



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

**AUTOUIDADO HIGIENE: LAVAGEM DAS MÃOS NA PESSOA
COM DOENÇA HEMATONCOLÓGICA E IMUNODEPRIMIDA**

Elisabete Alexandra Rodrigues Ferreira

Orientador: Professor Mestre Luís Miguel Nunes Oliveira, professor adjunto na
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, *outubro* de 2013

“Há um tempo em que é preciso abandonar as
roupas usadas, que já têm a forma do nosso
corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos
levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo
da travessia: e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre, à margem de nós
mesmos”.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Professor Mestre Luís Miguel Nunes Oliveira, sem o qual a concretização deste trabalho não teria sido possível. A minha sincera gratidão pela sua orientação, dedicação e disponibilidade.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra pela possibilidade de realização do estudo através da autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados.

À Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

A todos os doentes que colaboraram neste estudo de forma compreensiva e sem constrangimentos.

À minha família em especial ao João que me estendeu a mão nos momentos mais difíceis...!

À Sílvia pela sua sabedoria e disponibilidade...!

Às minhas amigas de sempre, elas sabem quem são...!

Obrigado por TUDO!

LISTA DE SIGLAS

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra.

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Nos mais variados estudos realizados sobre as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde em ambiente hospitalar ficou comprovado que a forma mais eficaz de prevenir e combater a infecção é a higiene das mãos, sendo considerada a lavagem das mãos como a mais eficaz. Pela nossa prática diária e experiência profissional pensamos que a pessoa deve ser envolvida no seu autocuidado higiene: lavagem das mãos de forma mais responsável, representando um elo na cadeia contra a infecção. Por outro lado, esta envolvimento exige da parte dos enfermeiros maior investimento pessoal e profissional, no sentido de promoverem sessões de educação para a saúde planeadas em conjunto com a pessoa, para que esta adquira comportamentos corretos referentes à ação de lavar as mãos.

Assim, o nosso estudo teve como objetivos: determinar a importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos; perceber se a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos; analisar os hábitos de lavagem das mãos da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, fora do contexto hospitalar e dentro do contexto hospitalar e; analisar se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra. Desenvolvemos um estudo de carácter quantitativo descritivo-correlacional e transversal, em 30 pessoas com doença hematológica e imunodeprimidas, pós tratamento de quimioterapia, internadas num hospital. Foi aplicado um instrumento de colheita de dados, em forma de formulário.

Os nossos resultados evidenciam que todos os participantes dão importância à lavagem das mãos. Por outro lado, apenas 9 (30,0%) dos participantes afirmaram que foram efetuados ensinamentos por parte dos enfermeiros, e dos que referenciaram ter recebido ensinamentos apenas 4 (44,4%) referiram ter alterado os seus hábitos de lavagem das mãos. No que diz respeito aos hábitos de lavagem das mãos todos os participantes afirmaram

que lavam as mãos tanto fora como dentro do contexto hospitalar. Contudo, os resultados obtidos demonstram-nos que a lavagem das mãos que executam fora do contexto hospitalar e que continuam a praticar durante a hospitalização é incorreta. Verificámos, ainda, que nenhuma das variáveis de caracterização e independentes da amostra apresentaram diferenças estatisticamente significativas em função da importância atribuída à lavagem das mãos. Apesar dos nossos resultados não poderem ser inferidos para a população, cremos que o nosso estudo é uma mais-valia no contexto da nossa prática de cuidados, pois irá permitir-nos desenvolver de forma interativa planos de educação para a saúde.

Palavras-chave: autocuidado, comportamentos, ensinamentos, importância, infeção, lavagem das mãos.

ABSTRACT

In various studies about hospital setting Healthcare Associated Infection's has been proven that the most effective way to prevent and combat the infection is hand hygiene, being considered handwashing as the most efficient. For our daily practice and experience we think that person should be involved in self-care hygiene: handwashing more responsibly, representing a link in the chain against infection.

On the other hand, this requires from nurses personal and professional investment in order to promote education sessions for health planned together with the person to get this right behaviors related to the action of washing hands.

Thus, our study aimed to: determine the importance that the ill person with hemato oncological disease and immunocompromised, hospitalized, assigns handwashing ; Realize if the ill person with hemato oncological disease and immunocompromised, hospitalized, considers important to receive teachings on handwashing; analyze the habits of washing hands of the ill person with hemato oncological disease and immunocompromised, hospitalized, outside the hospital setting and within the hospital context and analyze the relationship between the importance that the ill person with hemato oncological disease and immunocompromised, hospitalized, admitted to a hospital, assigns handwashing and characterization variables and independent sample.

A study conducted any quantitative descriptive correlational cross in 30 people with chronic hemato oncological disease and immunocompromised, hospitalized after chemotherapy treatment in a hospital. A questionnaire was applied to collect data in the way of form.

Our results show that all participants give importance to handwashing. On the other hand, only 9 (30.0 %) of the participants said they have received teachings of nurses and of these, only 4 (44.4 %) changed their handwashing habits. With regard to the habits of hand washing all participants said they wash their hands both inside and outside the hospital setting. However, the results show us that handwashing out of the hospital setting and during hospitalization is incorrect.

We found also that none of the independent variables and characterization of the sample showed statistically significant differences due to the emphasis on handwashing. Although our results cannot be extrapolated to the population, we believe that our study is an asset in the context of our care practice, as it will allow us to interactively develop plans for health education.

Keywords: self-care behaviors, teaching, importance, infection, handwashing.

ÍNDICE DE QUADROS

| | Pág. |
|--|------|
| Quadro 1 – Distribuição da amostra em função da importância atribuída à lavagem das mãos (N=30) | 68 |
| Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra em função da importância de receber ensinamentos (N=30) | 69 |
| Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos da amostra em função da realização de ensinamentos (N=30) | 69 |
| Quadro 4 – Distribuição dos elementos da amostra em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora do contexto hospitalar (N=30). | 71 |
| Quadro 5 – Distribuição dos elementos da amostra em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos dentro do contexto hospitalar (N=30) | 72 |
| Quadro 6 – Distribuição dos elementos da amostra em função dos comportamentos corretos de lavagem das mãos tanto fora como dentro do contexto hospitalar (N=30) | 73 |
| Quadro 7 – Teste U de Mann-Whitney na importância atribuída à lavagem das mãos em função da idade (N=30) | 75 |
| Quadro 8 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função do gênero (N=30) | 76 |
| Quadro 9 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função do estado civil (N=30) | 77 |
| Quadro 10 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função da escolaridade (N=30) | 78 |
| Quadro 11 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função da zona de residência (N=30) | 79 |
| Quadro 12 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função do tempo de diagnóstico (N=30) | 79 |
| Quadro 13 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função dos dias de internamento (N=30) | 80 |
| Quadro 14 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos | |

| | |
|---|----|
| em função dos internamentos anteriores no serviço (N=30) | 81 |
| Quadro 15 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função dos ensinamentos recebidos (N=30) | 82 |
| Quadro 16 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função do diagnóstico clínico (N=30) | 82 |
| Quadro 17 – Teste U de Mann-Whitney na importância atribuída à lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos fora e dentro do contexto hospitalar (N=30) | 83 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | Pág. |
|---|-------------|
| Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo a idade..... | 62 |
| Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o género..... | 62 |
| Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o estado civil..... | 63 |
| Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a escolaridade..... | 63 |
| Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a profissão..... | 64 |
| Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a zona de residência..... | 65 |
| Tabela 7 – distribuição da amostra segundo o tempo de diagnóstico..... | 65 |
| Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo os dias de internamento..... | 66 |
| Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo os internamentos anteriores no serviço. | 66 |
| Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo o diagnóstico clínico..... | 67 |

SUMÁRIO

| | Pág. |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 19 |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO | |
| 1 – O AUTOCUIDADO..... | 25 |
| 1.1 – FATORES CONDICIONANTES DO AUTOCUIDADO..... | 30 |
| 2 – O AUTOCUIDADO HIGIENE: LAVAGEM DAS MÃOS | 33 |
| 3 – A PESSOA COM DOENÇA HEMATONCOLÓGICA..... | 41 |
| 3.1 – NEUTROPENIA E SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO..... | 42 |
| PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO | |
| 1 – METODOLOGIA..... | 47 |
| 1.1 – TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS..... | 47 |
| 1.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO..... | 48 |
| 1.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO..... | 48 |
| 1.4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO..... | 50 |
| 1.4.1. – Variável dependente..... | 50 |
| 1.4.2 – Variáveis de caracterização e independentes..... | 51 |
| 1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA..... | 55 |
| 1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS..... | 56 |
| 1.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS..... | 57 |
| 1.8 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS..... | 58 |
| 1.8.1 – Pré-teste..... | 58 |
| 1.8.2 – Colheita de dados..... | 59 |
| 1.9 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO..... | 59 |
| 2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS..... | 61 |
| 2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... | 61 |
| 2.2 – RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES..... | 67 |

| | |
|--|------------|
| 3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... | 85 |
| CONCLUSÃO..... | 101 |

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I – Pedido do parecer ético à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO II – Autorizações da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

APÊNDICES

APÊNDICE I – Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE II – Pedido de autorização para realização do estudo ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

APÊNDICE III – Consentimento informado

INTRODUÇÃO

Os grandes avanços tecnológicos e científicos verificados no século XX e que se vão estendendo pelo século XXI em muito contribuíram para o aumento da longevidade das populações, modificando as taxas de morbidade e mortalidade, de tal modo que as doenças crónicas assumiram um lugar de destaque no sistema de saúde e no seio dos estudiosos de Enfermagem que se dedicam a tentar compreender os fenómenos de transição de saúde/doença, por forma a colocar a pessoa no centro do cuidar e no cuidar de si mesmo.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) estão igualmente no centro dessas preocupações não só pela instabilidade que geram ao nível pessoal e familiar, mas também ao nível emocional, originando sentimentos de ansiedade e medo em relação ao futuro, pois o adoecer de um familiar pode levar a família a viver uma das situações mais complicadas de encarar no seu ciclo vital, exigindo a necessidade tanto de alterar rotinas, como ainda de reajustar papéis (Pias, 2008).

As IACS não sendo um problema novo, assumem cada vez maior importância, quer nos países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, quer nos países desenvolvidos. Estas infeções encontram-se entre as principais causas de morte nas pessoas hospitalizadas, aumentando também entre estas a taxa de morbidade (Goméz, 2011).

Na história da prevenção da infeção nunca se havia desenvolvido uma campanha, a nível mundial, como a que foi lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2005 sobre a higiene das mãos "*Clean Care is Safer Care*" com o objetivo de melhorar a saúde de milhões de pessoas, promovendo junto dos profissionais de saúde ações concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros através de práticas simples e essenciais como a higiene das mãos (Portugal, 2010a; Goméz, 2011).

Nesta perspectiva e, indo ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros e dos quais emerge, entre outros, o enunciado descritivo que tem a ver com "A prevenção de complicações". Pretendemos num futuro próximo, decorrente da nossa categoria profissional de enfermeiro

especialista, apresentar uma postura pró-ativa de forma a contribuir para a prevenção da infeção resultante da hospitalização da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Vários estudos, envolvendo os profissionais de saúde, têm surgido no âmbito da prevenção da infeção hospitalar direcionados, em grande parte, para a higienização das mãos. Porém, verificamos que, diretamente relacionados com a higiene das mãos da pessoa doente existem poucos estudos de investigação.

Escolhemos o autocuidado higiene: lavagem das mãos, por esta atividade representar uma das principais formas de prevenir e combater a infeção, reduzir os custos na saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa e ambiente social (Gómez, 2011).

Neste sentido, a opção por este tema tem, ainda, a ver no contexto da nossa prática diária, com a necessidade de pautar o nosso exercício profissional, como futuros enfermeiros especialistas, no sentido da promoção e melhoria da excelência dos cuidados de enfermagem à pessoa hospitalizada.

O autocuidado é visto hoje na Enfermagem como algo complexo e multidimensional, podendo ser definido como um processo inato à pessoa, mas que também pode ser aprendido, por forma a adquirir a capacidade de iniciativa e responsabilidade no desenvolvimento da promoção da sua saúde e bem-estar (Queirós, 2010; Petronilho, 2012).

Direcionando-nos para a pessoa hematoncológica e imunodeprimida, esta está mais suscetível de adquirir infeção, pelo que exige que os enfermeiros estejam despertos para realizarem ensinamentos, reforçando-os sempre que seja necessário, sobre a higiene corporal, com especial atenção para a lavagem das mãos, pois estas são um dos principais veículos transmissores de microrganismos (Landers *et al.*, 2012).

Existem vários procedimentos de higienização das mãos, sendo eles: a fricção antisséptica, a preparação pré-cirúrgica e a lavagem das mãos. No entanto, elegemos a lavagem das mãos, por ser considerada como uma das melhores formas de prevenir e combater a infeção (Portugal, 2010a; Kumar, 2011).

Exercemos a nossa atividade profissional no Serviço de Hematologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) – Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). A pessoa com doença hematoncológica ali internada, normalmente, é submetida a

tratamentos com citostáticos. A quimioterapia que lhe é administrada possui a capacidade de afetar a função da medula óssea, induzindo, desta forma, à mielossupressão e conseqüentemente à neutropenia que aumenta o risco de suscetibilidade à infecção.

Verificamos, no entanto que a maioria destas pessoas não realiza o autocuidado higiene: lavagem das mãos de forma correta, essencial na prevenção da infecção e na promoção do seu bem-estar. Observamos também, que não existem momentos de ensinamentos planejados e organizados pelos enfermeiros, em conjunto com a pessoa, no sentido de promoverem a atividade de lavagem das mãos. Por estas razões, colocámos os seguintes objetivos de investigação:

- Determinar a importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos.
- Perceber se a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos.
- Analisar os hábitos de lavagem das mãos da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, fora do contexto hospitalar e dentro do contexto hospitalar.
- Analisar se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra.

Neste sentido, desenvolvemos um estudo de carácter quantitativo descritivo-correlacional e transversal, para dar resposta aos objetivos, questões e hipóteses de investigação formuladas.

Este estudo foi realizado no CHUC – HUC por ser a instituição onde exercemos funções, o que facilita a acessibilidade na colheita dos dados. Esta escolha efetuou-se, acima de tudo, para promover a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com doença hematológica e imunodeprimida fundamentada em evidências científicas decorrentes deste estudo.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes. Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico da temática em estudo. Assim, faremos referência aos capítulos: o autocuidado, o autocuidado higiene: lavagem das mãos e a pessoa com doença hematológica, e aos subcapítulos: fatores condicionantes do autocuidado e, neutropenia e suscetibilidade à infecção.

Na segunda parte apresentamos o estudo empírico onde contextualizamos a investigação, as opções metodológicas utilizadas, a apresentação e análise dos dados e, por último, a discussão dos resultados. Finalizamos com a conclusão extraída do presente estudo, realizando simultaneamente um balanço do percurso desenvolvido, limitações e, sugestões para futuras investigações, com o propósito de ampliação de conhecimentos da temática em análise e da sua aplicabilidade à prática.

A amostra do nosso estudo foi constituída por 30 pessoas com doença hematológica e imunodeprimidas, utilizando como instrumento de colheita de dados um formulário constituído por três partes.

A primeira parte do formulário é constituída por dados de caracterização sociodemográfica. Recolhemos ainda informação relativa aos dados clínicos, tais como: tempo de diagnóstico, dias de internamento, internamentos anteriores e diagnóstico. A questão relativa ao diagnóstico foi preenchida por nós através da consulta do processo clínico. A segunda parte do instrumento de recolha de dados pretende caracterizar os participantes no estudo relativamente ao hábito de lavar as mãos, situações em que lava, produtos utilizados, tempo de lavagem, zonas que lava e forma de secagem das mãos, fora e dentro do contexto hospitalar. Na terceira parte as questões são relativas à importância que as pessoas atribuem à atividade de lavagem das mãos, às consequências de não lavar as mãos, aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros sobre a lavagem das mãos e à importância que atribuem aos ensinamentos recebidos.

Com a realização deste estudo pretendemos ser agentes promotores da habilidade para o autocuidado higiene: lavagem das mãos da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida com vista à recuperação da sua saúde e promoção do seu bem-estar. Pretendemos, ainda, tornar os ensinamentos sobre a ação de lavar as mãos mais eficazes, por forma a obter ganhos em saúde.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O AUTOCUIDADO

A Enfermagem é uma ciência em constante evolução e aperfeiçoamento. É constituída por um corpo próprio de conhecimentos científicos sustentados em alicerces teóricos que explicam os fenômenos e a forma como interagem entre si. Estes originam conceitos que dão significado e imprimem uma linguagem própria às ações que os enfermeiros desenvolvem na sua prática diária. A Teoria, em Enfermagem, é definida como uma concetualização de alguns aspetos da sua práxis, cujo objetivo é descrever fenômenos, explicar as relações entre estes e prever consequências ou prescrever os cuidados de enfermagem (Vítor, Lopes e Araújo, 2010).

O conceito de autocuidado é utilizado nos mais diferentes contextos, em todas as fases de transição ao longo do ciclo de vida e, apesar de incluir a competência da pessoa em cuidar de si, assume dimensões diferentes consoante a situação em que é utilizado. Os processos de transição que vivenciamos não só ao longo das fases de desenvolvimento do ciclo vital, como também em situação de saúde/doença geram, por vezes, alterações na capacidade de autocuidado (Queirós, 2010).

O autocuidado é também entendido na Enfermagem, como um conceito transversal e está associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal, sendo um processo inato, mas também aprendido. Isto é, “é entendido como a perceção, a capacidade e os comportamentos dos indivíduos em realizarem atividades práticas destinadas a promover e manter a saúde, a prevenir e gerir as doenças” (Petronilho, 2012, p. 92).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) define autocuidado como “uma atividade executada pelo próprio com as características específicas: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária” (CIPE, 2011, p.41).

A capacidade de cada um em cuidar de si próprio é intrínseca ao ser humano, no entanto, pode sofrer alterações ao longo do seu ciclo de vida, oscilando da independência até à necessidade de apoio dos profissionais de saúde, tal como explica Queirós,

“ao longo do ciclo vital, oscilamos nas necessidades de autocuidado, nas capacidades autônomas da sua satisfação e nas necessidades de apoio dos agentes de autocuidado quando pelas mais diversas razões, nos processos de transição, se altera a nossa condição ou a do meio, e da autonomia caminhamos para a dependência” (2010, p.5).

Por conter elementos considerados fundamentais para a compreensão do conceito de autocuidado reportamo-nos, então, à Teoria Geral de Enfermagem desenvolvida pela teórica Dorothea Orem.

Assim, o modelo teórico proposto por Orem é composto por três teorias inter-relacionadas: a **teoria do autocuidado** (constitui a base teórica das teorias e define o objetivo, os métodos e o resultado de cuidar de si próprio), a **teoria do déficit de autocuidado** (define a necessidade da pessoa poder beneficiar das ações dos enfermeiros) e a **teoria dos sistemas de enfermagem** (considerada a teoria unificadora da qual dependem a teoria do autocuidado e a teoria do déficit de autocuidado) (Foster e Janssens, 1993; Taylor, 2004; Petronilho, 2012).

A concepção de autocuidado utilizada por Orem é considerada atual nos conceitos de promoção e manutenção da saúde, pois uma e outra promovem a responsabilidade da pessoa pelos cuidados de saúde (Petronilho, 2012). Esta autora é então considerada ao nível da comunidade internacional, como sendo a impulsionadora e responsável pela concetualização e desenvolvimento do conceito de autocuidado na Enfermagem.

Teoria do autocuidado

Orem define o autocuidado como,

“Uma função humana reguladora. (...) é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (...). Também são ações realizadas ou direcionadas (...) para manter e promover a saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento (...)” (2001, pág.45).

Esta teoria abrange o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado.

O autocuidado define-se, então, na teoria de Orem como a prática de atividades iniciadas e executadas pela pessoa, de forma consciente e deliberada, para seu próprio benefício,

para a manutenção da vida e do bem-estar. A atividade de autocuidado significa a habilidade humana para executar as ações de autocuidado. A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade de ações de autocuidado, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações. Ou seja, o agente dependente de cuidados surge quando a pessoa não tem capacidade para se autocuidar e necessita que os cuidados sejam prestados por cuidadores informais, tais como familiares ou amigos, ou por cuidadores profissionais, como os enfermeiros (Foster e Janssens 1993; Taylor, 2004; Petronilho, 2012). Os requisitos ou exigências de autocuidado, apresentados por Orem são três e podem ser definidos como “ações voltadas para a provisão de autocuidado” (Foster e Janssens, 1993, p.91). Desta forma, temos: requisitos universais de autocuidado, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado no desvio de saúde.

Os requisitos universais de autocuidado são comuns a homens, mulheres e crianças durante todo o seu ciclo vital e devem ser vistos como dimensões inter-relacionadas, pelo que um influencia o outro. Estão associados a todos os processos de vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento das pessoas. A designação comum a estas exigências são as atividades de vida diária. Os requisitos universais de autocuidado identificados por Orem são oito e incluem: a manutenção de uma quantidade suficiente de ar; a manutenção da ingestão suficiente de água; a manutenção da ingestão suficiente de alimentos; a provisão de cuidados associados aos processos de eliminação; a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso; a manutenção do equilíbrio entre a solidão e a interação social; a prevenção de situações que constituam perigos para a vida humana, a saúde e o bem-estar; a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais (Orem, 2001; Taylor, 2004; Petronilho, 2012;).

No que diz respeito aos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, estes são expressões particulares de requisitos universais que foram especificados por processos de desenvolvimento, associados a alguns acontecimentos do ciclo de vida, tais como, a adaptação a um novo trabalho ou a adaptação a mudanças físicas (Foster e Janssens, 1993). A expressão requisitos de autocuidado de desenvolvimento torna-se complexa para as diferentes áreas do conhecimento, na perspetiva da compreensão das várias dimensões do desenvolvimento humano e dos fatores que o promovem e regulam ao longo das diferentes etapas do ciclo vital, nomeadamente: no período de vida intrauterina,

nascimento, infância, adolescência, idade adulta, gravidez e velhice (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Os requisitos de autocuidado do desenvolvimento visam também cumprir dois objetivos essenciais: providenciar condições e promover comportamentos que previnam a ocorrência de acontecimentos com consequências adversas no desenvolvimento e ainda prover condições e experiências que minimizem ou superem os acontecimentos nocivos no desenvolvimento da pessoa (Petronilho, 2012). Neste sentido, podem ocorrer alguns acontecimentos adversos que eventualmente afetam o desenvolvimento da pessoa, o que exige uma intervenção adequada e direcionada para a minimização desses eventos. São exemplos de ocorrências nocivas: privação da educação, problemas de adaptação social, lacunas de saúde individual, perdas de familiares e amigos, diminuição da capacidade financeira, perda súbita de emprego, mudança de residência, problemas associados com o *status* social, saúde deficiente ou incapacidade, condições de vida opressivas, doenças terminais ou morte iminente (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Finalmente, e referindo-nos aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde, estes estão relacionados com condições de doença, de lesão, ou podem ser consequência de intervenções médicas exigidas para diagnóstico e tratamento de patologias (*Idem*).

Assim, os requisitos para o autocuidado no desvio de saúde enumerados por Orem são seis e traduzem-se: na procura e garantia de assistência médica adequada; na consciencialização e atenção aos efeitos e resultados da doença; na execução efetiva de prescrições médicas; na consciencialização para tomar atenção aos efeitos indesejáveis associados às medidas prescritas pelo médico; na modificação do autoconceito na aceitação de si, nesta nova situação de saúde em que necessita de formas específicas de cuidados de saúde e na aprendizagem de novos estilos de vida associados aos efeitos de condições patológicas; bem como de efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento médico, por forma a desenvolver num *continuum* o processo de saúde/doença (Foster e Janssens, 1993; Petronilho, 2012).

Teoria do défice do autocuidado

A teoria do défice do autocuidado constitui a essência da Teoria Geral de Enfermagem de Orem, impondo-se sempre que os cuidados de enfermagem passem a ser uma exigência

para a pessoa adulta, pois esta encontra-se limitada para a execução das ações de autocuidado eficazes por forma a darem resposta, quer às suas próprias necessidades de funcionamento e desenvolvimento, quer dos seus dependentes (Orem, 2001; Taylor, 2004).

Deste modo, quando a pessoa se apresenta impossibilitada para dar resposta às suas necessidades de autocuidado ou dos seus dependentes estamos perante a exigência de autocuidado terapêutico. Esta exigência torna fundamental a ajuda de terceiros, ou seja, os agentes que promovem o autocuidado. Os agentes do autocuidado podem ser informais (convivente significativo) ou profissionais organizados. É de referenciar que é nesta fase de exigência de autocuidado terapêutico, em que se torna essencial responder ao défice de autocuidado da pessoa, que os enfermeiros intervêm com o objetivo de colmatar esse défice (Orem, 2001; Queirós, 2010).

Como acima referimos, o défice de autocuidado pode ser suprido por um cuidador informal, no entanto, se a exigência de autocuidado da pessoa for superior à capacidade de resposta deste agente, torna-se necessário a prestação de cuidados de enfermagem, por forma a responder às necessidades de autocuidado da pessoa utilizando, os enfermeiros, um ou mais sistemas de enfermagem, descritos por Orem (Petronilho, 2012).

De acordo com Foster e Janssens (1993) Orem identificou cinco métodos de ajuda, sendo eles: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro.

Teoria dos sistemas de enfermagem

De acordo com Taylor (2001) a teoria dos sistemas de enfermagem diz-nos que Enfermagem é ação humana, ou seja, os sistemas de enfermagem são ações planeadas por enfermeiros com o objetivo de satisfazer as necessidades das pessoas com défice de autocuidado ou com autocuidado dependente. Desta forma, o sistema de enfermagem delineado pelo enfermeiro baseia-se, nas necessidades de autocuidado e na capacidade da pessoa para a realização de atividades de autocuidado (Foster e Janssens, 1993).

Petronilho (2012, p.25) afirma ainda que esta teoria delimita “ como é que os enfermeiros, doentes ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado do doente”.

Na teoria dos sistemas de enfermagem de Orem verificamos que os cuidados de enfermagem são exigidos sempre que existe um déficit de autocuidado entre as atividades que a pessoa pode realizar e aquilo que necessita de ser realizado, com o objetivo de manter o funcionamento adequado das necessidades da pessoa (Orem, 2001; Petronilho, 2012).

Para satisfazer os requisitos de autocuidado da pessoa Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem. São eles: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação (Orem, 2001; Taylor, 2004; Petronilho, 2012).

O sistema de enfermagem totalmente compensatório é representado pela pessoa incapaz de satisfazer as suas atividades de autocuidado. Neste sistema o enfermeiro através das suas ações de apoio e proteção concretiza o autocuidado terapêutico da pessoa, compensando-a na sua incapacidade para o autocuidado (Taylor, 2004; Petronilho, 2012).

O sistema parcialmente compensatório surge quando a pessoa já executa algumas ações de autocuidado, regula essa atividade e aceita o cuidado e a assistência da enfermagem nas suas limitações. Aqui a função do enfermeiro é compensar as limitações da pessoa e, por vezes, pode ter que executar algumas tarefas de autocuidado. Neste sistema, quer a pessoa, quer o enfermeiro podem assumir o papel principal no desempenho das atividades de autocuidado (*Idem*).

O sistema de apoio-educação ocorre quando a pessoa executa o autocuidado e regula o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado com a ajuda do enfermeiro. Nesta situação é exigido que se estabeleçam estratégias sólidas onde se concilie um ambiente que combine apoio, orientação, desenvolvimento e aprendizagem (*Idem*).

1.1 – FATORES CONDICIONANTES DO AUTOCUIDADO

As ações de autocuidado são constituídas pelas atividades de vida diária que a pessoa desempenha para obtenção do seu próprio benefício com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Estas ações envolvem a capacidade de decisão e têm como intenção principal contribuir para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento de cada pessoa (Bub *et al.*, 2006).

A capacidade da pessoa para executar as atividades promotoras do autocuidado pode ser influenciada por diversos fatores tais como: a idade, o género, o estado de saúde, as condições socioculturais e familiares, os recursos disponíveis, o acesso ao sistema de saúde e a atividade profissional (Silva, 2001; Holguín, 2010). Neste sentido, no estudo exploratório realizado por Holguín (2010) que teve como objetivo descrever o comportamento e a capacidade para realizar as ações do autocuidado em pessoas com insuficiência cardíaca ficou demonstrado que os fatores acima descritos revelaram-se agentes condicionantes importantes para a realização do autocuidado.

Orem (2001) defende ainda que a habilidade para o autocuidado é determinada por algumas características da pessoa como sejam: o nível de maturidade, os objetivos e práticas culturais, os conhecimentos de saúde que cada indivíduo possui, a posição que ocupa ou papel que detém na estrutura familiar e social, a motivação das pessoas adultas para se envolverem nas atividades de autocuidado, o conhecimento deficiente que possuem acerca do autocuidado, os problemas de saúde e os hábitos e capacidades de autocuidado inadequados.

Existe consenso na literatura, quando esta demonstra que o autocuidado depende da existência de vários fatores como: idade, género, fase de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores intrínsecos ao sistema familiar, estilos de vida, fatores ambientais, fatores inerentes ao sistema de cuidados de saúde e recursos adequados e disponíveis (Abreu 2011; Sidani, 2011).

Num estudo qualitativo realizado com pessoas com cancro submetidas a quimioterapia revelou-se que a informação fornecida pelos profissionais de saúde, no início do tratamento, de forma adequada e sistemática quer à pessoa, quer ao convivente significativo melhora a habilidade de autocuidado, devido à aprendizagem de estratégias que minimizam a fadiga que é um fator condicionante do autocuidado (Spichiger *et al.*, 2011).

Por outro lado, e ao contrário do que seria de esperar um estudo realizado em doentes insuficientes crónicos, em 2009 por Clark *et al.*, demonstrou que mais conhecimento não implica necessariamente uma maior disposição para o autocuidado. Neste estudo os autores identificaram como agentes determinantes da vontade e capacidade de gerir o autocuidado: a confiança nos profissionais de saúde, a perceção sobre o sistema de

saúde, as estratégias de estoicismo e autoconfiança associados ao trabalho, à cultura, ao meio rural onde habitam, entre outros fatores.

Akyol *et al.* (2007) realizaram uma pesquisa com o objetivo de explicar os fatores condicionantes do comportamento/capacidade para o autocuidado em doentes hipertensos, tendo concluído, mais uma vez, que as pessoas com maior nível de educação revelaram melhores comportamentos de autocuidado. Estes autores evidenciaram a importância da realização de programas de educação específicos e individualizados para aumentar o conhecimento das pessoas face à necessidade de adquirirem comportamentos de autocuidado adequados. Os autores concluíram também que as pessoas com melhor suporte económico evidenciaram comportamentos de autocuidado mais ajustados.

No que diz respeito à implementação de programas de ensinos, por parte dos enfermeiros, junto de pessoas portadoras de diabetes *mellitus* tipo II o estudo realizado por Avila Alpirez *et al.* (2006) demonstra que são essenciais, pois revelou uma melhoria significativa no autocuidado destas pessoas. O mesmo estudo revela também que a idade, o estado civil e o género são fatores condicionantes de elevados níveis de capacidade de autocuidado.

Decorrente da abordagem de fatores determinantes do autocuidado tais como, fatores físicos, cognitivos, psicológicos, sociodemográficos, sociais, espirituais, culturais e económicos voltados, essencialmente, para a doença crónica e considerando os contributos dos vários autores podemos refletir sobre a necessidade de envolver as pessoas e suas famílias em comportamentos e ações educativas que promovam o autocuidado. Esta envolvimento irá contribuir, certamente, para a redução dos custos na saúde, sendo exemplo disso a diminuição das taxas de infeção e readmissão hospitalar.

O estudo quasi-experimental realizado por Cebeci e Celik (2008) comprova o que afirmámos, anteriormente, ao concluir que o aconselhamento e a preparação individual da pessoa incentivada para o autocuidado adequado ajudam na prevenção do aparecimento de problemas após a alta, na redução das taxas de reinternamento e consequentemente na diminuição dos custos em saúde.

2 – O AUTOCUIDADO HIGIENE: LAVAGEM DAS MÃOS

O autocuidado é definido, na teoria de Orem, como a realização de atividades de vida diárias pela pessoa dirigidas a si mesma ou ao ambiente com o objetivo de regular o próprio funcionamento de acordo com os seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar (Orem, 2001; Petronilho, 2012). Assim, parece-nos adequado considerar a lavagem das mãos como uma ação do autocuidado higiene que a pessoa executa de forma deliberada, em seu próprio benefício com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Indo ao encontro da linguagem classificada CIPE, neste estudo referimo-nos à lavagem das mãos como uma atividade que faz parte do autocuidado higiene realizado pela pessoa. Desta forma, o autocuidado higiene é um tipo de

“autocuidado com as características específicas: encarregar-se de manter um padrão contínuo de higiene, conservando o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavando regularmente as mãos, limpando as orelhas, nariz e zona perineal e mantendo a hidratação da pele, de acordo com os princípios de preservação e manutenção da higiene” (CIPE 2005, p.55).

A CIPE (2011, p.96) descreve a ação cuidar da higiene como sendo algo a executar pela pessoa, ou seja, “dar banho, mudar de roupa, levantar da cama, associado a padrão cultural e nível socioeconómico” e no que respeita à ação dar banho define-a como “cuidar da higiene: Aplicar água ou material de limpeza a algo”.

Neste estudo referimo-nos à lavagem das mãos com água e sabão (comum ou antimicrobiano) como sendo uma ação que a pessoa executa de forma independente e deliberada. Existem outras técnicas de higiene das mãos, sendo elas: a fricção antisséptica que é constituída pela aplicação de um antisséptico de base alcoólica para fricção das mãos (este procedimento demora cerca de 15 a 30 segundos); a preparação pré-cirúrgica das mãos que consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório. Que tem como objetivos eliminar a flora transitória e reduzir a flora residente (este procedimento demora entre 2 a 3 minutos) Portugal (2010a).

Neste contexto, a lavagem das mãos integrada no conjunto das precauções básicas de higiene, constitui a medida mais relevante na prevenção e controlo da infeção. É também,

considerada uma medida com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos (Chen e Chiang, 2007).

Neste sentido, a lavagem das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução das IACS. É consensual que a transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes e entre doentes através das mãos é uma realidade incontornável. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção, as mãos dos profissionais de saúde constituem a fonte ou o veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (trato respiratório, etc.), para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido céfalo-raquidiano, líquido pleural, etc.) e, ainda para outros doentes ou para o ambiente envolvente contaminando-o (Chen e Chiang, 2007; Gómez, 2011).

Aliado à maior esperança de vida da população portuguesa verificamos simultaneamente o aumento do número de pessoas com doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes, assim como um elevado número de novos casos de cancro. A estas situações associa-se a necessidade de desenvolver e melhorar as políticas de saúde que colocam um enfoque cada vez maior, e de acordo com Petronilho:

“...na responsabilização, envolvimento e mestria dos cidadãos e nas famílias para cuidarem de si próprios em relação às actividades de vida diária e na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos definidos com a ajuda de profissionais de saúde, no sentido de serem capazes de gerir com maior eficácia os processos de saúde-doença.” (2012, p.11).

Naturalmente, existe uma compreensão crescente de que as infeções assumem cada vez mais importância em Portugal e no mundo. Esta consciencialização pretende envolver e comprometer de igual forma profissionais de saúde e a população em geral, alertando para a necessidade de trabalharem de forma concertada nos processos de saúde/doença e, também de melhorar não só a saúde pública, mas também a saúde individual.

Deste modo, a prestação de cuidados de saúde, tanto em meio hospitalar, como em regime de ambulatório, pode ser responsável pela transmissão de infeções designadas por IACS, estando este fenómeno, largamente documentado em inúmeros estudos epidemiológicos efetuados.

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência de Infeção de 2010, a taxa de prevalência de IACS foi de 11,7% em 9,8% de doentes e a taxa de prevalência de infeção adquirida na comunidade foi de 22,5% em 22,3% de doentes. Este estudo teve a

participação de 97 hospitais do Continente e Ilhas, incluindo 14 hospitais privados num total de 21011 doentes. O mesmo inquérito revela ainda, que os serviços que apresentaram taxas de infeção mais elevadas foram as unidades de cuidados intensivos, serviços de cirurgia e de hematologia/oncologia (Portugal, 2010b).

Nesta perspetiva, reconhecemos, mais uma vez, que as IACS são um problema nacional de grande acuidade, afetando quer a qualidade da prestação dos cuidados, quer a qualidade de vida das pessoas, quer ainda a segurança das pessoas e dos profissionais de saúde, aumentando exponencialmente os custos diretos e indiretos do sistema de saúde (Portugal, 2009).

Se por um lado se prolonga a sobrevida das pessoas, por outro verifica-se que, as mesmas se tornam suscetíveis às múltiplas infeções que podem adquirir nos locais onde se prestam cuidados de saúde, principalmente devido ao recurso a procedimentos cada vez mais invasivos, a terapêutica antibiótica agressiva ou imunossupressora e aos internamentos subsequentes (McGuckin, 2004; Portugal, 2008; Gómez, 2011).

A OMS reconhece ainda que as IACS dificultam o tratamento adequado de pessoas em todo o mundo, sendo reconhecidas como uma causa importante de morbilidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos não só hospitalares, como também comunitários. As IACS, de acordo com a OMS podem afetar de igual forma, qualquer pessoa que frequente o hospital, tais como: doentes externos, trabalhadores ou visitas (Portugal, 2007a; Kumar *et al.*, 2011).

As IACS podem também ser definidas, como um conceito alargado de infeção adquirida pelas pessoas e profissionais de saúde, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados: agudo, reabilitação, ambulatório ou domiciliário. Deve ser, igualmente claro, que a infeção não está presente ou em incubação no momento da admissão na unidade hospitalar (Portugal, 2007a).

Portugal (2009) acrescenta, por forma a completar o conceito de infeção hospitalar, que esta quando é adquirida no hospital pode ser provocada por agentes infecciosos de fonte endógena ou exógena à pessoa.

Neste sentido, fonte endógena, interior à pessoa, é entendida como sendo zona do corpo como, a pele, o nariz, a boca ou o aparelho gastrointestinal onde normalmente existem microrganismos. As zonas exógenas, exteriores à pessoa, podem ser os profissionais

prestadores de cuidados de saúde, os familiares, as visitas, os equipamentos médicos e todo o ambiente envolvente (*Idem*).

Na mesma linha, Portugal (2002; 2010a; 2010b) referem vários fatores externos e internos, à pessoa hospitalizada, que favorecem o aparecimento da infeção. Descrevendo como fatores externos o número, cada vez maior, de procedimentos médicos e técnicas invasivas, que criam potenciais portas de entrada para a infeção. Enumeram ainda os hospitais sobrelotados, em que as insuficientes práticas de controlo da infeção facilitam a transmissão de bactérias multirresistentes entre as pessoas.

Por sua vez, os fatores internos à pessoa que influenciam a aquisição de infeção incluem a idade, o estado imunitário e a doença de base. Deste modo, as idades extremas (infância e terceira idade) estão associadas a uma menor resistência à infeção. Os portadores de doenças crónicas tais como; tumores sólidos ou líquidos, diabetes *mellitus*, insuficiência renal ou síndrome da imunodeficiência adquirida, têm uma suscetibilidade à infeção aumentada por agentes oportunistas em consequência dos tratamentos realizados ou da própria doença (*Idem*).

Esta constatação é corroborada por Feitosa *et al.* (2004) que enumeram alguns fatores que contribuem para o aumento significativo do risco de adquirir infeção, sendo eles a idade, as condições do sistema imunitário, as doenças crónicas (leucemias e outros tipos de tumores malignos, diabetes *mellitus* e o síndrome da imunodeficiência adquirida).

Para que a infeção aconteça é necessário que ocorra a cadeia infecciosa, que é constituída por um organismo causador de infeção ou agente infeccioso, um reservatório de microrganismos disponíveis, uma porta de saída do reservatório, um mecanismo de transmissão, um hospedeiro suscetível de adquirir infeção e, finalmente, uma porta de entrada no hospedeiro.

A infeção só surge quando todos os elementos que compõem a cadeia infecciosa estão presentes, pelo que a eliminação de um desses elos pode evitar a ocorrência do processo infeccioso. A quebra da via de transmissão da infeção mais eficaz é, de acordo com Feitosa *et al.* (2004) e Gómez (2011), através da lavagem das mãos com água e sabão.

A lavagem das mãos com água e sabão consiste na ação de esfregar ambas as superfícies das mãos, incluindo dedos e punhos, seguida de enxaguamento com água corrente. Deve ter-se especial atenção às unhas, às zonas interdigitais, aos punhos e às

palmas das mãos. Deve-se proceder à sua execução sempre que as mãos estejam sujas. Entende-se por mãos sujas as situações em que seja visível a sujidade ou a presença de fluidos orgânicos macroscopicamente (Portugal, 2010a; Gómez, 2011; Kumar *et al.*, 2011).

É de referir que nas atividades de vida diárias, devemos proceder à lavagem das mãos, tais como, antes e após as refeições, quando estão visivelmente sujas, antes e após a utilização de instalações sanitárias, aquando da manipulação de roupa suja, aquando do manuseamento de alimentos, e após tossir espirrar ou assoar (Portugal, 2010a; Landers *et al.*, 2012).

No contexto hospitalar a ação de lavar as mãos é acrescida de maior importância quando a pessoa regressa à unidade de internamento, após a realização de exames auxiliares de diagnóstico e quando toca em alguma ferida ou em algum dispositivo de drenagem ou sistema de administração de medicamentos (Landers *et al.*, 2012).

A lavagem das mãos tal como, Portugal (2010a) e Gómez (2011) preconizam, é constituída por onze passos, sendo eles molhar as mãos com água, aplicar sabão de forma a cobrir todas as superfícies das mãos, esfregar as palmas das mãos uma na outra, esfregar a palma direita sobre o dorso esquerdo com os dedos entrelaçados e vice-versa, palma com palma com os dedos entrelaçados, parte de trás dos dedos nas palmas opostas com os dedos entrelaçados, esfregar o polegar esquerdo em sentido rotativo, entrelaçado na palma direita e vice-versa, esfregar rotativamente para trás e para a frente os dedos da mão direita na palma da mão esquerda e vice-versa; enxaguar as mãos em água corrente, secar as mãos com toalhetes de papel e se a torneira for manual deverá ser fechada com o toalhete, afim de não recontaminar as mãos, este procedimento deve demorar cerca de 60 segundos.

Humphreys *et al.* (2011) estão em consonância com os autores acima referidos quando afirmam que a secagem das mãos deve ser feita, de preferência, com toalhetes de papel. Acrescentam ainda que é preferível lavar as mãos com sabonete líquido do que com sabonete sólido, pois este é mais difícil de conservar seco e sem fissuras no lavatório após as várias utilizações. Os mesmos autores admitem também que existem algumas zonas das mãos que são esquecidas com alguma frequência durante a sua lavagem, sendo elas os polegares, o dorso das mãos, os espaços interdigitais e debaixo das unhas.

Landers *et al.* (2012), num artigo de revisão da literatura realizado sobre a lavagem das mãos, demonstram a importância de envolver a pessoa internada na monitorização desta atividade como forma de prevenir a infeção, alertando para a necessidade da lavagem das mãos dos profissionais de saúde.

Este estudo revela os fatores associados à predisposição da pessoa internada na promoção da lavagem das mãos dos profissionais de saúde, ajudando a prevenir a infeção e consequentemente a melhorar a segurança da pessoa internada. Esses fatores têm a ver com aspetos comportamentais, normas, crenças, perceção do risco de infeção, variáveis demográficas e gravidade da doença. Neste estudo, fica também demonstrado que fatores como, hospitalizações anteriores, infeções hospitalares prévias ou antecedentes de isolamento de contato não parecem ter qualquer influência na vontade em aderir à supervisão da lavagem das mãos como forma de prevenir as infeções.

Por outro lado, os autores referem que fatores como a idade avançada, o desconforto em colocar questões sobre cuidados de higiene, a confiança de que os profissionais de saúde realizariam a higiene das mãos e o papel dos profissionais de saúde podem influenciar de forma negativa a vontade da pessoa, não obtendo a sua colaboração na monitorização da lavagem das mãos. O mesmo estudo menciona, ainda, algumas considerações básicas que visam a promoção da lavagem das mãos da pessoa hospitalizada tais como, a necessidade de estabelecer os momentos em que a lavagem das mãos deve ser feita; informar a pessoa e as visitas das normas de higiene que devem ser respeitadas (como, quando e porquê), formar os profissionais de saúde no sentido de promoverem a higiene das mãos, adaptar a atividade de lavagem das mãos às necessidades de cada pessoa e incutir uma prática comportamental de prevenção da infeção nas pessoas (profissionais e não profissionais de saúde) que contactem com a pessoa hospitalizada.

Daqui podemos concluir, de acordo com os autores supracitados, a necessidade de o enfermeiro envolver a pessoa e a família nos ensinamentos sobre a prevenção da infeção. Para tal, o enfermeiro tem de ser conhecedor não só do que são as IACS e do que elas representam nos dias de hoje, em termos sociais e económicos, assim como deverá, também enquadrar estes ensinamentos no contexto socio cultural da pessoa doente, e fazendo a avaliação sistemática da sua eficácia.

Esta ideia vai ao encontro daquilo que Silva e Dias (2007) defendem sobre os ensinamentos à pessoa neutropénica, pois o enfermeiro tem que ter em atenção a perspetiva da pessoa, a

sua origem cultural e social, por forma a adaptar os ensinamentos e ajudá-la a filtrar as informações obtidas. O enfermeiro tem, também, que estar atento às várias fontes de informação a que a pessoa recorre, nomeadamente os meios de comunicação social, que poderão influenciar os seus comportamentos. Estes autores admitem ainda a criação de *Guidelines* que possibilitem adaptar os ensinamentos a cada tipo de pessoa/família.

Bochi, Puchalski e Camargo (2007), numa revisão sistemática da literatura que visa fundamentar os cuidados específicos ao transplantado de células-tronco hematopoiéticas evidenciam, por parte da pessoa, a necessidade da lavagem correta das mãos na manipulação dos alimentos, uma vez que as práticas incorretas de higiene podem provocar a infeção cruzada. Demonstram igualmente a importância dos ensinamentos quer à família, quer à pessoa não esquecendo que ambas possuem as suas próprias normas e crenças.

Também Zavadil (2010) no seu estudo sobre representações do enfermeiro sobre infeção na pessoa submetida ao transplante de células-tronco hematopoiéticas afirma, que o cuidar não implica somente a dimensão técnica. Pelo que envolve, de igual forma saber lidar com emoções e sentimentos. Desta forma, o enfermeiro deve apoiar a pessoa e a família, tendo em conta os fatores físicos, emocionais, culturais, sociais e espirituais. Isto é, deve tentar perceber a individualidade da pessoa hospitalizada, pois na maior parte das vezes esta é capaz de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser prestado. Esta atitude, segundo a autora, facilita o processo de recuperação, diminui o tempo de internamento e, por consequência, a ocorrência de infeções.

Por outro lado, um estudo realizado por Rabelo e Souza (2009), de carácter qualitativo, sobre o conhecimento que o familiar/acompanhante tem sobre o isolamento de contato, durante o internamento da criança hospitalizada, revela que a família é apenas informada do que pode ou não fazer com o objetivo de evitar a disseminação da infeção. Neste estudo a lavagem das mãos é reforçada pelos enfermeiros como sendo algo importante no combate à infeção. Contudo, os autores verificaram que essa informação é aceite e cumprida não havendo, por parte dos profissionais de saúde, a preocupação de utilizar termos que os familiares compreendam, assim como a necessidade de planear, organizar e avaliar de forma sistemática se os ensinamentos foram apreendidos.

Ao olharmos para os dados do Instituto Nacional de Estatística (2011) e no que se refere às condições de habitabilidade em Portugal as infraestruturas básicas como, água

canalizada, sistema de esgotos e casa de banho com banho ou duche estão atualmente, praticamente, presentes em quase todas as casas. No entanto, cerca de 76.924 (1,92%) dos alojamentos ainda não dispõem de casa de banho com banho ou duche. Lisboa é a região do país com menor percentagem de alojamentos que não dispõem desta infraestrutura (0,87%) e a região do Alentejo surge com a maior percentagem de alojamentos (2,84%) que ainda não têm casa de banho com banho ou duche. A região Centro surge com uma percentagem (2,15%) de alojamentos que não dispõem destas infraestruturas.

Verificamos assim que as condições socio culturais e a zona de residência podem, por um lado, refletir os cuidados de higiene que as pessoas têm no seu dia-a-dia, por outro lado essas condições podem implicar reincidências no estado de saúde, já fragilizado de pessoas com doenças crónicas provocando um aumento nas taxas de readmissão hospitalar.

3 – A PESSOA COM DOENÇA HEMATONCOLÓGICA

A doença oncológica integra a segunda principal causa de morte em Portugal, sendo possivelmente a doença mais receada pela população em geral. A taxa de óbitos por cancro, no nosso país, registou um aumento de 15,8% entre os triénios de 1993-1995 e 2003-2005, tendo sido registados 22.682 óbitos em 2005 (Portugal, 2007b).

Quando é diagnosticada uma doença do foro oncológico, esta causa um profundo impacto na pessoa, podendo alterar, a partir desse momento, a sua forma de encarar a sua saúde, o seu futuro, a sua imagem e as suas capacidades. A doença hematoncológica não é exceção, despoletando respostas emocionais na pessoa, tais como depressão, ansiedade grave, medo, raiva, desesperança, mudanças de personalidade e culpa que podem desencadear na pessoa sintomas físicos como, fadiga, perturbações do sono, transtornos alimentares e alterações sexuais (Ferreira, Santos e Bulcão, 2012).

Segundo Apro, citado pelos autores acima referidos, o diagnóstico de cancro provoca um choque não só na forma como a pessoa se percebe, mas também na forma como percebe o ambiente social envolvente. Pelo que esta doença se insere no grupo das que ameaçam com maior intensidade a integridade física, psicológica e social da pessoa.

Os principais tipos de doenças hematoncológicas são a leucemia, que se pode classificar em aguda ou crónica, sendo que cada um destes tipos se pode subdividir em linfóide ou mieloide. O linfoma que se pode dividir em *hodgkin* e *não-hodgkin* e o mieloma múltiplo. Os tratamentos médicos para estas doenças são, essencialmente, a quimioterapia, a radioterapia e o auto ou alotransplante de medula óssea. Estes tratamentos podem ser utilizados de forma individual ou combinada (Reis, 2007).

Estes tratamentos são descritos pela pessoa como agressivos, exigindo deslocações frequentes ao hospital, internamentos e reinternamentos demorados (*Idem*).

De uma forma geral, a pessoa submetida a tratamento com citostáticos está desperta apenas para alguns efeitos secundários como sejam a alopecia, a diminuição do apetite, as náuseas, os vómitos e a fadiga. No entanto, a propriedade sistémica da quimioterapia afeta, também as células dos tecidos com divisão rápida, como é o caso das células da

medula óssea, pelo que estas são suscetíveis de serem destruídas ao mesmo tempo que as células malignas, ocorrendo a mielossupressão, pois é ao nível da medula óssea que os citostáticos utilizados nestes tipos de tumores vão exercer grande parte dos seus efeitos secundários. (Smeltzer e Bare, 2005; Reis, 2007; Silva e Dias, 2007).

Desta forma, as toxicidades hematológicas que ocorrem com maior frequência são as que envolvem as células hematopoiéticas como sejam, os eritrócitos em que do seu *déficit* resulta a anemia, as plaquetas que da consequência do seu decréscimo surge a trombocitopenia e os neutrófilos que em resultado da diminuição da sua contagem advém a neutropenia. Neste trabalho iremos salientar a neutropenia, provocada pela quimioterapia como a principal toxicidade hematológica, pois como resultado desta o risco de adquirir infeção está muitas vezes aumentado (*Idem*).

3.1 – NEUTROPENIA E SUSCETIBILIDADE À INFEÇÃO

As principais funções dos neutrófilos são a prevenção e a defesa do organismo contra a infeção através da fagocitose, caracterizando-se a neutropenia pela diminuição na contagem do número de neutrófilos no sangue periférico (neutrófilos abaixo de 2.000/mm³) (Smeltzer e Bare, 2005; Silva e Dias, 2007).

A neutropenia pode surgir como consequência de algumas patologias hematológicas ou como efeito secundário da administração de radioterapia ou quimioterapia. No nosso estudo vamos referir-nos à neutropenia que ocorre como consequência do tratamento por quimioterapia, por ser este o tratamento de eleição para as doenças hematológicas (Costa *et al.*, 2005).

De acordo com a CIPE podemos inferir, que a principal consequência da neutropenia é o aumento do risco da suscetibilidade à infeção, em que existe “uma perda da capacidade normal dos factores de resistência necessários para evitar a infeção, associada à fadiga, exaustão, infeção recente, desnutrição, desidratação e maus hábitos de higiene” (CIPE, 2003, p.41).

Podemos, ainda, entender a infeção na versão atualizada da CIPE, como sendo um processo patológico com “invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se

reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo” (CIPE, 2011, p.59).

O risco de adquirir infeção está diretamente relacionado com a gravidade e a duração da neutropenia, ou seja, o risco de adquirir infeção aumenta de forma proporcional à diminuição da contagem de neutrófilos e ao aumento de intervalo de tempo durante o qual persiste a neutropenia. Esta pode apresentar uma contagem de neutrófilos desde $1,500/\text{mm}^3$ até $<500/\text{mm}^3$ (Silva e Dias, 2007).

O risco de infeção encontra-se aumentado durante o período *Nadir* que corresponde ao tempo representado em dias, que medeia entre a administração da quimioterapia e a ocorrência do menor valor da contagem hematológica de neutrófilos e normalmente ocorre num período entre 7 a 10 dias após a administração da quimioterapia. O sistema imunitário restabelece-se aproximadamente três semanas após a administração dos citostáticos (Costa *et al.*, 2005; Smeltzer e Bare, 2005; Silva e Dias, 2007).

A neutropenia para além de aumentar o risco de adquirir infeção e de alterar substancialmente a qualidade de vida da pessoa pode elevar o número de dias de internamento e os reinternamentos, bem como os custos de saúde que lhe estão associados. Ainda de acordo com a gravidade e duração da neutropenia, esta pode colocar a vida da pessoa em risco (Costa *et al.*, 2005; Silva e Dias, 2007).

Neste sentido, é necessário, por parte dos enfermeiros, realizar ensinamentos à pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, responsabilizando-a e envolvendo-a não só na identificação de sinais e sintomas sugestivos de infeção tais como, febre, arrepios, fadiga, taquicardia, taquipneia e cefaleias, mas também em comportamentos adequados com o objetivo de prevenir a infeção, como sejam, higiene corporal cuidada com especial atenção das mãos (Silva e Dias, 2007).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1 – METODOLOGIA

Neste capítulo descrevemos a metodologia orientadora do nosso estudo de investigação. A fase metodológica traduz-se na escolha de um método de investigação e de uma técnica de recolha de dados através dos quais pretendemos obter respostas para o nosso problema de investigação (Fortin, 2009).

Assim, começaremos por delinear: o tipo de estudo e os objetivos; as questões de investigação; as hipóteses; a operacionalização das variáveis; a população e amostra; o instrumento de colheita de dados; os procedimentos formais e éticos; os procedimentos de colheita de dados e, por último, o tratamento estatístico.

1.1 – TIPO DE ESTUDO E OBJETIVOS

Este trabalho, em função do problema que pretendemos estudar, insere-se no domínio da investigação quantitativa descritivo-correlacional e transversal, na medida em que procuramos explorar e determinar a existência de relações entre as variáveis, com vista a descrevermos essas relações (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009). Com a realização deste estudo de investigação pretendemos dar resposta aos seguintes objetivos:

- Determinar a importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos.
- Perceber se a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos.
- Analisar os hábitos de lavagem das mãos da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, fora do contexto hospitalar e dentro do contexto hospitalar.

- Analisar se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra.

1.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões decorrem diretamente do objetivo de investigação e constituem a declaração de uma interrogação específica formulada no presente, para a qual o investigador pretende obter resposta. As questões de investigação determinam a orientação do tipo de estudo e ajudam na formulação de hipóteses (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Com este estudo pretendemos assim obter resposta para as seguintes questões de investigação:

- Qual a importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos?
- Será que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos?
- Quais os hábitos de lavagem das mãos da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, fora do contexto hospitalar e dentro do contexto hospitalar?

1.3 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As hipóteses de investigação constituem uma previsão da relação entre duas ou mais variáveis ou uma previsão dos resultados esperados na população em estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Colocamos então algumas hipóteses de investigação, referentes ao nosso estudo, em que pretendemos identificar as diferenças que poderão existir na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à

lavagem das mãos, em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra.

Deste modo, temos as seguintes hipóteses:

- H1 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da idade.
- H2 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do género.
- H3 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do estado civil.
- H4 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da escolaridade.
- H5 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da zona de residência.
- H6 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do tempo de diagnóstico.
- H7 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos dias de internamento.
- H8 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos internamentos anteriores no serviço.

- H9 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos ensinamentos recebidos.
- H10 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do diagnóstico clínico.
- H11 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital atribui à lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar.

1.4 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO

Neste capítulo vamos operacionalizar as variáveis que foram construídas a partir da revisão bibliográfica realizada e serviram de suporte para a elaboração do instrumento de coleta de dados. A operacionalização das variáveis é uma fase decisiva no processo de investigação, contribuindo de uma forma determinante para o rigor e objetividade do estudo (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Iniciaremos este subcapítulo por apresentar a variável dependente e de seguida as variáveis de caracterização e independentes da amostra.

1.4.1 – Variável dependente

Definimos como variável dependente deste estudo:

- **A importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos** e foi operacionalizada, solicitando aos participantes que se situassem num contínuo de escala tipo Likert com cinco opções de resposta: nada importante, pouco importante, indiferente, importante e muito importante.

1.4.2 – Variáveis de caracterização e independentes

As variáveis de caracterização e independentes são: a idade, o género, o estado civil, a escolaridade, a profissão, a zona de residência, o tempo de diagnóstico, os dias de internamento, os internamentos anteriores no serviço, o diagnóstico clínico, a lavagem das mãos fora do contexto hospitalar, o número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora do contexto hospitalar, a lavagem das mãos dentro do contexto hospitalar, o número de comportamentos corretos de lavagem das mãos dentro do contexto hospitalar, os ensinamentos recebidos e a importância da realização de ensinamentos.

Idade – foi operacionalizada através de uma questão aberta com a intenção de determinar a idade dos inquiridos. Nos testes de hipóteses esta variável foi tratada como variável contínua *per se*, mas para a sua melhor compreensão agrupámos os dados em classes de dez anos.

Género – foi operacionalizado através de uma questão fechada com possibilidade de resposta masculino e feminino.

Estado civil – foi operacionalizado por uma questão com cinco opções de resposta (solteiro, casado, união de facto, divorciado e viúvo) e representado por uma pergunta fechada onde os inquiridos indicaram a resposta adequada à sua situação. Estas opções de resposta serão apenas para caracterizar a amostra, uma vez que no teste de hipóteses serão agrupadas em apenas duas categorias: casados e não casados.

Escolaridade – esta variável foi operacionalizada através de resposta a uma questão fechada agrupada em classes com cinco opções de resposta: 1º ciclo (1º ao 4ºano), 2º ciclo (5º e 6ºano), 3º ciclo (7º ao 9ºano), secundário (10º ao 12º ano) e superior (detenção de um curso superior).

Profissão – operacionalizou-se esta variável através de uma pergunta aberta. Aquando da caracterização da amostra esta variável foi categorizada, tendo por base a Classificação Portuguesa das Profissões (2010) que foram agrupadas em nove grandes categorias: Profissões das forças armadas; Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores exclusivos; Especialistas das atividades intelectuais e científicas; Técnicos e profissões de nível intermédio; Pessoal administrativo; Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores; Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta; Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem e Trabalhadores não qualificados (Instituto Nacional de Estatística, 2010). A esta classificação foi necessário acrescentarmos a situação profissional de Reformado; Estudante e Doméstica.

Zona de residência – foi operacionalizada por uma questão com três opções de resposta (cidade, rural e suburbano) é representada por uma pergunta fechada onde os participantes selecionaram a resposta indicada à sua situação.

Tempo de diagnóstico – representa o espaço de tempo desde que foi efetuado o diagnóstico até ao momento em que foi preenchido o instrumento de colheita de dados. Esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta aberta, sendo a unidade de medida utilizada os “dias”. Para melhor compreensão na análise descritiva agrupámos os dados em três classes: até 180 dias, superior a 180 dias e superior ou igual a 365 dias e superior a 365 dias.

Dias de internamento – operacionalizou-se esta variável, formulando uma pergunta aberta em que se contaram os dias de internamento desde a admissão até à altura da colheita de dados. Na análise dos dados optou-se por dividir esta variável em intervalos de tempo inferiores ou iguais a 25 dias e superiores a 25 dias.

Internamentos anteriores no serviço – foi operacionalizada através de questão dicotómica com possibilidade de resposta sim e não.

Diagnóstico clínico – esta variável foi operacionalizada através da consulta do processo clínico o que permitiu formar três grupos de patologias: leucemia, linfoma e mieloma múltiplo.

Lavagem das mãos fora do contexto hospitalar – esta variável foi operacionalizada, utilizando várias questões do formulário, nomeadamente: “situações em que lava”; “produtos utilizados”; “tempo de lavagem”; “zonas que lava” e “forma de secagem”. Cada uma destas questões remete-nos para um comportamento, sendo que o conjunto destes comportamentos define a correta lavagem das mãos fora do contexto hospitalar. Assim, as “situações em que lava” as mãos são definidas por: antes de utilizar o wc; após utilizar o wc; antes das refeições; após as refeições; antes de tomar medicação; após tomar medicação e outras situações em que as mãos se encontrem visivelmente sujas (Portugal, 2010b; Landers *et al.*, 2012). Os “produtos utilizados” são caracterizados por: sabão líquido e água (Portugal, 2010b; Gómez, 2011; Humphreys *et al.*, 2011). O “tempo de lavagem” é considerado correto durante 60 segundos (Portugal, 2010b; Gómez, 2011). As “zonas que lava” são: palma das mãos; dorso das mãos; pulsos; espaços interdigitais e unhas (Portugal, 2010b; Gómez, 2011; Kumar *et al.*, 2011; Landers *et al.*, 2012). A “forma de secagem” correta é secar com toalhete de papel (Humphreys *et al.*, 2011).

Número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora do contexto hospitalar – esta variável foi dividida em três grupos para a análise estatística dos dados, com base na informação recolhida e atendendo a que, como exposto na variável anterior, a correta lavagem das mãos foi definida pelo conjunto de cinco comportamentos corretos. Desta forma, elaborámos os seguintes grupos:

- Grupo 1 incluíram-se os participantes que não apresentam nenhum, ou apenas um, comportamento correto de lavagem das mãos;
- Grupo 2 incluíram-se os participantes que apresentam dois comportamentos corretos de lavagem das mãos;

- Grupo 3 incluíram-se os participantes que apresentam três, quatro ou cinco comportamentos corretos de lavagem das mãos.

Lavagem das mãos dentro do contexto hospitalar – esta variável foi operacionalizada, utilizando várias questões do formulário, nomeadamente: “situações em que lava”; “produtos utilizados”; “tempo de lavagem”; “zonas que lava” e “forma de secagem”. Cada uma destas questões remete-nos para um comportamento, sendo que o conjunto destes comportamentos define a correta lavagem das mãos dentro do contexto hospitalar. Assim, as “situações em que lava” as mãos são definidas por: antes de utilizar o wc; após utilizar o wc; antes das refeições; após as refeições; antes de tomar medicação; após tomar medicação e outras situações em que as mãos se encontrem visivelmente sujas (Portugal, 2010b; Landers *et al.*, 2012). Os “produtos utilizados” são caracterizados por: sabão líquido e água (Portugal, 2010b; Gómez, 2011; Humphreys *et al.*, 2011). O “tempo de lavagem” é considerado correto durante 60 segundos (Portugal, 2010b; Gómez, 2011). As “zonas que lava” são: palma das mãos; dorso das mãos; pulsos; espaços interdigitais e unhas (Portugal, 2010b; Gómez, 2011; Kumar *et al.*, 2011; Landers *et al.*, 2012). A “forma de secagem” correta é secar com toalhete de papel (Humphreys *et al.*, 2011).

Número de comportamentos corretos de lavagem das mãos dentro do contexto hospitalar foi dividido em três grupos para a análise estatística dos dados, com base na informação recolhida e atendendo a que, como exposto na variável anterior, a correta lavagem das mãos foi definida pelo conjunto de cinco comportamentos corretos. Desta forma, elaborámos os seguintes grupos:

- Grupo 1, incluíram-se os participantes que não apresentam nenhum, ou apenas um, comportamento correto de lavagem das mãos;
- Grupo 2, incluíram-se os participantes que apresentam dois comportamentos corretos de lavagem das mãos;
- Grupo 3, incluíram-se os participantes que apresentam três, quatro ou cinco comportamentos corretos de lavagem das mãos.

Ensinos recebidos – esta variável foi operacionalizada através de uma questão dicotômica com possibilidade de resposta sim ou não, consoante considerassem que tivessem recebido ou não ensinos sobre a lavagem das mãos. No caso de resposta afirmativa colocou-se uma resposta com possibilidade do inquirido responder o que lhe ensinaram.

Importância da realização de ensinos – esta variável foi operacionalizada através de uma questão dicotômica com possibilidade de resposta sim ou não, consoante considerassem ser importante ou não receber ensinos. No caso de resposta afirmativa colocou-se uma questão aberta com possibilidade do inquirido sugerir o que ensinar.

1.5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população, em investigação, é constituída pelo conjunto de sujeitos que possuem características em comum e que será alvo do estudo de investigação (Fortin, 2009).

Assim, optámos por utilizar como população alvo as pessoas internadas no Serviço de Hematologia Clínica do CHUC – HUC, por se apresentarem capazes de responderem à forma e conteúdo dos formulários. Porém, não sendo temporal e materialmente possível estudar toda a população de pessoas com doença hematológica e imunodeprimidas seleccionámos uma amostra.

Para que a amostra detenha um elevado grau de homogeneidade, determinámos os seguintes critérios de inclusão:

- Pessoas com o diagnóstico de Leucemia, Linfoma ou Mieloma Múltiplo,
- Pessoas internadas durante os meses de outubro de 2012 a janeiro de 2013,
- Pessoas imunodeprimidas em consequência do tratamento de quimioterapia,
- Pessoas com capacidade para a realização do autocuidado higiene: lavagem das mãos.

Considerámos, igualmente, importante definir como critérios de exclusão, aquando da seleção dos sujeitos da amostra:

- Apresentem alterações do estado de consciência e ou alterações cognitivas que inviabilizem a resposta ao formulário.

Em função dos critérios anteriormente apresentados obtivemos uma amostra não-probabilística intencional em que recorremos ao nosso conhecimento prévio sobre a população e selecionámos os indivíduos a serem incluídos na amostra. Neste tipo de amostragem cada sujeito da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin, 2009).

Deste modo, a amostra do nosso estudo foi composta por pessoas com doença hematoncológica e imunodeprimidas, internadas no Serviço de Hematologia Clínica e submetidas, anteriormente, a tratamento de quimioterapia. O formulário foi aplicado a 30 inquiridos.

1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a recolha dos dados, indo ao encontro de Polit, Beck e Hungler (2004) e Fortin (2009) e recorrendo-nos da pesquisa bibliográfica, elaborámos um instrumento de colheita de dados, em forma de formulário, com o qual procurámos dar resposta aos objetivos, questões e hipóteses de investigação definidos.

Assim, os dados que obtivemos com este estudo são resultantes da aplicação de um instrumento de colheita de dados construído por nós e dividido em três partes distintas (Apêndice I).

Na primeira parte do formulário colocámos questões abertas e fechadas relativas às variáveis de caracterização e independentes da amostra, tais como: idade, género, estado civil, escolaridade, profissão e zona de residência. Recolhemos ainda informação relativa aos dados clínicos, tais como: tempo de diagnóstico, dias de internamento, internamentos anteriores e diagnóstico clínico. A questão relativa ao diagnóstico foi preenchida por nós através da consulta do processo clínico.

A segunda parte do formulário pretende caracterizar os participantes no estudo relativamente ao hábito de lavar as mãos, situações em que lava, produtos utilizados, tempo de lavagem, zonas que lava e forma de secagem das mãos, fora e dentro do contexto hospitalar. Neste sentido, as questões são fechadas com possibilidade, em algumas delas, de resposta aberta, mas curta, que serão alvo de análise de conteúdo.

Na terceira parte as questões são relativas à importância que os sujeitos atribuem à lavagem das mãos, às consequências de não lavar as mãos, aos ensinamentos realizados pelos enfermeiros sobre a lavagem das mãos e à importância que os sujeitos atribuem à realização de ensinamentos.

1.7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Tratando-se de um estudo que envolve seres humanos, podem ser equacionadas questões éticas e legais, devendo o estudo ser realizado apenas e só se não colocar em causa a autonomia e o respeito pela vida humana (Polit, Beck e Hungler, 2004; Fortin 2009).

O respeito pela autodeterminação de cada sujeito será traduzido pela sua participação voluntária e com obtenção de prévio consentimento informado. Este significa que os sujeitos que participam num estudo científico são detentores de informação adequada no que se refere à investigação, podendo consentir ou não a sua participação (Fortin, 2009).

Neste sentido, foi garantido e colocado em prática, para todos os sujeitos que participaram no estudo, o respeito pelas questões éticas, que no julgar de Polit, Beck e Hungler (2004) e Fortin (2009) têm como objetivo o respeito pelo direito à autodeterminação, pelo direito à intimidade, pelo direito ao anonimato e à confidencialidade, pelo direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e pelo direito a um tratamento justo e equitativo.

Para a realização do estudo requeremos uma autorização formal ao Conselho de Administração do CHUC – HUC (Apêndice II), bem como, previamente solicitámos o parecer ético-deontológico à Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Anexo I).

Após concedidas as autorizações (Anexo II) abordámos as pessoas internadas no Serviço de Hematologia Clínica do referido hospital, que reuniam os critérios de inclusão no estudo. Após explicação dos objetivos do estudo, foi garantida a voluntariedade da participação, o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Do instrumento de colheita de dados fez ainda parte o consentimento informado constituído por um texto em que são explicados os objetivos do estudo para o qual se

pede a colaboração das pessoas (Apêndice III). Estas após a leitura do consentimento informado e aceitação de participação no estudo assinaram, ficando esta parte do consentimento informado conosco. A outra parte do consentimento informado foi igualmente assinada por nós, tendo sido fornecida à pessoa para sua salvaguarda.

Após a autorização concedida, procedemos à colheita de dados.

1.8 - PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Para a recolha de dados elaborámos um instrumento de colheita de dados em forma de formulário, que procurou dar resposta aos objetivos, questões e hipóteses de investigação definidos. De seguida, o formulário foi submetido ao pré-teste que consistiu em verificar a eficácia do instrumento numa pequena porção da amostra, por forma a fazer as retificações e reajustes necessários antes da sua aplicação final. Posteriormente, aplicámos o instrumento de recolha de dados na população em estudo.

1.8.1 – Pré-teste

O pré-teste teve como objetivos verificar se os termos utilizados se apresentavam de fácil compreensão e desprovidos de equívocos; se a forma das questões utilizadas permitiria colher as informações desejadas e, por último, se o formulário não seria demasiado longo e induzisse as pessoas às respostas esperadas (Fortin, 2009).

Assim, aplicámos o instrumento de colheita de dados primeiramente a seis sujeitos, de ambos os géneros e de várias idades. Após o seu preenchimento foi-lhes pedido que referissem as dúvidas e as dificuldades. Estes sujeitos não referiram dúvidas e/ou dificuldades. Pelo que, este procedimento não implicou a reformulação do instrumento de colheita de dados, ficando implícito que o formulário que elaborámos, para o efeito, se apresentava apto para a aplicação das análises estatísticas posteriores.

Não sendo necessária qualquer modificação do formulário, iniciámos a colheita de dados.

1.8.2 – Colheita de dados

A recolha dos dados foi efetuada às pessoas com doença hematológica e imunodeprimidas, pós tratamento de quimioterapia, internadas no Serviço de Hematologia Clínica do CHUC – HUC, no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.

1.9 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico diz respeito à análise dos dados numéricos através de técnicas estatísticas. Neste estudo recorreremos à estatística descritiva para descrever as características da amostra junto da qual se recolheram os dados e também à estatística inferencial para a verificação das hipóteses (Fortin, 2009).

Primeiramente procederemos à caracterização da amostra dando a conhecer a forma como esta se organizou. Seguindo-se a análise descritiva dos dados das variáveis em estudo e posteriormente à apresentação da análise inferencial, procurando dar resposta às questões de investigação e hipóteses. O tratamento estatístico iniciou-se com a construção da base de dados no programa informático de análise de dados quantitativos, o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

As técnicas estatísticas descritivas aplicadas foram:

- Frequências relativas (%);
- Medidas de tendência central: média aritmética, mediana e moda;
- Medidas de dispersão ou variabilidade: desvio padrão, máximos e mínimos.

As técnicas de estatística inferencial aplicadas foram:

- Teste de Shapiro-Wilk;
- Teste Mann-Whitney;
- Teste de Qui-quadrado (χ^2).

Os resultados obtidos depois de analisados estatisticamente serão apresentados sob a forma de gráficos, quadros e tabelas por forma a facilitar a sua leitura e interpretação, apresentando-se assim mais clara, simples e acessível.

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo realizaremos a análise e apresentação dos resultados através da aplicação da análise descritiva e inferencial. Os resultados são apresentados em forma de gráficos, quadros e tabelas precedidos de uma breve análise.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste subcapítulo será caracterizada a amostra segundo algumas variáveis de caracterização e independentes, tais como: a idade, o gênero, o estado civil, a escolaridade, a profissão, a zona de residência, o tempo de diagnóstico, os dias de internamento, os internamentos anteriores no serviço e o diagnóstico clínico.

Pela análise da Tabela 1 verificamos que as idades mais representativas da amostra variam entre]50 – 60], situando-se a mediana na faixa etária entre]40 – 50]. No tratamento da variável como contínua a média de idades é de 42,53 anos e o desvio padrão é de 15,29 anos, indicando uma grande dispersão de idades. Constatamos ainda que 7 (23,3%) dos inquiridos têm idades compreendidas entre]20 – 30] e 4 (13,3%) situam-se no grupo etário]30 – 40]. Com idades compreendidas nos intervalos]60 – 70] e]70 – 80] surgem 2 (6,7%) dos inquiridos. Por último, com idade ≤ 20 temos 1 (3,3%) inquirido.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo a idade

| Idade | n | % |
|--------------|-----------|------------|
| ≤ 20 | 1 | 3,3 |
|]20 – 30] | 7 | 23,3 |
|]30 – 40] | 4 | 13,3 |
|]40 – 50] | 6 | 20,0 |
|]50 – 60] | 8 | 26,7 |
|]60 – 70] | 2 | 6,7 |
|]70 – 80] | 2 | 6,7 |
| Total | 30 | 100 |

Mediana-]40 – 50]; Moda-]50 – 60]

Da análise da Tabela 2 corroboramos que num total de 30 (100%) inquiridos, que colaboraram no estudo, 19 (63,3%) são do género masculino e 11 (36,7%) são do género feminino. Concluimos também que o género masculino contribui para uma maior representatividade da amostra.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo o género

| Género | n | % |
|---------------|-----------|------------|
| Masculino | 19 | 63,3 |
| Feminino | 11 | 36,7 |
| Total | 30 | 100 |

Moda-Masculino

Pela análise da Tabela 3 verificamos que 8 (26,7%) dos inquiridos são solteiros, 20 (67,7%) são casados e 2 (6,7%) são divorciados. Da amostra de 30 (100%) constatamos que não existem inquiridos no estado de união de facto ou viúvos. O grupo com maior representatividade da amostra é o dos casados.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo o estado civil

| Estado civil | n | % |
|---------------------|-----------|------------|
| Solteiro | 8 | 26,7 |
| Casado | 20 | 66,7 |
| União de facto | 0 | 0 |
| Divorciado | 2 | 6,7 |
| Viúvo | 0 | 0 |
| Total | 30 | 100 |

Moda-Casados

Da análise da Tabela 4 constatamos que a maioria da amostra possui como escolaridade máxima o ensino secundário com 10 (33,3%), situando-se aqui a maior representatividade e a mediana da amostra, seguindo-se o ensino superior com 7 (23,3%), em terceiro lugar surge o 1º e 3º ciclo com 5 (16,7%) e por último, temos o 2º ciclo com 3 (10%). Ainda pela análise da Tabela 4 verificamos que mais de metade dos inquiridos possui um nível de ensino médio alto uma vez que 17 (56,6%) dos participantes da amostra detém um curso superior e ou o ensino secundário.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a escolaridade

| Escolaridade | n | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Nenhuma | 0 | 0 |
| 1º Ciclo (1º ao 4º ano) | 5 | 16,7 |
| 2º Ciclo (5º e 6ºano) | 3 | 10 |
| 3º Ciclo (7º ao 9º ano) | 5 | 16,7 |
| Secundário (10º ao 12º ano) | 10 | 33,3 |
| Superior | 7 | 23,3 |
| Total | 30 | 100 |

Mediana-Secundário; Moda-Secundário

Da análise da Tabela 5 podemos concluir que, da amostra de 30 inquiridos, 5 (16,7%) pertencem à classe de técnicos e profissões de nível intermédio e a mesma percentagem pertence à classe de operadores de instalações de máquinas e trabalhadores de montagem, sendo estas classes as que possuem maior representatividade na amostra. De seguida temos a classe dos reformados com 4 (13,2%) participantes. Com iguais percentagens apresentam-se os trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção, segurança e vendedores e os estudantes com 3 (10,0%) inquiridos. A profissão de doméstica, os trabalhadores não qualificados, os trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies e o pessoal administrativo surgem com 2 (6,7%) participantes em cada classe. Por último, surgem os agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e da floresta e os especialistas das atividades intelectuais e científicas com 1 (3,3%) participante da amostra.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a profissão

| Profissão | n | % |
|---|-----------|------------|
| Especialistas das atividades intelectuais e científicas | 1 | 3,3 |
| Representantes do poder legislativo e órgãos executivos | 0 | 0 |
| Técnicos e profissões de nível intermédio | 5 | 16,7 |
| Pessoal administrativo | 2 | 6,7 |
| Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção, segurança e vendedores | 3 | 10,0 |
| Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e da floresta | 1 | 3,3 |
| Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies | 2 | 6,7 |
| Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem | 5 | 16,7 |
| Trabalhadores não qualificados | 2 | 6,7 |
| Reformado | 4 | 13,2 |
| Estudante | 3 | 10,0 |
| Doméstica | 2 | 6,7 |
| Total | 30 | 100 |

Moda-Técnicos e profissões de nível intermédio e Operadores de instalações de máquinas e trabalhadores de montagem

Pela análise da Tabela 6 constatamos que a maioria dos inquiridos 14 (46,7%) vivem na zona rural, 9 (30%) habitam na cidade e 7 (23,3%) vivem na zona suburbana.

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a zona de residência

| Zona de residência | n | % |
|---------------------------|-----------|------------|
| Cidade | 9 | 30 |
| Rural | 14 | 46,7 |
| Suburbano | 7 | 23,3 |
| Total | 30 | 100 |

Moda-Rural

Quanto ao tempo de diagnóstico e pela análise da Tabela 7 verificamos que a maior parte dos 13 (43,3%) inquiridos têm a doença diagnosticada num tempo igual ou inferior a 180 dias sendo estes representativos da amostra, 12 (40,0%) dos participantes têm o diagnóstico da doença há mais de 365 dias e 5 (16,7 %) dos inquiridos têm o diagnóstico definido num tempo superior a 180 dias e inferior ou igual a 365 dias.

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo o tempo de diagnóstico

| Tempo de diagnóstico | n | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| ≤180 dias | 13 | 43,3 |
| > 180 e ≤ a 365 dias | 5 | 16,7 |
| > 365 | 12 | 40,0 |
| Total | 30 | 100 |

Moda- ≤180 dias

Da análise da Tabela 8 vemos também que a grande parte dos inquiridos 24 (80%) estiveram internados num período de tempo até 25 dias e os restantes 6 (20%) estiveram internados num período de tempo superior a 25 dias. Tanto a mediana como a moda situam-se no intervalo de tempo inferior ou igual a 25 dias. Pela análise da Tabela 8

constatamos ainda que no tratamento da variável como contínua a média de dias de internamento é de 19,90 dias e o desvio padrão é de 13,87 dias.

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo os dias de internamento

| Dias de internamento | n | % |
|-----------------------------|-----------|------------|
| ≤ 25 | 24 | 80 |
| >25 | 6 | 20 |
| Total | 30 | 100 |

Mediana -≤ 25; Moda-≤ 25

Após observarmos a Tabela 9 e no que diz respeito à variável internamentos anteriores 20 (66,7%) dos inquiridos já estiveram internados anteriormente no serviço, sendo representativos da amostra, e 10 (33,3%) nunca estiveram internados no serviço.

Tabela 9 – Distribuição da amostra segundo os internamentos anteriores no serviço

| Internamentos anteriores | n | % |
|---------------------------------|-----------|------------|
| Sim | 20 | 66,7 |
| Não | 10 | 33,3 |
| Total | 30 | 100 |

Moda-Sim

Da análise da Tabela 10 constatamos que 15 (50%) dos inquiridos possuem o diagnóstico clínico de Leucemia, sendo estes representativos da amostra. Verificamos ainda que 9 (30%) dos inquiridos têm o diagnóstico de Linfoma e 6 (20%) têm o diagnóstico de Mieloma múltiplo.

Tabela 10 – Distribuição da amostra segundo o diagnóstico clínico

| Diagnóstico clínico | n | % |
|----------------------------|-----------|------------|
| Leucemia | 15 | 50 |
| Linfoma | 9 | 30 |
| Mieloma múltiplo | 6 | 20 |
| Total | 30 | 100 |

Moda-Leucemia

2.2 – RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Uma vez que temos uma amostra com menos de 50 participantes a distribuição da normalidade da amostra é diferente da normal, pelo que recorremos a técnicas estatísticas não paramétricas para a análise dos dados e interpretação dos resultados (Maroco, 2003).

Quando pretendermos relacionar duas variáveis nominais ou uma nominal com outra ordinal utilizamos o teste de Qui-quadrado. Aquando da utilização deste teste, sempre que não se verificarem todas as suas condições de aplicação, vamos optar por utilizar a simulação de Monte Carlo¹ ou o teste de Fisher² quando as tabelas de contingência forem de 2 x 2. Para que o teste de Qui-Quadrado seja aplicado com rigor têm que se verificar a existência de três condições são elas: não haver frequências esperadas inferiores a 1, menos de 20% das células terem frequência esperada inferior a 5 e o N (número) da amostra ser igual ou superior a 20 participantes (Maroco, 2003).

Em todo o tratamento estatístico assumimos um valor crítico de significância dos resultados de $p \leq 0,05$.

De seguida passamos à análise das questões de investigação.

¹ A simulação de Monte Carlo é vista como um método estatístico que procura determinar a probabilidade de ocorrência de uma determinada situação experimental, através de 10000 simulações, baseado na geração aleatória de amostras a partir do conhecimento empírico da população em estudo (Maroco, 2003).

² O teste de Fisher é considerado um teste não paramétrico potente, que se aplica em alternativa ao teste do Qui-quadrado quando se pretende comparar duas amostras independentes de pequena dimensão quanto a uma variável nominal dicotómica agrupadas em tabelas de contingência 2 x 2 (Maroco, 2003).

Com o objetivo de responder à primeira questão de investigação **“Qual a importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos?”** procedemos à análise estatística descritiva, conforme Quadro 1.

Pela sua análise verificamos que a maioria dos participantes da nossa amostra tem uma opinião favorável acerca da importância da lavagem das mãos, sendo que a grande maioria considera a lavagem das mãos muito importante 25 (83,3%) e os restantes participantes 5 (16,7%) consideram-na importante.

Importa realçar que nenhum dos participantes considera a lavagem das mãos como nada importante, pouco importante ou indiferente.

Quadro 1 – Distribuição da amostra em função da importância atribuída à lavagem das mãos (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | n | % | Medidas de tendência central |
|--|-----------|------------|---|
| Nada importante | 0 | 0 | Moda= Muito importante Mínimo= Importante Máxim= Muito importante |
| Pouco importante | 0 | 0 | |
| Indiferente | 0 | 0 | |
| Importante | 5 | 16,7 | |
| Muito importante | 25 | 83,3 | |
| Total | 30 | 100 | |

No sentido de responder à segunda questão de investigação **“Será que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos?”** foi analisada a amostra em função da importância de receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos conforme Quadro 2.

Pela observação do Quadro 2 verificamos que dos 30 (100%) inquiridos que participaram no estudo a esmagadora maioria 29 (96,7%) referiram ser importante receber ensinamentos, enquanto apenas 1 (3,3%) inquirido referenciou não ser importante receber ensinamentos.

É de salientar que pela análise de conteúdo no que diz respeito à importância de receber ensinamentos, todos os inquiridos 29 (96,7%) que afirmaram ser importante receber ensinamentos, relativamente à lavagem das mãos, disseram, ainda, que seria importante ensinar sobre quando e como lavar as mãos.

Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos da amostra em função da importância de receber ensinamentos (N=30)

| Importância de receber ensinamentos | n | % | Medidas de tendência central |
|-------------------------------------|-----------|--------------|------------------------------|
| Sim | 29 | 96,7 | Moda= sim |
| Não | 1 | 3,3 | |
| Total | 30 | 100,0 | |

Quando questionados, os participantes no estudo, acerca de terem recebido ensinamentos sobre a lavagem das mãos apenas 9 (30,0%) referiram que foram efetuados ensinamentos tal como evidencia o Quadro 3.

Todos os inquiridos 9 (30,0%) que afirmam ter recebido ensinamentos referem, ainda que os enfermeiros lhes ensinaram quando e como lavar as mãos.

Por outro lado, destes participantes que receberam ensinamentos sobre a lavagem das mãos apenas 4 (44,4%) inquiridos referem ter alterado os hábitos de lavagem das mãos.

Quadro 3 – Distribuição dos sujeitos da amostra em função da realização de ensinamentos (N=30)

| Realização de ensinamentos | n | % | Medidas de tendência central |
|----------------------------|-----------|--------------|------------------------------|
| Sim | 9 | 30,0 | Moda= sim |
| Não | 21 | 70,0 | |
| Total | 30 | 100,0 | |

Respondendo à terceira questão de investigação **“Quais os hábitos de lavagem das mãos da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, fora do contexto hospitalar e dentro do contexto hospitalar?”**, concluímos que tanto fora como dentro do contexto hospitalar todos os inquiridos 30 (100%) referiram ter o hábito de lavar as mãos. No entanto, fora do contexto hospitalar nenhum lava corretamente as mãos e dentro do contexto hospitalar apenas 1 (3,3%) o faz de forma correta.

A amostra foi, também, analisada em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar.

Após a observação do Quadro 4 verificamos que fora do contexto hospitalar existe uma maior percentagem de participantes 12 (40,0%) com dois comportamentos corretos de lavagem das mãos, situando-se aqui a representatividade da amostra. De seguida temos 10 (33,3%) inquiridos com um comportamento correto. Em terceiro lugar surgem os participantes 4 (13,3%) que não apresentam nenhum comportamento correto. Os inquiridos que referem apresentar quatro comportamentos corretos apresentam-se com uma percentagem de 3 (10,0%), de seguida verificamos que temos 1 (3,3%) inquirido com três comportamentos corretos e finalmente fora do contexto hospitalar constatamos que, do total da amostra, nenhum dos participantes apresenta os cinco comportamentos corretos de lavagem das mãos. Salientamos ainda que o máximo de comportamentos corretos é quatro.

Quadro 4 – Distribuição dos elementos da amostra em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora do contexto hospitalar. (N=30)

| Nº de comportamentos corretos fora do contexto hospitalar | n | % | Medidas de tendência central |
|---|-----------|------------|---|
| 0 | 4 | 13,3 | Moda=2 comportamentos corretos Mediana=2 comportamentos corretos Mínimo=0 comportamentos corretos Máximo=4 comportamentos corretos |
| 1 | 10 | 33,3 | |
| 2 | 12 | 40,0 | |
| 3 | 1 | 3,3 | |
| 4 | 3 | 10,0 | |
| 5 | 0 | 0,0 | |
| Total | 30 | 100 | |

Os resultados do Quadro 5 demonstram que dentro do contexto hospitalar existe uma maior percentagem de participantes, quase metade da amostra, com dois comportamentos corretos de lavagem das mãos, sendo eles 14 (46,7%). De seguida temos os participantes 8 (26,7%) que apresentam três comportamentos corretos. Com uma percentagem de 4 (13,3%), encontram-se os participantes que apresentam quatro comportamentos corretos de lavagem das mãos. Em quarto lugar apresentam-se 3 (10,0%) inquiridos com um comportamento correto. Verificamos, ainda, que dos participantes da amostra 1 (3,3%) apresenta todos os comportamentos corretos de lavagem das mãos durante o período de neutropenia, e, também, nenhum inquirido apresenta zero comportamentos corretos aquando da hospitalização.

Quadro 5 – Distribuição dos elementos da amostra em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos dentro do contexto hospitalar. (N=30)

| Nº de comportamentos corretos dentro do contexto hospitalar | n | % | Medidas de tendência central |
|---|-----------|------------|---|
| 0 | 0 | 0,0 | Moda=2 comportamentos corretos Mediana=2 comportamentos corretos Mínimo=1 comportamento correto Máximo=5 comportamentos corretos |
| 1 | 3 | 10,0 | |
| 2 | 14 | 46,7 | |
| 3 | 8 | 26,7 | |
| 4 | 4 | 13,3 | |
| 5 | 1 | 3,3 | |
| Total | 30 | 100 | |

Ao compararmos a distribuição da amostra em ambos os contextos e em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos verificamos que em ambas as situações se mantém uma maior frequência de 2 comportamentos corretos (40,0% contra 46,7%). Corroboramos também que fora do contexto hospitalar existe uma maior percentagem de inquiridos que realizaram 0 ou 1 comportamento correto 14 (46,6%) e apenas 4 (13,3%) realizaram 3 ou 4 comportamentos corretos. Pelo contrário, dentro contexto hospitalar existe uma maior percentagem de participantes que realizam 3, 4 ou 5 comportamentos corretos 13 (43,3%) e apenas 3 (10%) realizam 1 comportamento correto.

Desta forma, ao observarmos os quadros de resultados é de referir que nenhum dos inquiridos fora do contexto hospitalar apresentou os 5 comportamentos corretos tendo-se verificado que, dentro do contexto hospitalar apenas 1 (3,3%) participante apresentou os 5 comportamentos corretos. Da análise de ambos os quadros constatamos também que fora do contexto hospitalar se verifica a inexistência de comportamentos corretos em 4 (13,3%) inquiridos e dentro do contexto hospitalar não se verifica a ocorrência desta situação.

Perante os resultados sobre o número de comportamentos corretos fomos tentar compreender como se distribui a amostra em função dos comportamentos corretos de lavagem das mãos tanto fora como dentro do contexto hospitalar conforme o Quadro 6.

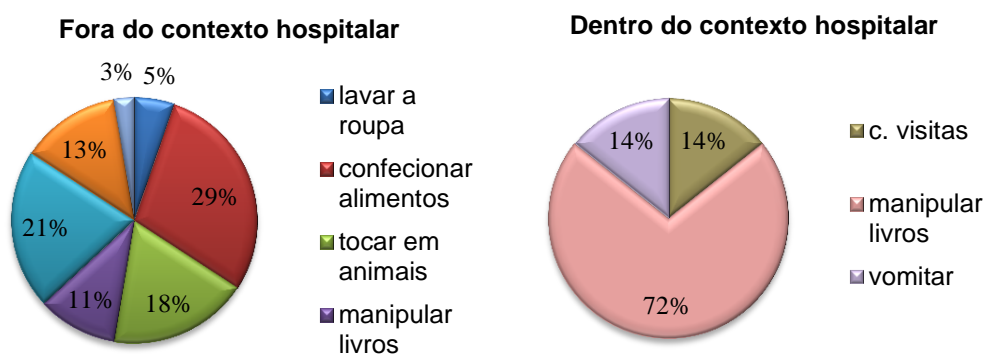
Desta forma, ao observar o Quadro 6 confirmamos que, em ambos os contextos, o comportamento “situações em que lava” mostra baixas percentagens, no entanto verifica-se um ligeiro aumento da percentagem deste comportamento dentro do contexto hospitalar. No que diz respeito ao comportamento “produtos utilizados” observamos que é o comportamento com a segunda maior percentagem, mas com uma subida moderada dentro do contexto hospitalar. Relativamente ao comportamento “tempo de lavagem” constatamos que é o comportamento com maior percentagem fora do contexto hospitalar e surge em terceiro lugar dentro do contexto hospitalar, nas duas situações as percentagens são pouco mais do que a metade da amostra. Contudo, este comportamento dentro do contexto hospitalar apresenta uma ligeira descida. Referindo-nos ao comportamento “zonas que lava” este surge com percentagens baixas de realização nos dois contextos, havendo uma ligeira descida do fora para o dentro do contexto hospitalar. Por último, o comportamento “forma de secagem” aparece com uma baixa percentagem de realização fora do contexto hospitalar, tendo-se notado uma subida acentuada para o dentro do contexto hospitalar com todos os participantes a secarem as mãos de forma correta.

Quadro 6 – Distribuição dos elementos da amostra em função dos comportamentos corretos de lavagem das mãos tanto fora como dentro do contexto hospitalar (N=30)

| Comportamentos corretos | Fora do contexto hospitalar n / % | Dentro do contexto hospitalar n / % |
|--------------------------------|--|--|
| Situações em que lava | 3 / 10,0 | 4 / 13,3 |
| Produtos utilizados | 14 / 46,7 | 18 / 60,0 |
| Tempo de lavagem | 18 / 60,0 | 16 / 53,3 |
| Zonas que lava | 10 / 33,3 | 8 / 26,7 |
| Forma de secagem | 4 / 13,3 | 30 / 100,0 |

Com o objetivo de percebermos se existem outras situações em que os participantes do estudo lavam as mãos foi-lhes pedido que, em caso afirmativo, as especificassem Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição das outras situações em que lavam as mãos



Assim, as outras situações em que lavam as mãos, identificadas pelos inquiridos fora do contexto hospitalar foram quando: lavam a roupa (2); confeccionam os alimentos (11); tocam em animais (7); manipulam livros, revistas e jornais (4); quando se encontram em contexto de trabalho (8); quando fazem jardinagem (5) e quando estão em locais públicos (1). No caso de se encontrarem em contexto hospitalar referiram que lavam as mãos: no fim de cumprimentarem as suas visitas (2); quando manipulam livros, revistas e jornais (10); quando vomitam (2).

No sentido de percebermos se os participantes sabem quais são as consequências de não lavar as mãos colocámos-lhes uma questão sobre este aspeto. Os resultados mostram que 29 (96,7%) dos inquiridos referem saber quais são as consequências e apenas 1 (3,3%) refere não saber.

Aos participantes que afirmam saber quais as consequências foi pedido que as especificassem, tendo todos eles identificado como consequência a transmissão de bactérias.

Passamos agora a apresentar os resultados obtidos para dar resposta às hipóteses de investigação formuladas com o objetivo de identificar as diferenças que poderão existir na importância que a pessoa, com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra.

Deste modo, temos as seguintes hipóteses:

H1 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da idade.

Como forma de verificarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da idade utilizámos o teste U de Mann-Whitney. Conforme é possível observar pelo Quadro 7, os resultados evidenciam não existirem diferenças estatisticamente significativas, em função da idade ($U=32,500$; $p>,05$) quanto à importância atribuída à lavagem das mãos. Ou seja, a importância atribuída à lavagem das mãos, pelos inquiridos da nossa amostra, não é influenciada pela sua idade.

Quadro 7 – Teste U de Mann-Whitney na importância atribuída à lavagem das mãos em função da idade (N=30)

| Variáveis | Importância atribuída à lavagem das mãos | n | Média dos postos | Soma dos postos | U | p |
|-----------|--|-----------|------------------|-----------------|--------|------|
| Idade | Importante | 5 | 9,50 | 47,50 | 32,500 | ,095 |
| | Muito importante | 25 | 16,70 | 417,50 | | |
| | Total | 30 | | | | |

H2 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do género.

No sentido de verificarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do género utilizámos o teste do Qui-Quadrado. Após a aplicação do teste do Qui-Quadrado verificámos que mais de 20% das células têm uma frequência esperada inferior a 5, assim este teste não pode ser aplicado com rigor³. Mas tratando-se de comparar duas amostras independentes quanto a uma variável nominal dicotómica, agrupadas em tabelas de contingência 2 x 2 recorreremos, então, ao teste de Fisher (Maroco, 2003).

Pela observação do Quadro 8 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função do género ($\chi^2=3,474$; g.l.=1; $p>,05$). Ou seja, quer os homens quer as mulheres atribuem idêntica importância à lavagem das mãos.

Quadro 8 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função do género (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------|--------|------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ | p |
| Género | | | | | |
| Masculino | 5 | 14 | 19 | 3,474 | ,129 |
| Feminino | 0 | 11 | 11 | | |
| Total | 5 | 25 | 30 | | |

a. A frequência mínima esperada de 1,83 (Teste de Fisher)

H3 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do estado civil.

Com o intuito de averiguarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das

³ Para que o teste de Qui-Quadrado seja aplicado com rigor têm de se verificar as condições: não haver frequências esperadas inferiores a 1, menos de 20% das células terem frequência esperada inferior a 5 e o N da amostra ser igual ou superior a 20 participantes (Maroco, 2003).

mãos em função do estado civil utilizámos o teste do Qui-Quadrado. Após a aplicação do teste do Qui-Quadrado verificámos que mais de 20% das células têm uma frequência esperada inferior a 5, assim este teste não pode ser aplicado com rigor, tal como anteriormente explicámos, pelo que utilizámos o Teste de Fisher.

Pela análise do Quadro 9 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função do estado civil ($\chi^2=1,920$; g.l.=1; $p>,05$). Ou seja, estar ou não casado não influencia a importância que os inquiridos atribuem à lavagem das mãos.

Quadro 9 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função do estado civil (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------|--------|------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ | p |
| Estado civil | | | | | |
| Casado | 2 | 18 | 20 | 1,920 | ,300 |
| Não casado | 3 | 7 | 10 | | |
| Total | 5 | 25 | 30 | | |

a. A frequência mínima esperada de 1,67 (Teste de Fisher)

H4 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da escolaridade.

Com a intenção de verificarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da escolaridade utilizámos o teste do Qui-Quadrado. Após a aplicação do teste do Qui-Quadrado verificámos que mais de 20% das células têm uma frequência esperada inferior a 5, assim este teste não pode ser aplicado com rigor, recorremos por isso à simulação de Monte Carlo.

Ao interpretar o Quadro 10 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função da escolaridade

($\chi^2=4,080$; g.l.=4; $p>,05$). Ou seja, o nível de escolaridade não influencia a importância que os inquiridos atribuem à lavagem das mãos.

Quadro 10 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função da escolaridade (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------|--------------------|------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ | p |
| Escolaridade | | | | | |
| 1º Ciclo | 1 | 4 | 5 | 4,080 ^a | ,420 |
| 2º Ciclo | 0 | 3 | 3 | | |
| 3º Ciclo | 2 | 3 | 5 | | |
| Secundário | 2 | 8 | 10 | | |
| Superior | 0 | 7 | 7 | | |
| Total | 5 | 25 | 30 | | |

a. A frequência mínima esperada de ,50 (com simulação de Monte Carlo)

H5 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da zona de residência

Com o propósito de verificarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da zona de residência utilizámos o teste do Qui-Quadrado. Após a aplicação do teste do Qui-Quadrado verificámos que mais de 20% das células têm uma frequência esperada inferior a 5, assim este teste não pode ser aplicado com rigor, pelo que recorremos, desta forma à simulação de Monte Carlo.

Ao interpretar o Quadro 11 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função da zona de residência ($\chi^2=2,743$; g.l.=2; $p>,05$). Ou seja, o local de residência dos inquiridos não interfere na importância atribuída à lavagem das mãos.

Quadro 11 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função da zona de residência (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------|--------------------|------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ^2 | p |
| Zona residência | | | | | |
| Cidade | 0 | 9 | 9 | 2,743 ^a | ,398 |
| Rural | 3 | 11 | 14 | | |
| Suburbano | 2 | 5 | 7 | | |
| Total | 5 | 25 | 30 | | |

a. A frequência mínima esperada de 1,17 (com simulação de Monte Carlo)

H6 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do tempo de diagnóstico.

Com o objetivo de examinarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do tempo de diagnóstico utilizámos o teste do Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo.

Pela análise do Quadro 12 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função do tempo de diagnóstico ($\chi^2=4,154$; g.l.=2; $p>,05$). Desta forma, verificamos que o tempo de diagnóstico não influencia a importância que os inquiridos atribuem à lavagem das mãos.

Quadro 12 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função do tempo de diagnóstico (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------|--------------------|------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ^2 | p |
| Tempo diagnóstico | | | | | |
| ≤ 180 dias | 1 | 12 | 13 | 4,154 ^a | ,160 |
| > 180 e ≤ a 365 dias | 0 | 5 | 5 | | |
| >365 dias | 4 | 8 | 12 | | |
| Total | 5 | 25 | 30 | | |

a. A frequência mínima esperada de ,83 (com simulação de Monte Carlo)

H7 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos dias de internamento.

Com o intuito de averiguarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos dias de internamento utilizámos o teste do Qui-Quadrado. Após a aplicação do teste do Qui-Quadrado verificámos que mais de 20% das células têm uma frequência esperada inferior a 5, deste modo este teste não pode ser aplicado com rigor, tal como anteriormente explicámos, pelo que utilizámos o teste de Fisher.

Pela análise do Quadro 13 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função dos dias de internamento ($\chi^2 = 1,500$; g.l.=1; $p > ,05$). Ou seja, estar internado até 25 dias ou mais de 25 dias não influencia a importância que os inquiridos atribuem à lavagem das mãos.

Quadro 13 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função dos dias de internamento (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------|--------------------|-------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ | p |
| Dias internamento | | | | | |
| ≤ 25 dias | 3 | 21 | 24 | | |
| >25 dias | 2 | 4 | 6 | 1,500 ^a | ,2540 |
| Total | 5 | 25 | 30 | | |

a. A frequência mínima esperada de 1,00 (Teste de Fisher)

H8 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos internamentos anteriores no serviço.

No sentido de verificarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos

em função dos internamentos anteriores no serviço utilizámos o teste do Qui-Quadrado, tendo aplicado o teste de Fisher.

Pela observação do Quadro 14 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função dos internamentos anteriores ($\chi^2= 3,000$; g.l.=1; $p>,05$). Ou seja, o facto de terem internamentos anteriores ou não no serviço não influencia na importância que os inquiridos atribuem à lavagem das mãos.

Quadro 14 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função dos internamentos anteriores no serviço (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------|--------|--------------------|------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ | p | |
| Internamentos anteriores | Sim | 5 | 8 | 20 | 3,000 ^a | ,140 |
| | Não | 0 | 17 | | | |
| Total | 5 | 25 | 30 | | | |

a. A frequência mínima esperada de 1,67 (Teste de Fisher)

H9 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos ensinamentos recebidos.

Com o intuito de averiguarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos ensinamentos recebidos utilizámos o teste do Qui-Quadrado, com o Teste de Fisher.

Pela análise do Quadro 15 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função dos ensinamentos recebidos ($\chi^2=,286$; g.l.=1; $p>,05$). Ou seja, os ensinamentos recebidos não influenciam a importância que os inquiridos atribuem à lavagem das mãos.

Quadro 15 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função dos ensinamentos recebidos (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | | |
|--|------------|------------------|-----------|----------|-------------------|-------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ^2 | p | |
| Ensinamentos recebidos | Sim | 1 | 8 | 9 | ,286 ^a | 1,000 |
| | Não | 4 | 17 | 21 | | |
| Total | 5 | 25 | 30 | | | |

a. A frequência mínima esperada de 1,50 (Teste de Fisher)

H10 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do diagnóstico clínico.

Com o objetivo de examinarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do diagnóstico clínico utilizamos o teste do Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo.

Pela análise do Quadro 16 constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos em função do diagnóstico clínico ($\chi^2=3,120$; g.l.=2; $p>,05$). Desta forma, verificamos que o diagnóstico clínico não influencia a importância que os inquiridos atribuem à lavagem das mãos.

Quadro 16 – Teste de Qui-quadrado na importância atribuída à lavagem das mãos em função do diagnóstico clínico (N=30)

| Importância atribuída à lavagem das mãos | | | | | | |
|--|------------------|------------------|-----------|----------|--------------------|------|
| Variáveis | Importante | Muito importante | Total | χ^2 | p | |
| Diagnóstico clínico | Leucemia | 2 | 13 | 15 | 3,120 ^a | ,204 |
| | Linfoma | 3 | 6 | 9 | | |
| | Mieloma múltiplo | 0 | 6 | 6 | | |
| Total | 5 | 25 | 30 | | | |

a. A frequência mínima esperada de 1,00 (com simulação de Monte Carlo)

H11 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital atribui à lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos fora e dentro do contexto hospitalar.

Como forma de verificarmos se existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos fora e dentro do contexto hospitalar utilizámos o teste U de Mann-Whitney. Conforme é possível observar pelo Quadro 17, os resultados evidenciam não existirem diferenças estatisticamente significativas, em função do número de comportamentos corretos fora ($U=61,500$; $p>,05$) e dentro do contexto hospitalar ($U=56,000$; $p>,05$) quanto à importância atribuída à lavagem das mãos. Ou seja, a importância atribuída à lavagem das mãos, pelos inquiridos da nossa amostra, não é influenciada pelo número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar.

Quadro 17 – Teste U de Mann-Whitney na importância atribuída à lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos fora e dentro do contexto hospitalar (N=30)

| Variáveis | Importância atribuída à lavagem das mãos | n | Média dos postos | Soma dos postos | U | P |
|-------------------------------|--|-----------|------------------|-----------------|--------|------|
| Nº comp. correto fora hosp. | Importante | 5 | 15,30 | 76,50 | 61,500 | ,951 |
| | Muito importante | 25 | 15,54 | 388,50 | | |
| | Total | 30 | | | | |
| Nº comp. correto dentro hosp. | Importante | 5 | 14,20 | 71,00 | 56,000 | ,689 |
| | Muito importante | 25 | 15,76 | 394,00 | | |
| | Total | 30 | | | | |

Concluimos, assim que as variáveis estudadas (idade, género, estado civil, escolaridade, zona de residência, tempo de diagnóstico, dias de internamento, internamentos

anteriores, ensinios recebidos, diagnóstico clínico e o número de comportamentos corretos de lavagem das mãos) não influenciam a importância atribuída à lavagem das mãos.

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com base nos resultados obtidos impõe-se, agora, discuti-los, globalmente, procurando estabelecer sínteses, tendo em conta as fontes teóricas, nomeadamente, estudos já realizados.

A discussão de resultados pressupõe, assim, compreender os dados obtidos do trabalho de campo, procurando estabelecer ligação com a concetualização de índole tórica, que dão suporte ao nosso estudo de investigação.

No decorrer do nosso estudo salientamos algumas limitações que obrigam a ter algum cuidado na interpretação e generalização dos resultados nomeadamente, o tamanho reduzido da amostra e o método de amostragem não probabilístico, que impossibilita a generalização dos resultados (Fortin, 2009).

A amostra da população que inquirimos (N=30) é constituída maioritariamente por homens com 19 (63,3%) e 11 (36,7%) mulheres, com uma média de idades de 42,53 anos e um desvio padrão de 15,29 anos. O grupo etário mais representativo situa-se entre os]50-60] anos com 8 (26,7%) participantes. A maioria da população 20 (66,7%) é casada. Cerca de 10 (33,3%) têm como escolaridade máxima o ensino secundário (10º ao 12º ano). As profissões representativas da nossa amostra são técnicos e profissões de nível intermédio 5 (16,7%) e operadores de instalações de máquinas e trabalhadores de montagem 5 (16,7%). Da caracterização da amostra verificámos, ainda, que a maioria dos inquiridos 14 (46,7%) é proveniente da zona rural. No que diz respeito ao tempo de diagnóstico verificámos que a maior parte da amostra 13 (43,3%) tem o diagnóstico da doença há 180 dias ou mais dias. Constatámos que a maioria dos inquiridos, 24 (80%) esteve internada num período inferior ou igual a 25 dias, sendo a média dos dias de internamento igual a 19,90 dias. Verificámos também que 20 (66,7%) dos participantes já teve internamentos anteriores no serviço e que, por último, a patologia com maior representatividade é a Leucemia.

Da nossa experiência profissional e após a consulta de alguns indicadores de gestão, referentes ao ano de 2012, do serviço onde exercemos funções e onde recolhemos os

dados verificámos que as características sociodemográficas e de diagnóstico clínico da amostra refletem a população internada no Serviço de Hematologia Clínica do CHUC – HUC.

Com a intenção de respondermos à primeira questão de investigação: *“Qual a importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos?”*, os resultados demonstram que todos os participantes, da nossa amostra, valorizam a lavagem das mãos. Da nossa amostra 25 (83,3%) participantes consideram a lavagem das mãos como muito importante, e cerca de 5 (16,7%) inquiridos, consideram-na como importante. Esta importância atribuída à lavagem das mãos é demonstrada também pelo facto de nenhum dos participantes ter considerado a lavagem das mãos como uma medida nada importante, pouco importante ou indiferente.

Na pessoa com doença hematológica o tratamento com quimioterapia pode ter como consequências várias toxicidades hematológicas, sendo a neutropenia a mais frequente e a que implica que a pessoa fique mais suscetível de adquirir infeção (Silva e Dias, 2007). Pelo que é fundamental, como forma de prevenir ou minimizar as consequências da infeção, realizar o autocuidado higiene: lavagem das mãos. Esta evidência é corroborada pelos vários autores consultados que afirmam que a correta lavagem das mãos com água e sabão é essencial para a prevenção da infeção, quebrando desta forma a cadeia infecciosa (Chen e Chiang, 2007; Portugal, 2010a; Gómez, 2011).

Analisando os resultados do nosso estudo verificamos que a importância atribuída à lavagem das mãos poderá estar relacionada com o facto do autocuidado higiene, do qual faz parte a atividade de lavar as mãos, ser assumido pela pessoa como uma ação associada à promoção e/ou recuperação da sua saúde e bem-estar. O autocuidado pode igualmente ser visto, pela pessoa não só como uma forma de promover a sua saúde, mas também como algo que diz respeito às suas atividades de vida diária, refletindo os seus hábitos e aprendizagens de vida pessoal (Backman e Hentinen, 1999).

Neste sentido, a perspectiva que podemos ter dos resultados obtidos, e que também é traduzida pelas vivências da nossa prática diária, é a visão de luta contra a doença e aceitação do diagnóstico de doença oncológica, pois a pessoa, tal como Ferreira, Santos

e Bulcão (2012) referem perante o diagnóstico de cancro pode apresentar sentimentos de raiva, medo, entre outros que são desencadadores por um lado de emoções negativas, mas por outro lado, com o decorrer do tempo, acabam por desenvolver sentimentos adaptativos à doença no sentido de lutar pela vida e recuperar a sua saúde. Daí a pessoa hospitalizada atribuir importância à ação de lavar as mãos, pois esta atividade pode representar não só uma forma de ajudar a recuperar a sua saúde e bem-estar, mas também de manter a sua habilidade para o autocuidado.

Por outro lado, e noutra prisma de leitura dos nossos resultados, estes não nos esclarecem se a valorização atribuída à lavagem das mãos resulta apenas do facto dos inquiridos se encontrarem internados e imunodeprimidos, ou se já lhe atribuíam importância fora do contexto hospitalar, uma vez que a necessidade de lavar as mãos, como forma de sensibilização para a prevenção da infeção, é algo que é defendido, quase diariamente, pelos mais variados meios de comunicação audiovisuais acessíveis à grande maioria da população, sendo exemplo disso a divulgação em cartazes sobre a lavagem das mãos, disponíveis nos hospitais e centros de saúde, a campanha desenvolvida contra o vírus da gripe A e, também, não nos podemos esquecer, como referimos anteriormente, da campanha de higienização das mãos *“Clean Care is Safer Care”* que foi fortemente desenvolvida e divulgada a nível mundial em 2005.

Com a intenção de darmos resposta à segunda questão de investigação *“Será que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos?”*, verificamos, pela análise dos resultados, que dos inquiridos que participaram no estudo, 29 (96,7%) referiram ser importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos e apenas 1 (3,3%) inquirido referenciou não ser importante receber ensinamentos. É de salientar que dos participantes que receberam ensinamentos sobre a lavagem das mãos todos eles referiram que foram ensinados sobre quando e como lavar as mãos.

Por outro lado, apenas 9 (30,0%) dos participantes no estudo que disseram ter recebido ensinamentos por parte dos enfermeiros apenas 4 (44,4%) referiram ter alterado os seus hábitos de lavagem das mãos.

Esta situação é particularmente preocupante, pois leva-nos a concluir que na nossa prática diária os ensinamentos à pessoa sobre o autocuidado higiene: lavagem das mãos de forma correta não tem feito parte do nosso foco de atenção. Pelo que também podemos pensar que a mudança de comportamentos que os participantes referem ter apresentado pode ser fruto de eventuais fatores, que nada têm a ver com a nossa intervenção planeada e programada em contexto hospitalar (Carvalho e Carvalho, 2006).

Na educação para a saúde, área de excelência do enfermeiro, a modificação de comportamentos não é tarefa fácil, pois na saúde a ação de educar e ensinar não podem ser aceites como sendo apenas a transmissão de saberes de índole técnica e científica. Pelo que é imperativo haver um conhecimento prévio da pessoa para se ter em conta aquilo que esta já sabe sobre determinado assunto. Isto é, tem de existir um planeamento prévio de atividades que vão de encontro às necessidades identificadas pela pessoa e enfermeiro (*Idem*).

Assim, devemos definir as atividades desde logo e em conjunto com a pessoa, num *continuum* dinâmico, para participarmos de forma integrada na identificação, no planeamento e na execução do programa estabelecido. Com o objetivo de avaliarmos se o programa foi desenvolvido de forma correta, se foi de encontro aos objetivos definidos, se houve alteração do comportamento e, também, se a informação foi apreendida corretamente devemos fazer a avaliação do programa sistematicamente de forma a identificar fragilidades que possam colocar em causa todo o processo estabelecido (Carvalho e Carvalho, 2006; Mantovani, 2010).

De acordo com a bibliografia consultada o autocuidado pode ser influenciado por vários fatores entre eles, o conhecimento necessário para realizar as ações adequadas à concretização do autocuidado, pelo que é fundamental o acompanhamento da pessoa e família, por parte dos enfermeiros, implementando programas de ensino que visem ajudá-los a realizar as atividades de autocuidado (Holguín, 2010).

Sigurdardóttir em 2005 efetuou um estudo com pessoas com diabetes *mellitus* tipo 1, tendo concluído que o conhecimento acerca da doença, as formas de lidar com ela e um programa educacional promotor do autocuidado são fatores facilitadores da realização do autocuidado.

Por outro lado, Clark *et al.* (2009) referem que maior conhecimento não implica, necessariamente, maior predisposição para o autocuidado. Cada pessoa é única, sendo fundamental adequar os programas de ensino a cada pessoa individualmente.

Para facilitar todo este processo pensamos que seria uma mais-valia, no serviço onde exercemos funções, propor o planeamento e execução de um plano de ensinios organizados com enfoque na atividade de lavagem das mãos da pessoa com doença hematoncológica e imunodeprimida. Pensamos, também, que uma vez que todos os quartos do serviço possuem televisão e têm a possibilidade de se visionarem programas de vídeo, seria interessante a demonstração de um filme promotor dos comportamentos corretos de lavagem das mãos. Desta forma, todas as pessoas teriam igual acesso à sua visualização, pois a grande maioria permanece no quarto, quer se deva à situação de neutropenia, quer se deva à intolerância à atividade física associada ao processo de doença.

Atualmente, e de acordo com Carvalho e Carvalho (2006), os enfermeiros na sua prática diária, onde quer que estes exerçam as suas funções, perante o número crescente de doentes crónicos, já não se contentam apenas com a recuperação da doença. Isto é, desenvolvem cada vez mais o seu papel de educador e promotor do autocuidado, com vista à aquisição de comportamentos saudáveis. Contudo, há que envolver sempre a pessoa e conviventes significativos sem esquecer as suas necessidades de aprendizagem.

Passaremos de seguida à discussão da terceira questão de investigação *“Quais os hábitos de lavagem das mãos da pessoa com doença hematoncológica e imunodeprimida, internada num hospital, fora do contexto hospitalar e dentro do contexto hospitalar?”*.

A correta lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar foi definida pelo conjunto de cinco comportamentos corretos de lavagem das mãos tal como referimos, anteriormente, na metodologia. Quando o conjunto destes cinco comportamentos não se verifica estamos perante uma incorreta lavagem das mãos.

Todos os participantes 30 (100%) do nosso estudo, afirmam que lavam as mãos tanto fora como dentro do contexto hospitalar. No entanto, fora do contexto hospitalar nenhum lava corretamente as mãos e dentro do contexto hospitalar apenas 1 (3,3%) inquirido o faz de forma correta.

Ao analisarmos os resultados obtidos constatamos que a lavagem das mãos que executam fora do contexto hospitalar e que continuam a praticar durante a hospitalização é incorreta. Ou seja, apesar de todos os participantes afirmarem que lavam as mãos fora e dentro do contexto hospitalar, não respeitam os cinco comportamentos que foram definidos para a correta lavagem das mãos em ambos os contextos.

Ao observarmos os resultados quanto ao número de comportamentos corretos em ambos os contextos, verificamos que predomina a realização de 2 comportamentos corretos, mas houve um ligeiro aumento do número de comportamentos corretos efetuados em contexto hospitalar. Pelo que, mais inquiridos afirmaram que realizam mais comportamentos corretos durante a hospitalização do que quando estão fora deste contexto, havendo um maior número de participantes 13 (43,3%) que realizam 3, 4 ou 5 comportamentos corretos e apenas 3 (10%) que realizam 1 comportamento correto.

Podemos, portanto, concluir que o contexto de internamento alterou os comportamentos de lavagem das mãos, realizando-os de forma mais correta. No entanto, é uma melhoria insuficiente, pois os resultados encontrados estão longe do desejável

Neste sentido, é necessário compreendermos e refletirmos sobre o que está na origem destes resultados, por forma a implementar estratégias que consigam estimular a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida realizar uma correta lavagem das mãos. São inúmeros os autores a alertar para a importância da lavagem das mãos como forma de prevenção da infeção, pelo que se a lavagem das mãos não é efetuada de forma correta não se está a prevenir e a combater as IACS (Portugal, 2010a; Gómez, 2011; Humphreys *et al.*, 2011; Landers *et al.*, 2012).

Mais uma vez e reportando-nos para a educação para a saúde verificamos que aliado à falta de conhecimentos sobre os comportamentos corretos da atividade de lavagem das mãos, por parte da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, os enfermeiros, no nosso contexto de trabalho, não reconhecem esta situação problema. Pelo que após a sua identificação deveríamos estruturar um programa organizado focado

em objetivos bem delineados em que o enfermeiro organiza pequenas sessões demonstrativas de educação para a saúde (Carvalho e Carvalho, 2006). Estas sessões no nosso julgar devem estar alicerçadas em justificações com base na evidência científica tais como, a necessidade de lavar as mãos como forma de prevenção da infeção e fazendo a demonstração de como se deve lavar as mãos, contemplando os cinco comportamentos corretos e os onze passos indicados pela literatura (Portugal, 2010a; Gómez, 2011). É de grande importância não descurar o contexto cultural da pessoa e procurar utilizar uma linguagem adequada para que assim se verifiquem alterações positivas na aquisição de novos comportamentos. Bochi, Puchalski e Camargo (2007), mencionados na revisão bibliográfica, reforçam, igualmente, a importância dos ensinamentos quer à pessoa, quer aos conviventes significativos, ressaltando que ambos possuem um contexto próprio de normas e crenças.

Tentámos ainda compreender como se distribuíram os participantes da amostra em função dos comportamentos corretos de lavagem das mãos, tanto fora como dentro do contexto hospitalar. Por um lado, para sabermos como evoluíram os elementos da amostra, em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos, fazendo uma analogia entre o “fora do contexto hospitalar” e o “dentro do contexto hospitalar” e por outro lado, para sabermos onde intervir com o objetivo de melhorar a ação de lavar as mãos na pessoa com doença hematológica imunodeprimida.

Assim, verificámos que do fora para o dentro do contexto hospitalar houve uma melhoria acentuada no que diz respeito aos comportamentos “forma de secagem” (13,3% contra 100%) e “produtos utilizados” (46,7% contra 60,0%) e uma melhoria ligeira relativamente ao comportamento “situações em que lava” (10,0% contra 13,3%). Constatámos da comparação efetuada que houve um retrocesso, embora ligeiro, quanto aos comportamentos “tempo de lavagem” (60,0% contra 53,3%) e “zonas que lava” (33,3% contra 26,7%). Os dados que se referem às “forma de secagem” e “produtos utilizados” confirmam algumas das melhorias encontradas entre o número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar. Quanto aos restantes comportamentos, acima referenciados, quase não houve melhorias ou de todo estas não se verificaram.

No que diz respeito à melhoria acentuada dos comportamentos “produtos utilizados” e “forma de secagem” pensamos que estas situações se devem ao facto de que em ambiente hospitalar apenas é disponibilizado sabão líquido e toalhas de papel nas casas de banho devido às normas emanadas pela Direção Geral da Saúde e pela Comissão de Controle de Infeção Hospitalar do CHUC – HUC no sentido de promoverem a cultura de prevenção e combate às infeções hospitalares (Portugal, 2010a).

Referindo-nos às “situações em que lava” houve um aumento percentual mínimo, do fora para o dentro do contexto hospitalar e, no que diz respeito aos comportamentos “tempo de lavagem” e “zonas que lava” houve um recuo, como já referimos. Estas situações talvez tenham a ver, e reportando-nos à nossa prática diária, com a sensação que as pessoas têm de que quando estão internadas não sujam as mãos com tanta frequência como quando se encontram fora deste contexto, pois sentem-se quase confinadas a um pequeno espaço físico na unidade de internamento e com uma atividade física reduzida. Pensamos, assim, que estes comportamentos necessitam de reflexão por parte dos enfermeiros e que devem fazer parte dos ensinamentos que esperamos vir a planear e organizar no nosso serviço.

Sendo questionados sobre que outras situações em que lavam as mãos os inquiridos do estudo referenciam que as outras situações em que lavam as mãos fora do contexto hospitalar são quando: confeccionam os alimentos, se encontram em contexto de trabalho, tocam em animais, quando fazem jardinagem, manipulam livros, revistas e jornais e quando frequentam locais públicos. No caso de se encontrarem em contexto hospitalar referem que lavam as mãos: quando manipulam livros, revistas e jornais, no fim de cumprimentarem as suas visitas e em caso de vomitarem. Consideramos que estas situações estão em consonância com a literatura consultada (Portugal, 2010a; Landers *et al.*, 2012).

Analisando os resultados e no que se refere às consequências de não lavar as mãos grande parte dos inquiridos 29 (96,7%) referem ter conhecimento das consequências de não lavar as mãos e apenas 1 (3,3%) refere não saber quais são as consequências de não as lavar. Assim, a consequência identificada por todos os participantes é a transmissão de bactérias. Esta resposta está de acordo com os autores consultados, pois demonstram através das investigações realizadas que a não lavagem das mãos pode

contribuir para a disseminação da infecção (Portugal, 2010a; Gómez, 2011; Humphreys *et al.*, 2011).

Finalmente, com o intuito de respondermos às hipóteses de investigação formuladas com o objetivo de identificar as diferenças que poderão existir na importância que a pessoa, com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra, concluímos que nenhuma destas variáveis apresenta diferenças estatisticamente significativas na importância atribuída à lavagem das mãos. Isto é, as variáveis idade, género, estado civil, escolaridade, zona de residência, tempo de diagnóstico, dias de internamento, internamentos anteriores no serviço, ensinamentos recebidos, diagnóstico clínico e número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar, evidenciam não influenciar a importância atribuída à lavagem das mãos, pelos participantes do nosso estudo.

H1 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da idade.

No que concerne à diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da idade, verificámos que não se revela estatisticamente significativa ($p > ,05$). Logo não podemos aceitar a hipótese formulada.

Esta situação talvez possa estar relacionada com o aspeto cultural, pois é inculcido desde a primeira infância o hábito de lavar as mãos, ou seja, é algo que é transmitido e aprendido ainda quando somos crianças principalmente antes e após a utilização do wc, antes e após as refeições, quando se confeccionam os alimentos e quando se toca em animais. Indo ao encontro da teoria do autocuidado de Orem e de acordo com Petronilho (2012) a habilidade para o autocuidado é inato à pessoa, contudo também é aprendido ao longo do seu ciclo vital para a promoção da vida, da saúde e do bem-estar, sendo denominado agente de autocuidado.

H2 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do género.

Da análise da hipótese formulada verificámos que não existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do género. Por não se apresentar estatisticamente significativa ($p > ,05$) teremos que rejeitar a hipótese formulada.

Pela nossa experiência, em contexto profissional, esperávamos encontrar resultados que nos indicassem que as mulheres atribuem mais importância à lavagem das mãos, do que os homens, contudo os resultados demonstram que o facto de ser homem ou mulher não implica diferença na atribuição à importância da lavagem das mãos.

No nosso estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas talvez devido ao tamanho reduzido da nossa amostra com um $N=30$ e também por ser constituída maioritariamente por homens 19 (63,3%).

H3 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do estado civil.

No que se refere ao estado civil constatámos que ser ou não casado não influencia na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos. Por não se apresentar estatisticamente significativa ($p > ,05$), teremos que refutar a hipótese formulada.

Talvez os nossos resultados estejam relacionados com o tamanho reduzido da amostra ($N=30$) e também com o facto de mais de metade da amostra ser constituída por participantes casados 20 (66,7%).

Por outro lado, o facto de ser casado poder-nos-ia levar a pensar que da parte do cônjuge haveria um maior suporte emocional, o que poderia ter como consequência maior importância na atribuição à lavagem das mãos. Tal como nos revela o estudo de Sayers *et al* (2008) em que o facto de ser casado ajuda na adesão ao regime terapêutico. No

entanto, no nosso estudo não existe diferença na atribuição à importância da lavagem das mãos.

H4 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da escolaridade.

No que diz respeito à diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da escolaridade verificámos que não se revela estatisticamente significativa ($p > ,05$). Assim não podemos aceitar a hipótese formulada.

Ao contrário do que poderíamos julgar em que os participantes com maior nível de escolaridade pudessem atribuir mais importância à lavagem das mãos, o nosso estudo concluiu que possuir menor ou maior nível de escolaridade não influencia a importância atribuída a esta atividade do autocuidado. Esta diferença não se verifica talvez porque as pessoas com menor escolaridade exerçam atividades laborais em que as mãos fiquem visivelmente sujas, por exemplo os operadores de instalações de máquinas e os agricultores, daí atribuírem importância à atividade de lavar as mãos por estas se apresentarem sujas, macroscopicamente.

H5 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da zona de residência.

No que respeita à diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função da zona de residência constatámos que não se revela estatisticamente significativa ($p > ,05$). Pelo que não podemos aceitar a hipótese formulada.

Poderíamos pensar que o facto de habitar na zona rural, as pessoas desempenhassem atividades ligadas à agricultura e atribuíssem menor importância à lavagem das mãos. Pelo contrário as pessoas que habitam na zona urbana uma vez que têm um acesso mais rápido à informação talvez atribuíssem mais importância à lavagem das mãos. Contudo,

tal não se verifica talvez porque nas zonas rurais o acesso à informação seja cada vez mais célere, através da difusão dos meios de comunicação. Também é de referir que cada vez mais pessoas exercem atividades intelectuais nas zonas rurais, temos o exemplo dos professores, os veterinários, os engenheiros, entre outros.

H6 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do tempo de diagnóstico.

Da análise da hipótese 6 verificámos que o tempo de diagnóstico não influencia na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos, pelo que corroborámos que não existe relação estatisticamente significativa ($p > ,05$). Desta forma, rejeitamos a hipótese formulada.

Ao contrário dos resultados obtidos poderíamos pensar que, por um lado à medida que aumenta o tempo de diagnóstico a pessoa fosse aceitando a sua doença com vontade de lutar, de forma a recuperar a sua saúde e bem-estar e por isso atribuísse mais importância à lavagem das mãos. Tal como referem Ferreira, Santos e Bulcão (2012) algumas semanas após o diagnóstico as pessoas manifestam sentimentos de stresse e choque, no entanto iniciam gradualmente um processo de aceitação da doença. Por outro lado, poder-se-ia constatar que à medida que o tempo passa a pessoa permanece em negação ou então apresenta um retrocesso associado à tristeza, medo e desânimo em que deixa de lutar contra a doença e consequentemente atribui menos importância à ação de lavar as mãos. Apesar de termos especulado alguns resultados, o nosso estudo não os demonstra.

H7 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos dias de internamento.

No que concerne à hipótese 7 constatámos que os nossos resultados revelam que estar internado até 25 dias ou mais de 25 dias não influencia na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das

mãos. Corroborámos, então, que a hipótese não se revela estatisticamente significativa ($p>,05$), pelo que não a podemos aceitar.

Contudo, na nossa prática diária verificamos que muitas vezes que à medida que os dias de internamento vão passando a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida vai manifestando sentimentos de desânimo e tristeza, em que por vezes deixa de atribuir importância aos seus autocuidados nomeadamente à atividade de lavagem das mãos. No entanto, este pressuposto não se verifica no nosso estudo.

H8 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos internamentos anteriores no serviço.

No que diz respeito à diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos internamentos anteriores no serviço constatámos que não se revela estatisticamente significativa ($p>,05$), pelo que refutamos a hipótese formulada.

Poderíamos pensar, por um lado, que o facto de as pessoas serem submetidas a vários internamentos com administração de quimioterapia e em consequência ficarem neutropénicas saberem que é importante lavar as mãos como forma de prevenir e combater a infeção, para recuperar a sua saúde e bem-estar. Como tal, seria de esperar que atribuíssem cada vez mais importância à atividade de lavagem das mãos.

Por outro lado, como referenciámos anteriormente todos os dias somos sensibilizados pela importância de lavar as mãos pelas mais variadas campanhas divulgadas, quer pelos meios de comunicação, quer pelo ambiente hospitalar, quer ainda pelos centros de saúde. Contudo, os participantes do nosso estudo perante estas situações não demonstram atribuir maior ou menor importância à lavagem das mãos independentemente de terem mais ou menos internamentos anteriores.

H9 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função dos ensinamentos recebidos.

Da análise da hipótese 9 do nosso estudo concluímos que os ensinamentos recebidos não influenciam na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos, assim esta hipótese não se revela estatisticamente significativa ($p > 0,05$), pelo que não aceitamos a hipótese formulada.

Os nossos resultados evidenciam que os ensinamentos recebidos não influenciam a importância atribuída à lavagem das mãos. No entanto, quando analisámos a segunda questão de investigação verificámos que a realização de ensinamentos é descuidada durante a nossa prática diária, pois apenas uma reduzida percentagem dos inquiridos referiu ter recebido ensinamentos. Estes necessitam de serem planeados, organizados e avaliados de forma sistemática em conjunto com a pessoa com o objetivo de realizar sessões de educação para a saúde no sentido da pessoa apreender e adquirir comportamentos saudáveis.

H10 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do diagnóstico clínico.

Os nossos resultados demonstram que não existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital, atribui à lavagem das mãos em função do diagnóstico clínico. Desta forma, a hipótese por nós levantada não se revela estatisticamente significativa ($p > 0,05$), pelo que não podemos aceitar a hipótese formulada.

Da nossa prática diária constatamos que o diagnóstico de Leucemia é talvez o mais avassalador tanto física como psicologicamente, manifestando-se através de reações como a tristeza ou o medo e é também ao mesmo tempo aquele em que as pessoas mais lutam, interiormente, contra a doença. Pois este diagnóstico é o que, por norma, exige internamentos sucessivos e mais longos com a realização de ciclos de quimioterapia agressivos, tendo muitas vezes como consequência, mais comum, a neutropenia. Pelo que seria, talvez, de esperar que as pessoas demonstrassem mais importância atribuída à lavagem das mãos, como forma de minimizar os riscos associados à neutropenia. Apesar desta constatação os nossos resultados demonstram que não há relação entre o diagnóstico e a importância atribuída à lavagem das mãos, pois todos os inquiridos com

os diferentes diagnósticos atribuem a mesma importância a esta atividade do autocuidado higiene.

H11 – Existe diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital atribui à lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos de lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar.

No que se refere à diferença na importância que a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada num hospital atribui à lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos fora e dentro do contexto hospitalar verificámos que não existe relação estatisticamente significativa ($p>,05$) pelo que não podemos aceitar a hipótese formulada.

Poderíamos pensar a um maior número de comportamentos corretos realizados tanto fora como dentro do contexto hospitalar corresponderia maior importância atribuída à lavagem das mãos. Porém da análise dos nossos resultados verificámos que independentemente do número de comportamentos corretos realizados pelos participantes a importância atribuída à lavagem das mãos não difere em ambos os contextos.

Reforçamos uma vez mais a ideia de que faz todo o sentido planejar e organizar em conjunto com a pessoa sessões de educação para a saúde com objetivos definidos por ambos, para que o enfermeiro explique o **como**, **quando** e **porquê**, de lavar as mãos, exemplifique através de vídeo ou através de demonstrações *in loco* os cinco comportamentos corretos e os onze passos de lavagem das mãos e numa posterior avaliação verifique se houve aquisição de hábitos corretos de lavagem das mãos. Sugerimos também, numa fase posterior para haver consolidação de conhecimentos fazer a observação da lavagem das mãos da pessoa hospitalizada com vista à promoção e aquisição de hábitos saudáveis (Backman e Hentinen, 1999; Carvalho e Carvalho, 2006).

Pensamos que os nossos resultados podem ter sido influenciados pela homogeneidade da amostra no que diz respeito à importância atribuída à lavagem das mãos. Uma vez que

os participantes apenas se posicionaram em duas categorias da importância atribuída, e ambas muito próximas.

Por outro lado, a dimensão reduzida da amostra poderá, também, ter influenciado estes resultados.

Dada a falta de estudos relacionados com a lavagem das mãos na pessoa doente não nos permite comparar os resultados encontrados. Assim, no sentido de melhorar a nossa prática, sugerimos que o nosso estudo seja repetido em outros contextos, com outras populações e com uma amostra mais alargada. Pensamos, também, que seria interessante relacionar as variáveis de caracterização e independentes com a realização correta da lavagem das mãos e/ou com o número de comportamentos corretos de lavagem das mãos.

CONCLUSÃO

As IACS estão cada vez mais na ordem do dia e cabe-nos a nós enfermeiros um importante papel na sua prevenção. Com a realização do estudo, direcionado para a pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, entendemos que o papel da prevenção é desempenhado essencialmente através dos ensinamentos para a saúde em que, como já vimos, estes não se resumem apenas à transmissão de informação. Pelo que é essencial planeá-los de acordo com as necessidades da pessoa doente e avaliá-los de forma sistemática para compreendermos se a pessoa os apreendeu, se houve alteração de comportamentos e aquisição de habilidades que promovam a sua saúde e o seu bem-estar.

O período de neutropenia pós quimioterapia, dependendo da gravidade e duração, na pessoa com doença hematológica, apresenta-se como sendo uma situação que a torna mais suscetível de adquirir infeção, conduzindo-a a situações de não só grande intolerância à atividade física, mas também, por vezes, a infeções graves que em última análise a podem levar à morte por *sepsis*.

Uma das formas de prevenir a infeção é através do autocuidado higiene: lavagem das mãos considerando esta atividade como um foco de atenção da nossa prática diária. É então aqui que surge a nossa intervenção, junto da pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, por forma a perceber se esta dá importância à lavagem das mãos; perceber se considera importante receber ensinamentos sobre a lavagem das mãos; analisar os hábitos de lavagem das mãos fora e dentro do contexto hospitalar e analisar se existe diferença na importância que a pessoa atribui à lavagem das mãos em função das variáveis de caracterização e independentes da amostra.

Decorrente do nosso estudo verificámos que todos os participantes atribuem importância à lavagem das mãos e aos ensinamentos efetuados pelos enfermeiros. No que diz respeito a ter recebido ensinamentos apenas um pequeno número de inquiridos refere ter recebido ensinamentos e destes, somente uma pequena percentagem afirma ter modificado os seus hábitos de lavagem das mãos. No que se refere ao hábito de lavar as mãos todos os participantes afirmam que lavam as mãos quer fora, quer dentro do contexto hospitalar. Contudo,

analisando os hábitos de lavagem das mãos em função do número de comportamentos corretos e em função dos comportamentos corretos, em ambos os contextos constatamos que se apresentam em percentagens reduzidas embora com um ligeiro aumento percentual dentro do contexto hospitalar. Referindo-nos à importância atribuída à lavagem das mãos e às possíveis relações com as variáveis de caracterização e independentes da amostra verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas, pelo que a importância atribuída à lavagem das mãos, na pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, não é influenciada por aquelas variáveis.

Perante os resultados obtidos queremos salientar que os objetivos de investigação delineados para o estudo foram alcançados, pois consideramos que conseguimos lançar novos desafios para a prática diária. No entanto, sabemos que não podemos fazer generalizações para a população, quer se deva ao tamanho reduzido da amostra, quer se deva ainda ao tipo de amostragem não probabilístico.

Enquanto enfermeiros especialistas possuidores de um conjunto de competências clínicas especializadas, no domínio das aprendizagens profissionais e com o objetivo de propormos uma melhoria nos cuidados prestados à pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, internada no nosso contexto de trabalho, parece-nos pertinente implementar uma conduta de educação para a saúde bem planeada e organizada, com enfoque nos ensinamentos sobre a correta lavagem das mãos, pois a função de educar na saúde é inerente ao conteúdo funcional de todos os enfermeiros durante o seu processo de cuidar (Carvalho e Carvalho, 2007; Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Na gestão de cuidados e tendo por base as competências inerentes à função de enfermeiro especialista pretendemos intervir de forma interdependente na prevenção e minimização das infeções durante o período de internamento por forma a diminuir o tempo de internamento da pessoa e obter ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Queremos salientar a necessidade de realização de mais estudos de investigação sobre esta problemática, da lavagem das mãos da pessoa doente, sugerindo futuros estudos em contextos de trabalho distintos ou até no nosso contexto de trabalho, mas em abordagens diferentes tais como: a higienização das mãos com solução de base alcoólica ou até mesmo fazer a observação da higiene das mãos da pessoa doente. Neste sentido, esperamos que os resultados do nosso estudo sejam um estímulo para futuros

investimentos pessoais e profissionais, traduzindo-se no desenvolvimento e melhoramento da nossa prática enquanto enfermeiros.

Dos constrangimentos da realização do nosso estudo salientamos a nossa inexperiência como investigadora, a escassa bibliografia existente sobre esta problemática, e a indisponibilidade de tempo.

Ressalvamos, todavia que este estudo foi uma mais-valia pelos conhecimentos e reflexões que nos proporcionou, cada obstáculo foi ultrapassado como se de um desafio cada vez maior se tratasse.

Esperamos acima de tudo que o nosso estudo melhore os cuidados prestados à pessoa com doença hematológica e imunodeprimida, ajudando-a superar a situação de doença sem grandes complicações infecciosas, contribuindo, assim, para o seu autocuidado na aquisição de comportamentos corretos promotores do seu bem-estar.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson C. - **Transições e Contextos Multiculturais**. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2011. 156p. ISBN 978-989-8269-13-3.

AKYOL, Asiye D. [et al] - Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 09621067. Vol.16, nº4 (2007), p. 679-687.

AVILA ALPIREZ, H. [et al.] - Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. **Cultura de los Cuidados**. ISSN 1138-1728. Nº20 (2006), p.141-146.

BACKMAN K e HENTINEN M - Model for the self-care of home-dwelling elderly. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0355-3221. Nº30 (1999), p.564-572

BOCHI, Keli C. G.; KALINKE, Luciana P.; CAMARGO, Johnny F. C. - Assistência de Enfermagem em Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas Alogênico: Cuidados Baseados em Evidências. Prática Hospitalar. [Em linha]. Nº9 (2007), [Consult. 23 agosto 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2049/pdfs/mat%2005.pdf>.

BUB, Maria B. C. [et al.] - A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. Texto & Contexto – Enfermagem. [Em linha]. Vol.15, n.spe (2006), p. 152-157. [Consult. 10agosto 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072006000500018&script=sci_abstract&lng=pt.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Loures. 2006. 161p. ISBN 972-8930-22-4.

CARVALHO, Maria Ressurreição Silva – A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: da passividade à participação activa no seu processo de cuidados. In GOMES, Idalina Delfina – Parceria e cuidados de enfermagem: uma questão

de cidadania. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, 2007. ISBN 978-972-8485-86-3. p. 21-66.

CEBECI, F.; CELIK, S. - Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 1365-2702. Vol.17, nº3 (2008), p.412-420.

CHEN, Y.; CHIANG, L. - Effectiveness of hand-washing teaching programs for families of children in paediatric intensive care units. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 1365-2702. Vol. 16, (2007), p.1173-1179.

CLARK, A. [et al.] - Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care. **European Journal Of Heart Failure**. ISSN 13889842. Vol.11, nº6 (2009), p. 617-621.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – **CIPE/ICNP: Versão Beta 2**. Lisboa: [s.n.], 2003. 227p. ISBN 972-98149-5-3.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - **CIPE/ICNP: versão Beta 2**. 3ª ed. Lisboa:[s.n.], 2005.201p. ISBN 92-95040-36-8

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM – **CIPE: Versão 2**. Lisboa: [s.n.], 2011. 209p. ISBN 978-92-95094-35-2.

COSTA, Cristina [et al.] – **O cancro e a qualidade de vida – A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro**. Lisboa. 2005. 1027 p. ISBN 972-9119-94-5.

FEITOSA, Elaine N. [et al.] - Infecção Hospitalar: Conhecimento Vivenciado Por Visitantes De Uma Instituição Hospitalar Pública Em João Pessoa-Pb. 2004. 24p. [Em linha], [Consult. 25 setembro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://189.75.118.67/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/conhecimento%20vivenciado%20por%20visitantes.pdf>.

FERREIRA, L. M.; SANTOS C.; BULÇÃO, E. – Emoções face ao diagnóstico de doença oncológica. **Onco. News**. Porto. ISSN 1646-7868. Ano VI, nº20 (2012), p. 20-27.

FORTIN, Marie-Fabienne – **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Loures: Lusociência, 2009. 595p. ISBN 978-989-8075-18-5.

FOSTER, Peggy C.; JANSSENS, Nancy P. – Dorothea E. Orem. In GEORGE, Júlia B. – Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 90-107.

GÓMEZ, F. H. Á. - El lavado de manos. Prevención de infecciones trasmisibles. **Gaceta Médica Espirituana**. ISSN 1608-8921. Vol.13, nº1 (2011).

HOLGUÍN, Edith A. – Comportamientos y capacidade da agencia de autocuidado de adultos com insuficiencia cardíaca. **Avances en Enfermería**. Bogotá. ISSN 0121-4500. Vol.28, nº1 (2010), p. 21-30.

HUMPHREYS, H. [et al.] - **Guidelines for Hand Hygiene in Irish Health Care Settings SARI Infection Control Subcommittee**. Ireland: [s.n.], 2011. 37p. ISBN: 0-9540177-8-1.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Censos 2011 – Resultados Provisórios**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2011.145p. ISBN 978-989-25-0148-2.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Classificação Portuguesa das Profissões**. [Em linha]. (2010). [Consult. 10 novembro 2012]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2.

KIDD, Lisa [et al] – Perceived control and involvement in self-care in patients with colorectal cancer. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 1365-2702. Vol.18 (2009), p. 2292-2300.

KOPPER, Judy – Ensinar e aprender. In BOLANDER, Verolyn Rae – Sorensen e Luckmann - Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica. 1ªed. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5. p. 577-596.

KUMAR, P.S. [et al.] - Prevention and Control of Infections. **International Journal of Pharma and Bio Sciences**. ISSN 0975-6299. Vol.2, nº1 (2011), p.145-154.

LANDERS, Timothy [et al.] - Patient-centered hand hygiene: the next step in infection prevention. **American Journal of Infection Control**. ISSN 0196-6553. Vol.40, nº4 (2012), p. 11-17.

MANTOVANI, Maria Fátima – Diagnóstico e planeamento em saúde. In MIRANDA, Sónia Maria Rezende Camargo de Miranda; MALAGUTTI, William – Educação em saúde. São Paulo: Phorte Editora, 2010. ISBN 978-85-7655-283-3. p. 23-36

MAROCO, João – **Análise estatística – com utilização do SPSS**. 2ªed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003. 508p. ISBN 972-618-331-6.

MCGUCKIN, M. [et al.] - Evaluation of a patient education model for increasing hand hygiene compliance in an inpatient rehabilitation unit. **American Journal of Infection Control**. ISSN 0196-6553. VVol.32, nº 4 (2004), p.235-238.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual/Enunciados Descritivos**. [Em linha] 2001, [Consult. em março 2012]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documentos/PadrõesqualidadedecuidadosdeEnfermagem.pdf>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Regulamento nº122/2011. D.R. II Série. 35 (18-02-11) 8648-8653.

OREM, Dorothea E. – **Nursing: Concepts of practice**. 6ª ed. St. Louis: Mosby, 2001. 542p. ISBN 0-323-00864-X.

PETRONILHO, Fernando – **Autocuidado: Conceito central da enfermagem**. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2012. 105p. ISBN 978-989-8269-17-1.

PIAS, Marta Sofia Cabaça – Ansiedade e stress na família do doente em estado crítico. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. Nº 81 (Novembro 2008), p. 11-15.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadette P. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 163p. ISBN 85-7307-984-3.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde - Documento de Apoio**. Lisboa: DGS, 2010a. 34p. [Em linha], [Consult. 10 setembro 2012]. Disponível em WWW:<URL <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007/2010 – orientações programáticas**. Lisboa: Coordenação
108

Nacional para as Doenças Oncológicas, DGS, 2007b. 34p. [Em linha], [Consult. 4 setembro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Prevenção de Infecções Adquiridas no Hospital - Um Guia Prático**. Lisboa: DGS, 2002. 93p. [Em linha], [Consult. 9 setembro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde - Manual De Operacionalização**. Lisboa: DGS, 2008. 49p. [Em linha], [Consult. 6 setembro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde Vigilância Epidemiológica das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde: Critérios para Definição de Infecções nos Cuidados de Saúde e Agudos**. Lisboa: DGS, 2009. 57p. [Em linha], [Consult. 13 agosto 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde**. Lisboa: DGS, 2007a. 20p. [Em linha], [Consult. 25 agosto 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Relatório Inquérito de Prevalência de Infeção 2010**. Lisboa: DGS, 2010b. 16p. [Em linha], [Consult. 29 agosto 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt>

QUEIRÓS, Paulo J. P. – Editorial: autocuidado, transições e bem-estar. **Revista Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº21 (2010), p. 5-7.

RABELO, Ângela H.S.; SOUZA, Tânia V. - O Conhecimento do Familiar/Acompanhante Acerca da Precaução de Contato: Contribuições Para a Enfermagem Pediátrica. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Em linha] (2009) 271-278. [Consult. 2 outubro 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a06.pdf>.

REIS, Sílvia M. S. P. - **Factores de adaptação e de recuperação após uma doença hemato-oncológica – um estudo exploratório**. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da educação. Universidade de Lisboa, 2007. Dissertação de tese de mestrado em ciências da educação.

SAYERS, S. [et al] – Social support and self-care of patients with heart failure. **Journal Cardiovascular Nursing**. ISSN 0889-4655. Vol.35 (2008), p.70-79.

SIDANI, Souraya – Self-Care. In DORAN, Diane M. – **Nursing Outcomes: The state of the Science**. 2ª ed. London: Jones e Bartlett Learning, 2011. ISBN 978-0-7637-8325-9. p.79-130.

SIGURDARDÓTTIR, Árún K. – Self-care in diabetes: model of factors affecting selfcare. **Journal of Clinical Nursing**. ISSN 1365-2702. Vol. 14 (2005), p. 301-314.

SILVA, Lúcia M.G. - Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (tmo): relato de caso. Revista Latino Americana em Enfermagem. [Em linha]. Vol.9, nº4 (2001) 75-82. [Consult. 9 agosto 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11487.pdf>.

SILVA, S. A.; DIAS, V. L. S. M. – Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica pós-quimioterapia: definição de guideline. **Oncol. News**. Porto. ISSN 1646-7868. Ano I, Nº3 (2007), p. 11-17.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. – **Brunner e Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. 2419 p. ISBN 85-277-1057-9.

SODERHAMN, Olle – Self-care activity as a structure: a phenomenological approach. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**. ISSN 1103-8128. Nº7 (2000), p. 183-189.

SPICHIGER, Elisabeth [et al] – Fatigue in patients undergoing chemotherapy, their self-care and the role of health professionals: a qualitative study. **European Journal of Oncology Nursing**. ISSN 1462- 3889. Vol. 16, nº2 (2011), p. 165-171.

TAYLOR, Susan G. - Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem. In TOMEY, Ann M.; ALLIGOOD, Martha R. – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: modelos e teorias de enfermagem. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 211-236.

VITOR, Allyne F.; LOPES, Marcos V. O.; ARAUJO, Thelma L. - Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. [Em linha]. Vol.14, nº3 (2010). [Consult. 8 agosto 2012].

Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300025&script=sci_arttext.

ZAVADIL, Evana Terezinha de Castro - **Representações do Enfermeiro Sobre Infecção em Pacientes Submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas**. [Em linha] 2010, [Consult. 1 novembro de 2012]. Disponível em www.ppgenf.ufpr.br/DissertaçãoEvanaCastroZavadil.pdf.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido do parecer ético à Comissão de Ética da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

ANEXO II

Autorizações da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

APÊNDICES

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Data ____/____/____

Formulário nº _____

PARTE I – Caracterização Sociodemográfica

1 – Idade:

2 – Sexo: "1" Masculino

"2" Feminino

3 – Estado Civil: "1" Solteiro(a)

"2" Casado(a)

"3" União de facto

"4" Divorciado(a)

"5" Viúvo(a)

4 – Escolaridade: "1" Nenhuma

"2" 1º Ciclo (1ºano; 2ºano; 3ºano e 4ºano)

"3" 2º Ciclo (5ºano e 6ºano)

"4" 3º Ciclo (7ºano; 8ºano e 9ºano)

"5" Secundário (10ºano; 11ºano e 12ºano)

"6" Superior

5 – Profissão: _____

6 – Zona de Residência: "1" Cidade

"2" Rural

"3" Suburbano (periferia da cidade)

7 – Tempo de diagnóstico:

8 – Há quantos dias está internado(a)?

9 - Internamentos anteriores no serviço?

"1" Não

Sim. Quantos? _____

PARTE II

Autocuidado lavagem das mãos - FORA DO HOSPITAL

10 – Tem o hábito de lavar as mãos?

"1" Sim

"2" Não

11– Lava as mãos quando (assinalar todas as respostas que se aplicam):

"1" Antes de utilizar o WC

"2" Após utilizar o wc

"3" Antes das refeições

"4" Após as refeições

"5" Antes de tomar medicação

"6" Após tomar medicação

"7" Outras situações. Quais? _____

12 – Que produto utiliza? (assinalar todas as respostas que se aplicam)

"1" Sabão sólido

"2" Sabão líquido

"3" Só água

"4" Outro. Qual? _____

13 – Quanto tempo demora a lavar as mãos? (assinalar todas as respostas que se aplicam)

"1" Tempo de lavagem das mãos <a 1 minuto

"2" Tempo de lavagem das mãos= a 1 minuto

"3" Tempo de lavagem das mãos> a 1 minuto

14– Que zona das mãos lava? (assinalar todas as respostas que se aplicam)

- “1” Palma das mãos
- “2” Dorso ou “costas” das mãos
- “3” Pulsos
- “4” Espaços interdigitais ou “entre os dedos”
- “5” Unhas

15– Como é que faz a secagem das mãos?

- “1” Seca com toalha de pano
- “2” Seca com toalhete de papel
- “3” Deixa secar ao ar

Autocuidado lavagem das mãos - EM CONTEXTO HOSPITALAR

16 – Atualmente lava as mãos?

- “1” Sim
- “2” Não

17 – Lava as mãos quando (assinalar todas as respostas que se aplicam):

- “1” Antes de utilizar o WC
- “2” Após utilizar o wc
- “3” Antes das refeições
- “4” Após as refeições
- “5” Antes de tomar medicação
- “6” Após tomar medicação
- “7” Outras situações. Quais? _____

18 – Que produto utiliza? (assinalar todas as respostas que se aplicam)

- “1” Sabão sólido
- “2” Sabão líquido
- “3” Só água

19 – Quanto tempo demora a lavar as mãos? (assinalar todas as respostas que se aplicam)

- “1” Tempo de lavagem das mãos <a 1 minuto
- “2” Tempo de lavagem das mãos= a 1 minuto
- “3” Tempo de Lavagem das mãos> a 1 minuto

20 – Que zona das mãos lava? (assinale todas as respostas que se aplicam)

- “1” Palma das mãos
- “2” Dorso ou “costas” das mãos
- “3” Pulsos
- “4” Espaços interdigitais ou “entre os dedos”
- “5” Unhas

21 – Como é que faz a secagem das mãos?

- “1” Seca com toalha de pano
- “2” Seca com toalhete de papel
- “3” Deixa secar ao ar

PARTE III

Autocuidado lavagem das mãos

22– Considera que a lavagem das mãos é um procedimento:

- “1” Nada importante
- “2” Pouco importante
- “3” Indiferente
- “4” Importante
- “5” Muito importante

23 - Sabe quais são as consequências de não lavar as mãos?

- “1” Sim
- “2” Não

24- Se sim, quais são?

25 – Durante o seu internamento, os enfermeiros ensinaram-lhe quando e como deve lavar as mãos?

- “1” Sim
- “2” Não

26 – Se sim, o que lhe ensinaram?

27 – Considera importante fazer ensinamentos programados sobre a lavagem das mãos?

- “1” Sim
- “2” Não

28 – Se sim, considera importante ensinar, o quê?

29 – Na sequência dos ensinamentos que lhe fizeram mudou os seus hábitos de lavagem das mãos?

- "1" Sim
 "2" Não

30 - A preencher pelo investigador

Diagnóstico:

- "1" Leucemia
 "2" Linfoma
 "3" Mieloma Múltiplo

Obrigado

APÊNDICE II

Pedido de autorização para realização do estudo ao
Conselho de Administração do Centro Hospitalar e
Universitário de Coimbra

APÊNDICE III

CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Elisabete Alexandra Rodrigues Ferreira, sou enfermeira a frequentar o II Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pretendo desenvolver um estudo sobre “A importância atribuída pelos doentes hematoncológicos Imunodeprimidos à lavagem das mãos”. Para tal, preciso da sua colaboração e seriedade para responder a este formulário.

Peço-lhe que oiça com atenção todas as perguntas e que dê a resposta que lhe parece mais correcta.

Responda sempre de acordo com o que faz ou pensa, pois não existem respostas correctas ou incorrectas, nem boas nem más.

A sua participação tem um carácter voluntário, podendo desistir a qualquer momento. Será respeitado o anonimato, a confidencialidade das informações fornecidas e a privacidade, sendo todos os dados codificados, apenas podendo ser usados para este estudo.

Da sua recusa em participar não resultará qualquer prejuízo, nomeadamente o direito a ser tratado da mesma forma como se tivesse aceitado em participar no estudo.

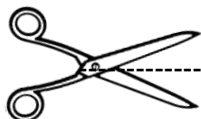
Coimbra, __ de _____ de 2012

Assinatura do (a) Investigador(a) _____

Contacto telefónico do(a) Investigador(a) _____

Agradeço a sua colaboração

Elisabete Ferreira



Recebi toda a informação necessária sobre o estudo e aceito participar, respondendo ao formulário:

DATA: _____

ASSINATURA: _____

