

**ANÁLISE DA ADESÃO DOS PROFISSIONAIS À HIGIENIZAÇÃO  
DAS MÃOS NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
DE PORTUGAL ENTRE 2018-2021**

**Mário José Medeiros Vilarinho**

**Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Orientadora científica – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Bragança, junho de 2023

Vilarinho, M.J.M. (2023). Análise da Adesão dos Profissionais à Higienização das Mãos numa Unidade Local de Saúde de Portugal entre 2018-2021. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança

Deste trabalho já resultaram as seguintes comunicações:

Vilarinho, M.J.M.; Martins, Matilde. (2023). ANÁLISE DA ADESÃO DOS PROFISSIONAIS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL ENTRE 2018-2021. Congresso Insular da Madeira: Desafios da Insularidade. 27 a 29 de abril de 2023, Porto Santo.

Vilarinho, M.J.M.; Martins, Matilde. (2023). ANÁLISE DA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO POR DEPARTAMENTO NUMA UNIDADE DE SAÚDE DO NORTE DE PORTUGAL ENTRE 2018-2021. II Convenção Internacional dos Enfermeiros: O Futuro é Saúde. 10 e 11 de maio de 2023, Figueira da Foz.

**Foi submetido um artigo à revista referencia em enfermagem:**

Vilarinho, M.J.M.; Martins, Matilde. (2023). ANÁLISE DA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NUMA UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE PORTUGAL.

Dedico este trabalho à minha esposa, **Carla Cristina Anselmo Esteves**, e às minhas filhas, **Ana Bárbara e Maria Inês Esteves Vilarinho**, pelo tempo que abdiquei de estar com elas para a conclusão de mais esta etapa. Sem o vosso apoio, não seria possível alcançar este sonho.

## **Agradecimentos**

Agradeço especialmente à minha orientadora neste projeto, a Professora Doutora Matilde Martins. Sou grato por todo o apoio, dedicação e disponibilidade demonstradas ao longo do meu percurso académico, principalmente nesta última etapa. Agradeço pelos incentivos múltiplos e conselhos dados durante este trabalho.

Quero agradecer em particular aos meus pais e à minha irmã, por estarem sempre presentes na minha vida e me apoiarem em todas as minhas decisões. E, mais uma vez, quero expressar a minha gratidão à minha esposa e filhas, pelo amor, apoio e ensinamentos que me proporcionaram ao longo de todos estes anos.

Agradeço a todos aqueles que acreditaram em mim e no meu sucesso, que compartilharam momentos comigo, tanto bons como menos bons, e que foram o meu suporte.

Finalmente, gostaria de agradecer à Enfermagem, a minha escolha mais desafiadora e significativa.

## Resumo

**Introdução:** As infecções Associadas aos Cuidados de Saúde são um problema de saúde à escala mundial, com implicações significativas na morbilidade e mortalidade, nos custos para doentes, famílias e sociedade e na qualidade dos cuidados de saúde. A principal forma de prevenção das infecções é uma medida simples de higienização das mãos (HM) e do próprio local.

**Objetivos:** Analisar a adesão dos profissionais de saúde à HM numa Unidade Local de Saúde (ULS) de Portugal, no período de 2018-2021.

**Metodologia:** Desenvolveu-se um estudo transversal analítico. A população são todos os profissionais de uma ULS de Portugal, a amostra são todos os profissionais que foram sujeitos a uma ou mais observações de HM entre 2018-2021, constituindo uma amostra de 13 610 observações. O instrumento de recolha de dados foi uma grelha de registo, elaborada em programa SPSS, para onde foram transpostos os dados, que foram fornecidos pela coordenadora local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), anonimizados, após parecer favorável da Comissão de Ética (n.º 55/2022).

**Resultados:** Observamos que a taxa global de adesão à HM foi de 80,26%. As maiores taxas de adesão verificaram-se no ano de 2021 (86,46%), no quarto momento (87,44%), nos enfermeiros (87,69%), no departamento da saúde da mulher da criança (84,92%). As menores taxas de adesão verificaram-se no ano 2018 (74,56%), no segundo momento (70,11%), nos médicos (72,60%), no departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos (72,57%). Pode constatar-se que existem diferenças, estatisticamente significativas, na taxa de adesão dos profissionais à HM por departamentos, ano e profissionais ( $p < 0,05$ ).

**Conclusão:** Concluimos que a taxa de adesão dos profissionais à HM é inferior ao recomendado pela DGS. O ano de 2018, o segundo momento de higienização, os médicos e o departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos apresentaram taxas de adesão mais baixas e com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Sugerimos sensibilizar, através de campanha periódicas de HM, lembretes e auditorias. A realização de outros estudos que permitam inferências para a população.

**Palavras-chave:** Higienização das mãos, infeção hospitalar, adesão à higiene das mãos.

## **Abstract**

**Introduction:** Healthcare-Associated Infections are a global health problem, with significant implications for morbidity and mortality, costs for patients, families and society, and the quality of health care. The main form of infection prevention is a simple measure of hand hygiene (HH) and the local itself.

**Objectives:** To analyze the adherence of health professionals to HH in a Local Health Unit (ULS) in Portugal, in the period 2018-2021.

**Methodology:** An analytical cross-sectional study was developed. The population is all professionals of a ULS in Portugal, the sample is all professionals who were subject to one or more observations of HH between 2018-2021, constituting a sample of 13 610 observations. The data collection instrument was a registration grid, elaborated in an SPSS program, to which the data were transposed, which were provided by the local coordinator of the Program for the Prevention and Control of Infections and Antimicrobial Resistance (PPCIRA), anonymized, after a favorable opinion of the Ethics Committee (no. 55/2022).

**Results:** We observed that the overall rate of adherence to HH was 80.26%. The highest rates of adherence were observed in 2021 (86.46%), in the fourth moment (87.44%), in nurses (87.69%), and in the department of women's health and children (84.92%). The lowest adherence rates were observed in 2018 (74.56%), in the second moment (70.11%), in physicians (72.60%), and in the urgency, emergency, and intensive care department (72.57%). It can be seen that there are statistically significant differences in the rate of adherence of professionals to HH by department, year, and professionals ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** We conclude that the adherence rate of professionals to HH is lower than that recommended by the DGS. In the year 2018, the second moment of hygiene, doctors, and the department of urgency, emergency, and intensive care presented lower adherence rates with statistically significant differences between the groups. We suggest raising awareness of this situation, through periodic HH campaigns, reminders, and audits. The performance of other studies that allow inferences for the population.

**Keywords:** Hand hygiene, hospital infection, adherence to hand hygiene.

## Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

<b>Art.º</b>	artigo
<b>CDC</b>	Centers for Disease Control and Prevention
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>HM</b>	Higienização das mãos
<b>IACS</b>	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
<b><i>N, n</i></b>	População/amostra
<b>n.º</b>	número
<b>OE</b>	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b><i>p</i></b>	Nível de significância
<b>PBCI</b>	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
<b>PPCIRA</b>	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
<b><i>r</i></b>	Correlação de Pearson
<b>RAM</b>	Resistência dos Microrganismos aos Antibióticos
<b>SABA</b>	Solução antisséptica de base alcoólica
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>ULS</b>	Unidade Local de Saúde
<b>WHO</b>	World Health Organization

## Índice

INTRODUÇÃO.....	1
<b>CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>4</b>
1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	5
2. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E ESTRATÉGIAS PARA A SUA PRÁTICA.....	8
3. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO O GARANTE DA ELEVADA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E NO CONTROLO DA INFEÇÃO .....	16
<b>CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>19</b>
1. METODOLOGIA.....	20
1.1. Tipo de estudo .....	20
1.2. População/Amostra.....	20
1.3. Instrumentos de recolha de dados.....	21
1.4. Procedimentos éticos e de recolha de dados.....	21
1.5. Variáveis em estudo e operacionalização.....	21
1.6. Tratamento e análise de dados.....	23
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	25
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	35
CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>48</b>
Apêndice I - Relatório da prática clínica.....	49
<b>ANEXOS .....</b>	<b>79</b>
Anexo I - Formulário de observações .....	80
Anexo II - Parecer favorável da Comissão de Ética.....	83

## Índice de Figuras

<b>Figura 1:</b> <i>Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos (Conceito dos “Cinco Momentos”)</i> .....	9
<b>Figura 2:</b> <i>Técnica de lavagem das mãos</i> .....	11

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> <i>Distribuição da taxa de adesão aos cinco momentos de HM e ano (n=13 610)</i> .....	25
<b>Tabela 2:</b> <i>Distribuição da taxa de adesão à HM por ano e categoria profissional (n=12549)</i> .....	26
<b>Tabela 3:</b> <i>Distribuição da taxa de adesão à HM por ano, departamento, pelos cinco momentos e global (n=13 610)</i> .....	28
<b>Tabela 4:</b> <i>Distribuição da taxa de adesão à HM por ano, departamento, categoria profissional (n=12 549)</i> .....	30
<b>Tabela 5:</b> <i>Relação entre a taxa média da adesão dos profissionais à HM por momento e departamento</i> .....	31
<b>Tabela 6:</b> <i>Resultados das comparações múltiplas de Games-Howell</i> .....	32
<b>Tabela 7:</b> <i>Relação entre a taxa média da adesão à HM do departamento com a categoria profissional</i> .....	33
<b>Tabela 8:</b> <i>Resultados das comparações múltiplas de Games-Howell</i> .....	34

## INTRODUÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) representam um grande desafio para os sistemas de saúde em termos de segurança dos cuidados. Isso ocorre porque elas são uma causa significativa de morbilidade, levando a um aumento no número de dias de internamento e do consumo de recursos hospitalares e comunitários. Além disso, os custos indiretos, como a qualidade de vida e o impacto nas famílias, são difíceis de mensurar. Portanto, as IACS exigem uma atenção especial para minimizar a sua incidência e impacto, garantindo a segurança e a eficácia dos cuidados de saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). As IACS resultam em altas taxas de morbimortalidade, causando um impacto negativo significativo no doente e aumentando a demanda por recursos humanos e materiais. Isto traduz-se em custos económicos elevados que precisam ser considerados. R. Silva e Kozusny-Andreani (2020), destacam a importância de prevenir as IACS, a fim de minimizar os seus efeitos prejudiciais na saúde dos doentes e no sistema de saúde em geral.

A HM é amplamente aceite como uma estratégia de prevenção e controle de infeções e representa a ação mais importante a ser tomada para reduzir danos evitáveis relacionados com a disseminação de microrganismos (Kim & Lee, 2019). Esta, é a prática mais simples, económica e eficaz na prevenção das IACS, visto que, no primeiro momento, há a possibilidade de quebrar a transmissão de agentes extrínsecos para o doente (Lourenço, 2020).

De acordo com as diretrizes estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o modelo proposto para melhorar a HM é a Estratégia Multimodal. Essa estratégia enfatiza a lavagem das mãos em cinco momentos específicos: antes do contacto com o doente, antes da realização de procedimento asséptico/limpo, após risco de exposição a fluidos corporais, após o contacto com o doente e, por último, após o contacto com o ambiente do doente (DGS, 2019; Kozerski, 2017).

A gestão do procedimento da HM, segundo a Norma n.º 007/2019 da DGS (2019), foi aceite como medida de precaução básica de prevenção e controlo de IACS. A taxa de adesão dos profissionais de saúde à HM em 2016 foi de 73% (DGS, 2017). A DGS salienta que a taxa de adesão global é de 75,2%, em 2018, pelo que os profissionais de saúde estão cientes e têm conhecimento sobre a importância da HM, mas,

aproximadamente 50% não a executa devido a sobrecargas no serviço, falta de instalações adequadas, falta de material, entre outros (Lourenço, 2020).

Nesta perspetiva, sendo a HM, nos diversos níveis da estrutura organizacional das instituições de saúde, alvo de atenção particular, e ao integrarmos a equipa do PPCIRA, como elo de ligação do serviço de cirurgia, e ao verificarmos uma subvalorização da prática da HM, julgamos ser pertinente este estudo. Este trabalho insere-se no âmbito do V Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, que tem como objetivo preparar profissionais para o exercício da prática especializada de enfermagem médico-cirúrgica, após a conclusão dos estágios e respetivo relatório da prática clínica (Apêndice I). Entre outras competências, e como estipulado no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, art.º 3 alínea c), o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica “Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (p.19359).

Pelo exposto, este trabalho irá abordar a temática “Análise da adesão dos profissionais à higienização das mãos numa unidade local de saúde de Portugal entre 2018-2021”. Assim, definimos como objetivo geral:

- Analisar a adesão dos profissionais à HM numa ULS de Portugal, no período de 2018-2021.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar a amostra em estudo;
- Identificar a frequência da adesão à HM global e nos cinco momentos;
- Descrever a adesão dos profissionais à HM ao longo dos quatro anos;
- Identificar a frequência da adesão à HM global e nos cinco momentos por categoria profissional, departamento e ano;
- Analisar a associação entre a adesão dos profissionais à HM com o ano, o departamento e a categoria profissional.

Este trabalho de investigação encontra-se estruturado em dois capítulos. O primeiro diz respeito ao enquadramento teórico, que aborda as IACS, a HM na prevenção das IACS, estratégias para promover a prática de HM e a HM como indicador de

qualidade sensível aos cuidados de enfermagem. O segundo capítulo versa sobre o estudo empírico com a respetiva abordagem metodológica, apresentação e análise de dados, discussão dos resultados e respetiva conclusão.

## **CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

---

## 1. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

A IACS é uma infeção que ocorre como resultado dos cuidados e procedimentos de saúde prestados aos doentes e que também pode afetar os profissionais de saúde durante o exercício das suas atividades (DGS, 2017; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017). O termo IACS substitui tanto as infeções hospitalares quanto as infeções nosocomiais, abrangendo as infeções relacionadas à prestação de cuidados de saúde em qualquer ambiente, incluindo hospitais, cuidados de longa duração e ambulatório. Esse termo reflete o percurso dos doentes ao longo das várias unidades de saúde, tornando difícil determinar de forma definitiva a fonte primária da infeção (Damani, 2019).

Uma infeção é caracterizada pela invasão e multiplicação de microrganismos nos tecidos do corpo, provocando sinais e sintomas que desencadeiam uma resposta imunológica. A multiplicação desses organismos pode causar lesões nos tecidos, seja por competir com o metabolismo ou por libertar toxinas que afetam as células hospedeiras. Esse processo pode levar a danos celulares e à multiplicação intracelular dos microrganismos (Monteiro, 2018).

O corpo humano possui vários mecanismos de defesa que são admiráveis. No entanto, a utilização de técnicas de diagnóstico, monitorização ou terapia que os deprimem ou ultrapassam pode anular esses mecanismos e gerar condições favoráveis à ocorrência de infeções. Quando um grupo de pessoas, particularmente suscetíveis, é reunido num ambiente, como ocorre no meio hospitalar, é criada uma situação propícia para a aquisição e transmissão de infeções (DGS, 2015a). É resultante de reações orgânicas de agentes infecciosos, adquiridas pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados, podendo também afetar profissionais de durante o exercício da sua atividade (OE, 2017).

As IACS são identificadas e caracterizadas mediante critérios específicos, do foro clínico e biológico, universalmente aceites, estabelecidos pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), e que permitem uma monitorização apertada e a vigilância epidemiológica das mesmas (CDC, 2020).

As IACS e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são duas problemáticas intimamente relacionadas e com um impacto cada vez mais notório a nível mundial, com implicações preocupantes para os doentes, unidades

de saúde e comunidade, como o aumento da morbilidade, mortalidade, prolongamento do tempo de internamento e aumento de custos em saúde (DGS, 2018). Estas infeções contribuem para a morbilidade e mortalidade de uma população mais idosa e dependente, assim como para o aumento de internamentos e reinternamentos sucessivos com mobilidade frequente de doentes, contribuindo, assim, para o aumento do risco de infeção (DGS, 2022).

Entre 2013-2017, segundo um relatório anual de 2018, efetivamente houve uma diminuição da prevalência de IACS nos hospitais em 2012, de 10,5% para 7,8% (DGS, 2018). A nível mundial, 7% dos doentes hospitalizados em países desenvolvidos e 10% em países em vias de desenvolvimento, serão afetados por, pelo menos, uma IACS, apesar de muitas delas serem completamente evitáveis (World Health Organization [WHO], 2022).

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) foram implementadas em Portugal pela DGS, em 1997, através do Programa Nacional de Controlo de Infeção. Desde então, têm sido atualizadas e adaptadas à evolução do conhecimento científico e da prática clínica. A última atualização ocorreu em 2017, com a publicação das "Orientações Programáticas para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos". O PPCIRA, programa prioritário de saúde criado em 2013 pelo Despacho n.º 2902/2013, de 22 de fevereiro, para enfrentar essa situação, tem como metas principais: a diminuição das IACS através da promoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeções e da implementação de pacotes de intervenção de suporte a procedimentos e dispositivos invasivos; a redução do uso de antibióticos por meio da implementação de Programas de Apoio à Prescrição de Antibióticos e monitorização do consumo de antibióticos em todos os níveis de cuidados de saúde (hospitais, cuidados de saúde primários e cuidados continuados); e a vigilância da RMA para análise da evolução dos resultados e implementação ou reavaliação das estratégias em vigor (DGS, 2017).

As PBCI são compostas por 10 medidas, segundo a norma n.º 007/2019 (DGS, 2019). Essas medidas incluem: lavagem das mãos, utilização de equipamento de proteção individual, precauções respiratórias, precauções entéricas, precauções de contacto, precauções de gotículas, precauções de aerossóis, segurança na manipulação de objetos perfuro cortantes, gestão de resíduos e isolamento de doentes.

De acordo com a circular normativa n.º 13/2010, emitida pela DGS (2010), a lavagem das mãos, como parte das precauções básicas, é a medida mais importante na prevenção e controlo de infeções. Além disso, também é considerada uma medida com impacto indireto no controlo da resistência aos antimicrobianos.

De acordo com o Relatório Anual da DGS (2021), houve um aumento de 10% na adesão de unidades de saúde que monitorizam as boas práticas de HM na estratégia multimodal de promoção das PBCI. Além disso, foi observada uma melhoria na taxa de cumprimento global da HM, que passou de 75,7% para 82,7%.

O período pandémico levou a significativo decréscimo da amostra de vigilância epidemiológica de infeções hospitalares, decorrentes sobretudo da dedicação dos grupos locais do PPCIRA à batalha da COVID-19 (DGS, 2021). Apesar de todas as alterações e algumas mudanças, a realidade é que as IACS continuam a ser responsáveis pelo prolongamento dos internamentos, pelas limitações incapacitantes a longo prazo, pelo aumento dos custos ao sistema de saúde, quer recursos humanos e materiais, levando a um aumento da resistência de microrganismos à antibioterapia, traduzindo-se em elevados custos para doente/família e também mortes que poderiam ser evitados (WHO, 2016a). Ainda existe um longo caminho a percorrer quando comparamos Portugal com a média Europeia, essa diferença atinge os 6,1% (DGS, 2018).

## **2. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS E ESTRATÉGIAS PARA A SUA PRÁTICA**

Os profissionais de saúde utilizam as mãos como principal ferramenta de trabalho nos cuidados aos doentes, o que as torna o "habitat" natural de certos microrganismos. Esses microrganismos compõem a microbiota cutânea normal, parte da qual é geralmente inofensiva, mas pode apresentar potencial patogénico em situações em que o hospedeiro está mais suscetível (Santos, 2017). Sem cuidados adequados de HM, os profissionais de saúde tendem a ter as suas mãos colonizadas por diversos microrganismos, incluindo agentes patogénicos. Essa colonização aumenta proporcionalmente a duração da prestação de cuidados ao doente (DGS, 2016).

Na enfermagem, Florence Nightingale é uma referência devido ao seu trabalho revolucionário no hospital de Scutari durante a Guerra da Crimeia, que mudou as bases do cuidado. Ela foi pioneira nas ações relacionadas com o controlo de infeções e, em 1863, enfatizou a importância de práticas de higiene pessoal e manutenção de um ambiente limpo e seguro na prestação de cuidados de saúde. Graças a estas medidas, Florence Nightingale conseguiu reduzir a taxa de mortalidade de 33% para 2% (Martins & Benito, 2016).

A HM é uma medida fundamental para prevenir as IACS. É uma prática simples, económica e fácil de realizar, que deve ser incorporada na rotina diária dos profissionais de saúde. É importante que seja realizada de forma consciente e responsável, com frequência adequada para garantir sua eficácia e eficiência (Tarso et al., 2017).

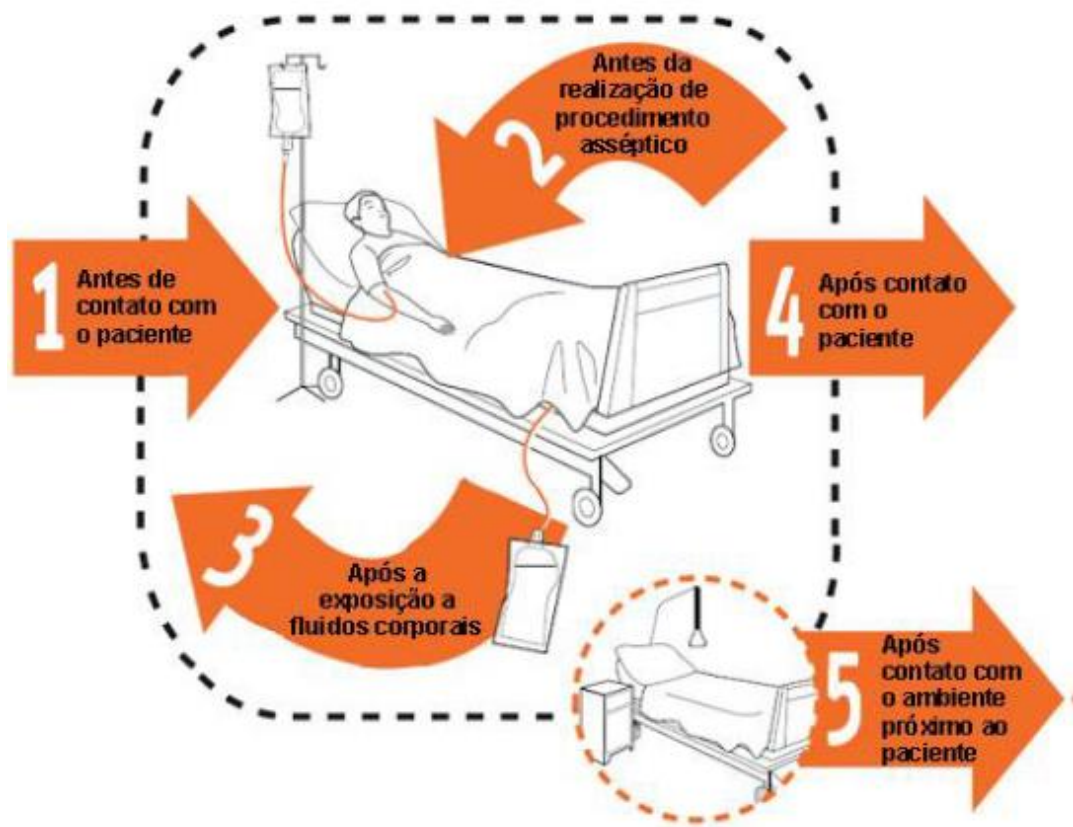
Em 2010, a DGS lançou uma circular normativa com o objetivo de associar a boa prática de HM à prevenção e controlo de IACS nas unidades de saúde, tendo sido mais recentemente atualizada, em 2019. De acordo com essa mesma circular, cerca de 30% dos casos de IACS são considerados preveníveis por medidas simples, sendo a lavagem correta das mãos pelos profissionais a mais efetiva. Assim, a HM, além de constituir a medida mais relevante na prevenção e controlo das RAM, é um contributo importante na redução da morbilidade e mortalidade dos doentes (DGS, 2019).

A WHO (2009), propôs um modelo de HM aos profissionais de saúde, onde corresponde as indicações de tempo em que é obrigatória a HM na prática clínica, tendo

em conta o modelo conceptual dos “Cinco Momentos”. Neste contexto, a DGS (2019) diz que os profissionais devem proceder à HM nos cinco momentos preconizados pela OMS, cumprindo as técnicas adequadas a este procedimento e utilizando os produtos indicados. Os cinco momentos definiram os pontos de referência temporais, fundamentais para os profissionais realizarem a HM de modo a interromper eficazmente a transmissão de microrganismos durante a prestação de saúde. As indicações “antes” estão presentes para proteger o doente, enquanto as indicações “após” estão presentes para proteger os profissionais, outras pessoas e o ambiente (DGS, 2019).

Estes “cinco momentos” para a HM, segundo a DGS (2019), são os seguintes:

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



**Figura 1:** Modelo conceptual da OMS para a higiene das mãos (Conceito dos “Cinco Momentos”)

(DGS, 2019)

Segundo a WHO (2009), o profissional de saúde deve realizar o ato de HM, sempre antes ou após tocar o doente, antes de realizar procedimentos limpos/asséticos, após contacto com fluidos ou líquidos corpóreos e superfícies inanimadas próximas ao utente, sendo esta necessidade de higienização conhecida como oportunidade de HM.

Segundo Santos (2017), a maioria dos profissionais de saúde reconhece a importância da HM na prevenção das IACS em diferentes momentos: antes da realização de procedimentos asséticos (90%) e após o contacto com o doente (90%), após a exposição a fluidos corporais (86%) e antes do contacto com o doente (76%). No entanto, apenas 44% dos profissionais relatam a HM após o contacto com áreas do ambiente do doente. Além disso, no que diz respeito às ações de HM para evitar a infeção do doente pelos seus próprios microrganismos, 18 (78,3%) profissionais afirmam que a higiene deve ser realizada antes do contacto com o doente e 15 (65,2%) após o contacto. Também 21 (91,3%) confirmam que a higiene das mãos deve ocorrer após o contacto com fluidos corporais e 20 (87%) antes da realização de procedimentos asséticos (Korb et al., 2019). De acordo com um estudo recente conduzido por Pereira (2020), verificou-se que os profissionais de saúde apresentaram uma maior adesão à HM antes e após o contacto com o doente, mas uma adesão menor após a exposição a riscos e fluidos corporais.

Na norma n.º 007/2019 da DGS (2019), estão definidas três técnicas de higienização a utilizar, sendo elas:

**Lavagem:** HM com água e sabão (comum ou com antimicrobiano). Esta técnica aplica-se às situações em que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após prestação de cuidados a doentes com *Clostridium difficile*, antes e após as refeições e após usar as instalações sanitárias. O procedimento demora cerca de 40 a 60 segundos.

**Fricção antissética:** aplicação de uma solução antissética de base alcoólica (SABA) para fricção das mãos (a sua utilização não necessita de água nem de toalhetes). Esta técnica aplica-se tanto antes de procedimentos limpos/asséticos como na maioria dos procedimentos utilizados na prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente isentas de sujidade ou matéria orgânica. O procedimento demora entre 20 a 30 segundos.

**Preparação pré-cirúrgica das mãos:** consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório, com o objetivo de eliminar a flora transitória e de reduzir

significativamente a flora residente. Os antissépticos a utilizar devem ter uma atividade antimicrobiana com ação residual. O procedimento demora entre dois a três minutos. Esta preparação pode ser feita de duas formas, nomeadamente por fricção antisséptica cirúrgica das mãos - refere-se à preparação cirúrgica das mãos com SABA. Outra forma será por lavagem antisséptica cirúrgica das mãos - refere-se à preparação cirúrgica das mãos com água e sabão antimicrobiano.

Foram definidos três métodos a utilizar, a **Lavagem**, **Fricção antisséptica** e, por último, a **Preparação pré-cirúrgica das mãos**.

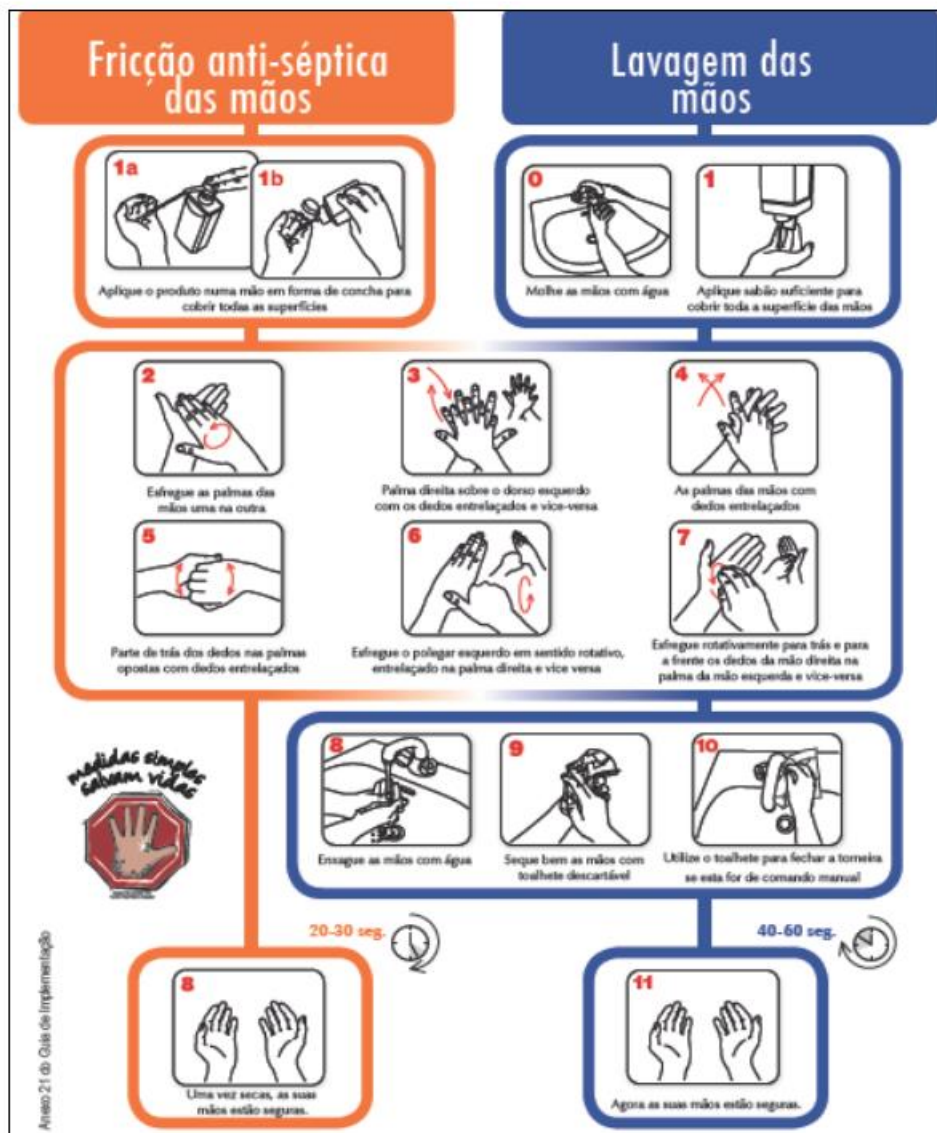


Figura 2: Técnica de lavagem das mãos

(DGS, 2019)

A norma n.º 007/2019, da DGS, destaca ainda outras indicações para a HM,

- i. Quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluídos orgânicos ...;
- ii. Antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos ...;
- iii. Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos ...;
- iv. Antes da colocação de luvas: o uso de luvas não dispensa a higiene das mãos ...;
- v. Imediatamente após a remoção de luvas estéreis ... ou remoção de luvas não estéreis ...vi. Preparação pré-cirúrgica das mãos;
- vii. Após utilização das instalações sanitárias.... (DGS, 2019, p.2)

De acordo com o estudo realizado por Monteiro (2018), conclui-se que 78% dos profissionais perceberam a importância da higiene das mãos e executaram corretamente essa prática. Esses resultados sugerem que os enfermeiros estão cientes da correta HM. Além disso, o estudo observou que a maioria dos enfermeiros possui conhecimento sobre a importância da HM na prevenção de IACS e considera essa prática como essencial na prestação de cuidados.

A DGS (2019) realça que qualquer que seja a técnica utilizada para a HM (usada água e sabão com ou sem antisséptico, ou usada SABA) é muito importante cumprir os seguintes princípios gerais ou requisitos:

- Retirar joias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o dia ou turno de trabalho (pois sob tais objetos podem acumular-se microrganismos), guardando-as em local seguro (por exemplo, acondicionado em alfinete pregado por dentro do bolso da farda);
- Manter as unhas limpas, curtas e sem verniz. Não usar unhas artificiais na prestação de cuidados;
- Aplicar corretamente o produto a usar;
- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas abrangidas de acordo com os procedimentos a efetuar;
- Ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho;

- Secar, deixar secar bem as mãos;
- Evitar recontaminar as mãos após a lavagem. Se a torneira for manual não tocar com as mãos na torneira após a higienização, encerrando a mesma com um toalhete;
- Usar regularmente protetores da pele (creme dermoprotetor);
- Se surgirem sinais de dermatite, consultar médico.

A maior parte dos profissionais de saúde identifica itens que devem ser evitados por estarem relacionados à possibilidade de colonização por microrganismos. De acordo com a pesquisa, 21 (91,3%) responderam que o uso de joias deve ser evitado, 20 (87%) destacaram a importância de evitar pele danificada e todos relacionaram unhas artificiais e/ou postiças à colonização de microrganismos (Korb et al., 2019).

A DGS (2010), refere ainda que para que os profissionais executem a HM, os órgãos de gestão devem:

- Disponibilizar lavatórios adequados e colocados em locais estratégicos;
- Fornecer SABA em todos os locais de prestação de cuidados;
- Fornecer sabão adequado e creme hidratante para as mãos dos profissionais;
- Fornecer produtos para HM alternativos aos profissionais com reações adversas aos produtos utilizados na unidade de saúde;
- Promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática.

Neste sentido e de acordo com a WHO (2009), a prática da higienização configura-se uma medida fundamental para a qualidade da assistência e prevenção de danos de saúde, cooperando para a segurança dos doentes e profissionais de saúde. É fundamental destacar que a segurança e qualidade dos cuidados de saúde dependem da conscientização e engajamento de todos os profissionais em relação à importância da HM. Portanto, as instituições de saúde devem implantar programas que promovam as boas práticas de HM, a fim de aumentar a adesão e o conhecimento dos profissionais de saúde (Cabrita, 2017). Num estudo realizado na Dinamarca, com o objetivo de compreender a percepção 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 HM, 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 (Vikke et al., 2019).

A aquisição de novos conhecimentos é crucial para a prática da HM adequada. Embora os profissionais de saúde reconheçam a importância da HM na prevenção das IACS e demonstrem possuir esse conhecimento, a sua aplicação adequada na prática diária perante o doente nem sempre é observada (M. Oliveira et al., 2019).

A prática de HM pode enfrentar alguns obstáculos, mas a OMS desenvolveu uma Estratégia Multimodal para melhorá-la. Esta estratégia consiste em cinco elementos: mudança no sistema, formação e treinamento, observação de retorno, lembretes em locais estratégicos e clima institucional seguro. A implementação dessas estratégias visa corrigir deficiências nos momentos de HM e promover sua correta realização, de acordo com a norma n.º 007/2019 (DGS, 2019). Isso é importante para motivar os profissionais a aderir à técnica de HM e melhorar sua prática. Esta estratégia tem mostrado bons resultados na prática, inclusive em hospitais de campanha no contexto da pandemia da COVID-19 (Batista et al., 2020; Fernandes et al., 2019).

Um panorama sobre a realidade portuguesa revela que, após o desafio “*Clean Care Safer Care*” inserido na estratégia multimodal lançada pela OMS, verificou-se, tal como em outros países membros, uma subida significativa na taxa de adesão global à HM. Em 2016, a taxa global de HM foi de 72,6% (DGS, 2018), subindo para 75,7% em 2019 e, em 2020, apresenta como taxa global de HM 82,7%, os dados apresentados pela DGS (2021) revelam uma tendência favorável, com um crescimento de 10,1% em quatro anos. A estratégia da OMS é bem-sucedida, não apenas em hospitais convencionais, mas também em hospitais de campanha, como foi comprovado durante a pandemia da COVID-19 (Batista et al., 2020).

O clima de segurança institucional, a educação e formação dos profissionais de saúde, bem como a avaliação através do *feedback* são reconhecidos como componentes-chave que contribuem para mudanças consistentes da prática de HM (Baccolini et al., 2019). Defendem, também, ações de formação que devem ser realizadas para realçar a importância da HM (Graveto et al., 2018).

A responsabilidade pela realização do controlo da infeção é tanto moral quanto legal para as instituições. Portanto, adotar medidas adequadas não é apenas uma questão de formação profissional, mas também de educação do trabalhador como cidadão e membro de uma comunidade. Assim, a adesão à prática da HM depende não apenas da influência dos colegas, mas também da atitude, dos princípios e dos valores de cada indivíduo. Portanto, embora a adesão à HM seja influenciada pelos pares, ainda é uma decisão voluntária e individual que requer consciência e comprometimento de cada profissional (Fonseca, 2020).

Em resumo, é fundamental reconhecer cada vez mais a importância da HM na prestação de serviços de qualidade e na garantia da segurança de doentes e profissionais de saúde. Estes devem ter um amplo conhecimento da HM e utilizá-lo de forma consciente e responsável no dia a dia, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada e reduzir as taxas de IACS e suas consequências. A gestão efetiva de competências é cada vez mais importante para garantir os padrões de qualidade profissional e orientar a conduta dos profissionais de saúde (Fonseca, 2020).

### **3. O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO O GARANTE DA ELEVADA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E NO CONTROLO DA INFEÇÃO**

A procura pela qualidade nas organizações já existe desde tempos passados, sendo a tentativa de superação e de procura por algo melhor, características que sempre fizeram parte da essência humana. As organizações e instituições procuraram sempre responder às variadas solicitações e expectativas por parte dos seus clientes/partes interessadas, pelo que têm tentado evoluir não só na demonstração de níveis de eficácia e eficiência, como também na evidência do que é esperado delas. Atualmente, esta atenção constante à garantia e melhoria contínua da qualidade é editada e influencia aquilo que são as perceções e conceções individuais perante o que é o significado de “Qualidade” (J. Pereira, 2021).

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da DGS, estando atualmente claramente apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio. A qualidade em saúde tem sido uma preocupação formalmente assumida, quer por instituições internacionais, como a OMS e o Concelho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais (OE, 2012).

Internamente, o Plano Nacional de Saúde utiliza o conceito de “Qualidade em Saúde”, fazendo a sua definição como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão...”, e que “... implica, ainda a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível” (DGS, 2015b, p.16).

Os descritores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros têm como objetivo explicar a natureza e abranger os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. É esperado que estes descritores se tornem uma ferramenta importante que ajude a esclarecer o papel do enfermeiro especialista em relação aos clientes/grupos/comunidade, outros profissionais, público e políticos. Foram identificadas sete categorias de descritores: satisfação do cliente, promoção da saúde,

prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados (Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho).

No âmbito das competências preconizadas, o enfermeiro deve demonstrar uma elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados, através de um exercício profissional especializado, o que diz respeito ao conjunto de competências comuns do enfermeiro (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro). Estas assentam em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. As competências no domínio da melhoria da qualidade levam o enfermeiro a personificar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, adotando uma postura proativa que contemple um ambiente terapêutico e seguro e o desenvolvimento de projetos institucionais na área da qualidade e a gestão do risco (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro).

Em relação à profissão de enfermagem, temos como exemplo, o facto de o enfermeiro especialista ter competências específicas que são diferentes de um enfermeiro de cuidados gerais (Santos, 2020). Segundo o Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro, relativo às competências comuns do enfermeiro especialista, os enfermeiros especialistas têm competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, como a capacidade de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e na garantia de um ambiente terapêutico e seguro. Especificamente, na prevenção e controlo de infeção, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica tem, segundo o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, referente às competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, a capacidade de maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica.

As IACS é um problema que reúne a preocupação de equipas multidisciplinares, pela magnitude do problema e pelas implicações para as organizações, para os doentes e famílias e para a sociedade. Como tal, enquadra-se nas competências específicas do

enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Fonseca, 2020).

No âmbito do controlo e prevenção da infeção, surgiu a Comissão da Qualidade e Segurança do Doente, que deve integrar pelo menos um enfermeiro especialista, com formação específica, a fim de fazer cumprir a missão da comissão, que visa contribuir para a promoção de uma cultura de melhoria contínua da qualidade, segurança do cliente e gestão do risco nos cuidados de saúde primários (Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro).

A WHO (2016b), refere que a gestão do procedimento HM é reconhecida como um indicador-chave da qualidade e segurança dos cuidados de saúde, que resulta na diminuição significativa das IACS em contexto clínico. A HM é também reconhecida como medida de intervenção relevante e universal que, quando executada corretamente e no momento certo, desempenha um papel preponderante na interrupção da disseminação dos microrganismos (C. Santos, 2017).

A conformidade com a HM é recomendada como um dos principais indicadores de desempenho para programas de prevenção e controlo de infeção e segurança do doente e qualidade dos serviços de saúde em todo o mundo (DGS, 2017; Regulamento n.º 140/2019, de 06 de fevereiro).

## **CAPÍTULO II - ESTUDO EMPÍRICO**

---

## **1. METODOLOGIA**

Para Vilelas (2020), a metodologia permite desenvolver um conjunto de ações de procedimento para que se possa chegar ao conhecimento.

Concluído o enquadramento teórico, torna-se necessário descrever e explicar todos os métodos que foram utilizados ao longo do trabalho prático. Neste capítulo, iremos descrever a metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo: “Análise da Higienização das Mãos numa Unidade Local de Saúde de Portugal entre 2018-2021”, nomeadamente o tipo de estudo, a população e amostra, o período durante o qual se procedeu a colheita dos dados, os instrumentos de recolha, assim como os procedimentos utilizados, foram também analisadas as variáveis do estudo e a sua operacionalização e, por fim, as considerações éticas e procedimentos de análise de dados.

### **1.1. Tipo de estudo**

Estudo analítico transversal, retrospectivo.

Vilelas (2020), refere que estes estudos transversais “são aqueles que analisam um ponto específico num dado momento. Eles descrevem uma espécie de fotografia dos dados não se incomodando com o que aconteceu antes ou depois do estudo” (p.225). Os estudos retrospectivos partem de um efeito que já ocorreu para encontrar a causa (Vilelas, 2020).

### **1.2. População/Amostra**

A população alvo foram todos os profissionais dos departamentos de Medicina, Cirurgia, Mulher e da Criança, Paliativos, Saúde Mental e Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos da ULS que estiveram sujeitos a auditoria à HM no período de 01 de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2021. Estas auditorias são realizadas pela equipa da PPCIRA local, em média seis observações mensais (Anexo I), aleatórias, por serviço e categoria profissional, podendo recair várias observações no mesmo profissional em datas distintas, constituindo uma amostra de 13 610 observações.

### 1.3. Instrumentos de recolha de dados

Grelha de registo, elaborada em programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), para onde foi transposta a informação selecionada da base de dados Excel, adesão aos cinco momentos de HM, ano, categoria profissional e departamento. A recolha da informação decorreu no mês junho de 2022.

### 1.4. Procedimentos éticos e de recolha de dados

O estudo foi submetido a apreciação e autorização do Presidente do Conselho de Administração da unidade hospitalar em causa, que após parecer favorável da Comissão de Ética n.º 55/2022 (Anexo II), autorizou a realização do mesmo.

Posteriormente, realizou-se uma reunião com a coordenadora local da PPCIRA, explicado os objetivos do estudo e solicitado a disponibilização dos dados, anonimizados, dos registos das auditorias à HM no período em estudo. Os mesmos foram fornecidos, em base de dados Excel, anonimizados, em junho de 2022.

Estes, foram transpostos para uma base de dados de SPSS, pelo número de codificação, para posterior análise e tratamento estatístico, sem qualquer identificação, garantindo o anonimato e sigilo da informação ao longo de todo o processo. O acesso à base de dados foi feito pelo investigador, com uma palavra passe criada para esse efeito, e após a conclusão do estudo este comprometeu-se a eliminar todos os registos.

### 1.5. Variáveis em estudo e operacionalização

Para Vilelas (2020), a variável dependente é “a variável influenciada pela variável independente. A variável independente, é descrita como um elemento que exerce um efeito sobre uma outra variável, sendo ela considerada como a causa do efeito ocasionado na variável dependente” (Vilelas, 2020, p.175).

#### **Variável dependente:**

**Adesão à HM** - Será considerada, em conformidade taxas de adesão à HM com valores, para o propósito destas auditorias, com base no *Audit Tools for Monitoring Infections Control Guidelines within the Community Settings* 2005, que as categorias são distribuídas da seguinte forma: conformidade mínima igual ou inferior a 75% ou menos,

conformidade parcial entre 76% a 84%, com conformidade igual ou superior a 85%, como preconizado pela DGS (2019).

Taxa de adesão ao primeiro momento de HM igual ou superior a 90% (Despacho n.º 10901/2022, de 08 de setembro).

O cálculo da taxa de adesão por profissional/indicadores de avaliação:

A adesão é o quociente entre o número de ações concretizadas e as oportunidades que foram tidas por profissional.

Proporção de profissionais da unidade de saúde que realiza Higiene das Mãos:

$$X = \frac{\text{N.º de oportunidades realizadas em toda a Unidade de Saúde}}{\text{N.º de oportunidades observadas em toda a Unidade de Saúde}} \times 100$$

O cálculo da taxa de adesão por departamento/Indicadores de Avaliação:

A adesão é o quociente entre o número de ações concretizadas e as oportunidades que foram tidas por departamento.

Proporção de serviços/unidades funcionais que realiza Higiene das Mãos:

$$X = \frac{\text{N.º de oportunidades realizadas em cada Serviço da Unidade de Saúde}}{\text{N.º de oportunidades observadas em toda a Unidade de Saúde}} \times 100$$

### **Variáveis independentes:**

**Departamento** - Foram criadas na ULS, no domínio da organização interna hospitalar, estruturas de gestão interna hospitalar, agregando serviços por afinidades nos processos produtivos, recursos utilizados e nos procedimentos de gestão, encontrando-se definidos os mesmos no organograma institucional (ULSNE, 2023).

Departamentos de Medicina (Serviço de Medicina A/Bragança, Medicina B Nascente/Bragança, Medicina B Poente/Bragança, Medicina Macedo de Cavaleiros, Medicina Mirandela, Unidade AVC/Macedo);

Departamento de Cirurgia (Serviço de Cirurgia Homens Bragança, Cirurgia Mulheres Bragança, Cirurgia Geral Mirandela, Ortopedia Bragança, Ortopedia Macedo de Cavaleiros, Bloco Operatório Bragança, Bloco Operatório Macedo, Bloco Operatório Mirandela);

Departamento de Saúde da Mulher e da Criança (Serviço de Ginecologia/Obstetrícia Bragança, Pediatria e Neonatologia Bragança, Pediatria Mirandela);

Departamento da Saúde Mental (Serviço de Psiquiatria Bragança);

Departamento de Cuidados Paliativos (Unidade de Paliativos/Macedo);

Departamento de Urgência/Emergência e Cuidados Intensivos (Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica Bragança, Urgência Médico-Cirúrgica Mirandela, Urgência Básica Macedo de Cavaleiros, Serviço de Medicina Intensiva/Bragança).

**Categoria profissional** - *Status* do trabalhador na empresa, determinado com base numa classificação normativa e em conformidade com a natureza e espécie das tarefas por ele efetivamente desempenhadas no exercício da sua atividade:

1 - Enfermeiro;

2 - Auxiliar de ação médica/Assistentes operacionais;

3 - Médico;

4 - Outros profissionais de saúde (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiologista, terapeuta da fala, radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).

**Ano** - Período de tempo compreendido entre 01 de janeiro e 31 de dezembro, composto por 12 meses:

- 2018 (01 de janeiro a 31 de dezembro);

- 2019 (01 de janeiro a 31 de dezembro);

- 2020 (01 de janeiro a 31 de dezembro);

- 2021 (01 de janeiro a 31 de dezembro).

## **1.6. Tratamento e análise de dados**

Os dados foram inseridos e analisados no programa informático SPSS<sup>®</sup> for Windows, versão 26.0. Inicialmente, com o objetivo de descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva com cálculo de frequências

relativas e absolutas para todas as variáveis e média, desvio padrão para as variáveis quantitativas contínuas.

A normalidade das variáveis foi verificada através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, assumimos a normalidade das distribuições.

Para comparação múltipla de médias recorremos à Anova. Como não se verificou a homogeneidade de variâncias, pressuposto testado através do teste de *Levene*, utilizou-se o teste de *Games-Howell* para proceder às comparações múltiplas e concluir sobre que departamentos ocorriam as diferenças estatisticamente significativas.

O nível de significância é de 0,05.

## 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Depois de finalizada a colheita de dados, é iminente a sua interpretação e análise dos resultados de acordo com as questões de investigação formuladas. As análises dos resultados têm por finalidade considerar em detalhe os resultados obtidos, objetivando realçar o essencial. Ela incide sobre a descrição e análise dos factos, que teve lugar na etapa da análise estatísticas dados.

Relativamente aos momentos de intervenção, observa-se que os resultados da adesão melhoraram em todos os momentos, com exceção “Antes de um procedimento assético” (em 2018 foi de 74,39% e, em 2021, de 68,83%) e “Depois de risco de exposição a sangue e fluídos corporais” (em 2018 foi de 82,69% e, em 2021, de 77,88%), ao longo dos anos. O ano de 2021 registou a taxa de adesão mais elevada (94,11%) no momento “Depois do contacto com o doente” e o ano de 2018, a taxa de adesão mais baixa (67,08%) no momento “Antes do contacto com o doente”. Globalmente, observa-se que o momento de HM com adesão mais baixa foi “Antes de um procedimento assético” (70,11%), e o momento com maior adesão “Depois do contacto com o doente” (87,44%). Em termos de anos, o que registou menor adesão de HM foi 2018 (74,53%), e o que teve maior adesão da HM foi 2021 (86,46%) (Tabela 1).

**Tabela 1:**

*Distribuição da taxa de adesão aos cinco momentos de HM e ano (n=13 610)*

Ano	Adesão aos cinco momentos da higienização das mãos					Total n (%)
	Antes do contacto com o doente n (%)	Antes de um procedimento assético n (%)	Depois de risco de exposição a sangue e fluídos corporais n (%)	Depois do contacto com o doente n (%)	Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente n (%)	
2018	1364 (67,08)	<b>289 (74,39)</b>	<b>364 (82,69)</b>	1243 (82,62)	647 (70,17)	3907 (74,53)
2019	1391 (74,19)	426 (70,66)	462 (82,25)	1113 (84,73)	565 (78,58)	3957 (78,34)
2020	974 (84,19)	<b>249 (65,46)</b>	287 (80,84)	756 (91,14)	305 (85,90)	2571 (84,25)
2021	<b>1213 (84,42)</b>	247 (68,83)	<b>312 (77,88)</b>	<b>933 (94,11)</b>	<b>470 (91,49)</b>	<b>3175 (86,46)</b>
<b>Total</b>	<b>4942 (76,71)</b>	<b>1211 (70,11)</b>	<b>1425 (81,93)</b>	<b>4045 (87,44)</b>	<b>1987(80,02)</b>	<b>13610 (80,26)</b>

Registamos uma taxa de adesão maior nos enfermeiros (87,69%) e nos outros profissionais de saúde (88,24%), seguido dos auxiliares de ação médica (77,94%) e, por último, dos médicos (72,60%). Nos médicos e outros profissionais de saúde, verificamos um aumento da taxa de adesão ao longo dos anos, o que não se verificou para os

enfermeiros que registam uma diminuição entre 2020 e 2021, assim como os auxiliares de ação médica (Tabela 2).

**Tabela 2:**

*Distribuição da taxa de adesão à HM por ano e categoria profissional (n=12549)*

Ano	Taxa de adesão profissional				Total n (%)
	Auxiliar de ação médica n (%)	Enfermeiro/ parteiro n (%)	Médico n (%)	Outros profissionais n (%)	
2018	1225 (69,09)	1399 (83,85)	1005 (63,78)	49 (93,88)	3678 (73,57)
2019	1145 (78,43)	1441 (86,47)	1147 (69,31)	97 (80,41)	3830 (78,77)
2020	749 ( <b>85,45</b> )	850 ( <b>92,59</b> )	746 (79,76)	56 (82,14)	2401 (86,46)
2021	798 (83,83)	1007 (90,67)	748 ( <b>82,35</b> )	87 ( <b>97,70</b> )	<b>2640 (86,48)</b>
<b>Total</b>	3053 (77,94)	4697 ( <b>87,69</b> )	3646 ( <b>72,60</b> )	289 (88,24)	3678 (73,57)

Na Tabela 3 apresenta-se os resultados da taxa de adesão por departamento, momento de intervenção e ano. Relativamente ao departamento de cirurgia, observa-se que a maior adesão acontece no momento “Depois do contacto com o doente”, com 88,15% de adesão, e a menor adesão (69,62%) acontece no momento “Antes de um procedimento assético”. Atendendo à evolução temporal, observa-se que a adesão melhorou ao longo do tempo nos momentos: “Depois do contacto com o doente” e “Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente”. Relativamente ao momento “Antes do contacto com o doente”, a adesão melhorou até 2020 e decresceu ligeiramente em 2021. Quanto ao momento “Depois de risco de exposição a sangue e fluídos corporais”, observa-se a adesão de 87,12%, em 2019, que decresce posteriormente para 72,26%, em 2021.

No departamento de medicina, observa-se resultados de taxa de adesão de 84,96% no momento “Depois de risco de exposição a sangue e fluídos corporais” e de 93,37% no momento “Depois do contacto com o doente”. Neste departamento, o resultado de adesão mais baixo (78,67%) ocorre no momento “Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente”. Relativamente à evolução da adesão ao longo do tempo, observa-se que, em todos os momentos, esta tem vindo a aumentar com exceção do momento “Antes de um procedimento assético”, que registou um decréscimo de cerca de 6% entre 2019 e 2020 e, posteriormente, retomou os resultados de 2019.

No que concerne ao departamento de saúde da mulher e da criança, observa-se resultados de taxa de adesão de 89,98% no momento “Depois de risco de exposição a sangue e fluídos corporais” e de 90,03% no momento “Depois do contacto com o doente”.

Por outro lado, o registo de adesão é menor no momento “Antes de um procedimento assético”, com 79,66%. No que trata a evolução da adesão ao longo dos anos, observa-se que, nos momentos “Depois do contacto com o doente” e “Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente”, esta aumentou sempre, enquanto nos restantes momentos, a adesão aumentou até 2020 para diminuir em 2021.

No departamento de saúde mental, a taxa de adesão nos momentos “Depois de risco de exposição a sangue e fluídos corporais” e “Depois do contacto com o doente” é aproximadamente 99%, o que é excelente. Neste departamento, “Antes de um procedimento assético”, registou a taxa de adesão mais baixa (6,25%), no ano 2021. Relativamente à evolução temporal, observa-se que esta é positiva em todos os momentos com exceção do já referido.

Quanto ao departamento de cuidados paliativos, só se obteve resultados para os anos 2019 e 2020. O momento “Antes do contacto com o doente” registou a taxa de adesão mais baixa (58,33%), e o momento “Depois do contacto com o doente” registou 94,44%.

No departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos, observa-se que a maior taxa de adesão acontece no momento “Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente” (82,98%), e a menor adesão (64,29%) acontece no momento “Antes de um procedimento assético”. Atendendo à evolução temporal, observa-se que a adesão melhorou ao longo do tempo em todos os momentos até 2020, e decresceu em todos os momentos em 2021.

**Tabela 3:***Distribuição da taxa de adesão à HM por ano, departamento, pelos cinco momentos e global (n=13 610)*

		ADESÃO					Total n (%)
		Momento					
Departamento	Ano	Antes do contacto com o doente n (%)	Antes de um procedimento asséptico n (%)	Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais n (%)	Depois do contacto com o doente n (%)	Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente n (%)	
Cirurgia	2018	773 (70,20)	111 (72,97)	151 (82,78)	377 (77,45)	183 (60,11)	1265 (72,65)
	2019	538 (71,75)	<b>203 (78,82)</b>	<b>233 (87,12)</b>	409 (90,46)	194 (78,87)	1577 (80,66)
	2020	<b>425 (80,71)</b>	178 (60,67)	166 (77,11)	321 (89,72)	135 (85,19)	1225 (80,16)
	2021	446 (78,48)	103 (66,02)	137 (72,26)	<b>337 (94,96)</b>	<b>154 (92,86)</b>	<b>1177 (83,26)</b>
	Total	1852 (75,05)	595 (70,08)	687 (80,79)	1444 (87,95)	666 (78,23)	<b>5244 (79,20)</b>
Medicina	2018	484 (59,92)	72 (72,22)	<b>90 (86,67)</b>	434 (87,79)	183 (69,40)	1263 (73,48)
	2019	353 (81,87)	51 (90,20)	42 (83,33)	269 (91,08)	58 (74,14)	773 (85,12)
	2020	193 (84,97)	13 (84,62)	18 (83,33)	161 (95,65)	23 (73,91)	408 (88,48)
	2021	<b>350 (94,29)</b>	<b>33 (90,91)</b>	<b>37 (86,49)</b>	<b>283 (98,94)</b>	<b>109 (97,25)</b>	<b>812 (95,81)</b>
	Total	1380 (77,75)	169 (82,25)	187 (85,56)	1147 (92,41)	373 (78,55)	<b>3256 (83,69)</b>
Saúde da Mulher e Criança	2018	179 (79,21)	<b>41 (90,24)</b>	52 (90,38)	167 (88,02)	127 (79,53)	565 (83,72)
	2019	188 (83,00)	39 (79,49)	44 (81,82)	151 (88,75)	90 (81,11)	512 (83,98)
	2020	<b>149 (88,59)</b>	5 (80,00)	<b>26 (96,15)</b>	122 (90,16)	51 (82,35)	<b>353 (88,67)</b>
	2021	256 (81,25)	45 (68,89)	71 (91,55)	<b>176 (93,18)</b>	<b>111 (84,68)</b>	656 (85,28)
	Total	771 (82,62)	130 (79,23)	193 (89,64)	616 (90,10)	379 (81,79)	2089 (85,11)
Saúde Mental	2018	64 (82,81)	<b>10 (100,00)</b>	<b>11 (100,00)</b>	70 (94,29)	46 (67,39)	201 (85,07)
	2019	<b>50 (92,00)</b>	21 (61,90)	22 (95,45)	<b>42 (100,00)</b>	29 (89,66)	164 (90,24)
	2020	<b>48 (91,67)</b>	14 (78,57)	18 (100,00)	<b>36 (100,00)</b>	<b>25 (100,00)</b>	<b>141 (95,04)</b>
	2021	<b>68 (91,18)</b>	16 (6,25)	16 (100,00)	<b>56 (100,00)</b>	<b>31 (100,00)</b>	187 (88,77)
	Total	230 (89,13)	61 (57,38)	67 (98,51)	204 (98,04)	131 (86,26)	693 (89,32)
Cuidados Paliativos	2019	64 (37,50)	11 (54,55)	12 (66,67)	59 (69,49)	50 (74,00)	196 (59,18)
	2020	<b>24 (58,33)</b>	<b>10 (90,00)</b>	<b>10 (90,00)</b>	<b>18 (94,44)</b>	<b>15 (86,67)</b>	<b>77 (80,52)</b>
	Total	88 (43,18)	21 (71,43)	22 (77,27)	77 (81,97)	65 (80,34)	<b>273 (65,20)</b>
Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	2018	195 (61,54)	55 (63,64)	60 (66,67)	195 (72,31)	108 (78,70)	613 (68,68)
	2019	198 (66,16)	101 (44,55)	109 (70,64)	183 (60,66)	144 (77,78)	735 (64,76)
	2020	<b>135 (91,11)</b>	29 (68,97)	<b>49 (75,51)</b>	<b>98 (85,71)</b>	<b>56 (89,29)</b>	<b>367 (85,56)</b>
	2021	93 (79,57)	<b>50 (80,00)</b>	51 (60,78)	81 (71,60)	65 (86,15)	340 (76,18)
	Total	621 (74,14)	235 (59,57)	269 (68,77)	557 (70,74)	373 (81,23)	2055 (71,53)

Na Tabela 4 apresenta-se os resultados da taxa de adesão por departamento, profissional e ano. Relativamente ao departamento de cirurgia, observa-se a maior taxa de adesão nos profissionais enfermeiros/parteiros (88,43%) e a menor adesão (72,89%), nos médicos. Atendendo à evolução temporal, observa-se que a taxa de adesão melhorou ao longo do tempo com os profissionais auxiliares de ação médica e enfermeiros/parteiros até 2020 e diminuiu em 2021. Por seu lado, a taxa de adesão dos médicos melhorou ao longo dos anos. No departamento de medicina, a taxa de adesão foi de 90,46% para enfermeiros/parteiros e de 86,89% para auxiliares de ação médica. Neste departamento, o resultado da taxa de adesão mais baixo (77,62%) ocorre para os médicos. Relativamente à evolução da taxa de adesão ao longo do tempo, observa-se que, para todos os profissionais, os resultados da taxa de adesão melhoraram com o decorrer dos anos. No que concerne ao departamento de saúde da mulher e da criança, observa-se resultados de taxa de adesão de 90,59% para enfermeiros/parteiros e de 88,02% para auxiliares de ação

médica. Por outro lado, o registo de adesão é menor para os médicos (76,89%). No que trata a evolução da adesão ao longo dos anos, observa-se que, para os auxiliares de ação médica e enfermeiros/parteiros, esta aumentou sempre, enquanto para os médicos, a adesão aumentou até 2020, para diminuir em 2021. No departamento de saúde mental, a taxa de adesão é, para todos os profissionais, aproximadamente 90%. Relativamente à evolução temporal, observa-se que, para os auxiliares de ação médica e enfermeiros/parteiros, esta aumentou até 2020, para diminuir em 2021, e para os médicos aumentou sempre. Quanto ao departamento de cuidados paliativos, só se obteve resultados para os anos 2019 e 2020. A taxa de adesão mais baixa foi nos auxiliares de ação médica (35,86%) e a mais elevada nos enfermeiros/parteiros (88,3%). No departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos, observa-se que a maior taxa de adesão foi nos enfermeiros/parteiros (85,21%) e a menor (58,63%) nos médicos. Atendendo à evolução temporal, observa-se que a adesão melhorou ao longo do tempo em todos os profissionais até 2020 e decresceu em todos os profissionais em 2021.

**Tabela 4:**

*Distribuição da taxa de adesão à HM por ano, departamento, categoria profissional (n=12 549)*

ADESÃO						
Profissional						
Departamento	Ano	Auxiliar de ação médica n (%)	Enfermeiro/ parteiro n (%)	Médico n (%)	Outros profissionais n (%)	Total n (%)
Cirurgia	2018	388 (61,86)	396 (86,11)	307 (60,91)	39 (94,87)	1130 (71,24)
	2019	<b>460 (81,74)</b>	535 (87,29)	448 (73,21)	60 (96,67)	1503 (81,77)
	2020	330 (80,00)	<b>369 (94,31)</b>	341 (76,83)	48 (79,17)	1088 (83,82)
	2021	361 (77,56)	407 (86,00)	<b>304 (80,59)</b>	<b>64 (100,00)</b>	<b>1136 (82,66)</b>
	Total	1539 (75,37)	1707 (86,00)	1400 (73,00)	211 (93,36)	4857 (79,99)
Medicina	2018	438 (70,09)	478 (81,17)	287 (60,28)	<b>7 (100,00)</b>	<b>1210 (72,31)</b>
	2019	242 (87,60)	277 (91,70)	223 (76,68)	27 (62,96)	769 (85,05)
	2020	126 (94,44)	154 (91,56)	119 (78,99)	-	399 (88,72)
	2021	<b>241 (95,44)</b>	<b>308 (97,40)</b>	<b>235 (94,47)</b>	23 (91,30)	807 (95,79)
	Total	1047 (86,90)	1217 (88,99)	864 (76,39)	57 (78,95)	3185 (83,39)
Saúde da Mulher e Criança	2018	150 (84,67)	221 (85,52)	158 (77,22)		529 (82,80)
	2019	144 (83,33)	207 (88,41)	160 (79,38)		511 (84,15)
	2020	116 (91,38)	118 (89,83)	<b>117 (85,47)</b>		351 (88,89)
	2021	<b>41 (92,68)</b>	<b>71 (98,59)</b>	58 (65,52)		170 (85,88)
	Total	451 (86,70)	617 (88,82)	493 (78,50)		1561 (84,95)
Saúde Mental	2018	63 (84,13)	<b>64 (96,88)</b>	73 (75,34)		200 (85,00)
	2019	54 (92,59)	58 (89,66)	52 (88,46)		164 (90,24)
	2020	<b>51 (96,08)</b>	45 (91,11)	45 (97,78)		141 (95,04)
	2021	55 (83,64)	71 (83,10)	<b>61 (100,00)</b>		187 (88,77)
	Total	223 (88,79)	238 (89,92)	231 (89,18)		692 (89,31)
Cuidados Paliativos	2019	<b>42 (40,48)</b>	47 (76,60)	55 (47,27)	<b>10 (30,00)</b>	<b>154 (53,25)</b>
	2020	16 (31,25)	<b>20 (100,00)</b>	<b>21 (85,71)</b>		57 (75,44)
	Total	58 (37,93)	67 (83,58)	76 (57,89)	10 (30,00)	211 (59,24)
Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	2018	186 (63,98)	240 (80,42)	180 (57,78)	3 (66,67)	609 (68,64)
	2019	203 (60,59)	317 (80,13)	209 (46,41)		729 (65,02)
	2020	<b>110 (88,18)</b>	<b>144 (90,97)</b>	<b>103 (74,76)</b>	<b>8 (100,00)</b>	<b>365 (85,75)</b>
	2021	100 (75,00)	150 (89,33)	90 (55,56)		340 (76,18)
	Total	599 (69,12)	851 (83,67)	582 (56,36)	11 (90,91)	2043 (71,66)

Quanto ao momento “Antes do contacto com o doente”, observa-se o resultado médio mais elevado (89,41%±4,41%), que ocorreu no departamento de saúde mental e o resultado médio mais baixo (47,92%±14,73%), no departamento de cuidados paliativos. No que concerne ao momento “Antes de um procedimento asséptico”, observa-se que o resultado médio mais baixo foi de 61,68%±40,11%, acontece no departamento de saúde mental, e o mais elevado foi de 84,49%±8,65%, no departamento de medicina. Relativamente aos momentos “Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais” e “Depois do contacto com o doente”, o departamento de saúde mental apresenta os valores médios mais elevados, 98,86%±2,27% e 98,57%±2,86%, respetivamente; e o departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos, apresenta os valores médios mais baixos, 68,40%±6,23% e 72,57%±10,26%. No momento “Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente” observa-se que o resultado médio mais baixo foi de

78,12%±12,57%, acontece no departamento de medicina, e o mais elevado foi de 89,26%±15,37%, e acontece no departamento de saúde mental.

Procedeu-se à comparação dos resultados globais dos departamentos através da Anova, concluindo-se que ( $F=3,955$ ;  $p=0,003<0,01$ ) a um nível de significância de 5% existe evidência estatística suficiente para afirmar que, em pelo menos um departamento, os resultados médios de adesão são significativamente diferentes de outros departamentos.

**Tabela 5:**

*Relação entre a taxa média da adesão dos profissionais à HM por momento e departamento*

Departamento	$\underline{X} \pm s$	ADESÃO					Total n (%)
		Momento					
		Antes do contacto com o doente n (%)	Antes de um procedimento asséptico n (%)	Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais n (%)	Depois do contacto com o doente n (%)	Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente n (%)	
Cirurgia	$\underline{X} \pm s$	75,28±5,10	69,62±7,93	79,82±6,50	88,15±7,50	79,25±13,99	78,43±9,97
Medicina	$\underline{X} \pm s$	80,26±14,55	84,49±8,65	84,96±1,87	93,36±,92	78,67±12,57	<b>84,35±10,10</b>
Saúde Mulher e Criança	$\underline{X} \pm s$	83,01±4,03	79,66±8,72	89,99±5,98	90,03±2,28	81,92±2,18	<b>84,92±6,42</b>
Saúde Mental	$\underline{X} \pm s$	89,41±4,41	61,68±40,11	98,86±2,27	98,57±2,86	89,26±15,37	<b>87,56±2,16</b>
Cuidados Paliativos	$\underline{X} \pm s$	47,92±14,73	72,27±25,07	78,33±16,50	81,97±17,64	80,33±8,96	<b>72,16±18,52</b>
Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	$\underline{X} \pm s$	74,60±13,41	64,29±14,82	68,40±6,23	72,57±10,26	82,98±5,63	<b>72,57±11,51</b>
<b>Total</b>	$\underline{X} \pm s$	77,55±13,97	71,98±19,88	83,85±11,52	87,94±10,94	82,23±10,36	80,71±14,61
Resultados do teste Anova para comparação global por departamentos						F=3,955; p=0,003	

Legenda:  $\underline{X} \pm s$  – média ±desvio padrão; F – estatística teste Anova; p – nível de significância.

Como não se verificou a homogeneidade de variâncias (teste de *Levene*,  $ET=2,823$ ;  $p=0,020<0,05$ ), utilizou-se o teste de *Games-Howell* para proceder às comparações múltiplas e concluir que as diferenças estatisticamente significativas ocorrem entre os departamentos de medicina (84,35%±10,10%) e o departamento de saúde da mulher e da criança (84,92%±6,42%), em relação ao departamento de urgência, emergência e cuidados intensivo (72,57%±11,51%), verificando-se uma média maior no departamento de saúde da mulher e da criança e da medicina e mais baixa no departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos, cujos resultados se encontram na Tabela 6.

**Tabela 6:**  
Resultados das comparações múltiplas de Games-Howell

(I) Departamento	(J) Departamento	Diferença média (I-J)	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
				Límite inferior	Límite superior
Cirurgia	Medicina	-5,92	0,44	-15,44	3,60
	Saúde da Mulher e da Criança	-6,49	0,17	-14,51	1,53
	Saúde Mental	-9,13	0,56	-25,81	7,54
	Cuidados Paliativos	6,26	0,91	-14,88	27,41
	Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	5,86	0,53	-4,37	16,08
Medicina	Cirurgia	5,92	0,44	-3,60	15,44
	Saúde da Mulher e da Criança	-0,57	1,00	-8,67	7,53
	Saúde Mental	-3,21	0,99	-19,92	13,50
	Cuidados Paliativos	12,18	0,43	-8,98	33,34
	Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	11,78*	<b>0,02</b>	1,50	22,07
Saúde da Mulher e da Criança	Cirurgia	6,49	0,17	-1,53	14,51
	Medicina	0,57	1,00	-7,53	8,67
	Saúde Mental	-2,64	1,00	-18,70	13,42
	Cuidados Paliativos	12,75	0,35	-8,15	33,66
	Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	12,35*	<b>0,00</b>	3,38	21,32
Saúde Mental	Cirurgia	9,13	0,56	-7,54	25,81
	Medicina	3,21	0,99	-13,50	19,92
	Saúde da Mulher e da Criança	2,64	1,00	-13,42	18,70
	Cuidados Paliativos	15,39	0,37	-8,57	39,36
	Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	14,99	0,11	-2,05	32,03
Cuidados Paliativos	Cirurgia	-6,26	0,91	-27,41	14,88
	Medicina	-12,18	0,43	-33,34	8,98
	Saúde da Mulher e da Criança	-12,75	0,35	-33,66	8,15
	Saúde Mental	-15,39	0,37	-39,36	8,57
	Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	-0,40	1,00	-21,72	20,92
Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	Cirurgia	-5,86	0,53	-16,08	4,37
	Medicina	-11,78*	<b>0,02</b>	-22,07	-1,50
	Mulher e da Criança	-12,35*	<b>0,00</b>	-21,32	-3,38
	Saúde Mental	-14,99	0,11	-32,03	2,05
	Cuidados Paliativos	0,40	1,00	-20,92	21,72

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

Quanto ao profissional auxiliar de ação médica, observa-se que o resultado médio mais elevado ( $89,11\% \pm 6,20\%$ ) ocorreu no departamento de saúde mental e o resultado médio mais baixo ( $35,86\% \pm 12,45\%$ ) no departamento de cuidados paliativos.

No que concerne ao profissional enfermeiro/parteiro, observa-se que o resultado médio mais baixo foi de  $85,21\% \pm 5,75\%$ , no departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos, e o mais elevado foi de  $90,59\% \pm 5,63\%$ , no departamento de saúde da mulher e da criança.

Relativamente ao profissional médico, observa-se que o resultado médio mais baixo foi de  $58,63\% \pm 11,83\%$ , no departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos, e o mais elevado foi de  $90,40\% \pm 11,21\%$ , no departamento de saúde mental.

Procedeu-se à comparação dos resultados globais dos profissionais através do teste Anova, uma vez que se verificou a distribuição da normalidade das distribuições da taxa de adesão relativamente ao profissional, concluindo-se ( $F=3,623$ ;  $p=0,017 < 0,05$ ), que a um nível de significância de 5% existe evidência estatística suficiente para afirmar que para, pelo menos um dos profissionais, os resultados médios de adesão são significativamente diferentes de outros profissionais (Tabela 7).

**Tabela 7:**

*Relação entre a taxa média da adesão à HM do departamento com a categoria profissional*

Departamento	$\bar{X} \pm s$	ADESÃO À HM				Total (%)
		Auxiliar de ação médica (%)	Enfermeiro/ Parteiro (%)	Médico (%)	Outros profissionais (%)	
Cirurgia	$\bar{X} \pm s$	75,29±9,12	88,43±3,97	72,89±8,53	92,68±9,25	82,32±11,27
Medicina	$\bar{X} \pm s$	86,89±11,73	90,46±6,76	77,61±13,99	84,76±19,37	84,94±12,65
Saúde Mulher e Criança	$\bar{X} \pm s$	88,02±4,70	90,59±5,63	76,89±8,35		85,17±8,50
Saúde Mental	$\bar{X} \pm s$	89,11±6,20	90,18±5,66	90,40±11,21		89,90±7,34
Cuidados Paliativos	$\bar{X} \pm s$	35,86±6,52	88,30±16,55	66,49±27,18		63,55±27,68
Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos	$\bar{X} \pm s$	71,94±12,45	85,21±5,75	58,63±11,83	83,33±23,57	73,55±15,63
<b>Total</b>	$\bar{X} \pm s$	78,03±17,31	<b>88,91±6,30</b>	<b>74,48±15,07</b>	82,16±22,97	80,70±15,98
Resultados do teste Anova para comparação global por profissional					F=3,623; p=0,017	

Legenda:  $\bar{X} \pm s$  – média  $\pm$  desvio padrão; F – estatística teste Anova; p – nível de significância.

Como não se verificou a homogeneidade de variâncias (teste de *Levene*,  $ET=5,483$ ;  $p=0,002 < 0,01$ ), utilizou-se o teste de *Games-Howell* para proceder às comparações múltiplas e concluir entre que grupos ocorrem as diferenças estatisticamente significativas. Verifica-se que são os enfermeiros que apresentam maiores médias de adesão à HM, comparativamente aos médicos e aos auxiliares de ação médica, com diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) (Tabela 8).

**Tabela 8:**  
*Resultados das comparações múltiplas de Games-Howell*

(I) Profissional	(J) Profissional	Diferença média (I-J)	Sig.	Intervalo de confiança 95%	
				Limite inferior	Limite superior
<b>Auxiliar de Ação Médica</b>	Enfermeiro/Parteiro	-10,88*	<b>0,04</b>	-21,64	-0,12
	Médico	3,55	0,89	-9,55	16,58
	Outros profissionais	-4,12	0,96	-27,85	21,58
<b>Enfermeiro/ Parteiro</b>	Auxiliar de ação Médica	-10,88*	<b>0,04</b>	0,12	21,64
	Médico	14,42*	<b>0,00</b>	4,92	23,93
	Outros profissionais	6,75	0,80	-16,01	29,51
<b>Médico</b>	Auxiliar de ação médica	-3,55	0,89	-16,01	9,55
	Enfermeiro/Parteiro	-14,42*	<b>0,00</b>	-23,93	-4,92
	Outros profissionais	-7,68	0,77	-31,08	15,72
<b>Outros profissionais</b>	Auxiliar de ação médica	4,13	0,96	-19,58	27,85
	Enfermeiro/Parteiro	-6,75	0,80	-29,51	16,01
	Médico	7,68	0,77	-15,72	31,08

\*. A diferença média é significativa no nível 0.05.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo vai proceder-se à discussão de resultados relativa à análise das observações da taxa de adesão à HM numa ULS de Portugal no período decorrido entre 2018 e 2021. Uma vez apresentados os resultados, vamos proceder à discussão dos mesmos e relacionar com as referências teóricas. No contexto da caracterização da amostra deste estudo, esta é constituída por 13 610 observações feitas em contexto de trabalho a profissionais de saúde. As oportunidades de observação registadas durante o período em estudo foram, em 2018, de 3 907, em 2019, de 3 957, em 2020, de 2 571, e em 2021, de 3 175, tendo se verificado um decréscimo de 2019 para 2020, dado as contingências associadas à pandemia por COVID-19, estes dados vêm corroborar os que foram obtidos pela DGS (2021), referindo que o período pandémico levou a significativo decréscimo da vigilância epidemiológica da infeção hospitalar, decorrente sobretudo da dedicação dos grupos locais do PPCIRA à batalha contra a COVID-19.

No que diz respeito aos cinco momentos de adesão à HM preconizados pela DGS, o momento “antes do contacto com o doente”, “depois do contacto com o doente” e “depois do contacto com o ambiente envolvente do doente” obtiveram uma evolução temporal favorável em consonância com o relatório da DGS (2021). Pode-se concluir que houve uma evolução favorável no global no primeiro, quarto e quinto Momento, apresentando valores mais elevados. Em contraciclo, o segundo e terceiro Momento encontra-se com percentagens inferiores aos dados analisados, no global nacional.

No total dos 4 anos, podemos aferir que os dois primeiros momentos para HM, “antes do contacto com o doente” e “antes de um procedimento asséptico”, estão diretamente ligados à proteção do doente contra as IACS, os últimos três momentos, “Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais”, “depois do contacto com o doente” e “depois do contacto com o ambiente envolvente do doente” são ligados à proteção dos profissionais, e ou redução da contaminação do ambiente, o que sugere que os profissionais tiveram maior comprometimento com a própria segurança.

Em relação à taxa de cumprimento global houve um aumento ao longo dos anos, apresentando em 2021, 86,46%, atingindo a conformidade preconizada de  $\geq 85\%$  (DGS, 2019), na taxa de cumprimento do primeiro momento também aqui tivemos um aumento

consistente ao longo dos anos, atingindo em 2021, 84,42% longe ainda da taxa de adesão ao primeiro momento de  $HM \geq 90\%$  (Despacho n.º 10901/2022, de 08 de setembro).

A taxa de adesão ao cumprimento da HM aumentou progressivamente a partir de 2018, altura em que se iniciou o estudo, entre 2019 e 2020, em plena pandemia devido ao COVID-19, verificou-se um aumento. Entre esses dois anos, a taxa de cumprimento global e a taxa de cumprimento ao primeiro momento de HM, segundo o relatório da (DGS, 2021) aumentaram de 75,7 para 82,7% e de 68,0 para 76,2%, respetivamente. No nosso estudo, também se verificou um aumento entre 2018 e 2021, com 74,53% para 86,46% na taxa de cumprimento global e de 67,08% para 84,42% a taxa de cumprimento do primeiro momento de HM.

Em termos internacionais, os dados da Australian Commission Safety and Quality in Health Care (2022) da terceira auditoria de 2022 (01 de julho a 31 de outubro de 2022), evidenciam como taxa de cumprimento global de 86,6%, num universo de 677 231 oportunidades, o primeiro momento apresenta a taxa de cumprimento de 83,2%, dados que não apresentam valores muito díspares dos apresentados neste estudo. Em dissonância com o estudo apresentado, os momentos com maior taxa de cumprimento são o terceiro e segundo com taxas acima de 90%, e as piores taxas de cumprimentos são o quinto e primeiro momentos, dados que vão ao encontro dos apresentados pela DGS (2021).

No que diz respeito à taxa de adesão das diferentes classes profissionais estudadas, os resultados têm vindo a melhorar ao longo dos anos, sendo que os profissionais que mais aderem no global dos anos são os outros profissionais de saúde (88,24%), e os enfermeiros/parteiros (87,69%), seguido dos auxiliares de ação médica/assistentes operacionais (77,94%) e, por fim, dos médicos (72,60%). No ano de 2021, verificou-se uma inversão na tendência, tendo havido um ligeiro decréscimo na adesão por parte dos enfermeiros e auxiliares de ação médica, no entanto, o crescimento manteve-se nos médicos e outros profissionais, tal poderá ser explicado pela entrada de novos profissionais relacionado com a pandemia COVID-19, e o seu pouco comprometimento com a normas existentes na ULS ao nível da HM, além de um decréscimo de formação em contexto de sala sobre a temática da HM, devido à proibição de formação em grupo/sala. Harper et al. (2020), mostraram que o medo da pandemia encorajou os profissionais de saúde a seguirem as recomendações da saúde pública, mas que as emoções negativas reduziram a motivação. Isso explica o aumento das taxas de adesão à

HM na primeira onda da pandemia (2020), comparando com o período Pré-COVID19(2019) e a redução desta adesão comparado à segunda onda da pandemia (2021).

Estes dados vão ao encontro da maior parte dos estudos e dados oficiais dos organismos nacionais e internacionais, tais como o estudo de Fonseca (2020), que apresenta a classe de enfermagem como a mais cumpridora, com uma média de taxa de cumprimento de 76,91%, e a classe médica com o valor de 57,01% de cumprimento. Noutro estudo (Zottele et al., 2017), os dados apresentados coincidem com o nosso estudo, apesar de ter um número de oportunidades de observação bastante baixa (n=166), os enfermeiros e os fisioterapeutas com a taxa de cumprimento de 66,60%, técnicos de enfermagem com 50,60% e os médicos com 41,30% de taxa de cumprimento. Os resultados de outro estudo (Ferreira et al., 2017), baseado em 707 observações indicaram que a taxa de adesão à HM foi maior entre a categoria de enfermagem, com 74%, em comparação com a categoria médica, que apresentou uma adesão de 59%. Nos últimos dados fornecidos pela Australian Commission Safety and Quality in Health Care (2022), também verificamos esta tendência de taxas de adesão ao nível dos profissionais, com a classe de enfermagem a apresentar o valor de cumprimento de 89,1% e a dos médicos de 76,70%.

Llapa-Rodrigues et al. (2018), observaram num hospital de Sergipe, que no serviço de oncologia, enfermeiros e médicos apresentam a maior e menor taxa, respetivamente em relação à adesão à HM. Embora os profissionais de saúde compreendam a importância da HM como uma estratégia para prevenir as IACS, observa-se uma baixa adesão a essa prática devido à percepção exagerada dos próprios profissionais em relação à utilização das oportunidades de HM (Oliveira et al., 2019).

Já S. Oliveira (2021), refere o ceticismo sobre o valor da HM pelos médicos como uma das causas para estes valores tão baixos. A sua baixa adesão da HM não está relacionada à falta de conhecimento teórico a respeito desta prática ou do momento em que deve realizá-la, mas sim à incorporação desse conhecimento à prática diária dos profissionais e da não conceção do risco de disseminação dos microrganismos (Ferreira et al., 2017).

Muitas dúvidas são levantadas e surgem diversos motivos para o insucesso no ato da HM, entre esses: falta de produtos adequados, incredibilidade sobre a eficácia, tempo

dispensado para a realização da técnica. Tais ocorrências podem, de certa forma, ser caracterizados como negligência por parte dos profissionais (Oliveira et al., 2021).

Nos resultados de adesão por departamento, podemos verificar que os departamentos com os melhores *scores* em termos de taxas de cumprimento são os de saúde mental, saúde da mulher e da criança e medicina, em sentido contrário temos os departamentos de cuidados paliativos e urgência, emergência e cuidados intensivos. Comparando os resultados obtidos com os que constam no relatório da DGS (2017) relativos ao ano de 2015, quando comparados com os obtidos pelo nosso estudo no ano de 2021, verificou-se que os resultados tiveram um aumento significativo com exceção do departamento de urgência, emergência e cuidados intensivos, que teve um ligeiro decréscimo. A menor adesão da HM por profissionais de saúde no departamento de cuidados intensivos e urgência é provocado pela elevada carga de trabalho, tendo em vista a complexidade dos doentes (Vasconcelos et al., 2018).

Quando comparado com a taxa de cumprimento da Austrália, ainda temos que melhorar já que os dados deles por departamento são publicados trimestralmente e apresentam valores superiores em todos os departamentos (Australian Commission Safety and Quality in Health Care, 2022). Mas podemos ver um paralelismo em termos de equivalência em números globais, já que o departamento com o valor mais baixo é o de urgência, apresentando o valor de 77% em comparação com o nosso de 72,57%, o de saúde mental tem o valor mais elevado com 89,10% e 87,56% no departamento da ULS, o da Mulher e Criança 87,20% para o valor de 84,92% e o de Medicina a diferença é mínima, apresentando o valor de 85,40% para 84,35%.

Noutro estudo (Ferreira et al., 2017), podemos verificar que os departamentos de cuidados intensivos aprestam valores consistentes com os apresentados neste estudo, valores globais a rondar os 70% de taxa de adesão nos vários momentos e com as taxas mais baixas no quinto e segundo momento, com taxas neste último de 22,20%, 46,20%, 57,50% e 66,70%. A taxa de adesão à HM na UCI neonatal foi de 55,4% em 1096 oportunidades observadas. Já em uma pesquisa conduzida em uma UCI de um hospital em Porto Alegre, foram realizadas 793 observações, apresentando uma taxa de adesão de 43,7% (Contreiro et al., 2021).

A falta de descrição adequada da técnica correta de HM, juntamente com a alta taxa de contaminação nas mãos dos profissionais de saúde que trabalham em UCI e a

afirmação de que o ambiente de trabalho oferece condições para a efetivação desta prática, prova um perfil profissional resistente à adesão à HM, que é uma prática simples e essencial para a redução das taxas de infecção hospitalar (Almeida et al., 2018)

A escassez de estudos nacionais e internacionais nas bases de pesquisadas que tivessem departamentos como cenário de estudo, limita a discussão e a comparação dos resultados encontrados

Atualmente, enfrentamos mudanças e desafios na área da saúde, sendo necessário uma capacidade de adaptação constante para promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. É fundamental para as instituições definir a sua verdadeira missão e para isso é necessário que cada contexto profissional compreenda as barreiras que impedem a adesão às boas práticas de HM. Somente assim será possível definir estratégias para superar obstáculos e garantir a segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

A ausência de medidas de intervenção é uma lacuna preocupante. Reconhecemos a necessidade de programas que procurem estratégias para melhorar a adesão à HM, visando garantir a proteção dos doentes e profissionais de saúde (Vasconcelos et al., 2018).

A PPCIRA tem como responsabilidade fundamental estabelecer contacto com os profissionais de saúde para fortalecer a importância da HM nos departamentos de saúde, não sendo necessário a interposição de sanções disciplinares, mas sim a promoção de um diálogo bidirecional, contínuo e sem receios (Silva et al., 2021).

É relevante ressaltar que este estudo foi realizado em um momento coincidente com a pandemia de COVID-19, que iniciou uma sessão emergencial das unidades de saúde no que diz respeito aos aspetos de controle de infecção. Dessa forma, é possível que a pandemia COVID-19 tenha influenciado a abordagem dos profissionais de saúde em relação às boas práticas de higiene, uma vez que estes estão mais conscientes sobre a importância dessa prática. No estudo de Derksen et al. (2020), foi demonstrado que, durante o período em que as medidas de segurança foram tomadas para controlar a pandemia de COVID-19, houve um aumento na frequência de HM.

## CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo geral analisar a adesão dos profissionais à HM numa ULS de Portugal, no período de 2018-2021, assim pretendo aqui referir as principais conclusões.

A amostra foi constituída por 13 610 oportunidades de observação, no período entre 01 de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2021.

Observamos que a taxa global de adesão à HM foi de 80,26%, sendo que o ano com a taxa mais elevada foi o de 2021(86,46%) e o mais baixo, o ano de 2018 com 74,53%.

O quarto momento apresenta a taxa de adesão mais elevada no global com 87,44% e no ano de 2021(94,11%), em sentido inverso, o segundo momento apresenta a taxa global de adesão mais baixa (70,11%) e no ano de 2020 com a taxa de 65,46%.

Pode constatar-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre departamentos, elas ocorrem entre os departamentos de Medicina (84,35%) e o da Saúde da Mulher e da Criança (84,92%), que apresentam globalmente a taxa mais elevada neste estudo e o departamento de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos (72,57%) a mais baixa.

Ao nível dos grupos profissionais, percebemos que os Outros Profissionais de Saúde (88,24%) e os Enfermeiros (87,69%), são no que diz respeito ao cumprimento da HM de acordo com os cinco Momentos, os grupos profissionais com melhor percentagem global, seguidos pelos Auxiliares de Ação Médica (77,94%) e, por último, os Médicos (72,60%). Podemos constatar que existem diferenças estatisticamente significativas entre categorias profissionais por departamento, elas ocorrem entre os Enfermeiros (88,91%), com os Auxiliares de Ação Médica (78,03%) e os Médicos (74,48%).

Sendo assim, sugerimos promover medidas de sensibilização através de campanhas periódicas sobre a HM, a todos os grupos profissionais, com maior incidência nos Médicos e Auxiliares de Ação Médica, e nos departamentos com menores taxas de adesão, ou seja, nos departamentos de Urgência, Emergência e Cuidados Intensivos e Cuidados Paliativos.

Aumentar as auditorias a este procedimento nos departamentos e profissionais identificados anteriormente, auditorias estas comunicadas para promover a adesão à HM e a diminuição das IACS.

Apresentação destes dados à PPCIRA local para delinear estratégias com os Elos dos serviços/departamentos de modo a melhorar a adesão dos profissionais de saúde à HM, recomendando-se uma atenção especial aos Momentos, Departamentos e classe profissionais com menor cumprimento das metas preconizadas pela DGS e propor reforços positivos aos departamentos que atinjam os objetivos propostos.

As limitações como a falta de dados do departamento de Cuidados Paliativos e diminutos dados do departamento de Saúde Mental, havendo aqui alguns dados com valores discrepantes e apesar de ser uma amostra representativa, melhorará a validade do estudo quanto maior for.

Outra limitação foi a falta de registos, como variáveis de caracterização socioprofissional, o registo dos cinco momentos em cada profissional, a hora de observação, entre outras, que permitiriam um a análise mais detalhada.

Consideramos pertinente a realização de outros estudos com outras Unidades de Saúde, de forma a haver cruzamento de dados de modo a perceber como poderemos procurar a constante melhoria continua dos cuidados de saúde, neste caso para atingir os objetivos da DGS na HM.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Almeida, W. B., Machado, N. C., Rodrigues, A. P., Alves, I. A., Fontana, R. T., Monteiro, R. F., & Soares, N. V. (2018). Infecção hospitalar: Controle e disseminação nas mãos dos profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(2), e130. <https://doi.org/10.25248/reas.e130.2019>
- Australian Commission Safety and Quality in Health Care. (2022). *National hand hygiene audit data: Latest data now available*. [https://doi1e3eo0i66y.cloudfront.net/static-resources/national\\_report/13b02cda-70d1-467f-9075-3ecb879236c8/index.html?3ff853f4](https://doi1e3eo0i66y.cloudfront.net/static-resources/national_report/13b02cda-70d1-467f-9075-3ecb879236c8/index.html?3ff853f4)
- Baccolini, V., D'Egidio, V., 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), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13756-019-0544-0>
- 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. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0189>
- Cabrita, R. R. (2017). *Fatores que dificultam a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de higiene das mãos* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <https://comun.rcaap.pt/handle/10400.26/19145>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Identifying healthcare-associated infections*. [https://www.cdc.gov/nhsn/pscmanual/2PSC\\_IdentifyingHAIs\\_NHScurrent.pdf](https://www.cdc.gov/nhsn/pscmanual/2PSC_IdentifyingHAIs_NHScurrent.pdf)
- Contreiro, K. S., Jantsch, L. B., Arrué, A. M., Oliveira, D. C., & Bandeira, D. (2021). Adesão à higienização das mãos dos profissionais da saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 10(1), 25-32. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i1.3094>
- Damani, N. (2019). *Manual of infection prevention and control* (4th ed.). Oxford University Press.
- Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2020). Obstetric Healthcare workers' adherence to hand hygiene recommendations during the COVID-19 pandemic: Observations and social-cognitive determinants. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1286-1305. <https://dx.doi.org/10.1111/aphw.12240>
- Despacho n.º 10901/2022, de 08 de setembro. Atualiza o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos (PPCIRA). Diário da

República, 174. Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>

*Despacho n.º 2902/2013*, de 22 de fevereiro. Determina que a DGS desenvolva, como programa de saúde prioritário, o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos. Diário da República, 38. Série II. <https://dre.tretas.org/dre/307132/despacho-2902-2013-de-22-de-fevereiro>

*Despacho n.º 5613/2015*, de 27 de maio. Aprova a estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. Diário da República, 102. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Circular normativa n.º 13/DQS/DSD: Orientação de boa prática clínica para higiene das mãos nas unidades de saúde*. <https://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=0>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Prevenção e controlo de colonização e infeção por staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. <https://dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182014-de-09122014-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*. Ministério da Saúde. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Programa nacional de infeções e resistência aos antimicrobianos. Prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos em números -2015*. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infecao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. Autor. [https://sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do Programa Prioritário de 2018*. Autor. [https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018\\_v3.215112018\\_0.pdf](https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 007/2019: Higiene das mãos nas unidades de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/10/16/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude/>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário PPCIRA*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infecao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Inquérito de prevalência à RNCCI (HALT 3)*. <https://www.acss.min-saude.pt/2022/09/02/2021-o-ano-da-recuperacao-da-atividade-assistencial-no-servico-nacional-saude/>
- Fernandes, D., Braga, F., Silveira, R., & Garbin, L. (2019). Hand hygiene: knowledge and skill of caregivers in the hematopoietic stem cell transplantation. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1653-1662. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0788>
- Ferreira, A., Webler, J. M., Silva, J. O., Rozin, L., & Matia, G. (2017). Adesão aos cinco momentos de higienização das mãos em unidades de terapia intensiva de um hospital pediátrico. *Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná*, 18(2), 96. <https://doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n2p96>
- Fonseca, C. (2020). *Saberes e adesão às boas práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2517>
- Graveto, J. M., Santos, C., Costa, P. S., Fernandes, E., Alarico, S., Osório, N., Albano, H., & Oliveira, V. (2018). Gestão do procedimento higiene das mãos por enfermeiros: Desafios para a saúde coletiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl. 1), 562-567. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0538>
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., & Lattman, R. D. (2020). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(5), 1875-1888. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Kim, D., & Lee, O. (2019). Effects of audio-visual stimulation on hand hygiene compliance among family and non-family visitors of pediatric wards: A quasi-experimental pre-post intervention study. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, e92-e97. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.017>
- Korb, J. P., Jezewski, G., Aozone, F., Feldhaus, C., Kolankiewicz, A. C., & Loro, M. M. (2019). Conhecimento sobre higienização das mãos na perspectiva de profissionais de enfermagem em um pronto atendimento. *Revista Fundamental Care Online*, 11(n. esp.), 517-523. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.517-523>
- Kozerski, D. (2017). *Adesão à higienização das mãos em um hospital universitário: O efeito Hawthorne*. [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Maringá]. <http://repositorio.uem.br:/jspui/handle/1/1999>
- Llapa-Rodríguez, E. O., Oliveira, J. K., Menezes, M. O., Silva, L. S., Almeida, D. M., & Neto, D. L. (2018). Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 12(6), 1578-1585. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230841/29186>

- Lourenço, I. M. (2020). *A higiene das mãos na vanguarda da segurança dos cuidados e dos cuidados seguros*. <http://hdl.handle.net/10400.17/3525>
- 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>
- Monteiro, D. L. (2018). *Infeções associadas aos cuidados de saúde* [Projeto de graduação para licenciatura, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto]. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7068/1/PG\\_34285.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/7068/1/PG_34285.pdf)
- Oliveira, M., Leuthier, R., Oliveira Filho, J., Leite, M., Fernandes, L., Santos, A., Albuquerque, K. F., & Correia, K. G. (2019). Hand hygiene: Knowledge and attitudes of healthcare professionals. *Journal of Nursing UFPE on line*, 13, e236418. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.236418>
- Oliveira, S. L., Robes, A. V., Santos, J. T., Amantea, D. V., & D'Alpino, P. H. (2021). Resgate da valorização da higienização das mãos em tempos de pandemia. *Ensaio e Ciência*, 25(2), 2021, 206-213. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2021v25n2p206-213>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos* (2a ed.). Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*.
- Pereira, E. B. (2020). *Higiene das mãos e uso de luvas: Mensuração integrada da autoeficácia* [Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo]. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06072020-155337/es.php>
- Pereira, J. (2021). *Definição e validação de um painel de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/36085>
- Regulamento n.º 140/2019*, de 06 de fevereiro. Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República, 26. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 361/2015*, de 26 de junho. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 126. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento n.º 429/2018*, de 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República, 135. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

- Santos, C. I. (2017). *Gestão do procedimento higienização das mãos por enfermeiros: Fatores predominantes e avaliação microbiológica* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Santos, L. (2020). *Análise do índice de qualidade na utilização de EPI e higienização das mãos dos profissionais no serviço de medicina* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/23278>
- Silva, N. S., Macedo, L. J., Mouta, A. A., Souza, S. K., Silva, A. C., & Beltrão, R. P. (2021). Higienização das mãos pelos profissionais de saúde: Uma revisão de literatura. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10(11), e462101119446. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19446>
- Silva, R., & Kozusny-Andreani, D. (2020). Infecções relacionadas à assistência à saúde: Conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. *Research Society and Development* 9(10), e3819108818. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.8818>
- Tarso, A. B., Delgado, C. C., Alves, D. A., Fontes, F. C., & Santos, P. V. (2017). A higienização das mãos no controle da infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva. *Revista Atualiza Saúde: Revista eletrônica de Divulgação*, 6(6), 96-104. <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/08/revista-atualiza-v-6-n-6-2.pdf>
- Unidade Local de Saúde do Nordeste. (2023). *Organograma*. <https://www.ulsne.min-saude.pt/institucional/organograma/>
- Vasconcelos, R. O., Alves, D. C., Fernandes, L. M., Oliveira, J. L. (2018). Adesão à higienização das mãos pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermeria Global*, 17(2), 446-461. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/284131/227841>
- 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 and Emergency Medicine*, 27(10). <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0587-5>
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3a ed.). Silabo.
- World Health Organization. (2009). *Guidelines on hand hygiene in health care. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care*. [http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who\\_guidelines-handhygiene\\_summary.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/who_guidelines-handhygiene_summary.pdf)
- World Health Organization. (2016a). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the National and Acute Health Care Facility Level*. <http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules>

- World Health Organization. (2016b). *Health care without avoidable infections: The critical role of infection prevention and control*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246235/1/WHO-HIS-SDS-2016.10-eng.pdf>
- World Health Organization. (2022). *Global strategy on infection prevention and control*. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_ACONF5-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_ACONF5-en.pdf)
- Zottele, C., Magnago, T. S., Dullius, A. I., Kolankiewicz, A. C., & Ongaro, J. D. (2017). Hand hygiene compliance of healthcare professionals in an emergency department. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03242. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016035503242>

## **APÊNDICES**

---

## **Apêndice I** - Relatório da prática clínica

**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO PROFISSIONAL APRESENTADO À  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE  
BRAGANÇA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM  
MÉDICO-CIRÚRGICA**

Mário José Medeiros Vilarinho n.º 3256

Orientadora – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança

Bragança, 2021

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

AVC - Acidente Vascular Cerebral

BO - Bloco Operatório

CHD - Centro de Hemodialise

CHTMAD - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

DGS - Direção Geral da Saúde

EEMC - Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

n.º - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SO - Sala de Observações

SU - Serviço de urgência

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TSFR - Terapia de Substituição da Função Renal

ULSNE - Unidade Local de Saúde do Nordeste

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI - Ventilação Mecânica Invasiva

VNI - Ventilação Não Invasiva

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1 - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	3
<b>1. CONTEXTUALIZAÇÃO</b> .....	3
<b>CAPÍTULO 2 - REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	9
<b>SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO</b> .....	20
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	22
<b>ANEXOS</b> .....	24
<b>Anexo I - Cronograma de estágio</b> .....	25

## INTRODUÇÃO

O presente relatório representa o culminar de três estágios inseridos no Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, aprovado em Diário da República, 2ª Série, n.º 57-22 de março de 2016, Despacho n.º 4155/2016, V Curso de Mestrado em Médico-Cirúrgica, lecionado na Escola Superior de Saúde de Bragança - Instituto Politécnico de Bragança, com vista à aquisição de competências que permita cuidar do doente em situação crítica, de adulto com doença crónica e à sua família em contexto hospitalar na área específica de intervenção, cuja componente é dedicada à prática clínica e à investigação.

Os estágios estão estruturados de forma a assegurar a aquisição de competências comuns e estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o enfermeiro especialista e competências específicas para o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica, conforme o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro e o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. A pessoa em situação crítica é definida como “aquela cuja vida está ameaçada por falência, ou eminência de falência, de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (OE, 2010, p.1). Por conseguinte, o enfermeiro especialista deve aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico da enfermagem e, nesta perspetiva, desenvolver competências de diagnóstico e de intervenção para garantir uma profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde e doença dessa área de atuação.

Considero que um dos períodos de aprendizagem mais privilegiados é o período em que me encontro em ensaio clínico. Isto porque me permite consolidar uma série de conhecimentos científicos, que estão inerentes a uma prática de cuidados mais críticos, reflexivos e metodológicos.

Fernandes (2010) corrobora esta ideia afirmando que esta etapa preconiza o desenvolvimento de autonomia, iniciativa, responsabilidade criatividade e poder de decisão fundamentada num processo crítico-reflexivo.

O plano de estudos do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, prevê no 2º ano uma unidade curricular semestral de estágios com relatório/trabalho de projeto. O ensino clínico encontra-se dividido em três campos de estágio, dois deles de carácter obrigatório e um opcional. Os mesmos foram realizados, respetivamente:

1.º Serviço de Urgência Polivalente do Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) - Hospital de Vila Real;

2.º Centro de Hemodiálise (CHD) - Nordial Mirandela;

3.º Serviço de Medicina Intensiva da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE) - Hospital de Bragança.

Todos estes campos de estágio são destinados ao atendimento e tratamento de doentes críticos, sendo que os estágios têm como finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados diferenciados. De acordo com as competências específicas e essenciais para a prática de enfermagem médico-cirúrgica, o enfermeiro especialista deve proporcionar cuidados de alta qualidade em situações imprevistas e complexas utilizando um método de trabalho eficaz na assistência ao doente incluindo a deteção precoce de complicações.

Na fase final do estágio impõe-se a realização de um relatório crítico, que revele o meu desempenho pessoal ao longo deste período.

A nossa postura perante tudo o que acontece é determinante para o nosso desenvolvimento nesse sentido. A minha postura, neste momento de aprendizado não foi restringida a cumprir horários, mas antes, usufruir ao máximo as experiências, tentando sempre reportar-me às noções teóricas, solidificando conhecimentos teóricos e reconstituindo conteúdos a partir da minha própria experiência. Não esquecendo que o início de um estágio implica uma nova integração, um novo serviço, uma nova equipa de trabalho.

Os objetivos delineados para este documento final, passam por:

- Realizar uma análise reflexiva sobre a prática clínica e o consequente desenvolvimento de competências de EEMC;
- Autoavaliar as experiências e conhecimentos adquiridos neste estágio;
- Servir como documento de complemento de avaliação.

# **CAPÍTULO I - ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

## **1. CONTEXTUALIZAÇÃO**

O conhecimento da estrutura física organizacional e funcional dos serviços era um dos objetivos deste estágio.

Cabe ao enfermeiro prestar cuidados centrados na prevenção e no cuidado do doente, segundo o princípio de promover a autonomia e a melhoria da qualidade de vida, garantindo os direitos do doente e equidade no cuidar (Nunes, 2011). Surge, assim, a necessidade da aquisição e desenvolvimento de competências fundamentais para uma melhor abordagem diária do doente crítico.

O 5º curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica integra no plano de estudos a unidade curricular de estágio. A unidade curricular de estágio é composta por três módulos distintos, dois tiveram caráter obrigatório e um opcional. Os estágios corresponderam respetivamente ao módulo I: Serviço de Urgência (SU) do CHTMAD, Vila Real, entre 28 de setembro e 31 de outubro 2020; módulo II: CHD - Nordial/Mirandela, de 13 de novembro a 30 de dezembro de 2020; e, por último, o módulo III: Serviço de Medicina Intensiva (SMI)/Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), Hospital de Bragança, de 14 de janeiro a 28 de fevereiro de 2021.

### **Serviço de Urgência**

Foi realizado no SU do CHTMAD - Hospital de Vila Real. É uma urgência polivalente e está integrada no departamento de urgência/emergência e cuidados intensivos. A área de referência de doentes que abrange o SU é constituída pelo distrito de Vila Real e alguns concelhos do distrito de Viseu. Este estágio decorreu entre o dia 28 de setembro e o dia 31 de outubro de 2020, com uma carga horária total de 168 horas. A equipa de enfermagem é composta por 55 enfermeiros, estando em constante atualização devido as contingências vividas atualmente (pandemia COVID-19). De acordo com o plano de trabalho asseguram triagem, área médica, área cirúrgica, sala de emergência, sala de decisão clínica (sala de macas), SO e a nova área (área covid com 20 boxes) externa ao edifício (tenda).

Devido a esta situação ímpar que estamos a viver, todos os locais de estágio estavam em profunda adaptação orgânica e funcional de modo a garantir a máxima eficácia no atendimento ao doente crítico e não só. As mudanças neste estágio prendem-se essencialmente na 1ª triagem ao utente, existindo agora uma pré-triagem exteriormente à entrada do SU para separar doentes com suspeita COVID-19 dos não suspeitos. Foi criado um pavilhão (tenda), para onde eram encaminhados os doentes com suspeita de COVID-19, os restantes eram encaminhados para a SU tradicional, que se situa estrategicamente no edifício central da instituição, no piso-1, que possui três entradas distintas, uma para emergências de modo a que os doentes emergentes tenham acesso imediato, outra para urgência geral, e outra para a urgência pediátrica. Esta equipa dá resposta à emergência pré-hospitalar com integração de alguns dos seus elementos na equipa da VMER (Viatura Médica de Emergência e Reanimação) (a minha orientadora era um desses elementos).

O SU tem implementados as vias verdes da sepsies, trauma, coronário e acidente vascular cerebral (AVC). Se o doente não for acompanhado pela equipa da VMER, é na triagem que compete ao enfermeiro a ativação destas vias mediante protocolo instituído, sendo encaminhado para a sala de emergência.

O serviço possui uma sala de emergência que recebe doentes que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes, onde são estabilizados e avaliados clinicamente por um médico intensivista (a sala de emergência é da responsabilidade do SMI), e se necessário recorre a outras especialidades médicas: Cirurgia Geral, Cardiologia, Neurologia e Ortopedia. A capacidade desta sala é de quatro doentes, neste momento encontra-se dividida, dois doentes não COVID-19 e dois doentes COVID-19. Nesta fase de adaptação foi a solução encontrada, não sendo a ideal, já que traz constrangimentos devido ao espaço exíguo e contínuo da sala, já que no caso de existir uma emergência com doente COVID-19, o circuito do doente emergente não COVID-19, tem que ser alterado, não permitindo a entrada direta para a sala de emergência vindo do exterior. Estas quatro unidades estão todas equipadas com meios de monitorização e ventiladores para VMI, possuindo todos os meios necessários à abordagem do doente crítico, acesso fácil e rápido aos exames complementares de diagnóstico, designadamente o raio-X a TAC (Tomografia Axial Computorizada) e a patologia clínica. O SU é ainda composto pelo SO que tem nove camas com monitorização contínua (inclui uma com possibilidade de isolamento), sala de decisão clínica com ocupação para cinco macas (foi reduzida a sua capacidade devido

aos novos constrangimentos de separação de macas de modo a existir no mínimo dois metros entre as mesmas), sala de tratamento de enfermagem e gabinetes médicos referentes às diversas especialidades.

### **Centro de Hemodiálise**

Foi realizado no CHD, que decorreu em Mirandela, na Nordial, entre os dias 13 de novembro e 28 de dezembro de 2020. Esta Unidade vem colmatar o défice existente e a sobrelotação da ULSNE para atendimento de todos os insuficientes renais da região. Este centro (dispõe de mais uma unidade no Nordeste Transmontano, nomeadamente em Mogadouro), dispõe de instalações próprias e renovadas em Mirandela, no novo CHD, cujo rés-do-chão é composto por três salas de hemodiálise. A principal com vinte e dois dialisadores com respetivo cadeirão articulado, uma segunda sala com quatro dialisadores, que nesta fase da pandemia funcionou como isolamento profilático para doentes que iniciavam tratamento, eram transferidos ou tinham tido internamentos noutras unidades hospitalares, e tinham que cumprir 15 dias isolados dos outros doentes, tem ainda uma sala de isolamento por HIV/Hepatite. Nesta fase foi articulado com a ULSNE, que os doentes infetados com COVID-19, seriam transferidos para o serviço de Hemodialise da ULSNE, devido ao apoio das demais valências existentes no Hospital de Bragança da ULSNE, para tratar sintomas da doença.

O CDH possui também no mesmo piso: casa de banho, gabinetes médicos, sala de reuniões, farmácia, gabinete técnico, ginásio, receção com sala de estar e capela. Todas as salas têm luz natural e possibilitam um panorama visual muito agradável, são extremamente acolhedoras, e a sua função é evitar o incomodo resultante da demora dos tratamentos (a maioria, de 4 horas de duração).

Para a prestação de cuidados a 122 doentes insuficientes renais (no momento do estágio), esta unidade dispõe de uma equipa multidisciplinar, constituída por Nefrologistas, Clínicos Gerais, Assistentes Sociais, Psicóloga, Farmacêutico, Técnicos de Diálise, Auxiliares de Limpeza, Administrativos, Técnicos de Manutenção e Aprovisionamento, além de uma equipa de Enfermagem (12 elementos) que se divide por três turnos, seis dias por semana, sendo que dois são EEMC. Nos dias úteis encontra-se sempre o Enfermeiro Responsável no turno da manhã. Cada turno recebe em média 22 doentes vindos da área de influência da ULSNE, Unidade de Mirandela.

A doença renal crónica é um importante problema de saúde pública com um peso considerável no SNS, sobretudo à custa do tratamento substitutivo da função renal, em que a hemodialise é o método mais comum, como tal, os objetivos para este estágio, foram delineados com base nos domínios e nas unidades de competências estabelecidas pela OE para os EEMC, conforme o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro e o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, e que foram os seguintes:

- Aquisição de conhecimentos relativos à Terapia de Substituição da Função Renal (TSFR) a fim de maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade do processo de doença e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas em situação de emergência, da conceção à ação;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro na entrada, permanência e alta dos doentes em diálise;
- Estimular o meu crescimento pessoal e profissional, gerindo os cuidados e otimizando a resposta da equipa de enfermagem e técnicos de diálise e a articulação na equipa multiprofissional;
- Basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimentos na área da hemodiálise, desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade também nesta área.

### **Serviço de Medicina Intensiva**

Foi realizado no SMI da ULSNE - Hospital de Bragança, entre os dias 14 de janeiro e 28 de fevereiro de 2021. O espaço do serviço tem todas as condições, já que ocupa um espaço recente, completamente renovado com cerca de 600 m<sup>2</sup> de área global, e de acordo com as recomendações técnicas para instalação de unidades de cuidados intensivos, os serviços com que mantém uma relação de continuidade, são: a radiologia, o SU e o Bloco Operatório (BO), cumprindo as recomendações do Ministério da Saúde (2013).

O SMI é constituído por 10 unidades, sendo uma delas de isolamento. Cada unidade tem capacidade para seringas elétricas e bombas infusoras, ventiladores, monitor, aparelhos para a realização de técnicas de substituição renal, cama articulada com colchão elétrico anti escaras, caixotes de recolha e triagem de resíduos, carro de apoio e outros

para responder à complexidade de atuação que os cuidados à pessoa em situação crítica exigem, os quais tive a oportunidade de manusear e/ou observar a sua funcionalidade.

A minha chegada a este serviço coincidiu com o pico da 2ª vaga da pandemia COVID-19, e o serviço teve que aumentar a sua capacidade, tanto ao nível físico como de recursos humanos. Houve necessidade da reorganização dos espaços disponíveis, a unidade teve que “crescer” ficando o espaço do SMI dedicado aos doentes com patologia COVID-19, devido ao seu número ser bastante elevado, gerando uma pressão inimaginável, tendo aumentado para 17 camas disponíveis. Foi criado temporariamente o SMI geral que ficou sediado no SU, na antiga sala de OBS com seis camas adstritas, a equipa foi sendo reforçada e conta atualmente com 45 enfermeiros, com apoio de outros serviços, nomeadamente do BO, os seis intensivistas residentes contaram com o apoio de alguns médicos anestesistas e a equipa de assistentes operacionais também foi reforçada.

O SMI atua de forma integrada, recebendo adultos referenciados da sala de emergência, das vias verdes, sepsies, AVC e Trauma, do BO, de serviços de internamento hospitalar, assim como de outras unidades da ULSNE (Emergência interna), como do SNS (Emergência extra-hospitalar). São doentes críticos, instáveis, que necessitam de tratamento e monitorização intensiva como, por exemplo, casos de falência respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica invasiva (VMI), nesta fase a maior parte dos doentes que se encontram no serviço são casos relacionados com o novo COVID-19), choque de qualquer etiologia, instabilidade hemodinâmica necessitando de monitorização e/ou drogas vasoativas e pós-operatórios com complicações.

A maior parte do meu percurso profissional foi realizado até à data em serviços cirúrgicos, Cirurgia Cardiorácica - Hospital Santa Marta - Lisboa, Neurocirurgia/ Neurotraumatologia - Hospitais da Universidade de Coimbra e Cirurgia Geral - Hospital de Mirandela, pelo que estes estágios permitiram-me experimentar novos campos, novas especificidades e novos conhecimentos.

Macedo (2012), refere que o processo de integração é determinante ao sucesso de adaptação do indivíduo à organização e, conseqüentemente, no seu desempenho, uma vez que promove o desenvolvimento da autoconfiança no exercício das suas funções, a construção da sua identidade profissional e para o desenvolvimento das suas competências.

Ao longo dos estágios procurei integrar-me nos serviços, estabelecer relações profissionais construtivas com os orientadores de estágio e restantes profissionais, adaptar-me a diversos espaços físicos dos serviços, às suas dinâmicas, aos protocolos e normas existentes. As minhas interações e adaptações aos serviços, ocorreram de forma natural, gradual e positiva, em muito contribuíram a forma como os orientadores e equipas multidisciplinares me receberam mostrando sempre receptividade e disponibilidade mesmo neste contexto excepcional, foram incansáveis para comigo, para com as minhas dúvidas, sempre com uma palavra de incentivo, para ultrapassar as minhas lacunas e aumentando o grau de exigência.

Carvalho (2016,) refere a importância do supervisor para o sucesso do processo supervisivo, no qual destaca as atividades necessárias, salientando "a empatia, a facilidade no relacionamento interpessoal, a capacidade de observação e análise, a experiência profissional, a capacidade de liderança, a imparcialidade, o dinamismo, o espírito de equipa, a disponibilidade e as capacidades de comunicação" (p.110).

Não podia estar mais de acordo com o autor acima citado, as minhas prestações nos estágios só foram possíveis, devido às orientações das enfermeiras dos serviços onde realizei os estágios (SU, CHD e SMI), integradas numa equipa de enfermagem que sempre se mostrou prestável e acessível.

## **CAPÍTULO 2 - REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Ao longo dos estágios realizados, respetivamente, no SU, CHD e SMI, foram desenvolvidas atividades, relacionadas com as competências a atingir no âmbito da EEMC.

O enfermeiro especialista, segundo a OE (2010), é aquele que reúne um conjunto de conhecimentos e habilidades aprofundadas, um julgamento crítico e tomadas de decisão fundamentadas (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de fevereiro). Este regulamento determina que existem quatro domínios, comuns às diferentes especialidades, nomeadamente domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais. Para além destas, temos mais uma competência específica, a competência específica em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação crítica.

Neste relatório pretendo descrever as atividades que desenvolvi ao longo dos estágios e que me permitem atingir a competência anteriormente referida.

- **Competência no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Esta competência tem como principal objetivo promover a prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e consequentemente a dignidade humana, responsabilize os profissionais pelas suas ações e permita ao profissional desenvolver estratégias para as tomadas de decisão baseadas nos valores e princípios deontológicos.

Vieira (2009), refere que quem lida diariamente com questões éticas, deve possuir algumas características importantes para a tomada de decisão, tais como: sensibilidade moral, saber ético, informação e um profundo compromisso pessoal para fazer bem.

Durante os estágios nos diferentes locais, prestei sempre cuidados de enfermagem tendo como centro dos mesmos, o doente como pessoa. Um dos focos da minha atenção, foram a privacidade e a sua intimidade. Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015), o enfermeiro vê-se obrigado a respeitar e a salvaguardar a intimidade do doente (artigo n.º 86 - Do respeito pela intimidade, Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril). Para Vieira (2009), é ainda fulcral a importância do respeito pelas opções de vida, pelo

direito à igualdade, à informação, à integridade física, à autodeterminação, à confidencialidade, à privacidade, a cuidados humanizados e ainda o respeito pelos direitos das pessoas mais vulneráveis. Direitos que se encontram protegidos no Código Deontológico dos Enfermeiros, mas também nos manuais de normas e procedimentos das instituições, que tive oportunidade de ir consultando.

Ao longo dos três estágios, sempre procurei salvaguardar a intimidade e privacidade aquando da prestação de cuidados. Se no SMI e CHD por se encontrarem num local pré-definido com as condições necessárias para a prestação de cuidados de qualidade, no SU era mais difícil de ser executada, de qualquer modo, sempre que era necessário executar algum procedimento invasivo (algaliação, entubação oro/naso gástrica), cuidados (auto-higiene, uso de urinol/arrastadeira), procurava-se que fosse executada em locais mais reservados e recorria-se a biombos. Garantir o respeito pela intimidade é um dever de qualquer enfermeiro, tal como referido no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015).

O sigilo profissional, o consentimento informado e presumido, o respeito pela privacidade e decisão de reanimar, nem sempre são fáceis de gerir.

Pude constatar que o sigilo profissional era mantido em todos os campos de estágio, porém com mais dificuldade no SU, já que os doentes estão muitas vezes expostos nos corredores, a informação por vezes era possível que fosse escutada involuntariamente por terceiros. Para minimizar esta fuga de informação evitei falar nos corredores com o doente sobre temas delicados e sempre que se abordavam, tentava falar baixo e evitando expressões ou gestos que pudessem denunciar os meus sentimentos.

A passagem de turno era realizada em contextos diferentes de acordo com o campo de estágio, no SMI e CHD era realizada individualmente junto ao doente, havendo uma maior privacidade, no SU a passagem de turno era realizada no corredor junto dos doentes, onde havia exposição das suas queixas e dos procedimentos já realizados e a efetuar. Era adotado por mim e pelos profissionais uma postura de resguardo perante o doente, evitava-se falar o que não era necessário, expor informação íntima e confidencial e adotava-se um tom de voz baixo.

No decorrer dos estágios, foram seguidos os princípios éticos, no tocante ao consentimento informado, para tal existem em todos os locais de estágio diversos consentimentos livres e esclarecidos escritos, salvaguardando os direitos do doente

(internamento hospitalar, transfusão de sangue e hemoderivados, atos médicos e cirúrgicos...)

Nos momentos em que o doente se encontra consciente e capaz de decidir, era importante que o profissional abandonasse a postura paternalista e assumisse o doente como um ser com direitos/deveres, que tinha o direito à informação e por conseguinte a autonomia para aceitar ou recusar os cuidados a ser prestados (Grilo, 2011).

Nos estágios realizados no SU, CHD e SMI, frequentemente o doente consciente conseguia verbalizar a sua vontade em aceitar ou recusar os cuidados oferecidos. Deste modo, informava o doente sobre as ações a serem realizadas e a sua finalidade. No SU e SMI deparei-me com doentes que não conseguiam expressar a sua vontade, fosse por doença ou situação grave. Nestes casos fui confrontado com necessidade de prestar cuidados para reverter a situação.

Assim, para salvaguardar o doente e tendo em conta a promoção da vida, é possível, nestes casos específicos, invocar o consentimento presumido. Isto é, atuar respeitando a vontade presumida do doente segundo o princípio da beneficência e da não maleficência.

Os serviços pelo quais passei, têm uma complexidade tecnológica cada vez mais orientada para permitir prolongar a vida. Contudo, em alguns casos, o uso de todos os recursos disponíveis para manter o suporte de vida artificial, torna-se infrutífero, é um adiar da morte. Nos diferentes estágios os profissionais evitam falar da morte e evitam a todo o custo que ela ocorra. Por isso, era fácil de constatar que falar no conceito morte e na probabilidade da mesma ocorrer, leva a inconformidade por parte dos familiares.

Para Correia (2010), admitir a morte levava à dura perceção de que um dia também iríamos morrer e então, com as melhores intenções, era feito um investimento feroz.

Durante o estágio no SMI, passei por um episódio de morte, um senhor com cerca de 60 anos com um AVC hemorrágico extenso. Sem indicação cirúrgica, em que teve que se tomar a decisão de após consultar e informar os familiares, suspender as medidas invasivas e farmacológicas. É sempre uma situação desconfortável para mim e para a restante equipa. Tive também a possibilidade de observar a realização de provas de morte para possível dador. Em Portugal, é considerado potencial dador todas as situações *Post Mortem* de indivíduos que cumpram critérios clínicos e que não estejam inscritos no Registo Nacional de Não Dadores, embora na prática, se realize uma abordagem à família

por uma questão de ética e deontologia. O processo de definição e critérios de morte cerebral é rigoroso, pude verificar e participar na demonstração da cessação das funções do tronco cerebral e da sua morte cerebral. A morte é uma presença constante em todos os serviços.

Por fim, a responsabilidade é um aspeto chave, a minha prestação durante os períodos de estágio pautou-se pela assiduidade, pontualidade e pela assertividade.

Considero que as atitudes desenvolvidas e os momentos de reflexão que ocorreram ao longo dos três estágios permitiram desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, consolidar as bases e a tomada de decisão.

- **Competência no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade**

Em todos os campos de estágio por onde passei, a uniformização e divulgação de procedimentos, assim como a evidência do cumprimento de políticas institucionais com demonstração de boas práticas e a disponibilização de um sistema de notificação de incidentes estão na base de uma política de qualidade dos cuidados. O Plano Nacional de Saúde (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015), visa que o acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental do cidadão, a que é reconhecido toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados prestados,

A capacidade de o enfermeiro refletir criticamente prende-se pela utilização deste conhecimento na prestação de cuidados, essencial para o bem-estar e segurança dos doentes, e é da responsabilidade da profissão de enfermagem, manter a segurança e assegurar a competência, promovendo a atualização constante das práticas (OE, 2015).

Durante os três estágios, a minha prática foi sustentada na fundamentação teórica e científica baseada na evidência, de acordo com a legislação vigente e políticas de saúde. Geri sempre a minha prestação de cuidados reduzindo a probabilidade da ocorrência do erro, preveni riscos relacionados com o ambiente e promovi um meio físico seguro, em especial no SMI, em que o espaço físico não era o mais adequado para a prática de cuidados de qualidade, sendo uma estrutura adaptada e provisória devido à contingência vivida. A gestão dos riscos associada à prestação de cuidados de saúde, tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, de modo a não comprometer a qualidade do SNS.

Pude proceder também à correta identificação dos doentes, à melhoria da comunicação eficaz, à melhoria da segurança dos medicamentos, a redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e à prevenção de úlceras por pressão. Saliento neste objetivo, que as normas e protocolos de procedimentos relativas às várias intervenções autónomas e interdependentes se encontrarem em constante atualização, já que são fundamentais e uma ferramenta de extrema importância, já que nos dão segurança na prestação de cuidados e permitem uma homogeneidade e uniformização dos procedimentos. De referir também o uso do sistema informático nos três estágios, no SU e SMI utilizam o SClínico, com o qual estou familiarizado. O SClínico encontra-se implementado há alguns anos, tendo demonstrado ser um sistema pertinente, útil e um meio facilitador para a prestação de cuidados, facilitando o planeamento dos cuidados, intervenções e registo dos mesmos. Na CHD têm um sistema informático próprio, que se encontra em fase de substituição, mas que tinha como objetivo registar as queixas do doente, a sua evolução clínica e as ações executadas, assim como servir para comunicar aos restantes profissionais as ações executadas.

Considero ter adquirido competências no âmbito do domínio da melhoria contínua da qualidade através da conceção, colaboração e gestão de programas de melhoria na qualidade mantendo um ambiente terapêutico e seguro.

- **Competências no Domínio da Gestão de Cuidados**

O enfermeiro responsável deve incentivar o correto uso dos recursos e sensibilizar à redução do desperdício, sem colocar em risco a segurança do doente. Um bom gestor é aquele que sabe gerir conflitos interpessoais, promove a confiança e a satisfação dos profissionais, estimula os elementos a participar no crescimento profissional e incentiva-os a criar novos projetos que impulsionem o serviço rumo ao sucesso, caso contrário, a equipa estará condenada a falhar (Sheehy, 2010).

O enfermeiro especialista tem funções inerentes a nível da gestão dos recursos, pois daí depende a gestão e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados no serviço e a satisfação do doente. Pude aprofundar conhecimentos sobre competências de gestão do Enfermeiro Especialista, com o objetivo de compreender melhor a metodologia de gestão e a sua adequação ao contexto de atuação. Nos três estágios colaborei sempre que possível nos pedidos de stocks de material. Pude observar o processo de gestão dos recursos, principalmente no SMI, onde a minha orientadora tinha o papel de responsável

na elaboração do plano de trabalho e atualização do mesmo sempre que necessário em função da dinâmica do serviço. Colaborei na realização da *check-list* da sala de emergência do SU, incluindo a medicação e material, e sua posterior reposição, facilitando ao mesmo tempo o conhecimento dos materiais, sua localização, o seu funcionamento, o que me permitiu ter uma resposta mais rápida quando era necessário atuar numa emergência.

Consultei e implementei nos três estágios as normas e protocolos institucionais. Se o controlo de infeção já era um dos pilares basilares no combate as IACS, neste estágio foi um ponto considerado primordial. Devido à pandemia, o controlo de infeção era ainda mais rigoroso e onde se incutia a necessidade de cumprir rigorosamente a boa prática de Higienização das Mãos, além de ser necessário o recurso e incentivado o uso de proteções básicas em situações de isolamento de contacto e em situações de isolamento respiratório.

Muitas vezes, os enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica não são valorizados como tal, já que cumprem um plano de trabalho idêntico ao dos restantes enfermeiros. Todavia, considero que os cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas são uma mais-valia, porque se encontram dotados de competências que lhes permite detetar precocemente prováveis complicações, permitindo-lhes adequar ações para atuar em tempo oportuno

- **Competência no Domínio das Aprendizagens Profissionais**

A competência do domínio das aprendizagens profissionais tem como principal objetivo procurar desenvolver o autoconhecimento, aprofundá-lo e sedimentá-lo em pressupostos sólidos e validados, mantendo sempre uma postura assertiva com todos. A necessidade de se manter atualizado e o seu dever de manter a excelência do exercício profissional através da renovação continua dos conhecimentos, leva-o a atualizar os mesmos (OE, 1998).

O enfermeiro especialista deve sentir a necessidade de desenvolvimento cognitivo, do autoconhecimento e da assertividade, consolidando a sua prática numa base científica sólida devendo, sempre que possível transmitir conhecimentos através de formações de serviço, a título individual ou em grupo (OE, 2009).

Na frequência deste mestrado, considero ser uma mais-valia pessoal e para o doente, uma vez que a aquisição de competências irá dotar-me enquanto enfermeiro, de

saber para utilizar eficientemente nos momentos certos. No seguimento das exigências impostas pela sociedade é fundamental o desenvolvimento da profissão, apostando na formação e investigação, para a prática baseada na evidência, promovendo a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo da minha formação e desenvolvimento profissional, fui realizando várias formações na área do doente crítico: cursos de trauma, suporte avançado de vida, além de fazer parte de grupos ligados ao risco e à infeção hospitalar, que foram mais valias durante a realização dos estágios. Em cada estágio fui confrontado com situações novas, implicando uma necessidade de crescimento e aprofundamento profissional. Ao longo dos estágios tive a necessidade de expandir os meus conhecimentos, além de absorver os conhecimentos transmitidos pelas minhas orientadoras, realizei pesquisa bibliográfica, o que determinou o meu crescimento profissional e a aquisição de novas competências. Tive a oportunidade de aprender particularidades referentes à prática clínica que não estão descritas nos manuais e que apenas se conseguem assimilar e adquirir com a constante prática e os longos anos de exercício profissional. Cada local de estágio que tive a oportunidade de conhecer foi único e específico, em diferentes particularidades e saberes próprios.

Face à competência do domínio das aprendizagens profissionais, considero que desenvolvi e melhorei a minha capacidade de desenvolvimento do autoconhecimento e da reflexão crítica, levando-me de uma maneira geral a atingir os objetivos deste domínio.

Só a aprendizagem nos permite evoluir e desenvolver como pessoas e profissionais (OE, 2009).

- **Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica**

A OE (2011), refere que o enfermeiro especialista é um enfermeiro que possui conhecimentos aprofundados no âmbito dos problemas saúde/doença associada a um elevado sentido crítico e domínio sobre os temas de enfermagem relacionadas com a sua especialidade. Ao longo destes três semestres, com a frequência das unidades curriculares e a frequência dos estágios, sedimentei as competências necessárias referentes à EEMC.

***Cuida da Pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica***

Na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, a avaliação diagnóstica e monitorização são constantes e são de primordial importância máxima, pois constituem uma das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Mais do que tomar conhecimento de normas, regras e protocolos, entendi que seria mais enriquecedor para mim, atuar na prestação direta dos cuidados, sendo que ao longo dos três estágios, tive várias oportunidades de prestar cuidados à pessoa em situação crítica.

A pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 124/2011, de 18 de fevereiro, p.8656). Este regulamento define os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, como cuidados “altamente qualificados prestados de forma contínua com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas devidas, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (p.8656).

No SU, a minha orientadora estava quase sempre adstrita à sala de emergência, e mesmo quando não estava, encaminhava-me para a mesma, sempre que esta era ativada. Em função desta alocação à sala de emergência, tive oportunidade de presenciar um leque complexo e diversificado de situações clínicas relacionadas com o doente crítico: Doente em paragem cardiorrespiratória, dificuldade respiratória, enfarte agudo do miocárdio, AVC hemorrágico, cetoacidose diabética, politraumatizado, e outras situações críticas. Quando estive na sala de triagem, pude compreender a importância do papel desempenhado pelo enfermeiro no Sistema de Triagem de Manchester, da pertinência dos protocolos e da autonomia para ativação das vias verdes, que de outro modo não teria sido tão bem percecionado. Tive oportunidade de presenciar a ativação das vias verdes AVC, Coronária, Sepsies e Trauma e colaborar no atendimento dos doentes e colocar em prática por indicação médica os algoritmos de atuação no que diz respeito à administração de fluídos, oxigénio, gasometria arterial, colheita de sangue e outros produtos requisitados. Pude colaborar tanto no SU, como no SMI no apoio à colocação de cateter central, arterial, VMI, ventilação não invasiva (VNI) e drenos torácicos. Tive oportunidade em todos os

estágios, de presenciar paragens cardiorrespiratórias, e intervir como elemento no suporte avançado de vida, felizmente conseguiu-se na maior parte das vezes a reversão do estado crítico do doente, dando-me uma sensação de dever cumprido, sempre que a reversão era conseguida. Pude acompanhar tanto no SU, como no SMI, de doentes críticos à realização de exames de diagnóstico (TAC) e sua transferência após a estabilização na sala de emergência para o SMI. O papel do enfermeiro mais uma vez é primordial na coordenação do transporte, planeando tudo que é necessário, tal como a coordenação do transporte, dos equipamentos, dos materiais e dos fármacos que devem acompanhar a pessoa doente (Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos, 2008). Na continuidade dos cuidados, aquando das transferências, transmiti à equipa de enfermagem, as informações relevantes relacionadas com a situação clínica do doente.

Nos três estágios pude perceber e manusear material e equipamentos indispensáveis na monitorização do doente crítico, e gostaria aqui de referir que no estágio da CHD, devido a ser um ambiente mais controlado e “familiar”, pude fazer o acolhimento do doente nas sessões de diálise semanais, promovendo o diálogo e a empatia numa prática profissional e ética no meu campo de intervenção. Perceber as rotinas dos turnos, colaborando com os enfermeiros nos cuidados de enfermagem, participando em todo o processo de diálise, desde a preparação dos equipamentos dialíticos, entrada do doente, ligar e desligar o doente ao processo dialítico, acompanhamento na visita médica, preparação e administração de medicação, participar em ensinamentos para a saúde, estando alerta de complicações e intervindo na sua resolução, durante o processo de diálise. Todos estes estágios foram importantes para o conhecimento e utilização destes equipamentos de tecnologia avançada: VMI, VNI, dialisador, bombas infusoras e outros equipamentos essenciais à manutenção da vida nos doentes em situação crítica.

Considero que as atividades desenvolvidas e as reflexões originadas ao longo dos estágios permitiram aperfeiçoar o meu desempenho técnico/científico, aprimorando competências no domínio da prestação de cuidados especializados.

### ***Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação***

Segundo a OE (2011), uma situação de catástrofe é definida como “um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida em áreas

ou na totalidade do território nacional” (p.2). Quando ocorre uma catástrofe a prioridade é dada ao maior número de sobreviventes, enquanto em situações de emergência, os recursos são alocados para um único doente. Deste modo, todas as unidades de saúde do SNS, nos SU, têm um plano de catástrofe de forma a garantir um eficiente planeamento e organização de assistência às vítimas.

No meu estágio no SU, no Hospital de Vila Real, não se vivenciou nenhuma situação de catástrofe. Vivemos um estado de calamidade nacional, em que a resposta foi sendo adequada, sem nunca entrar em rutura. Em relação ao plano de catástrofe, não foi necessário ativá-lo, mas, permitiu-me aprofundar o conhecimento do plano distrital e nacional para catástrofe e emergência e o modo como ocorre a sua sistematização, no sentido de responder eficaz e prontamente em situação de múltiplas vítimas e em situação crítica. A minha orientadora era uma das responsáveis pela conceção do plano de catástrofe, tendo tido a oportunidade de verificar e consultar onde ficava guardado o mesmo, com os kits específicos e procedimentos orientadores para uma possível situação de catástrofe. O armário com esses planos e kits ficava à entrada do SU, na sala ao lado da sala de triagem e sala de emergência.

***Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas***

A OE (2010), preconiza que o enfermeiro especialista atue eficazmente na prevenção e controlo de infeção face a múltiplos contextos na prestação de cuidados, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da vida do doente crítico.

O risco de desenvolvimento de IACS está aumentado pela necessidade constante da prestação de cuidados de saúde, utilizando-se cada vez mais dispositivos invasivos para a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Por sua vez, a IACS pode ser definida como “Uma condição sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas; é adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados” (DGS, 2010, p.7).

Em todos os serviços pude constatar a existência de protocolos, normas e plano de prevenção e controlo da infeção, para dar resposta às necessidades do contexto de

cuidados à pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, conhecendo o plano nacional de controlo de infeção e das diretivas das comissões de infeção da CHTMAD, Nordial, ULSNE, permitindo diagnosticar as necessidades dos serviços em matéria de prevenção e controlo da infeção.

No decurso dos estágios, a minha atuação foi sempre no sentido de maximizar a prevenção e controlo da infeção perante o doente que necessita de cuidados, muitos deles submetidos a procedimentos invasivos. Dou como exemplo a desinfeção da fistula arteriovenosa/ou CVC nos doentes dialisados, encontrando-se mais expostos ao risco de infeção, pela persistência continua no tempo dos procedimentos invasivos, sendo importante o cumprimento de protocolos de assepsia nesses mesmos procedimentos. Além da utilização das regras básicas do controlo da infeção, higienização das mãos, colocação e remoção do equipamento de proteção individual, destacando neste momento a importância e necessidade do uso continuo da máscara respiratória. Pude verificar que todas as regras básicas de controlo de infeção são criteriosamente cumpridas por todos os profissionais.

## SINTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO

Ao terminar este relatório sinto-me realizado, pois ele implicou um momento de reflexão, sobre a importância do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Este relatório pretende dar uma síntese das atividades desenvolvidas no decurso do estágio, expondo de forma sistematizada as situações que constituíram o campo de aprendizagem.

Queria aqui referir as condições excecionais em que foram realizados esses estágios, que em nada diminuíram a obtenção dos objetivos delineados, antes pelo contrário. Tendo em consideração os objetivos estabelecidos por mim, posso afirmar que todos eles foram atingidos e que as oportunidades permitiram ir muito mais além.

Atingir os objetivos, não traduz o nível formativo que se revelou este estágio, as oportunidades de aprendizagem proporcionadas, aliadas à disponibilidade, por parte das equipas de enfermagem e muito em especial às minhas orientadoras, foi-me prestado um grande apoio sempre que necessário, permitindo desenvolver uma capacidade de estruturar e realizar funções na área da especialidade, resultando assim num aspeto fortemente positivo na formação adquirida.

Permitiu-me pôr em prática diversos conhecimentos adquirido ao longo do curso, consciencializando-me das dificuldades inerentes ao desenvolvimento da aprendizagem, e da necessidade de desenvolver e aprofundar conhecimentos na área da enfermagem especializada no cuidado do doente crítico.

Considero que, devido à especificidade do cuidar em unidades de doentes críticos, o número de enfermeiros especialistas na área do doente crítico deveria ser muito superior. Porque, efetivamente, como anteriormente referi na entrevista da avaliação com a Prof. Matilde, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, pessoa em situação crítica, é um profissional que, no seio das equipas, terá um modo de agir diferente, com conhecimentos ao mais alto nível, permitindo-lhe um posicionamento de forma única dentro da equipa de trabalho na abordagem ao doente crítico. Funcionará como um garante da qualidade de cuidados de enfermagem, desempenhando junto dos doentes um saber específico e humanizado através da prestação direta de cuidados especializados, colaborando na formação e produção de conhecimentos através de

processos de investigação/formação e na definição de indicadores de qualidade para os cuidados de enfermagem. Aspetos de fundamental relevância, que leva à busca/conquista de novos espaços de credibilidade e autonomia para a enfermagem.

Considero que, em virtude das características de cada campo de estágio, em muito contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal, devido às inúmeras responsabilidades de trabalho e de desenvolvimento de atividades e conhecimentos.

Como balanço final, é de considerar todo o estágio como muito formativo, permitindo o desenvolvimento de capacidades de observação, análise, programação e execução, reflexão e comunicação, daí considerar que são campos de estágio a manter.

Desejo profundamente que a sociedade considere mais a profissão de enfermagem e sinta a necessidade do enfermeiro, mas também cabe a cada um de nós contribuir para a mudança de mentalidades. Deste modo, procurei adaptar comportamentos de responsabilidade profissional, prestar cuidados no âmbito do conteúdo funcional da carreira do enfermeiro e tomar a iniciativa na prestação de funções autónomas do enfermeiro.

A grande dificuldade encontrada foi conseguir conciliar os estágios com a minha vida profissional, pessoal e familiar. Posso afirmar que foi um período com um grande grau de exigência física, psíquica e social, mas com toda a certeza o esforço valeu a pena, pois teve um impacto bastante positivo no meu desenvolvimento profissional.

Diz o povo "prepara-te para o que quiseres ser". Estou a fazer por isso!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carvalho, A. (2016). *A supervisão clínica no processo de integração de enfermeiros* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto].
- Correia, M. (2010). Sim à vida!...Mas que vida? *Revista Sinais Vitais*, 92.
- Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o seu estatuto. Diário da República, 93. Série I-A. <https://dre.tretas.org/dre/92114/decreto-lei-104-98-de-21-de-abril>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Vigilância e controlo da infeção nosocomial da corrente sanguínea: Protocolo*. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde. <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&access=>.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde, revisão e extensão a 2020*. <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a2020.pdf>.
- Fernandes, T. I. (2010). *Prioridade: Doente crítico* [Relatório de estágio, Universidade Católica], Porto.
- Grilo, C. (2011). O processo clínico... e o dever de documentar. *Revista Sinais Vitais*, 96.
- Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico* [Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro].
- Ministério da Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para instalações de unidades de cuidados intensivos*. Administração Central do Sistema de Saúde.
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem. Fundamentos e horizontes*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional: Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/Legislação/OE/Regularmento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/Legislação/OE/Regularmento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em pessoa em situação crítica*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEPessoaSituaçãoCrítica.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico dos enfermeiros* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Regulamento n.º 122/2011*, de 18 de fevereiro. Define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem. Diário da República, 35. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/122-2011-3477011>
- Regulamento n.º 124/2011*, de 18 de fevereiro. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Diário da República, 35. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/124-2011-3477013>
- Regulamento n.º 429/2018*, 16 de julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica.... Diário da República, 135. Série II. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Sheehy, S. (2010). *Enfermagem de urgência: Da teoria à prática* (6a ed.). Lusociência, Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos & Ordem dos Médicos. (2008). *Transporte de doentes críticos*. [http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764\\_miolo.pdf](http://www.spci.pt/Docs/GuiaTransporte/9764_miolo.pdf)
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro. Da compaixão à proficiência* (2a ed). Universidade Católica Editora Unipessoal.

## **ANEXOS**

**Anexo I** - Cronograma de estágio

Meses		outubro					novembro					dezembro					janeiro					fevereiro					março
Número de semanas		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	14	15	16	17	18	19	20	21					
Dia da semana		28	6	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	4	11	18	25	1	8	15	22	1					
		2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	8	15	22	29	5	12	19	26	5					
Nº	Nome dos Alunos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3						
45174	Ana Júlia Colaço Gabriel	SU Penafiel					UCIP Penafiel										BO Penafiel										
45091	Ariana de Espírito Santo Ramos da Costa	BO Bragança					SU Bragança																				
45168	Bernardete da Conceição Teixeira Martinho Ferro	SU Bragança					Hemodialise Nordial										UCIP Bragança										
28390	Carla Alexandra Ferreira Neves	UCIP Bragança					SU Vila Real										Hemodialise Nordial										
42058	Estela Sofia Meiros da Rocha																BO Vila Real										
28087	João Paulo Barreira Pinto	SU - ULS Litoral Alentejano					UCIP - ULS Litoral Alentejo										BO - ULS Litoral Alentejano										
28204	Nádia Alexandra Peres Sabino	BO Vila Real					UCIP Bragança										SU Vila Real										
45180	Lisa Vânia Vaz Escobar Fernandes	SU Vila Real					BO Bragança										UCIP Penafiel										
15431	Luís Carlos Ribeiro	BO Bragança					UCIP Bragança										SU Vila Real										
45170	Maria Emília da Cruz Gomes	SU Penafiel					BO Penafiel										UCIP Penafiel										
3256	Mário José Medeiros Vilarinho	SU Vila Real					Nordial										UCIP Braga										
28213	Patricia Filipa Salazar Alves	SU Aveiro					UCIP Aveiro										BO Aveiro										
43866	Stefania Russo	BO Bragança					UCIP Bragança										SU Bragança										

A Diretora do Cur



Assinado por: Walfredo Delmeida  
da Silva Martins  
Identificação: 807688736  
Data: 2020-10-26 às 11:51:11

## **ANEXOS**

---

**Anexo I** - Formulário de observações



## FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

ARS			Cidade			Código do Hospital		
Observador			Período Nº.			Serviço/Departamento		
Data (dd.mm.aaaa)			Sessão Nº.					
Hora de início/fim (hh:mm)			Formulár. Nº.			Enfermaria		
Duração da sessão (mm)								
Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número		
Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número			Cat. Profissional Código Número		
Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação	Op	Indicações	Ação
1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	1	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	2	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	3	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	4	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	5	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	6	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	7	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado
8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado	8	<input type="checkbox"/> Antes Doente <input type="checkbox"/> Antes Assép. <input type="checkbox"/> Após Sg Fluid. <input type="checkbox"/> Após Doente. <input type="checkbox"/> Após Ambte.	<input type="checkbox"/> Fricção Anti-sép. <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="radio"/> Não realizado

### Recomendações:

1. Comece por se apresentar aos profissionais de saúde e aos doentes e explique o motivo da sua presença.
2. Pode observar até 3 profissionais de saúde em simultâneo, caso a situação clínica o permita.
3. Poderão ser incluídos sucessivamente mais profissionais de saúde, até um limite de 3.
4. Procure um local conveniente para realizar a observação sem perturbar as actividades clínicas; pode deslocar-se para seguir os profissionais de saúde, mas nunca interfira com o seu trabalho. No final, os resultados da sessão podem ser apresentados ao profissional.

### Instruções de preenchimento

5. Preencha o formulário a lápis e sobre uma superfície dura. Pode utilizar borracha, se necessário.
6. Comece por preencher o cabeçalho do formulário (excepto a hora de terminar e a duração da sessão).
7. Assim que surja a primeira oportunidade, selecione a informação correspondente (indicação, acção) na primeira coluna do questionário, a coluna das oportunidades, que está numerada e deve ser lida de cima para baixo. Faça o registo na coluna correspondente à categoria profissional do profissional de saúde observado.
8. Cada oportunidade deve ser registada no campo identificado e devidamente numerado (oportunidade 1, oportunidade 2, etc.).
9. Assinale com um "X" o quadrado ou o círculo correspondente ao item que quer seleccionar (o quadrado significa que podem ser escolhidos vários itens mas o círculo significa que só pode ser escolhido um).
10. Pode assinalar várias indicações durante o registo de uma oportunidade.
11. As acções executadas ou não executadas devem ser sempre assinaladas durante o registo de uma oportunidade.
12. Não se esqueça de anotar a hora de terminar, de calcular a duração da sessão e de confirmar os dados antes de devolver o formulário.

### Outras Informações úteis para o preenchimento do cabeçalho:

<b>Administração Regional de Saúde (ARS) Cidade:</b> escreva por extenso (não use abreviaturas)											
<b>Hospital:</b>	escreva o código do seu hospital										
<b>Serviço/Departamento:</b>	escreva por extenso (não use abreviaturas)										
<b>Observador:</b>	iniciais (primeiro nome/sobrenome)										
<b>Data:</b>	dia/mês /ano.										
<b>Hora de início / Fim:</b>	hora/minuto										
<b>Duração da Sessão:</b>	diferença entre a hora de início e de fim. O resultado deve ser dado em minutos.										
<b>Nº de Período:</b>	de acordo com a altura da observação (pré ou pós a campanha).										
<b>Nº da Sessão:</b>	de acordo com a contagem institucional (cada sessão de observação corresponde a um determinado local).										
<b>Formulário Nº:</b>	Correspondente ao n.º da página da sessão (se tiver só uma página colocar "n.º1" se tiver duas páginas na mesma sessão e estiver a registar a página 2 da sessão colocar Formulário n.º 2)										
<b>Serviço/ Departamento:</b>	de acordo com a seguinte nomenclatura:										
	<table border="1"> <tr> <td>Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)</td> <td>Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)</td> </tr> <tr> <td>Misto (médico e cirurgião)</td> <td>Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)</td> </tr> <tr> <td>Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)</td> <td>Unidade de Cuidados Intensivos</td> </tr> <tr> <td>Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)</td> <td>Cuidados Continuados e Reabilitação</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Outro (a especificar)</td> </tr> </table>	Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)	Misto (médico e cirurgião)	Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)	Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos	Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Cuidados Continuados e Reabilitação		Outro (a especificar)
Médico (incluindo Dermatologia, Neurologia, Hematologia, etc.)	Cirurgião (incluindo ORL, Oftalmologia, Neurocirurgia, etc.)										
Misto (médico e cirurgião)	Obstetrícia (incluindo Cirurgia Obstétrica)										
Pediátrico (incluindo Cirurgia Pediátrica)	Unidade de Cuidados Intensivos										
Urgência (incluindo Dermatologia, Neurologia, Ambulatório (incluindo Cirurgia de Ambulatório)	Cuidados Continuados e Reabilitação										
	Outro (a especificar)										
<b>Nome do Serviço:</b>	igual à designação institucional.										
<b>Categoria Profissional/Código:</b>	de acordo com a seguinte classificação:										
	<table border="1"> <tr> <td>1. Enfermeiro/Parteiro</td> <td>1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno</td> </tr> <tr> <td>2. Auxil. Acção Médica</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Médico</td> <td>3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina</td> </tr> <tr> <td>4. Outros profissionais de saúde</td> <td>4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiologista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).</td> </tr> </table>	1. Enfermeiro/Parteiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno	2. Auxil. Acção Médica		3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina	4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiologista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).		
1. Enfermeiro/Parteiro	1.1 Enfermeiro, 1.2 parteiro, 1.3 aluno										
2. Auxil. Acção Médica											
3. Médico	3.1 de medicina interna, 3.2 cirurgião, 3.3 anestesista, 3.4 pediatra, 3.5 outro, 3.6 estudante de medicina										
4. Outros profissionais de saúde	4.1 Terapeuta (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, audiologista, terapeuta da fala, etc.); 4.2 Técnico de Saúde (radiologista, técnico de cardiologia, técnico de bloco operatório, técnico de laboratório, etc.); 4.3 Outros (dietista, dentista, assistente social e outros profissionais de saúde relacionados com a prestação de cuidados).										
<b>Número:</b>	registre o número de profissionais de saúde observados pertencentes à mesma categoria profissional (mesmo código), à medida que preenche o campo de observação.										
<b>Oportunidade:</b>	Existe uma oportunidade sempre que exista pelo menos uma indicação.										
<b>Indicação:</b>	Implica a acção de higienizar as mãos:										
	<table border="1"> <tr> <td>Antes Doente: Antes do contacto com o doente</td> <td>Após Doente: Depois do contacto com o doente</td> </tr> <tr> <td>Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico</td> <td>Após Ambte: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente</td> </tr> <tr> <td>Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais</td> <td></td> </tr> </table>	Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente	Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico	Após Ambte: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente	Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais					
Antes Doente: Antes do contacto com o doente	Após Doente: Depois do contacto com o doente										
Antes Assép.: Antes de um procedimento asséptico	Após Ambte: Depois do contacto com o ambiente envolvente do doente										
Após SgFluid.: Depois de risco de exposição a sangue e fluidos corporais											
<b>Acção:</b>	resposta à indicação de higiene das mãos:										
	<table border="1"> <tr> <td>Fricção Anti-sép.: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica</td> <td>Não realizado: quando não é executada nenhuma acção.</td> </tr> <tr> <td>Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água</td> <td></td> </tr> </table>	Fricção Anti-sép.: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Não realizado: quando não é executada nenhuma acção.	Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água							
Fricção Anti-sép.: quando a higiene das mãos é feita com uma formulação alcoólica	Não realizado: quando não é executada nenhuma acção.										
Lavagem: quando a higiene das mãos é feita com sabão (antimicrobiano ou não) e água											

**Anexo II** - Parecer favorável da Comissão de Ética

IdeN.º 55/2022

Parecer da Comissão de Ética

**Identificação do estudo:**

Análise dos resultados da Higienização das mãos numa Unidade Local de Saúde no Norte de Portugal no período entre 2018-2021

Revisão CA 4.05.2022

*Carla*

*Dr. Carlos Alberto Vez*

Dr. Carlos Alberto Vez  
Presidente da  
Comissão de Administração

**Parecer da Comissão de Ética:**

Em reunião de 27 de abril de 2022 a CE deliberou dar parecer **favorável**.

Nada a opor do ponto de vista ético.

**Fundamentos do Parecer:**

O trabalho tem interesse científico para a ULSNE e para a comunidade em geral.

Considera-se oportuno que finalizado o trabalho seja remetido ao CA e CE.

Presidente da Comissão de Ética

*Carla*

Unidade Local Saúde Nordeste  
COMISSÃO DE ÉTICA

Despacho do P.C.A.: