ghalebi, N., Sajadi, G., & Taghizadeh, R. (2016). Impact of WHO Hand Hygiene Improvement Program Implementation: A Quasi-Experimental Trial. *BioMed Research International*, 2016, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2016/7026169>
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics using IBM SPSS STATISTICS* (3ª ed., Vol. 2º). SAGE.
- Fontana, R. T. (2006). As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(5), 703-706. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000500021>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fouad, M., & Eltahir, S. (2020). Hand hygiene initiative: Comparative study of pre- and postintervention outcomes. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 26(2), 198-205. <https://doi:10.26719/2020.26.2.198>.
- Freitas, F. (2008). Aspectos teóricos sobre a Teoria Social Cognitiva. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12, 461-462. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pee/v12n2/v12n2a17.pdf>
- Friedman, N., Kaye, K., Stout, J., McGarry, S., Trivette, S., Briggs, J., & Sexton, D. (2002). Health Care-Associated Bloodstream Infections in Adults: A reason to change the accepted definition of community-acquired infections. *Annals of Internal Medicine*, 137(10), 791-797. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-10-200211190-00007>
- Giordani, A., Sonobe, H., Ezaias, G., Valério, M., & Andrade, D. (2016). Adesão da Enfermagem à Higienização das Mãos Segundo os Fatores Higiênicos de Herzberg. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(2), 600-607. <https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201629>

- Grupo Coordenador Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2020). Relatório de Atividades. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. EPE. GCL-PPCIRA
- Gleitman, H. (1986). *Psicologia*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Graveto, J. M., Rebola, R. I., Fernandes, E. A., & Costa, P. J. (2018). Hand hygiene: nurses adherence after training. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1189-1193. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0239>
- Grayson, M. L., Stewardson, A. J., Russo, P. L., Ryan, K. E., Olsen, K. L., Havers, S. M., & 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. *Lancet Infect Dis*, 18(11), 1269-1277. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(18\)30491-2](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(18)30491-2)
- Haac, B., Rock, C., Harris, A. D., Pineles, L., Stein, D., & Scalea, T., (2017). Hand Hygiene Compliance in the Setting of Trauma Resuscitation. *Injury*, 48(1), 165-170. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2016.08.004>
- Hillier, M. (2020). Using effective hand hygiene practice to prevent and control infection. *Nursing Standard*, 35. <https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11552>
- Jeanes, A., Coen, P., Drey, N., & Gould, D. (2017). The development of hand hygiene compliance imperatives in an emergency department. *American Journal of Infection Control*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.10.014>
- Joint Commission International. (2021). Hospital National Patient Safety Goals. JCI. <https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/hospital-national-patient-safety-goals/>
- Larson, E. L., Early, E., Cloonan, P., Sugrue, S., & Parides, M. (2000). An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. *Behav Med*, 26(1), 14-22. <https://doi.org/10.1080/08964280009595749>
- Le, C., Lehman, E., Nguyen, T., & Craig, T. (2019). Hand Hygiene Compliance Study at a Large Central Hospital in Vietnam. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph16040607>
- Magnago, T. S., Ongaro, J. D., Greco, P. B., Lanes, T. C., Zottele, C., Gonçalves, N. G., & Andolhe, R. (2019). Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40. <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/6wwRrw6RrM7jHjHh9dcnmNJ/?lang=pt&format=pdf>
- Martins, D., & Benito, L. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infeções hospitalares. *Universitas: Ciências da Saúde*, 14. <https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (ReportNumber, Ed.).

- Mascarello, L., & Souza, C. (2020). A percepção e a autopercepção de professores em formação inicial sobre o ensino e a aprendizagem da leitura. In (Vol. 24): Veredas - *Revista de Estudos Linguísticos*. <https://doi.org/10.34019/1982-2243.2020.v24.32514>
- Mathur, P. (2011). Hand hygiene: back to the basics of infection control. *The Indian journal of medical research*, 134(5), 611-620. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.90985>
- Maxfield, D., & Dull, D. (2011). Influencing hand hygiene at spectrum health. *Physician Exec*, 37(3), 30-32, 34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21675312/>
- McDonald, S. (2012). Perception: A Concept Analysis. *International journal of nursing knowledge*, 23, 2-9. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2011.01198.x>
- Mota, É. (2014). Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 4. <https://doi.org/10.17058/reci.v4i1.4052>
- Moura, P., Tristão, F., Echevarría-Guanilo, M., & Porto, A. (2017). Avaliação da infraestrutura hospitalar para a higienização das mãos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 11, 5289. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a22884p5289-5296-2017>
- Myres, D. (1999). *Psicologia Social* (10ª Ed). McGrawHill
- Nightingale, F. (2011). *Notas Sobre Enfermagem - Um Guia para os Cuidados na Atualidade*. Lusociência.
- Nguyen, K. V., Nguyen, P. T., & Jones, S. L. (2008). Effectiveness of an alcohol-based hand hygiene programme in reducing nosocomial infections in the Urology Ward of Binh Dan Hospital, Vietnam. *Tropical Medicine & International Health*, 13(10), 1297-1302. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2008.02141.x>
- Organisation for Economic Co-Operation and Development. (2017). Tackling Wasteful Spending on Health. OECD. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>
- Organisation for Economic Co-Operation and Development, & Union, E. (2016). Health at a Glance: Europe 2016. OECD. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- Oliveira, A., Damasceno, Q., & Ribeiro, S. (2009). Infecções relacionadas à assistência em saúde: Desafios para a prevenção e controle. *Revista Mineira de Enfermagem*. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/211>
- Oliveira, A., & Paula, A. (2013). Intervenções para elevar a adesão dos profissionais de saúde à higiene de mãos: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15. <https://doi.org/10.5216/ree.v15i4.21323>
- Oliveira, A., & Paula, A. (2014). Fatores relacionados à baixa adesão à higienização das mãos na área da saúde: uma reflexão. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 13(1). <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.13410>

- Oliveira, A., Paula, A., Gama, C., Oliveira, J., & Rodrigues, C. (2016). Adesão à higienização das mãos entre técnicos de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Enfermagem UERJ*, 24. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9945>
- Oliveira, A. C., & Pinto, S. A. (2018). Patient participation in hand hygiene among health professionals. *Rev Bras Enferm*, 71(2), 259-264. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0124>
- Oliveira, M., Menezes, L., Filho, J., Leite, M., Fernandes, L., Santos, A., Correia, K. (2019). Hand hygiene: knowledge and attitudes of healthcare professionals. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13, 33-37. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.236418>
- Oliveira, R., Castro, L., Almeida, J., Alves, C., & Ferreira, A. (2016). The Impact of Electronic Monitoring on Healthcare Associated Infections: The Role of the HViTAL Platform [Cross Infection; Electronic Health Records; Infection Control; Medical Informatics.]. 2016, 29(11), 8. <https://doi.org/10.20344/amp.7388>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). "Tomada de Posição do Conselho Jurisdicional sobre a Segurança do Cliente".OE.https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Tomada_Posicao_2Maio2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Estatística de Enfermeiros – Anuário <https://www.ordemenfermeiros.pt/sala-de-imprensa/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Ordem dos Médicos. (2020). Estatísticas Nacionais por distrito Retrieved from <https://ordemosmedicos.pt/estatisticas-nacionais/#1505070622822-9e31b1b1-6d1a>
- Padoveze, M. C., & Figueiredo, R. M. (2014). The role of primary care in the prevention and control of healthcare associated infections. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48, 1137-1144. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000700023>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS* (Silabo, Ed. 3ª ed.).
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa De Pneumologia*, 27-39. <http://hdl.handle.net/10362/98509>
- Pina, E., Ferreira, E., & Sousa-Uva, M. (2014). Infecções associadas aos cuidados de saúde. <https://doi.org/10.7476/9788575415955.009>
- Pisoeiro, Z., & Gaspar, P. (2014). Hand hygiene compliance. Barriers perceived by healthcare professionals. In (pp. 201-210). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016027303242>
- Pittet, D. (2000). Improving compliance with hand hygiene in hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 21(6), 381-386. <https://doi.org/10.1086/501777>
- Pittet, D. (2005). Infection control and quality health care in the new millennium. (0196-6553 (Print)). <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2004.11.004>
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (A. Editora, Ed. 7ª ed.).

- Prado, M. F., Hartmann, T. P., & Teixeira Filho, L. A. (2013). Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. *Escola Anna Nery*, 17, 220-226. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200003>
- Primo, M., Ribeiro, L., Figueiredo, L., Sirico, S., & Souza, M. (2010). Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.7656>
- Queirós, P. (2012). Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje, 100 anos. In (pp. 7-8). https://www.researchgate.net/publication/268220313_Enfermagem_De_Nightingale_aos_dias_de_hoje_100_anos
- Romero, M. P., González, R. B., Calvo, M. S., & Fachado, A. A. (2018). A segurança do paciente, qualidade do atendimento e ética dos sistemas de saúde. *Revista Bioética*, 26(3), 333-342. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263252>
- Rosa, R., Gehlen, M. H., Ilha, S., Pereira, F., Cassola, T., & Backes, D. (2015). Segurança do paciente na práxis do cuidado de enfermagem: percepção de enfermeiros. *Ciencia y enfermería*, 21, 37-47. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000300004>
- Rosenthal, J. A. (1996). Qualitative Descriptors of Strength of Association and Effect Size. *Journal of Social Service Research*, 21(4), 37-59. https://doi.org/10.1300/J079v21n04_02
- Saiz, C. (2020). *Pensamiento Crítico y Eficácia* (Pirâmide, Ed. 2ª ed.).
- Sakihama, T., Kayauchi, N., Saint, S., Fowler, K., Ratz, D., Sato, Y., & Tokuda, Y. (2019). Assessing sustainability of hand hygiene adherence 5 years after a contest-based intervention in 3 Japanese hospitals. *American Journal of Infection Control*, 48. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.06.017>
- Sax, H., Allegranzi, B., Uçkay, I., Larson, E., Boyce, J., & Pittet, D. (2007). 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 67(1), 9-21. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2007.06.004>
- Scheithauer, S., Kamerseder, V., Petersen, P., Brokmann, J. C., Lopez-Gonzalez, L. A., Mach, C., & Lemmen, S. W. (2013). Improving hand hygiene compliance in the emergency department: getting to the point. *BMC infectious diseases*, 13, 367-367. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-13-367>
- Seo, H., Sohng, K., Chang, S., Chaung, S., Won, J., & Choi, M. (2019). Interventions to improve hand hygiene compliance in emergency departments: a systematic review. *Journal of Hospital Infection*, 102(4), 394-406. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2019.03.013>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html><https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

- Silva, J. K., Matos, E., & Souza, S. S. (2020). Bundle de cuidados para a prevenção e o controle de infecção hospitalar em serviço de emergência adulto. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1048348>
- Silva, M. (2013). Controlo de infeção em Portugal: Evolução e atualidade. 5. <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31063>
- Smith, S. A. (2012). Nurse competence: a concept analysis. *Int J Nurs Knowl*, 23(3), 172-182. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01225.x>
- Sousa-Pinto, B., Marques, B., Lopes, F., & Freitas, A. (2018). Frequency and Impact of Adverse Events in Inpatients: A Nationwide Analysis of Episodes between 2000 and 2015. *Journal of Medical Systems*, 42(3), 48. <https://doi.org/10.1007/s10916-018-0898-5>
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2014). Estimating the incidence of adverse events in Portuguese hospitals: a contribution to improving quality and patient safety. *BMC Health Serv Res*, 14, 311. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-311>
- Souza, D., Contim, D., Moreira, N., Ferreira, M., Senne, E., & Paiva, L. (2017). Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de enfermagem sobre higiene das mãos no ambiente hospitalar. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 5, 362. <https://doi.org/10.18554/refacs.v5i3.2062>
- Squeri, R., Genovese, C., Palamara, M. A., Trimarchi, G., & La Fauci, V. (2016). "Clean care is safer care": correct handwashing in the prevention of healthcare associated infections. *Annali di Igiene*, 28(6), 409-415. <https://doi.org/10.7416/ai.2016.2123>
- Staines, A., Amherdt, I., Lécureux, E., Petignat, C., Eggimann, P., Schwab, M., & Pittet, D. (2017). Hand Hygiene Improvement and Sustainability: Assessing a Breakthrough Collaborative in Western Switzerland. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 38, 1-8. <https://doi.org/10.1017/ice.2017.180>
- Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., & Moro, M. L., (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), 1800516. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.46.1800516>
- Trannin, K., Vancini-Campanharo, C., Lopes, M., Okuno, M., & Batista, R. (2016). Adesão à higiene das mãos: intervenção e avaliação. *Cogitare Enfermagem*, 21. <https://doi.org/10.5380/ce.v21i2.44246>
- Valim, M., Rocha, I., Souza, T., Cruz, Y., Bezerra, T., Baggio, É., & Morais, R. (2019). Efficacy of the multimodal strategy for Hand Hygiene compliance: an integrative review. *Rev Bras Enferm*, 72(2), 552-565. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0584>
- Venkatesh, A. K., Pallin, D. J., Kayden, S., & Schuur, J. D. (2011). Predictors of Hand Hygiene in the Emergency Department. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 32(11), 1120-1123. <https://doi.org/10.1086/662374>

- Vikke, H., Vittinghus, S., Betzer, M., Giebner, M., Kolmos, H., Smith, K., & Mogensen, C. (2019). "Hand hygiene perception and self-reported hand hygiene compliance among emergency medical service providers: a Danish survey". *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation Emergency Medicine*, 27(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0587-5>
- Vikke, H., Vittinghus, S., Giebner, M., Kolmos, H., Smith, K., Castrén, M., & Lindström, V. (2019). Compliance with hand hygiene in emergency medical services: an international observational study. *Emergency Medicine Journal*, 36(3), 171-175. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2018-207872>
- Vilelas, J. (2009). *Investigação - O processo de Construção do Conhecimento*. (1ªed).L. Silabo.
- World Health Organization. (2002). *Prevention of Hospital-Acquired infections: A practical guide*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67350>
- World Health Organization. (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69797>
- World Health Organization. (2006). *Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft) : global safety challenge 2005-2006 : Clean care is safer care*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69323>
- World Health Organization. (2009). *A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70030>
- World Health Organization. (2009a). *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care*. WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2009b). *A guide to the implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy*. WHO. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70030>
- World Health Organization. (2014). *Health care-associated infections. FACT SHEET*. WHO. https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf
- World Health Organization. (2021). *Draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. WHO. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Yadav, S. (2019). Knowledge, attitude and perceived barriers of doctors towards hand hygiene in a govt.tertiary care hospital. [https:// 10.18231/j.jpmhh.2019.018](https://10.18231/j.jpmhh.2019.018)
- Zottele, C., Magnago, T., Dullius, A., Kolankiewicz, A., & Ongaro, J. (2017). Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016027303242>

ANEXOS

ANEXO I - Questionário: Percepção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos

Avaliação das Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos (BAHM)

Este questionário insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Universidade do Minho, realizado pela Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Filomena Silva.

Os dados destinam-se exclusivamente ao estudo citado, são anónimos e serão tratados de forma confidencial.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Idade: _____ **Género:** Feminino Masculino

Formação académica: 9º ano

12º ano

Licenciatura

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

Se sim, Qual? _____

Mestrado

Doutoramento

Categoria Profissional: Enfermeiro Generalista

Enfermeiro Especialista

Médico Especialidade _____

Assistente Operacional

Tempo de Exercício Profissional: _____(Anos/Meses)

Tempo de Exercício Profissional no Serviço de Urgência: _____(Anos/Meses)

Formação em higienização das mãos: Sim Não

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

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

Sinto dificuldade em cumprir a adequada higiene das mãos PORQUE:	Discordo completamente 1	Discordo 2	Discordo moderadamente 3	Concordo moderadamente 4	Concordo 5	Concordo completamente 6
A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem auditorias/observações periódicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia a dia, a prática de higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação quer em cartazes expostos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sinto dificuldade em cumprir a adequada higiene das mãos PORQUE:	Discordo completamente 1	Discordo 2	Discordo moderadamente 3	Concordo moderadamente 4	Concordo 5	Concordo completamente 6
As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O órgão de gestão não participa ativamente na promoção da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As chefias intermédias não participam ativamente na promoção da higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de ligação) acessível no serviço, para informação/formação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da Infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou desmotivado no meu local de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou muito ocupado com outros cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenho muitas outras coisas para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não tenho tempo disponível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem sempre outras prioridades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não quero higienizar as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No caso de lhe interessar os resultados deste estudo, contacte-me através do email: silva.filomena@gmail.com

Obrigada pela sua participação!

ANEXO II – Autorização para utilização da Escala BAHM

☰ Gmail

zeliapisoeiro@hotmail.com

Compor

Caixa de entrada 18

- Com estrela
- Suspenso
- Importante
- Enviado

Meet

- Nova reunião
- Participar em reunião

Hangouts

- filomena +

zeliapisoeiro <zeliapisoeiro@hotmail.com>
para Pedro, Pedro, mim

sábado, 16/01, 19:59

Boa noite Filomena,

Agradecemos o interesse que demonstra pelo nosso trabalho.

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

Com os melhores cumprimentos,

Zélia PISOEIRO

Enviado do [Correio](#) para Windows 10

ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética da Unidade Hospitalar

Parecer da CES

Comissão de Ética

Carla Fraga (Dra.)
Presidente

Pedro Vasconcelos (Dr)

Luisa Silva (En^ª);

Maria João Correia (Dr.ª);

Paula Guimarães (En^ª);

Sónia Teixeira (Dr.ª)

Assunto: "Preceção dos profissionais de saúde acerca das barreiras ás boas praticas de higienização das mãos" - processo: 12-2021

Data: 24/03/2021

Exm(os) Senhor(es),

Apreciamos a proposta de investigação formulada pelo Sra. Enfermeira Filomena Maria Moreira Silva, do Serviço de Urgência, a qual mereceu atenta apreciação por parte da Comissão de Ética.

Após análise e apreciação do projeto, a CES não tem objecção á realização do estudo, pelo que dá parecer favorável á sua realização, ficando, no entanto, de a investigadora esclarecer como será efetuado a recolha de dados.



Carla Fraga, Dra.

Presidente da Comissão de Ética

**ANEXO IV – Parecer da Comissão para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde
da Universidade do Minho**



Universidade do Minho
Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS)

Identificação do documento: CEICVS 007/2021

Título do projeto: *Perceção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos.*

Equipa de Investigação: Filomena Maria Moreira Silva (Investigador Responsável – pg39135), aluna do Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho; Maria de Fátima Dias Braga, Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

Unidade Orgânica Promotora: Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho

Outras Unidades: Serviço de Urgência Médico – Cirúrgica (SUMC) – Urgência geral do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

PARECER

Trata-se de um estudo prospetivo, transversal, observacional e descritivo no âmbito da Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Este estudo tem como principal objectivo analisar a perceção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos.

Após verificação e análise dos documentos associados ao processo de pedido de emissão de parecer ético sobre o projeto em apreço, a que reporta sumariamente a respetiva “Grelha de verificação e avaliação ética”, considera-se que (i) o processo está devidamente instruído, (ii) a análise dos documentos apresentados sobre o estudo a realizar obedecem às regras de conduta ética e requisitos exigidos para as boas práticas na experimentação com humanos e (iii) estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a pedido de Parecer Ético na UMinho.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (CEICVS) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade dos seus membros.

Braga, 31 de março de 2021.

A Presidente da CEICVS

(Maria Cecilia Lemos Pinto Estrela Leão)

ANÁLISE E JUSTIFICAÇÃO DO PARECER

ANEXO V – Consentimento informado aos participantes

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Perceção dos profissionais de saúde acerca das barreiras às boas práticas de higienização das mãos.

Enquadramento: Investigação realizada no serviço de urgência do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE– Unidade Padre Américo, pelo investigador Filomena Silva, sob orientação da Professora Doutora Maria de Fátima Dias Braga, Professora da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Os resultados serão apresentados no âmbito do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica.

Explicação do estudo: A higienização das mãos, enquanto uma das precauções básicas do controlo de infeção contribui para a segurança dos doentes, nomeadamente para a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos. No entanto existem dados estatísticos a nível nacional que comprovam que a adesão a esta prática ainda se encontra com valores inferiores aos preconizados a nível mundial. Neste sentido, é importante compreender a sua causa, nomeadamente a perceção que os profissionais de saúde têm sobre as barreiras às boas práticas de higienização das mãos.

Condições e financiamento: A sua participação é voluntária, não exigindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza. Todos os procedimentos serão feitos de forma gratuita. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a sua participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este fato.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos serão analisados com garantia de confidencialidade e anonimato. De salientar que o estudo irá ter um interesse apenas académico e de investigação, não sendo os resultados utilizados não tendo qualquer interesse comercial, não havendo, deste modo, conflitos de interesses contrapartidas financeiras que possam enviesar o mesmo. Qualquer contato a realizar será num ambiente de privacidade.

Eu, Filomena Maria Moreira Silva, estudante do Mestrado de Enfermagem da Pessoa em Situação Crítica, na Universidade do Minho, a trabalhar no serviço de urgência do CHTS, EPE – UPA, telemóvel 936456711, agradeço a Sua participação de modo a realizar este projeto de investigação.

Assinatura do Investigador:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

1

2