

CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES DO DOENTE CRÍTICO

Matilde Delmina da Silva Martins¹

Lúcia Filomena Macedo Amorim²

Maria Gorete de Jesus Baptista³

Resumo: A prática mais simples e eficaz na prevenção das Infecção Associada aos Cuidados (IACS) de Saúde continua a ser higienização das mãos. Neste estudo pretendemos analisar o conhecimento e a perceção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos no Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal. Foi um estudo transversal analítico, realizado em 88 profissionais de saúde. Recorremos ao questionário adaptado da OMS, "Perceção e Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre higiene das mãos e suas implicações na IACS". O estudo obteve parecer favorável da comissão ética (n.º 52/2019). Nos resultados verificámos que os médicos têm um melhor conhecimento (18.7%) e a sua perceção do conhecimento é maior na UCIP. Os profissionais da UCIP e as mulheres possuem mais conhecimentos. O conhecimento vai aumentando até aos 5 anos de serviço, nos dois serviços.

Palavras-chave: Conhecimentos, pessoal da saúde, higiene das mãos

KNOWLEDGE AND PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS ABOUT HAND HYGIENE IN CRITICALLY PATIENT UNITS

Abstract: The simplest and most effective practice in the prevention of Healthcare Associated Infections (HAIs) continues to be hand hygiene. In this study, we intend to analyze the knowledge and perception of health professionals about hand hygiene in the Emergency Service (SU) and Multipurpose Intensive Care Unit (PICU) of a Hospital Center in the North of Portugal. It was an analytical cross-sectional study, carried out with 88 health professionals. We used the adapted WHO questionnaire, "Perception and Knowledge of health professionals about hand hygiene and its implications for HAI". The study obtained a favorable opinion from the ethics committee (n.º 52/2019). In the results, we verified that physicians have better knowledge (18.7%) and their perception of knowledge is greater in the PICU. PICU professionals and women have more knowledge. Knowledge increases up to 5 years of service, in both services.

KeyWords: Knowledge, health personnel, hand hygiene

¹Doutor em Ciências de Enfermagem; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Portugal <https://orcid.org/0000-0003-2656-5897>; E-mail matildemartins@ipb.pt

² Mestre em Enfermagem Medico Cirurgica; Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal. <https://orcid.org/0000-0002-9963-215X>; E-mail lucia.amorim87@gmail.com

³ Doutor em Biomedicina; Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, Bragança; Centro de Estudos e Pesquisa do ISPJPB-Angola. <https://orcid.org/0000-0002-6750-1825>; E-mail gorete@ipb.pt

INTRODUÇÃO

As Infecções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) constituem um problema bastante actual e real na atualidade em contexto de prestação de cuidados, representam um impacto enorme quer a longo prazo em co-morbilidades, na resistência antimicrobiana quer na admissão hospitalar, acresce ainda, as repercussões económicas para o paciente/família, para a instituição e não menos importante o desgaste a todos os níveis bio- psico- social e emocional (Graveto et al., 2018). As IACS, causam altas taxas de mortalidade e morbidade, provocam no doente um impacto negativo e aumentam os recursos humanos e materiais, o tempo médio de internamento, traduzindo -se em gastos económicos elevados (Almeida et al., 2016, R. Silva & Kozusny-Andreani, 2020). A prática mais simples, económica e eficaz na prevenção das IACS continua a ser a higienização das mãos, visto que no primeiro momento há a possibilidade de quebrar a transmissão de agentes extrínsecos para o doente (Lourenço, 2020). A lavagem das mãos com água e sabão, uma técnica simples, tem como objectivo reduzir os microrganismos presentes na pele e interromper a transmissão da doença. Os produtos antissépticos são importantes na prevenção de IACS, reduzem o risco de transmissão, (Frozza Salvi et al., 2020). Segundo o relatório da Direção Geral de Saúde (DGS) de 2017, a taxa de adesão dos profissionais de saúde, à higienização das mãos, em 2016, foi de 73%, e em 2018 foi de 75.2 %, o que vem a evidenciar que os profissionais têm vindo a aderir à higienização das mãos, mas ainda ficam aquém dos desejados 100%, (DGS, 2018). Lourenço, no seu estudo, refere que muitos não a executam, devido a sobrecarga no serviço, falta de instalações adequadas e de material (Lourenço, 2020). Por isso, torna-se importante delinear estratégias, que permitam a redução das complicações resultantes destes comportamentos. Sendo assim, a presente investigação teve como ponto de partida a questão de Investigação: Qual o conhecimento e a perceção dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos?, tendo como objectivo analisar o conhecimento e a perceção

dos profissionais de saúde sobre a higiene das mãos, no SU e na UCIP de um Centro Hospitalar do Norte de Portugal.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A lavagem das mãos, quando realizado de forma correcta, é o método mais eficaz na redução das IACS (Tarso et al., 2017) e, conseqüentemente nas complicações associadas a estas, como seja a diminuição das taxas de mortalidade e morbidade e das despesas do Sistema de Saúde (Graveto et al., 2018). A higienização das mãos é uma medida crucial na prevenção das IACS, medida simples, pouco dispendiosa e fácil de executar. Tal prática deve fazer parte do dia a dia dos profissionais de saúde realizada de forma consciente, responsável e com frequência, de forma a ser eficaz e eficiente (Tarso et al., 2017). O Modelo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca 5 momentos cruciais que são: Antes do contacto com o doente, antes de procedimentos limpos/assépticos, após risco de exposição a fluídos orgânicos, após contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente (DGS, 2019). A maioria dos profissionais de saúde referem a importância da higienização das mãos antes da realização de procedimentos assépticos (90%) e após contacto com o doente (90%), após a exposição a fluídos (86%) e antes do contacto com o doente (76%), enquanto (44%) refere após contacto com áreas do meio ambiente do doente (Santos, 2017). Neste estudo, 94.7% dos profissionais de saúde reconhecem as mãos como principal meio de transmissão de microrganismos, mas 36% não realizam a higienização das mãos de acordo com a norma, antes e após o contacto com o doente (Oliveira et al., 2019). A Norma nº 007/2019 destaca outras indicações *“quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas ou outros fluídos orgânicos, antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos, antes da manipulação e/ou preparação de alimentos, antes da colocação de luvas: o uso de luvas não dispensa a higienização das mãos, imediatamente após remoção de luvas estéreis ou de luvas não estéreis, preparação pré-cirúrgica das mãos e após utilização das instalações sanitárias”* (DGS, 2019 p. 2). Torna-se importante a higienização das mãos por fricção com SABA quando as mãos estão visivelmente limpas, nunca esquecendo os espaços interdigitais, palma da mão, dedo polegar e punho, respeitando todas as normas da DGS. Após a lavagem das mãos é importante secar com um toalhete

individual e descartável (Soares et al., 2017) e dobrar as mangas do uniforme para cima, os anéis, alianças, relógios, pulseiras não devem ser utilizados na prestação de cuidados (Soares et al., 2017). As unhas naturais, devem estar limpas, curtas e verniz, extensões, a presença de feridas, abrasões e lesões na pele estas devem ser fechadas com penso oclusivo e impermeável, assim como hidratar a pele com creme dermoprotetor (Miranda, 2020). A Norma nº 007/2019, recomendam que os profissionais de saúde devem realizar a higienização das mãos no local e momento da prestação de cuidados de saúde, utilizar adequadamente os produtos disponíveis (SABA e sabão), cumprir a técnica de higiene das mãos adequada ao procedimento e colaborar com o responsável pelo controlo de infeção na avaliação da adesão à prática da HM e noutras actividades relacionadas com esta prática; A DGS (2019), definiu 3 métodos, de acordo com os procedimentos a efetuar que são: Lavagem; Fricção Antisséptica e Preparação pré cirúrgica das mãos. Os profissionais de saúde reconhecem a higienização das mãos como uma medida importante na prevenção das IACS, sentem dificuldades e referem que a formação que possuem é pouca para o cumprimento desta prática e que necessitam de mais formação/ treino (Cabrita, 2017). Para melhorar os obstáculos que existem foi elaborada uma Estratégia Multimodal constituída por cinco elementos, a mudança no sistema, a formação e treino, a observação e informação de retorno, os lembretes em locais estratégicos e o clima institucional seguro, de acordo com Norma nº 007/2019. Pelo que, a formação e a sua monitorização são uma mais-valia na adesão e nas atitudes dos profissionais de saúde (Graveto et al., 2018). A formação contínua, adequação de recursos materiais, infraestruturas e reconstrução de práticas, pelos gestores e supervisores são cruciais na adesão a esta temática (Santos, 2017), a elaboração de protocolos de acordo com as recomendações preconizadas, garantindo a segurança para o doente e maior eficácia na prevenção das IACS reduzindo o seu impacto nos serviços (Oliveira et al., 2019) e colocação de cartazes e lembretes visíveis a todos os profissionais (Pina et al., 2014). Relativamente à perceção sobre as práticas de higienização das mãos pelos profissionais de saúde, 90.75% estão conscientes do risco de os doentes adquirirem IACS e têm a perceção de que é um problema de grande importância, 90% dos profissionais consideraram a medida eficaz, e que leva à redução destas IACS (Oliveira, A. C., & Paula, A. O., 2017).

2. METODOLOGIA

Trata -se de um estudo transversal analítico, realizado numa população de 183 profissionais de saúde. Foram definidos como critérios de inclusão, os profissionais disponibilizarem - se a participar no estudo, trabalharem nos serviços SU e UCIP, ser médico/enfermeiro/técnico de diagnóstico e terapêutico e responderem à totalidade do questionário. Foram excluídos 12 por não responderem à totalidade do questionário e 83 não se disponibilizaram a participar no estudo. Após a aplicação dos critérios de inclusão obtivemos uma amostra de 88 participantes, 71 profissionais do SU e 17 da UCIP. Como instrumento de recolha de dados (IRD) recorreremos ao questionário adaptado da Organização mundial de Saúde, intitulado na "Perceção e Conhecimentos dos profissionais de saúde sobre higiene das mãos e suas implicações na IACS". É constituído por quatro partes, a primeira parte diz respeito às variáveis socio demográficas (sexo, idade e estado civil), a segunda parte às variáveis profissionais (profissão, tempo de serviço e serviço), a terceira parte refere -se à perceção relativamente às práticas higienização das mãos constituída por 15 perguntas e a parte IV refere – se aos conhecimentos sobre as práticas de higienização das mãos constituída por 6 perguntas fechadas.

As variáveis independentes são as características sociodemográficas (o sexo (masculino/ feminino), a idade (20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos e o estado civil (casado, solteiro, divorciado) e profissionais dizem respeito à profissão (médico, enfermeiro, técnico de diagnóstico e terapêutica), ao tempo de serviço em anos (<1 ano, [1 ,5],]5 ,10], >10) e o serviço (SU/UCIP). A variável dependente é o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a higienização das mãos, foi operacionalizado de acordo com as respostas certas e erradas dadas pelos profissionais de saúde em que o score que varia de 0 a 30, em que 0 é o score mínimo corresponde a todas as questões erradas e score 30 é score máximo corresponde a todas questões certas. As respostas foram consideradas como certas tendo por base as orientações da Norma nº 007/2019, e quanto à perceção selecionamos as questões nº 10, 11,17 e 18 da parte III do questionário "Perceção relativamente às práticas de higienização das mãos" do respetivo questionário. As questões nº 10, 11 e 17 valem 5 pontos cada uma e a

questão 18 está classificada em 4 pontos, da seguinte forma (0%-25%=1; 26%-50%=2; 51%-75%=3; 76%-100% =4). Para a realização deste estudo, após a autorização por parte do Conselho de Administração, entramos em contacto com o/a Sr.(a) Enf^o(a) Chefe de cada serviço (Su e UCIP). Os questionários foram entregues em mão em envelope fechado ao/a Enf, ^o(a) chefe de cada serviço que os fez chegar aos profissionais de saúde que participaram no estudo. Cada participante após o Consentimento informado preenchido colocava-o num local previamente definido, de forma a não ser possível qualquer identificação dos participantes. Após o preenchimento do IRD, colocava-o novamente num envelope que fechava e entregava ao enfermeiro chefe. Deste modo foi garantido o anonimato da sua identidade, a confidencialidade dos dados e a garantia que os dados recolhidos são apenas para o estudo em vigor, em que cada participante, antes de preencher o questionário, assinou um consentimento informado, livre e esclarecido onde é explicado os objectivos do estudo. Na primeira semana de julho a investigadora passou nos respetivos serviços para recolha dos mesmos. Cada IRD foi numerado de forma aleatória e sequencial e os dados foram inseridos e analisados pelo número de identificação, em base de dados informática, de forma a garantir o sigilo e anonimato ao longo de todo o processo. O estudo obteve parecer favorável por parte da Comissão de Ética do referido Centro Hospitalar onde foi desenvolvido o estudo, conforme referência nº 52/2019. O tratamento de dados obtidos foi realizado através do programa informático Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 20. Para tal recorreremos ao Qui-quadrado para comparação por proporções. A normalidade das variáveis foi testada através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, quando as variáveis não seguiam uma distribuição normal optamos por testes não paramétricos. Para a análise da relação dos conhecimentos com as variáveis sociodemográficas e profissionais, utilizamos o Mann-Whitney U test e o Kruskal-Wallis. A relação da percepção do conhecimento com as variáveis sociodemográficas e profissionais, recorreremos à ANOVA e através do Pearson correlation analisamos a associação entre o conhecimento e a percepção do conhecimento. O nível de significância deste estudo é de 5%.

3. RESULTADOS

Verificamos que 70,45% (62) da amostra é do sexo feminino, 55,68% (49) são casados, a idade média foi de 35,77 ±6.74 anos, entre os 30-39 anos (55,7%), 48,86% são enfermeiros, 38,64% trabalham há mais de 10 anos e 80,68% trabalham no serviço de urgência (Tabela 1).

Quando relacionamos os conhecimentos com as variáveis pessoais, verificamos que é estatisticamente significativo, a variável sexo com o conhecimento ($P= 0.041$; $U=587.5$), em que os conhecimentos dos profissionais de saúde do sexo feminino são superiores aos do sexo masculino (média = 18.2/16.3). Quanto às variáveis profissionais verificamos que é estatisticamente significativo o tempo de serviço ($\chi^2(3) = 7.905$, $p = 0.048$), que vai aumentando de forma crescente até 5 anos e depois vai diminuindo. Também é estatisticamente significativo a variável serviço ($P<0.001$, $U=124$), em que os profissionais da UCIP (22.8) possuem um maior conhecimento que os do serviço de urgência (16.4) (Tabela 2).

Relativamente à percepção dos conhecimentos dos profissionais com as variáveis sociodemográficas, não é estatisticamente significativa, enquanto a relação da percepção do conhecimento com as variáveis profissionais, através da ANOVA, é estatisticamente significativa, o efeito de interação serviço $F(1,71) = 8.699$, $P=0.004$ e profissão $F(2,71) = 3.608$ $P=0.032$ (Tabela 3).

Quando analisamos a associação entre o conhecimento e a percepção do conhecimento, através do teste de correlação de person, verificamos uma correlação positiva, ou seja, à medida que aumenta a percepção do conhecimento aumenta o conhecimento. A percepção dos conhecimentos dos médicos foi maior na UCIP é maior (SU/UCIP = 15.5/17.0), nos restantes profissionais, não se verificou diferença.

4. DISCUSSÃO

A nossa amostra é maioritariamente feminina o que está de acordo o com o relatório do SNS (2018), onde 77% dos profissionais de saúde são mulheres, 83.7% enfermeiras, 79.9% técnicas superiores de diagnóstico e terapêutica e 64.4% médicas. A maioria é casado (55.68%), com idade situada entre os 30 - 39 anos (55.7%),

corroborando com o estudo desenvolvido por Silva (2017), a faixa etária mais representativa era 31 aos 40 anos de idade (47,2%). A média da nossa amostra poderá ser ligeiramente mais elevada, por incluir médicos. Estes, têm uma formação superior com mais anos e iniciam as suas funções no mercado de trabalho com mais idade (Instituto Nacional de Estatística, 2021). Trabalham há mais de 10 anos (38.64%), também, no estudo de Tinoco (2014), concluiu que os profissionais de saúde trabalham aproximadamente até 10 anos, visto que o SU e UCIP são dois serviços exigentes, em que os profissionais de saúde preferem iniciar a sua carreira nestes serviços, o grau de exigência, o desafio, a enriquecedora experiência, o vasto leque de conhecimentos em várias especialidades. Aqui não prestam apenas cuidados ao doente em estado crítico como também aperfeiçoamento, desenvolvimento de competências, racionalização, pensamento crítico e reflexivo na prestação de cuidados, gestão e manipulação de equipamentos inovadores e diferenciados, tornando-se serviços desafiantes para os profissionais que começam a trabalhar (Lobeiro, 2019).

Maioritariamente, trabalhavam no SU (80.68%) versus UCIP com (19.32%), também no estudo de Tinoco (2014), (32.2%) exerciam no SU e (23.3%) na UCIP. O SU necessita de mais recursos humanos comparativamente com às UCIP, dado ser um serviço com uma afluência maior, ilimitada, diversificada de doentes e especialidades, logo, a necessidade de maior número de profissionais de saúde, nesta tipologia de serviço, enquanto na UCIP o número de doentes é limitado ao número camas, ou seja, a menor necessidade de profissionais para prestação de cuidados (International Council of Nurses, 2000).

Os médicos (18.72%) apresentam mais conhecimentos, seguido dos enfermeiros (17.14%) e por fim os técnicos de diagnóstico e terapêutica (17.06%), contrariamente a um estudo realizado por Tinoco (2014) em que os enfermeiros apresentaram melhor adesão e conhecimento às práticas de higienização das mãos face às restantes classes profissionais.

Posteriormente relacionamos os conhecimentos com as variáveis sociodemográficas e profissionais e verificamos diferenças, estatisticamente significativas, entre o conhecimento com o sexo ($p=0.041$, $u=587.5$), o tempo de serviço ($P=0.048$) e o serviço ($p < 0.001$). Constatamos que os conhecimentos dos profissionais

de saúde do sexo feminino são superiores aos do sexo masculino (média = 18.2/16.3). As mulheres apresentaram uma maior adesão às práticas de higienização das mãos, mencionando os homens como fatores de risco com menor aderência à prática higienização das mãos (Araújo et al., 2016). As mulheres são, intrinsecamente, mais vocacionadas para a arte do cuidar, já desde a época de Florence Nightingale. Também Andrade, 2013, conclui que as mulheres apresentam maior conhecimento e procedem corretamente à higienização das mãos, quando comparadas com os homens (Andrade, 2013).

O conhecimento vai aumentando com o tempo de serviço até aos 5 anos de tempo de serviço depois decresce. Isto pode dever-se a estes serviços serem muito exigentes e desafiantes, para os jovens recém-licenciados, pelas suas características. São serviços que exigem uma integração prolongada com inclusão de formação diferenciada aos profissionais recém-admitidos. Por outro lado, também, estes são serviços, que pela sua exigência, levam a um desgaste rápido, pelo que os profissionais de saúde, com mais tempo de serviço, tende a solicitar transferência de serviço e a não procurar formação e algum desinteresse pela atualização de conhecimentos (Pontes et al, 2008).

Os profissionais de saúde da UCIP apresentaram um conhecimento superior aos profissionais do SU. Isto pode dever-se ao facto de o SU ser um serviço que atende pessoas em situações urgentes/emergentes, onde a afluência é imprevisibilidade com exigência de prestação de cuidados imediatos e com ritmo de trabalho acelerado levando, alguma vezes, ao não cumprimento rigoroso do protocolado (Brazão, 2016). Por outro lado, as UCIP são unidades com um rácio de profissionais mais elevado, onde a maioria dos procedimentos é protocolado e até auditado levando a que estes profissionais sejam mais conhecedores e cumpridores das norma e protocolos (Araujo et al., 2016, Brazão, 2016).

Relativamente à percepção não observamos resultados estatisticamente significativos as variáveis sociodemográficas, mas verificamos diferenças, estatisticamente significativas, com a profissão, em que os médicos da UCIP (17.0%) apresentam uma média de percepção do conhecimento comparativamente aos do SU (15.5%). Os médicos na UCIP têm uma percepção maior em relação do SU (SU =15.5 e

UCIP =17.0). Os médicos, na UCIP, integram uma equipa fixa, têm uma formação mais diferenciada, intensivistas, os doentes são altamente críticos o que exige, também, o cumprimento rigoroso das orientações de boas práticas, traduzindo-se, por vezes, numa melhoria na qualidade dos cuidados prestados (Ribeiro, 2019). O SU com características muito particulares quer em relação à rotatividade de médicos quer em relação ao número de doentes, com equipas médica heterogéneas, funcionando em alguns casos por contratação direta ou através do recurso a empresas, levando a uma elevada rotatividade de médicos no serviço de urgência dificultando a adesão e conhecimento sobre a correcta higienização das mãos (Ribeiro, 2019).

A associação entre os conhecimentos e a perceção dos conhecimentos é positiva, ou seja, à medida que aumenta a perceção do conhecimento aumenta o conhecimento. Concluíram que a perceção adequada sobre a importância da higienização das mãos e o conhecimento, são uma mais-valia na prestação de cuidados (Oliveira et al., 2019).

CONCLUSÃO

As Mulheres, os casados, os médicos, os que têm tempo de serviço entre 1-5 anos e os que trabalham na UCIP apresentam maior média de perceção de conhecimentos. Assim sugerimos: sensibilização, educação e formação sobre esta temática a todos os profissionais, mas mais direcionadas para os grupos com menos conhecimentos; a realização de outros estudos, com amostras maiores e noutros serviços que permitam fazer generalizações.

BIBLIOGRAFIA

Andrade, O. M. B. (2013). Perspetiva dos Profissionais de Saúde sobre a Prática de Higienização das Mãos. Instituto Politécnico de Viseu.

Araújo, D. D. de .et al. (2016). A importância da higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. Rev. enferm. UFPE, p. 4880-4884.

Brazão, M. L.; Nóbrega, S.; Bebiana, G.; Carvalho.; (Julho/Setembro 2016). Atividade dos Serviços de Urgência Hospitalares. Volume 23, nº 3, pág 8 – 14. revista da sociedade portuguesa de medicina interna.

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

Direção Geral de Saúde. (2019). *Norma nº 007/2019*. Lisboa

Fernandes D. R., Braga F. T. M. M., Silveira R. C. C. P., Garbin L. M. Hand hygiene: knowledge and skill of caregivers in the hematopoietic stem cell transplantation. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2019;72(6):1653-61.

Frozza Salvi, E. S., Pompermaier, C., Floriani, F., Barrionuevo, V., Santin, D. C., & Giroto, E. (2020): *Higiene de mãos. Anuário pesquisa e extensão unoesc xanxerê*, 5, e27151. Consultado em 25 de Abril de 2021, disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/apeux/article/view/27151>

Graveto, J. M. G. do N., Rebola, R. I. F., Fernandes, E. A., Costa, P. J. dos S. (2018). Hand hygiene: Nurses' adherence after training. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1189–1193.

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas da Saúde : 2019*. Lisboa : INE, 2021.

International Council of Nurses. (2000). Position statement: Occupational health and safety for nurses. Acedido a 9 de Setembro de 2021, a partir de <http://www.icn.ch/pshealthsafetyoo.htm>

Lobeiro, N. M. D. (2019). *Relatório de estágio: Abordagem Especializada do Doente Crítico*. 102. ESSLEI – IPLEIRIA Portugal:

Lourenço, I. M. R. (2020). *A Higiene das Mãos na vanguarda da segurança dos cuidados e dos cuidados seguros*. Consultado em 25 de abril de 2021, disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.17/3525>

Oliveira M.A. de, Leuthier R. M., Oliveira Filho J. R., Leite M. A. P., Fernandes L.G. A., Santos A. F., et al. (2019). *Hand hygiene: knowledge and attitudes of healthcare professionals*. *J Nurs UFPE on line*. 2019;13: e236418 Consultado em 25 de Abril de 2021, disponível em : <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.236418>

Oliveira, A. C. de, & Paula, A. O. de. (2017). A percepção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos. *Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)*, 321–326. REBEN_71-2_POR.indd (scielo.br)

Pina E., e Noriega E., (2014). DGS. Campanha nacional de higiene das mãos. Consultado em 25 de Abril de 2021, disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/dia-mundial-da-higiene-dasmaos-2014.aspx>

Pontes, Bela [et al.] – Competências dos enfermeiros que exercem funções nos serviços de urgência periféricos da RAM. Barcarena: Universidade Atlântica, 2008.

Santos, C. I. G, (2017), *Gestão do procedimento higienização das mãos por enfermeiros: fatores determinantes e avaliação microbiológica* (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal

Silva, L., Barreto, R., Gebrim, C., Suzuki, K., Barbosa, M., & Prado, M. (2015). Crenças de profissionais da saúde sobre o risco de colonização por agentes microbiológicos. *Atas do Congresso IberoAmericano em Investigação Qualitativa*, 1, 295-298. Consultado em 6 de maio de 2021, disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/69/67>

Silva, C. (2017). Saberes e práticas dos profissionais do bloco operatório na prevenção da infeção por microrganismos multirresistentes (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo.

Silva, R., Kozusny-Andreani, D. (2020). *Infections related to health care: knowledge, attitude and practice of the nursing team*. *Research, Society and Development, [S. l.]*, v. 9, n. 10, p. e3819108818, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i10.8818.

Serviço Nacional de Saúde. (2018). Relatório social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa.

Soares, N. R. M., Souza, D. J. de, Ferreira, M. B. G., Senne, E. C. V. de, Paiva, L., & Contim, D. (2017). Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de enfermagem sobre higiene das mãos no ambiente hospitalar. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 5(3), 362–371.

Souza, L. M. B. de, Alievi, M. F., Piasentin, C. Z., Bandeira, V. A. C., Loro, M. M., Stumm, E. M. F., & Kolankiewicz, A. C. B. (2018). *Analysis of the knowledge of nursing professionals in relation to hygienization of hands. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 8(2), 142–149.

Tarso, A.B.; Delgado, C.C.; Alves, D.A.B.; Fontes, F.C.; Santos, P.V.A. (2017). *A higienização das mãos no controle da infecção hospitalar na unidade de terapia intensiva. Revista Eletrônica Atualiza Saúde | Salvador*, v. 6, n. 6, p. 96-104, jul./dez. 2017

Tinoco, C. (2014). *Percepção dos profissionais de saúde sobre as boas práticas de higiene das mãos (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu.*

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por sexo, estado civil, idade, profissão, tempo de serviço e serviço

Sexo	Estado civil			Idade (anos)					
	F	M	Cas.	Sol.	Div.	20-29	30-39	40-49	50-59
N	62	26	49	30	9	13	49	24	2
%	70.45	29.55	55.68	34.09	10.23	17.8	55.7	27.3	2.3
$X = 35.77, dp = 6.74 (23- 53)$									
Profissão	Tempo de Serviço (anos)			Serviço					
	Médico	Enfermeiro	TDT	< 1	[1,5]	]5,10]	>10	SU	UCIP
N	29	43	16	6	24	24	34	71	17
%	32.95	48.86	18.18	6.82	27.27	27.27	38.64	80.68	19.32

Legenda: SU-serviço de urgência; UCIP-Unidade de cuidados intensivos polivalente; TDT – Técnico de Diagnóstico e terapêutica; sol – Solteiro; cas – casado; div - divorciado.

Tabela 2 - Análise da relação dos conhecimentos com cada uma das variáveis sociodemográficas e profissionais

Variáveis	Nível	N(%)	Ordem das médias	Teste estatístico	Resultado
Sexo	Masculino	26 (30%)	16.3 ± 3.99	Mann-Whitney U	587.5P= 0.041;
	Feminino	62 (70%)	18.2 ± 4.43		
Estado civil	Casado	49 (56%)	18.2 ± 4.10	Kruskal-Wallis	2.962, P =0.227
	Solteiro	30 (34%)	17.3 ± 4.84		
	Divorciado	9 (10%)	15.6 ± 13.75		

Profissão	Médico	29 (33%)	18.7 ± 3.98	Kruskal-Wallis	2.015, P = 0.365
	Enfermeiro	43 (49%)	17.1 ± 4.90		
	Técnico	16 (18%)	17.1 ± 3.23		
Tempo de serviço	< 1	6 (7%)	12.8 ± 4.58	Kruskal-Wallis	7.905, P = 0.048
	[1,5]	24 (27%)	18.5 ± 4.28		
	]5,10]	24 (27%)	17.8 ± 3.70	
	> 10	34 (39%)	17.8 ± 4.47		
Serviço	SU	71 (81%)	16.4 ± 3.56	Mann-Whitney U	P<0.001, U=124
	UCIP	17 (19%)	22.8 ± 3.68		
Variável contínua					
Idade	Pearson Correlation				0.152 P=0.152,

Legenda: SU- Serviço de Urgência; UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Tabela 3 - Relação entre a Percepção do conhecimento com a caracterização profissional

Variáveis	N(%)	Percepção do conhecimento global (Média ± Desvio Padrão)	ANOVA
Profissão	Médico	29 (33%)	15.9 ± 0.92
	Enfermeiro	43 (49%)	15.3 ± 1.10
	Técnico	16 (18%)	15.4 ± 0.68
Tempo de Serviço	< 1	6 (7%)	14.6 ± 1.12
	[1,5]	24 (27%)	15.2 ± 1.20
	]5,10]	24 (27%)	15.8 ± 0.67
	> 10	34 (39%)	15.8 ± 0.89
Serviço	SU	71 (81%)	15.3 ± 0.88
	UCIP	17 (19%)	16.4 ± 1.07