

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

LAVAGEM DAS MÃOS NO OLHAR DE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

ANGELA CONTE MARTINI

Porto Alegre

2004

ANGELA CONTE MARTINI

LAVAGEM DAS MÃOS NO OLHAR DE
TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestre, do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Prof. Orientadora: Dr. Clarice Maria Dall'agnol

Porto Alegre

2004

M386 I Martini, Angela Conte

Lavagem das mãos no olhar de trabalhadores de enfermagem /
Angela Conte Martini ; orient. Clarice Maria Dall'Agnol. – Porto
Alegre, 2004.

116 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de
Mestrado em Enfermagem, 2003.

1. Lavagem de mãos. 2. Infecção hospitalar. 3. Trabalhadores
de enfermagem. 4. Higiene. 5. Grupos focais. 6. Pesquisa
qualitativa. I. Dall'Agnol, Clarice Maria. II. Título.

CDD - 614.48:616-083

CDU - 613.4:616-022.36

HLSN - 524.4

NLM – WX 167

Catálogo por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

Autor: Angela Conte Martini

Título: Lavagem das mãos no olhar de trabalhadores de enfermagem

Dissertação aprovada em 30 de maio de 2003

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Clarice Maria Dal'Agnol (Presidente)

Prof. Dr. Anaclara Ferreira Veiga Tipple (Titular)

Prof. Dr. Liana Lautert (Titular)

Prof. Dr. Maria Alice Dias da Silva Lima (Titular)

Prof. Dr. Maria da Graça Oliveira Crossetti (Suplente)

Ao meu mestre.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida, pela capacidade de senti-la e modifica-la, sempre na intenção de construir um mundo melhor.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que me acolheu no Curso de Mestrado, oportunizando crescimento pessoal e da Enfermagem através dos estudos de cada um de seus mestrandos e professores.

À CAPES, pelo financiamento desta pesquisa através da bolsa auxílio de Mestrado. Que perdure suas atividades e fomentos para novos pesquisadores, possibilitando o crescimento da pesquisa e das profissões deste país.

À minha orientadora Prof. Dr. Clarice Maria Dall’Agnol, pela oportunidade de crescimento, estímulo e debate, não só acerca do tema do estudo e pesquisa, mas também pelas lições de vida que compartilhamos.

À minha família, minha mãe, meu pai (*in memoriam*), irmãos, tia Gema e tio Adroaldo, meus sogros, pelo apoio e compreensão dos momentos ausentes e presentes. Seu carinho, amizade e afeto foram cruciais para a realização deste projeto.

Ao meu noivo Fabiano, pelo incentivo, apoio, inspiração, por tudo.

Ao hospital que abriu as portas para a realização deste estudo.

Aos enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram deste estudo, pelas valiosas informações e trocas de experiências.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram com este estudo, meu muito obrigado.

RESUMO

Considerando a lavagem das mãos como uma importante medida de controle de infecção hospitalar, objetivou-se investigar as razões que impulsionam os trabalhadores de enfermagem a lavar ou não as mãos. Optou-se pela pesquisa qualitativa e pela técnica de grupo focal para a coleta dos dados. O grupo consolidou-se com seis sujeitos (três enfermeiros e três técnicos de enfermagem), selecionados através dos critérios de voluntariedade e interesse pela temática. A coleta de dados transcorreu em cinco encontros semanais, estendendo-se pelos meses de novembro e dezembro de 2002. Utilizando a análise de enunciação, verificou-se que os profissionais mostram conhecimento teórico sobre o tema, entretanto percebeu-se que a prática da lavagem das mãos é influenciada pelas diferentes situações, como de surtos, emergências e isolamentos. As dificuldades como a superlotação do hospital, distância das pias, recursos (in)disponíveis e/ou (in)adequados, entre outros, interferem na execução desse procedimento, mas não o determinam. Essas condições, associadas à forma como o trabalho é organizado e à cultura que privilegia a cura em detrimento da prevenção, levam à negligência com a lavagem das mãos, que acaba por ser considerada uma prática paralela e secundária ao trabalho da enfermagem. Outras questões foram consideradas para analisar a lavagem das mãos, como sua relação com o uso de luvas, que evidenciou ambos como procedimento/equipamento de proteção individual, e com a fricção higiênica das mãos, que se mostrou pouco aceita pelos sujeitos. Sinaliza-se a necessidade de se trabalhar esse tema junto aos profissionais da saúde para que se possa efetivar a lavagem das mãos como medida preventiva de infecções hospitalares.

Palavras-chave: lavagem de mãos; Infecção hospitalar; trabalhadores de enfermagem; higiene; grupos focais; pesquisa qualitativa.

Linha de pesquisa: Políticas e práticas em saúde e enfermagem

ABSTRACT

Taking into account that hand washing is an important measure to control hospital infection, the objective of this work is to investigate the reasons that trigger the nursing team to wash or not their hands. We have chosen qualitative investigation and ; focus groups technique for data collection. The group comprised seven nurses and nursing technicians, selected through criteria such as voluntarism and interest regarding the issue. Data collection took place within five weekly meetings during November and December, 2002. Through enunciation analysis, it was observed that professionals possess theoretical knowledge on the topic. However, practice of hand washing is influenced by different situations such as epidemic, emergencies and isolation. Difficulties such as overcrowding, sink distance and (un)available or (not) suitable resources, among others, interfere in accomplishing this procedure but do not determine it. Such conditions along with the manner in which work is organized and the culture that healing is better than preventing lead to negligence regarding hand washing, which happened to be considered a parallel and secondary practice for nursing work. Other topics were taken into consideration in order to analyze hand washing, like the relationship between hand washing and glove utilization, in which both were evidenced as equipment/procedure of personal protection, as well as the relation between hand washing and hygienic hand friction, in which the latter was found to be poorly accepted by the subjects. Working on this topic among health professionals seems to be important in order to make hand washing an effective measure to prevent hospital infection.

Key words: *handwashing; cross infection; nursing, team; hygiene; focus groups; qualitative research.*

Title: *Hand washing in the watch the nursing team.*

RESUMEN

Teniendo en cuenta que el lavado de manos es una medida importante para controlar la infección hospitalaria, el objetivo de este trabajo es investigar las razones que impulsan el grupo de enfermería para lavar o no sus manos. Se eligió la investigación cualitativa y la técnica de grupo foco para la colección de los datos. El grupo se consolidó con seis sujetos (tres enfermeras e tres técnicos de enfermería), selectivos por los criterios de voluntariedad y interés por el tema. La colección de los datos tuvo lugar dentro de cinco reuniones semanales durante noviembre y diciembre, 2002. A través del análisis de la enunciación, se observó que los profesionales poseen el conocimiento teórico en el tema. Sin embargo, la práctica de lavar las manos se influye por las situaciones diferentes como la epidemia, emergencias y aislamiento. Las dificultades como la superlotación del hospital, distancia de las pilas, recursos (no)disponibles y/o (no)convenientes, entre otros, interfieren logrando este procedimiento pero no lo determinan. Cosas así junto con la forma como el trabajo está organizado y la cultura que privilegia la cura en detrimento de la prevención, llevan a la negligencia con el acto de lavar las manos, que acaba por ser considerada una práctica paralela y secundaria al trabajo de enfermería. Se tuvieron otros temas en cuenta en el análisis del lavado de las manos, como la relación entre el lavado de la mano y utilización del guante en que los dos se evidenciaron como el equipment/procedure de protección personal, así como la relación entre el lavado de la mano y la fricción higiénica de las manos en que el último se mostró poco aceptado por los sujetos. Se señala la necesidad de trabajar este tema entre los profesionales de salud para hacer una medida eficaz al lavado de la mano para prevenir la infección hospitalaria.

Descriptores: *lavado de manos; infección hospitalaria; grupo de enfermería; higiene; grupos foco; investigación cualitativa.*

Título: *Lavado de manos en la mira de trabajadores de enfermería.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	16
2.2 FATORES DE RISCO DE INFECÇÕES HOSPITALARES	18
2.3 A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE COMO FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	21
2.4 LAVAGEM DAS MÃOS	24
2.4.1 Lavagem e fricção higiênica das mãos.....	25
2.4.2 O ato de lavar as mãos	30
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	32
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	32
3.2 A TÉCNICA DE GRUPO FOCAL	33
3.3 CAMPO DE ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS	38
3.4 OS SUJEITOS.....	40
3.5 AS SESSÕES GRUPAIS	42
3.6 O MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	48
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	50
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA LAVAGEM DAS MÃOS.....	50
4.2 A LAVAGEM DAS MÃOS COMO IMPORTANTE MEDIDA DE CONTROLE DE INFECÇÃO	53
4.3 A EQUIPE DE SAÚDE E A LAVAGEM DAS MÃOS	55
4.4 QUANDO LAVAR.....	59
4.4.1 <i>Na natureza emergencial tu, no afã de salvar uma vida, às vezes não dá para tomar os cuidados corretos.</i>	64
4.4.2 <i>Porque às vezes tu tem um surto e tu vai investigar e tu descobre que está ali: é as mãos.</i>	68
4.4.3 <i>Quando se tem um paciente em isolamento...</i>	70
4.5 RECURSOS PARA A LAVAGEM DAS MÃOS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	71
4.5.1 <i>A porta de entrada está sempre aberta, e a de saída, nem sempre.</i>	72
4.5.2 <i>Eu vejo por mim, quando eu estou mais próximo da pia eu lavo mais as mãos, quanto mais distante, com certeza lavo menos.</i>	74
4.5.3 <i>Os recursos materiais</i>	76
4.5.4 <i>... uma coisa direcionada pra cura e não pra prevenção.</i>	78

4.5.5 <i>A organização do trabalho da enfermagem</i>	81
4.6 LAVAGEM DAS MÃOS: PARALELA E SECUNDÁRIA AO TRABALHO DA ENFERMAGEM	86
4.7 LAVAGEM DAS MÃOS COMO PROCEDIMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....	89
4.8 FORMAÇÃO/HÁBITO	90
4.9 A LAVAGEM DE MÃOS E O USO DE LUVAS.....	92
4.10 FRICÇÃO HIGIÊNICA DAS MÃOS	95
4.11 ESTRATÉGIAS	99
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICE I - TERMO DE COSNCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	111
II - PORTARIA Nº2.616/MS/GM, DE 12 DE MAIO DE 1998	111

1 INTRODUÇÃO

No decorrer da minha trajetória profissional, fui despertando para os cuidados relativos às infecções hospitalares (IHs) e, conseqüentemente, à lavagem das mãos. Tal procedimento, em minha ótica, parecia a principal medida preventiva e de controle de infecção hospitalar, bem como, a mais negligenciada.

Chamavam a atenção os discursos sobre o cuidado prestado aos pacientes que pareciam contraditórios à prática, pois pouco valorizava-se a prevenção das IHs. Ao mesmo tempo, percebia-se uma grande valorização das inovações tecnológicas complexas, consideradas mais importantes do que questões básicas, como a lavagem das mãos. Em decorrência dessa postura, preocupava-me o fato dos profissionais da saúde prestarem “descuidados” aos pacientes, ao atuarem como fonte/vetor de microrganismos, que poderiam vir a causar IHs.

Como bolsista da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) de um hospital de Caxias do Sul, no Rio Grande do Sul, as percepções relacionadas à dificuldade de adesão à lavagem das mãos se confirmaram com a observação sistematizada em uma UTI Neonatal de um hospital escola da mesma cidade (MARTINI, SPIANDORELLO e BERTONI, 1999). Nesse estudo, foi verificado que os enfermeiros lavavam as mãos apenas 25% antes e 22% após a realização de procedimentos, e, respectivamente, os auxiliares de enfermagem, 22% e 27% e os médicos 59% e 08%.

Naquela época, desenvolvia atividades diárias em todos os setores do hospital, o que possibilitava a observação das práticas dos profissionais da saúde. Em conversas informais, notei que havia um discurso geral que atribuía a dificuldade

de adesão à lavagem das mãos à má qualidade do sabão líquido. Por indicação da CCIH, o hospital realizou investimentos substituindo o sabão líquido por outro, considerado de alta qualidade e que seguia todos os critérios em relação ao pH, odor agradável, etc. Após, o problema passou a ser o papel-toalha, que também foi substituído por um de melhor qualidade, contemplando as solicitações dos profissionais de saúde.

Resolvidos os problemas do sabão líquido e do papel-toalha, os profissionais passaram a justificar a dificuldade de adesão à má localização das pias. Com a revisão da planta física foi possível ampliar o número de pias, o que proporcionou uma melhor distribuição das mesmas. Essa medida também não obteve o sucesso esperado. Concomitantemente, a esses melhoramentos, havia um programa de educação continuada que também apresentava resultados limitados.

Os problemas que dificultavam a lavagem das mãos passaram a ser os relacionados à tríade falta de tempo/excesso de tarefas/superlotação. Entretanto, em épocas em que os índices de internação, referentes à relação paciente/dia, diminuía consideravelmente, a observação revelava que, mesmo nessas situações, a prática da lavagem das mãos não se alterava.

Essas situações me inquietavam pois, obviamente, algo interferia na adesão à lavagem das mãos. Esse fato parecia transpor o pequeno universo daquele hospital pois, de uma maneira geral, a vivência profissional revelava que a não-adesão era uma prática comum, inclusive em diferentes hospitais em que atuei, como acadêmica de enfermagem.

Com a aproximação do final do curso de graduação, optei por dedicar o meu trabalho de conclusão ao tema infecção hospitalar de uma maneira mais abrangente. Sendo assim, em Martini (2000) busquei identificar os conhecimentos

teóricos sobre IH de uma equipe de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Infantil. Essa pesquisa revelou que os profissionais demonstraram conhecimento teórico acerca dos procedimentos básicos de controle de infecção hospitalar, principalmente àqueles relacionados com a lavagem das mãos, esterilização de materiais, anti-sepsia e outros, porém, existiam limitações sobre o conceito e algumas outras medidas de controle de infecções hospitalares.

Os *déficits* de conhecimento, quando existem, podem ser supridos com medidas educativas. Esse fato explica os resultados positivos dos treinamentos frente à adesão das medidas de controle de infecção hospitalar. Entretanto, somente essas atividades educativas não estão sendo suficientes para alterar a prática e mantê-la próximo do ideal. Um exemplo disso é o estudo de Lopes, Morinzato e Veiga (1999) que afirma que, apesar de treinamentos realizados anteriormente e dos resultados positivos da primeira etapa de avaliação de um programa educativo, desenvolvido um ano antes, a observação direta nos setores evidenciou que algumas medidas, como a lavagem de mãos após a realização de procedimentos, freqüentemente não eram adotadas. Isso acontece porque apenas o conhecimento teórico por si só não determina a adesão à lavagem das mãos. Sendo assim, é evidente a existência de um distanciamento entre a teoria e a prática.

Com essa inquietação, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem, com o intuito de desenvolver um estudo que possibilitasse entender a problemática verificada na adesão à lavagem das mãos. Nesse sentido, vinha considerando que existem razões que levam à lavagem ou não das mãos, algumas delas já descritas na literatura, como a falta de tempo, ausência de pias ou dificuldade de acesso a essas, alergia às soluções detergentes e não priorização da lavagem das mãos. Sabe-se das dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde em manter a

rotina da lavagem das mãos, porém, parece que essas razões não refletem toda a complexidade envolvida na adesão.

Embora se tenha conhecimento que a problemática em relação a adesão à lavagem das mãos não é exclusiva da equipe de enfermagem, visto que estudos têm demonstrado *déficits* na lavagem das mãos de médicos anesthesiologistas (PEREIRA et al, 1999), de médicos de uma UTI neonatal (MARTINI, SPIANDORELLO e BERTONI, 1999), de residentes de medicina (KAMADA e ROCHA, 1997) entre outros optou-se por estudar somente os profissionais de enfermagem pelo fato deles, além de possuírem uma gama de atividades assistenciais e de gerenciamento, também acompanharem e/ou observarem o trabalho dos demais profissionais da saúde, e serem os que permanecem mais tempo com os pacientes, possuindo uma visão mais global e mais detalhada do cotidiano do cuidado. E, finalmente, porque deseja-se pormenorizar essas questões na enfermagem.

Dessa forma, devido a importância da enfermagem na prevenção e no controle da infecção hospitalar, esta pesquisa objetiva **investigar as razões que impulsionam os trabalhadores de enfermagem a lavar ou não as mãos.**

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para abordar a lavagem das mãos como medida preventiva de infecções hospitalares é necessário retomar alguns conceitos sobre a infecção hospitalar, sua importância no contexto do cuidado e seus fatores de risco. Entre esses fatores está a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde e nesses, a prática da lavagem das mãos.

Enquanto eixo norteador, neste tópico de revisão de literatura, inicialmente serão abordadas algumas considerações sobre IH e fatores de risco para, em seguida, discorrer sobre a lavagem das mãos.

2.1 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE INFECÇÃO HOSPITALAR

As IHS estão presentes no cotidiano do trabalho da enfermagem sempre apresentadas como um risco ou fato. Considera-se Infecção hospitalar qualquer infecção adquirida após a admissão do paciente no hospital que se manifesta no período de internação ou pós-alta, se puder ser relacionada com a hospitalização (MACHADO, COLARES e PIVA, 1997). Conforme os mesmos autores, quando não é conhecido o período de incubação de um microrganismo e não há evidência clínica ou laboratorial de infecção no momento da internação, considera-se infecção hospitalar aquela manifestada após 72 horas da admissão. Também são hospitalares aquelas infecções relacionadas a procedimentos invasivos

independentemente do momento da manifestação, bem como as infecções nos recém-nascidos, exceto as congênitas.

As infecções hospitalares, fisiopatologicamente, são divididas em endógenas e exógenas. São endógenas quando causadas pela microbiota endógena (flora residente), própria do paciente. São exógenas quando causadas pela microbiota exógena (flora transitória) oriunda de reservatórios e veiculada através de vetores como o próprio paciente, equipe de saúde, artigos hospitalares, entre outros (PEREIRA e MORIYA, 1995).

Os microrganismos endógenos, que colonizam o nosso corpo, podem tornar-se patogênicos em determinado momento (ZANON e NEVES, 1987) ocasionando uma infecção endógena. Não se sabe as verdadeiras causas que levam esses germes, normalmente inofensivos ao ser humano, a provocarem infecção e porque agentes externos conseguem aderir, colonizar e invadir tecidos. Entretanto, sabe-se que microrganismos da microbiota endógena podem tornar-se patogênicos quando forem veiculados, por procedimentos invasivos, a outras topografias, onde não está ecologicamente adaptado, podendo desencadear processo infeccioso.

As IHS representam 3 a 4% do total de infecções no ambiente hospitalar (COUTO, PEDROSA e NOGUEIRA, 1999). Santos (1996) afirma que esses dados variam de 3 a 5% nos Estados Unidos chegando, no Brasil, a representar 15,6%. Segundo estudos, a maior parte (70%) das infecções hospitalares são causadas por germes endógenos (COUTO, 1998) e as restantes, por exógenos, sendo essas últimas passíveis de prevenção.

Esses índices dão uma idéia da amplitude da problemática das IHS, porém são extremamente variáveis, dependendo do tipo de hospital (público ou

privado, geral ou especializado), das características dos pacientes (imunodeprimidos, diabéticos), dos recursos disponíveis, das características do cuidado prestado, da forma como são coletados os dados para elaboração dos índices, bem como dos critérios diagnósticos de infecção hospitalar utilizados. Além disso, existe dificuldade de identificação de infecção hospitalar pós-alta, principalmente nos casos em que os pacientes permanecem poucos dias internados.

Análises das IHS visando seu manejo custo-eficiência demonstram que investir na qualidade e preveni-las é fundamental, pois elas aumentam o tempo de internação, a necessidade de métodos diagnósticos de apoio e outros, além de serem bastante traumáticos, ou até mesmo fatais, para o paciente (FREITAS, 1997). Prevenir as IHS é atuar frente aos fatores de risco.

2.2 FATORES DE RISCO DE INFECÇÕES HOSPITALARES

Os fatores que aumentam a possibilidade de desenvolvimento de infecções hospitalares têm sido descritos com diferentes termos. Padoveze, Dantas e Almeida (2000), Turrini (2000) e Machado, Colares e Piva (1997), utilizam “fatores de risco”. Uma outra denominação é dada por Pedrosa e Couto (1999), entre outros, que utilizam a denominação “fatores determinantes” de infecções hospitalares. Existe uma diversidade de autores que utilizam ambos os termos como sinônimos, ou mesmo, valem-se de outros termos para designar essa condição.

A diferenciação entre fatores de risco e fatores determinantes faz-se necessária à medida que se observa particularidades que podem interferir nas próprias atitudes dos profissionais frente às infecções hospitalares.

Fatores determinantes, conforme Ferreira (1999), referem-se àqueles fatores que determinam, que estabelecem, decidem e que modificam o determinado. O determinado (no caso, infecção hospitalar) é fixo, estabelecido, certo. O risco é visto pelo mesmo autor como perigo ou possibilidade de perigo, sendo também considerada como risco a possível responsabilidade pelo dano.

Essa diferenciação nos faz pensar sobre quanto um ou mais fatores podem determinar, ou não, uma infecção hospitalar. Parece que, quando se fala em fatores que determinam, percebe-se uma certa rigidez como se, necessariamente, todos os pacientes expostos aos fatores determinantes desenvolveriam infecção hospitalar.

Em contrapartida, ao se falar em fatores de risco, principalmente no que diz respeito à responsabilidade pelo dano, vislumbra-se uma possível relação com as atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde, pois quando o risco está presente, uma série de medidas podem ser tomadas com vistas a evitar ou minimizar esse risco.

Também Freeman e McGowan *apud* Turrini (2000) afirmam que um fator de risco para infecção hospitalar é simplesmente um indicador de risco, ou um fator associado à infecção hospitalar. Acredita-se que esse indicador não precisa necessariamente preceder a infecção, ser causa da infecção, e tampouco determiná-la.

Por isso, neste trabalho, optou-se por utilizar “fatores de risco” em vez de “fatores determinantes”, presumindo-se que existe a possibilidade de atuação

(interferência) nos fatores de risco, bem como ao fato de se entender que esses fatores não determinam as infecções hospitalares. Pode-se, por exemplo, ter pacientes internados por longos períodos em UTI, submetidos a procedimentos invasivos, colonizados por bactérias multirresistentes, que não venham a desenvolver infecção hospitalar, pois esses fatores não determinam as infecções hospitalares e sim, aumentam o risco.

Embora não se possa precisar o risco de cada procedimento ou situação, sabe-se que eles variam em graus. Cabe salientar que mesmo procedimentos de menor complexidade podem se tornar de grande risco, quando realizados de maneira errônea, não respeitando normas de anti-sepsia, por exemplo.

Esses fatores, segundo Pedrosa e Couto (1999), estão relacionados com os riscos intrínsecos, como imunodepressão, e extrínsecos, como os procedimentos invasivos, o ambiente inanimado e a qualidade dos cuidados. Para Pereira e Moriya (1995), a infecção hospitalar é determinada sobretudo, por condições que refletem a suscetibilidade dos indivíduos ou ao grau com que os microrganismos têm acesso a órgãos vulneráveis, devido a procedimentos diagnósticos e terapêuticos a que são submetidos durante a internação.

Para Bolick *et al.* (2000) os fatores de risco podem ser subdivididos em dois grupos: condições ambientais e resistência do hospedeiro. Entre as condições ambientais, destaca-se a contaminação do meio, de superfícies, cateteres, água, anti-sépticos, entre outros. Em relação à resistência do hospedeiro, são assinaladas as condições que deprimem os mecanismos de defesa, a idade (os idosos e os muito novos) e condições clínicas. Nessa categoria, são citados os pacientes com câncer avançado, obesidade, diabetes melito, queimaduras, desnutrição e outros.

Considerando-se as peculiaridades dos pacientes, dos métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados, a freqüente exposição a microrganismos, muitas vezes resistentes, tem-se visto que a incidência de IH é proporcional ao número de procedimentos invasivos e ao tempo de internação (COUTO, 1998).

As afirmações dadas pelos autores citados corroboram e/ou complementam-se, já que os riscos são formados por uma gama de situações e condições que se configuram como indicadores de risco. Nesses fatores de risco inclui-se, como já citado nesse estudo, a qualidade dos cuidados e a prática dos profissionais frente ao controle de infecção hospitalar.

2.3 A PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE COMO FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Tendo presente os fatores de risco, considera-se que, para a prevenção das IHS, é necessário que haja integração entre as normas propostas para tal e a prática individual de cada profissional de saúde (PEDROSA e COUTO, 1999). Essas normas e as demais medidas para o controle das infecções hospitalares, como esterilização de materiais, desinfecção de superfícies, controle de vetores, entre muitas outras, são elaboradas pelas equipes das CCIH e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), bem como, estão descritas na literatura. Resta, então, o segundo aspecto relacionado à prática individual dos profissionais de saúde, atuando como profissionais de controle de infecção hospitalar.

Diversos autores vêm apontando como as atitudes dos profissionais podem aumentar os índices de infecções hospitalares. Um exemplo é dado por uma

pesquisa realizada em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) de Belo Horizonte, onde a ocorrência de infecção cutânea por trauma diminuiu de 6,2% para 0,2% após treinamento de enfermagem sobre medidas básicas de prevenção de infecção (PEDROSA e COUTO, 1999). Após treinamento semelhante, outro estudo identificou, na taxa global de infecções, uma redução de infecções de 17,8% para 7,4% e de 41,5 para 18,6 episódios de infecção/1000 pacientes dia (PEDROSA e COUTO, 1999). Esses dados demonstram que falhas na qualidade do cuidado prestado pelos profissionais estavam diretamente relacionados às IHS, gerando possivelmente, cerca de 10,4% de infecções hospitalares. Portanto, pode-se afirmar que falhas na qualidade dos cuidados estão diretamente associadas ao risco de infecção.

Cabe esclarecer que não se trata de responsabilizar os profissionais da saúde pela ocorrência de infecções hospitalares e sim, considerá-los como parte fundamental no processo de controle e prevenção de infecção hospitalar, tarefa essa que é dividida com o poder público, a administração dos hospitais, as CCIH e SCIH, os serviços de apoio, os pacientes e seus familiares.

Ao observar as práticas dos profissionais da saúde em UTI Neonatal, Kamada e Rocha (1997) perceberam que muitas medidas de controle de infecção não estavam sendo seguidas. Também ressaltaram que não se tratava de desconhecimento, já que existiam avisos nas paredes lembrando algumas rotinas. As autoras afirmam ainda que a qualificação profissional não pareceu ser fator de diferenciação comportamental, porque constataram que tanto a auxiliar de enfermagem como o residente de medicina não lavavam as mãos, conforme recomendado. Verificaram, inclusive, que os profissionais que atuavam nessa unidade conheciam as regras e prescrições de prevenção de infecções, porém não

conseguiam colocá-las em prática, citando impedimentos para tal, como o excesso de pacientes para cuidar, falta de tempo, de material ou de condições adequadas.

No mesmo estudo as autoras observaram a priorização de algumas medidas em detrimento de outras. Elas relatam que, para dar a medicação a todas as crianças dentro do horário, os profissionais deixavam de lavar as mãos entre a administração de um medicamento e outro a diferentes crianças. Alegaram que dar o remédio e economizar tempo era mais importante do que lavar as mãos, “como se o antibiótico pudesse sanar todos os efeitos de uma falta de rigor na prevenção de infecção” (KAMADA e ROCHA, 1997, p. 44). Com esses dados, percebe-se que os profissionais dão maior valor às medidas terapêuticas medicamentosas, medidas essas baseadas na resolução dos problemas já existentes, esquecendo-se daqueles que poderão surgir, dependendo de sua prática.

Portanto, é indispensável que os profissionais estejam bem treinados e conscientes da gravidade das doenças dos pacientes, a fim de evitar agravos relacionados à baixa qualidade na assistência (COUTO, PEDROSA e NOGUEIRA, 1999). Parece que de nada adiantam tecnologias sofisticadas, os melhores métodos de limpeza, esterilização e desinfecção, qualidade da água, dieta, recursos materiais e físicos, controle de vetores, roupas, medicamentos, artigos médico-hospitalares e equipamentos, se não são modificadas as atitudes no trabalho cotidiano adotando-se como prática, medidas de controle de infecção.

É fundamental ressaltar a importância do trabalho visando o controle de infecção nos setores dos hospitais, já que a prática dos profissionais é determinante na diminuição das infecções hospitalares. E nessa prática, a lavagem das mãos.

2.4 LAVAGEM DAS MÃOS

A maioria dos profissionais que tratam sobre o tema lavagem das mãos reportam-se à figura do médico húngaro Ignaz Philip Semmelweis (1818-1865) em razão de sua descoberta sobre a redução da febre puerperal, resultado da adoção da lavagem das mãos com solução clorada antes dos procedimentos. Entretanto, este trabalho não pretende retratar as origens¹ da lavagem das mãos como medida de controle de infecção hospitalar.

Também no século XIX, outros autores tiveram destaque e colaboraram com a redução de infecção hospitalar como Wendel Holmes (1809-1865) que descobriu que a febre puerperal era causada por partículas pútridas conduzidas através dos dedos dos examinadores. Semmelweis, após comprovar esse fato, instituiu, então, a lavagem das mãos em 15 de maio de 1847, que ficou sendo considerado o dia nacional do controle de infecção hospitalar (FERNANDES, 2000).

As ações de controle de infecção foram sendo intensificadas pela importante colaboração de Florence Nightingale (1820-1910), com a padronização de rotinas de higiene e controle do meio, e pela introdução da assepsia e anti-sepsia por Joseph Lister (1827-1912) (MARTINS, 1998).

Com a instituições das precauções padrão – precauções que devem ser utilizadas para o cuidado a todos os pacientes, independente de seus diagnósticos, e incluem, além da lavagem das mãos, o uso de luvas, máscaras, etc. – (GARNER, 1996), a lavagem das mãos passou a ser considerada com maior ênfase.

¹ A origem da lavagem das mãos como rotina tem sido descrita a partir de Semmelweis. Entretanto existem relatos como o de Couto Jr. citado por Fernandes (2000) que mencionam o trabalho do médico Heinrich von Pfolzspeund. Esse médico, em seus manuscritos datados de 1460, recomendava a lavagem das mãos ao manipular o paciente.

Grande parte dos estudiosos em controle de infecção hospitalar, entre eles Fernandes e Fernandes (2000), e Hoefel e Konkewicz (2001), consideram a lavagem das mãos como a principal medida preventiva e de controle de infecção hospitalar. Estima-se que 80% das infecções hospitalares estão relacionadas com a falta e/ou inadequação da lavagem de mãos. Ela é a medida isolada mais importante para reduzir os riscos de transmissão de microrganismos de uma pessoa para outra (infecção cruzada) ou de um sítio para outro em um mesmo paciente (MACHADO, COLARES e PIVA, 1997). Isso porque, conforme Yamaushi, Munhóz e Ferreira (2000), estudos mostram que a flora transitória da pele é a principal responsável pelas infecções cruzadas.

Sendo assim, parte-se para diferenciar os termos e procedimentos de lavagem e fricção higiênica das mãos, bem como o ato de lavagem de mãos.

2.4.1 Lavagem e fricção higiênica das mãos

2.4.1.1 Lavagem básica das mãos

A lavagem das mãos consiste na fricção manual rigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágüe abundante em água corrente (FERNANDES e FERNANDES, 2000). Essa medida visa a remoção da maioria dos microrganismos da flora transitória, de células descamativas, pêlos, suor, sujidade e oleosidade (BLOM e LIMA, 1999).

Segundo orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2001a), órgão do governo responsável pelas questões referentes às IHs, datada de setembro de 2001, a lavagem básica das mãos deve seguir vários passos:

- Abrir a torneira, regulando a água para um jato constante e com temperatura agradável (sem tocar a pia com o corpo ou com as mãos);
- Molhar as mãos;
- Colocar de 2 a 5 ml de sabão líquido nas mãos (ou friccionar as mãos com sabão em barra);
- Ensaboar as mãos friccionando as palmas e espaços interdigitais;
- Esfregar a palma da mão direita sobre o dorso da mão esquerda e vice-versa. Dar atenção aos espaços interdigitais;
- Esfregar o polegar direito com a mão esquerda e vice-versa;
- Fazer movimentos circulares com as pontas dos dedos da mão direita unidos sobre a palma da mão esquerda fechada em concha, e vice-versa;
- Esfregar, em movimentos de vai-e-vém, com a palma da mão esquerda em concha sobre a mão direita fechada, e vice-versa;
- Esfregar o punho com movimentos circulares;
- Enxaguar as mãos retirando totalmente os resíduos de sabão;
- Secar cuidadosamente, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos e cotovelos, com papel-toalha descartável;

- Utilizar torneira que dispense o contato de mãos contaminadas através do seu volante, quando do fechamento da água, ou utilizar a toalha de papel para fechar a torneira;
- Desprezar o papel no cesto de lixo.
- Este procedimento requer, em média, 15 a 30 segundos.

As mãos devem ser lavadas sempre que estiverem sujas, antes de administração de medicamentos, após contato com fontes de contaminação, antes e após a realização do trabalho hospitalar, de atos e funções fisiológicas ou pessoais, como se alimentar, assoar o nariz entre outros, antes e após contato direto com o paciente, na coleta de material para exames, e antes e após o uso de luvas (BLOM e LIMA, 1999).

Para Machado, Colares e Piva (1997), a lavagem das mãos é indicada entre o contato com os pacientes e após contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, equipamentos e artigos contaminados.

2.4.1.2 Lavagem anti-séptica das mãos

Na lavagem anti-séptica das mãos utiliza-se sabão com agente anti-séptico cujo objetivo é remover e impedir o crescimento da microbiota transitória. Esta lavagem possui os mesmos passos da lavagem básica das mãos (BLOM e LIMA, 1999).

Hoefel e Konkewicz (2001) sugerem que nas unidades de terapia intensiva se utilize a lavagem das mãos com anti-séptico antes de procedimentos

invasivos, e somente com água e sabão para os demais procedimentos considerando-se os riscos aos quais esses pacientes estão expostos.

2.4.1.3 Preparo cirúrgico das mãos

É realizado com solução anti-séptica que deve remover e destruir a flora transitória e reduzir a flora residente.

A técnica de preparo cirúrgico, recomendada pela ANVISA (BRASIL, 2001b) é, basicamente:

- Abrir a torneira, molhar as mãos, antebraços e cotovelos, mantendo a água corrente em temperatura agradável;
- Recolher com as mãos em concha um pequeno volume de anti-séptico e espalhar nas mãos, antebraço e cotovelo. No caso de escova impregnada com anti-séptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as partes;
- Escovar ou friccionar as mãos e antebraços por no mínimo 3 a 5 minutos;
- Limpar sob as unhas com as cerdas da escova ou com limpador (espátula);
- Enxaguar as mãos em água corrente, iniciando das mãos para os cotovelos retirando todo o resíduo do detergente;

- Fechar a torneira com o cotovelo, joelho ou pés se a torneira não possuir fotossensor;
- Enxugar as mãos em toalhas ou compressas estéreis iniciando pelas mãos e seguindo por antebraço e cotovelo.

2.4.1.4 Fricção higiênica das mãos

Além dessas formas de lavagem de mãos, vem ganhando destaque a fricção higiênica das mãos com álcool glicerinado. Sua eficácia foi comprovada em diferentes estudos, como o de Larson, Eke e Laughon (1986). Entretanto, sua indicação é restrita, pois se as mãos estiverem sujas, a lavagem das mãos é obrigatória já que o álcool, por não ser emoliente, não retira sujeira.

Segundo Rotter (1997), a fricção higiênica das mãos deve ser realizada com uma quantidade entre 3 a 5ml de solução alcóolica friccionada pelo tempo recomendado pelo fabricante do produto, que usualmente gira em torno de 30 segundos a 1 minuto. Afirma ainda que ela é mais efetiva na diminuição da flora transitória que a lavagem das mãos.

Ela é considerada uma alternativa para as situações em que inexistem as condições necessárias para a lavagem das mãos. Segundo a ANVISA (BRASIL, 2001c) incluem-se:

- Falta de sabão;
- Em situações e ou locais onde não haja água acessível, como ambulâncias, home care, campanhas de imunização;

- Falta de suprimento de água (ex. desastres, contaminação de água, calamidades, interrupção de fornecimento, etc.);
- Lavatórios insuficientes.

2.4.1.5 Higiene das mãos

Segundo o Centro de Controle de Doenças (CDC) (2002), a higiene das mãos é o termo geral empregado a qualquer uma das formas de lavagem de mãos e fricção higiênica das mãos.

2.4.2 O ato de lavar as mãos

Para fins deste trabalho, considerar-se-á a lavagem de mãos como ato, independente de ser realizada com sabão anti-séptico ou comum. Então, ao se falar em lavagem de mãos neste trabalho, refere-se à lavagem básica das mãos e da lavagem anti-séptica das mãos.

As informações referentes à definição de termos e técnicas auxiliam no entendimento das questões relacionadas à lavagem das mãos. Entretanto, o que busca-se identificar nesse estudo não está diretamente relacionado ao tipo e sim, ao

ato de lavagem das mãos. Isso porque, conforme cita Fernandes e Fernandes (2000), a lavagem das mãos é a medida de controle de infecção mais negligenciada.

Essa negligência é percebida na medida em que é comum ler e ouvir as preocupações das pessoas que justificam, através das razões mais diversas, as incoerências em relação à lavagem das mãos. É possível que os profissionais estejam encontrando razões para justificar o que fazem, mesmo de forma errada. Isso porque, “somos muito bem treinados e muito bons em encontrar razões para o que fazemos, mas não tão bons em fazer aquilo para que encontramos razão” (ABELSON *apud* REICH e ADCOCK, 1976, p. 147). Talvez os esforços pudessem ser direcionados para fazer aquilo para o que encontramos razão, priorizando a lavagem das mãos e evitando infecções hospitalares.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

As pesquisas na área de controle de infecção e com o enfoque na lavagem das mãos têm sido, em sua maioria, de caráter quantitativo, característica marcante do trabalho nesta área que mantém íntima relação com a epidemiologia.

Tendo isso presente, bem como os expressivos resultados de diferentes pesquisas quantitativas que revelam índices preocupantes relacionados à baixa adesão à lavagem das mãos, julgou-se relevante investigar e aprofundar as razões que impulsionam a equipe de enfermagem a lavar ou não as mãos. Para tanto, buscou-se subsídios na vertente qualitativa. Essa vertente possibilita a apreensão não somente das ações humanas, mas também as relações e a subjetividade do ser humano. Nesse sentido, cabe conceituar e caracterizar a pesquisa qualitativa, diferenciando-a da pesquisa quantitativa, como expressa a seguinte transcrição:

Enquanto cientistas sociais que trabalham com estatísticas apreendem dos fenômenos apenas a região visível, ecológica, morfológica e concreta, a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas (MINAYO, 1997, p. 22).

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela flexibilidade do método, que é capaz de ajustar-se no decorrer da pesquisa, pela busca do entendimento do todo, pelo envolvimento profundo do pesquisador com o campo, e pela subjetividade (POLIT e HUNGLER, 1999).

Conhecer a subjetividade, para Davel e Vergara (2000), é tornar

compreensível a experiência humana em sua fonte mais complexa, rica e profunda que se expressa em pensamentos, condutas, emoções e ações.

3.2 A TÉCNICA DE GRUPO FOCAL

Para a coleta de dados, optou-se pela técnica de grupo focal.

Grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais (...) [em que] os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996, p. 147).

Os grupos focais, como técnica de pesquisa, são utilizados quando se busca **interação grupal**, que fomenta respostas mais ricas e permite o aporte de idéias novas e originais, e **observação**, que possibilita a apreensão de conhecimentos diretamente relacionados ao comportamento, atitudes, linguagens e percepções do grupo (DEBUS, 1994).

Pressupondo que as percepções, atitudes, opiniões e representações são socialmente construídas, a expressão das mesmas seria mais facilmente captada durante um processo de interação em que os comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros, e em que o ambiente permissivo pode facilitar a expressão de emoções (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996, p. 473).

A técnica de grupo focal deste estudo está fundamentada na dinâmica de grupo operativo, conforme Pichon-Rivière. Nesta perspectiva, entende-se grupo como

um conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço, e articuladas por uma **mútua representação interna**, que se propõe, de forma explícita ou implícita, uma tarefa que constitui sua finalidade (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 234) (grifo na obra original).

Também, se apóia em uma concepção de sujeito, entendido como o emergente de uma complexa rede de vínculos e relações sociais (GAYOTTO e DOMINGUES, 1995) que somente existe ou subsiste em função dos seus inter-relacionamentos grupais, buscando não só sua identidade individual como a grupal e social. O ser humano/indivíduo é dotado de desejos, identificações, valores, capacidades e mecanismos defensivos (ZIMERMAN, 1997), explicitando a idéia de que o ser humano é individual e social, que constrói o mundo e nele se constrói (GAYOTTO e DOMINGUES, 1995).

Nas situações grupais, articulam-se dois níveis: o vertical, relacionado com o individual e a história de cada sujeito; e o horizontal, que é compartilhado pelo grupo e que unifica os sujeitos (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

É nesse contexto de grupo operativo que se coletou os dados desta pesquisa, considerando também que:

- Um grupo não é um mero somatório de indivíduos pois se constitui como uma nova entidade, com leis e mecanismos próprios e específicos (ZIMERMAN, 1997);
- Todos os integrantes de um grupo estão reunidos, face a face, em torno de uma tarefa² e de objetivos comuns ao interesse deles. (ZIMERMAN, 1997);
- É importante que o número de participantes do grupo não exceda o limite que ponha em risco a comunicação, tanto visual como auditiva e conceitual. Os grupos têm sido tradicionalmente, segundo descrevem

² Para fins deste trabalho, será utilizada a conotação de tarefa descrita por Pichon-Rivière (2000). Para o autor a tarefa é um conjunto de ações destinadas à conquista de objetivos comuns. Ela compreende duas dimensões: explícita e implícita. Neste estudo, a tarefa explícita está centrada no entendimento das questões relacionadas às razões que impulsionam a equipe de enfermagem à lavar ou não as mãos. E a implícita que se caracteriza pelos medos de perda das estruturas existentes e medo de ataque de uma nova situação que se configuram como resistência à mudança.

Dall'Agnol e Ciampone (1999), compostos por 6 a 15 participantes, sendo o ideal de 8 a 10. Entretanto, existe a tendência, conforme Debus, (1994), de fazer grupos menores, os chamados minigrupo, com 5 a 7 participantes, quando o objetivo é intensificar o aprofundamento de idéias;

- Preconiza-se a elaboração grupal de um enquadre (*setting*) e o cumprimento das combinações nele feitas. O estabelecimento do *setting* é uma estratégia que busca delinear os objetivos e definir como transcorrerão os encontros (os dias e local das reuniões, o horário de início e duração das reuniões). Conforme Dall'Agnol e Ciampone (1999), é prevista 1h30min a 2h de duração das reuniões, não excedendo esse tempo limite de 2h, evitando-se assim o cansaço e o desinteresse pelo debate. Nesse espaço de tempo também deve estar previsto o aquecimento do grupo para o debate.
- Apesar de um grupo se constituir como uma nova entidade, com uma identidade grupal própria, é também indispensável que fique preservada a identidade específica de cada um dos indivíduos (ZIMERMAN, 1997);
- É inerente à conceituação de grupo a existência de alguma forma de interação afetiva entre seus membros, bem como uma hierárquica distribuição de posições e papéis (ZIMERMAN, 1997);
- É inevitável também a formação de um campo grupal dinâmico, em que gravitam fantasias, ansiedades, mecanismos defensivos, funções, fenômenos resistenciais e transferenciais (ZIMERMAN, 1997).

A produtividade de um grupo, o grau de aprendizado, de comprometimento e sua interação têm relação direta com o nível de operatividade grupal. Ele é avaliado com base no cone invertido, esquema ilustrativo proposto por Pichon-Rivière.

Na base do cone invertido encontram-se os conteúdos explícitos, no vértice, os implícitos, e um movimento de espiral dinâmico e crescente que vai do explícito ao implícito com o objetivo de explicá-lo. No cone invertido, identificamos ainda os indicadores da operatividade: a tele, considerada a primeira percepção subjetiva em relação ao outro; aprendizagem; comunicação; pertinência, caracterizada pelo grau de centramento na tarefa; cooperação; e afiliação e pertença, sendo esses relacionados ao sentimento de estar integrado ao grupo (GAYOTTO e DOMINGUES, 1995).

Para que o grupo focal atinja os resultados previstos, uma série de medidas devem ser consideradas em relação ao local onde serão realizados os encontros. Debus (1994) sugere que o ambiente propicie conforto aos participantes, que seja um ambiente privativo, “neutro”, que a comunicação não seja atrapalhada por ruídos e interrupções, e que seja de fácil acesso aos participantes.

A dinâmica dos encontros teve por base os passos citados por Dall’Agnol e Ciampone (1999), adaptada para a pesquisa em questão, consistindo em: PRIMEIRO ENCONTRO: a) abertura da sessão e apresentação da equipe de coordenação; b) apresentação dos participantes entre si; c) fornecimento de informações acerca dos objetivos, finalidades da pesquisa, técnica utilizada e esclarecimentos sobre a dinâmica das discussões; d) assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; e) estabelecimento do *setting*; f) debate – utilizando a questão norteadora: *Fale sobre a lavagem das mãos*; g) síntese dos

momentos anteriores; h) encerramento da sessão, fazendo-se acertos e combinações finais para o(s) próximo(s) encontro(s). NOS DEMAIS ENCONTROS: a) abertura da sessão; b) debate; c) síntese dos momentos anteriores; d) encerramento da sessão.

Salienta-se que os trabalhos realizados em grupo possuem uma dinamicidade que podem alterar, em parte, essa configuração, ficando a cargo do coordenador adaptá-la sem que resulte em prejuízo para a pesquisa e para o grupo.

Nessas condições, a técnica de grupo focal torna possível apreender as razões que levam à lavagem ou não das mãos, bem como permite vivenciar o processo de construção de conceitos, resultado da interação grupal. Para tal, a literatura sugere que haja uma equipe de coordenação.

A **equipe de coordenação**, proposta por Pichon-Rivière (2000) é integrada pelo coordenador e pelo observador.

O **coordenador** é responsável por guiar todo encontro, propor questões e conduzir o debate, papel assumido pela pesquisadora, no presente estudo, cabendo-lhe refletir com o grupo sobre as relações estabelecidas pelos integrantes entre si e com a tarefa prescrita, tal como anuncia Pichon-Rivière (2000). Para tanto, menciona-se a importância dos seguintes recursos:

A assinalação - que opera sobre o explícito - e a interpretação - que é uma hipótese sobre o acontecer implícito que tende a explicitar fatos ou processos grupais que não aparecem como manifestos aos integrantes do grupo e que funcionam como obstáculos para a obtenção do objetivo grupal (PICHON-RIVIÈRE E QUIROGA, 2000, p. 237-8).

A interpretação é “iluminar o caráter transferencial dos conteúdos que se manifestam como condutas inadequadas. É confrontar dois tempos: o arcaico das fantasias e o aqui-agora, o presente da situação do grupo” (PICHON-RIVIÈRE, 2000, p. 235). A interpretação permite o autoconhecimento e, a partir dele, a

reestruturação das relações entre os participantes e com a tarefa (PICHON-RIVIÈRE, 2000).

Conforme Dall’Agnol e Ciampone (1999), cabe ao **observador** auxiliar o coordenador no controle do tempo, equipamento de gravação e identificar as falas dos sujeitos, facilitando a transcrição das fitas. O observador registra o acontecer grupal no todo e em suas particularidades significantes, valorizando principalmente as várias formas de expressão: verbal, não verbal e extra verbal. Também, reúne-se com o coordenador no primeiro ou segundo dia após a sessão para realizar um *feedback* sobre o que transcorreu e como transcorreu o encontro.

Neste estudo escolheu-se o observador com base no conhecimento teórico e na experiência em trabalho com grupos.

3.3 CAMPO DE ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

O hospital de estudo foi escolhido por possuir uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, e ter implementado programas e rotinas preestabelecidas para o controle de infecção hospitalar, bem como, por ter demonstrado interesse pelo tema deste estudo.

Trata-se de um hospital público de pronto socorro localizado no estado do Rio Grande do Sul, que oferece atendimento universal e igualitário de urgência e emergência, dispondo de todas as especialidades médicas e odontológicas.

O primeiro contato estabelecido foi com a Direção Científica do hospital de estudo, órgão responsável pelo encaminhamento dos projetos de pesquisa. A

proposta de pesquisa foi bem aceita, sendo ressaltada a relevância do estudo e as dificuldades do hospital com relação à lavagem das mãos.

Seguindo o protocolo estabelecido pela Direção Científica, encaminhou-se o projeto de pesquisa para apreciação por um Revisor Científico, que avaliou o projeto na íntegra. Após, uma segunda análise foi feita por um membro do Comitê de Ética. Aprovado o projeto, buscou-se junto à direção de enfermagem apoio para a operacionalização da pesquisa. Além disso, foi realizado um contato, primeiramente por telefone e após pessoalmente, com a enfermeira responsável pela Comissão de Controle de Infecções Hospitalares, levando-se em conta sua relação direta com este trabalho, com o objetivo de divulgar a pesquisa.

Também, solicitou-se aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice I), conforme Goldim (1997) no qual estão descritos os objetivos do desenvolvimento do projeto e a liberdade de se desligar da pesquisa caso seja da vontade do sujeito. Esse documento foi impresso em duas vias, permanecendo uma com a pesquisadora e outra com o sujeito de pesquisa.

A apreensão das informações se deu através de gravação em fita magnética e anotações do observador. As fitas foram transcritas e serão mantidas por 5 anos, bem como o material transcrito, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Após esse período, serão destruídas.

As pesquisadoras não se vinculam hierarquicamente na instituição, havendo garantia de que a inserção no campo de estudo para coleta de dados não exercerá nenhum tipo de influência quanto às relações empregatícias dos participantes.

A validação das falas foi realizada durante o desenrolar dos encontros,

através de questionamentos e do relato verbal das idéias centrais discutidas ao final de cada encontro. Além disso, foi disponibilizado aos sujeitos o conteúdo das falas que se pretendia incluir na dissertação, para apreciação com liberdade de veto. Não houve veto de nenhuma das falas.

3.4 OS SUJEITOS

Os critérios para a escolha dos sujeitos incluíram o fato de ser profissional da enfermagem, de qualquer setor do hospital de estudo, no turno da tarde.

Em consonância com a enfermeira responsável pelas pesquisas realizadas na área de enfermagem, levou-se em consideração a dinâmica e respectiva demanda dos diversos turnos de trabalho para a escolha do melhor horário com vistas à coleta de dados mediante a técnica de grupo focal. Assim, em conjunto, elegeu-se o turno da tarde como o mais propício para a realização dos encontros grupais. Cabe destacar que houve uma significativa cooperação dessa enfermeira, propiciando a liberação dos profissionais para a participação do grupo durante o turno de trabalho.

Nesta modalidade de coleta de dados através de grupo focal, utiliza-se a seleção intencional (WESTSPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996). Reafirmando esse conceito, Dall’Agnol e Ciampone (1999) citam que na maioria das vezes em que esta técnica é utilizada, a amostra é intencional. Cabe lembrar que a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir representatividade (MINAYO, 1997).

Neste caso, a amostra intencional, definida com os critérios de inclusão

de “interesse pela temática” e “voluntariedade”, possibilitou ao pesquisador coletar dados a partir das discussões de profissionais interessados no tema e, em consequência disso, entender como se dá o processo relacionado à adesão ao procedimento da lavagem das mãos, o que seria difícil com profissionais que não possuem interesse e não se sentem instigados a aprofundar essa temática.

Estes sujeitos, segundo Dall’Agnol (1999), ao participarem de um grupo, falam a partir de sua verticalidade, através de suas experiências pessoais. Entretanto, também, conforme afirma Pichón-Rivière (2000), são porta-vozes de seu grupo de referência, portanto, sua verticalidade abarca a horizontalidade do grupo a que pertencem.

Para a seleção dos sujeitos, divulgou-se a pesquisa no hospital através de visitas aos setores. Com a listagem dos interessados - predominantemente técnicos de enfermagem - e respectivos horários disponíveis para eles, foi definido o horário mais propício (no início da tarde). Procurou-se evitar a concentração maciça de uma categoria profissional. Sete profissionais da enfermagem participaram da coleta de dados. Desses sete, três são enfermeiras (todas do sexo feminino), entre elas, a enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar. Os quatro sujeitos restantes são técnicos de enfermagem (três do sexo masculino e uma do sexo feminino). Registra-se o fato de que houve uma procura de interessados em participar no grupo focal que se considera significativa mediante o critério de voluntariedade e interesse pelo tema já mencionado anteriormente. Inscreveram-se 18 pessoas porém oriundas de diferentes arranjos de horários de trabalho. Em razão dos acertos para os encontros congregando as possibilidades de dias e horários, o grupo iniciou com sete participantes. Tendo ocorrido uma desistência, após o primeiro encontro, justamente porque esta pessoa mudou sua jornada de trabalho

no hospital, o grupo se consolidou com seis sujeitos.

3.5 AS SESSÕES GRUPAIS

As sessões grupais seguiram as indicações descritas anteriormente.

Foram previstos seis encontros para a coleta de dados, número que poderia variar dependendo da produtividade dos mesmos e da disponibilidade dos sujeitos. Os encontros foram semanais, realizados nos meses de novembro e dezembro de 2002, no auditório do hospital.

A coleta de dados através do grupo focal transcorreu em cinco encontros, dada a produtividade grupal e o aprofundamento da temática.

A seguir, apresenta-se um panorama geral da dinâmica dos encontros para, em um momento posterior, apresentar os resultados da discussão.

Ao primeiro encontro, além da equipe de coordenação (coordenadora e observador) compareceram sete profissionais de enfermagem que se propuseram a participar do grupo focal. O grupo de profissionais trabalhava na área da enfermagem há aproximadamente dez anos. Todos trabalhavam no turno da tarde.

Já neste primeiro momento o grupo manifestou bastante interesse em discutir o assunto e colaborar com a pesquisadora como sujeito de pesquisa.

Iniciou-se com a apresentação da equipe de coordenação e dos demais participantes. Após, foram feitos esclarecimentos sobre os objetivos, aspectos éticos da pesquisa e sobre a dinâmica do grupo focal. Em seguida, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estabelecido o *setting*. Nele, deu-se ênfase

às combinações quanto: à pontualidade e assiduidade, com tolerância de cinco minutos para o início de cada reunião; às desistências, que seriam comunicadas à coordenadora; e a restrição em comentar o conteúdo da discussão do grupo. Neste momento também foi definido que a coordenadora, alguns minutos antes de cada encontro, telefonaria para cada setor, lembrando os profissionais do horário pois este variaria de semana em semana, em função da ocupação do auditório.

O debate foi desencadeado pela questão norteadora: “fale sobre a lavagem das mãos”. Prontamente uma enfermeira iniciou o debate. Os sujeitos participaram expondo suas idéias, destacando-se as suas percepções em relação à importância da lavagem das mãos no controle de infecções, algumas dificuldades enfrentadas e a discrepância entre o conhecimento e a prática.

A enfermeira do SCIH não participou do debate neste dia em razão de um compromisso pessoal.

Em meio à discussão, surgiram dúvidas relacionadas a algumas rotinas próprias do hospital de estudo instituídas pelo SCIH, como as recomendações quanto ao uso do álcool glicerinado, dúvidas essas que foram esclarecidas pelos próprios sujeitos e endossadas pela coordenadora referenciando a literatura. Nesse sentido, foi manifestada a importância da participação da enfermeira do SCIH que colaboraria com as noções e rotinas do hospital, instituídas pelo SCIH.

Ao final, foi confirmada a data e o horário da próxima reunião.

Ao segundo encontro compareceram quatro dos sete sujeitos (duas enfermeiras e dois técnicos de enfermagem). Para iniciar, a coordenadora trouxe uma síntese do que havia sido conversado na semana anterior, a fim de dar um retorno ao grupo do que foi discutido, bem como propiciar uma visualização da produção grupal. Essa síntese foi exposta em forma de tópicos na lousa do

auditório. A coordenadora leu e explicou cada um deles e esse material desencadeou o debate. No final, foi feita uma síntese do conteúdo discutido no encontro e combinações para os próximos. Esse esquema repetiu-se nas demais reuniões.

Nos dois primeiros encontros procurou-se conduzir o debate de modo a captar o que os sujeitos pensavam e o que consideravam relevante para ser debatido sobre a lavagem das mãos. Neles, predominaram a discussão sobre os aspectos históricos e importância da lavagem das mãos e a equipe de saúde frente à lavagem das mãos.

Ao terceiro encontro compareceram cinco sujeitos (duas enfermeiras e três técnicos de enfermagem). A coordenadora iniciou com um questionamento referente à assiduidade dos participantes. Quanto a isso, foi unânime a dificuldade de, em algumas situações, deixar o setor em horário de trabalho para participar do grupo, pois o atendimento aos pacientes poderia ser comprometido. Nesse encontro, as questões giraram em torno, basicamente, sobre os fatores intervenientes à lavagem das mãos e das indicações de quando se lava as mãos. Ao final, os sujeitos verbalizaram a satisfação de estar participando do grupo.

Na data que corresponderia ao quarto encontro, a falta de três componentes do grupo motivou a transferência do encontro para a semana seguinte, decisão tomada pela coordenadora, juntamente com os sujeitos que haviam comparecido.

Após os três primeiros encontros e aquele que corresponderia ao quarto, a equipe de coordenação reuniu-se com a orientadora de mestrado, em função da preocupação com o andamento do grupo focal, relacionada à assiduidade dos participantes. Na reunião foi definido que a pesquisadora conversaria com os

participantes visando reforçar o convite para o próximo encontro e que o observador passaria a exercer a função de “participante” com o intuito de auxiliar a coordenadora e objetivar a coleta de dados. Segundo Dall’Agnol e Ciampone (1999) o observador participante tem a função de auxiliar o coordenador na condução do debate assim como contribuir com seu parecer, complementando a síntese do encontro encabeçado pelo coordenador.

Ao quarto encontro compareceram todos os sujeitos. Foi esclarecido que os três profissionais ausentes à reunião anterior tiveram motivos pessoais que os impediram de ir trabalhar naquele dia e, conseqüentemente, de comparecer ao encontro.

Uma inquietação exposta pelo grupo se referia ao fato deles, por vezes, não conseguirem visualizar a produção grupal, em função da dificuldade de encontrar respostas para a prática da lavagem das mãos. Conforme os sujeitos, essa percepção decorria do fato de que se discutia e, muitas vezes, retornava-se às mesmas questões, situação que desmotivava os sujeitos do estudo.

Em contrapartida, em vários dias de reunião havia profissionais que, conforme a escala de trabalho, estavam em gozo de folga e que vieram ao hospital exclusivamente para participar do encontro. Esse fato demonstra o grande compromisso dos sujeitos com o grupo.

O quinto e último encontro foi um espaço para rever algumas questões que não estavam claras ou eram contraditórias. Essas questões diziam respeito às discrepâncias entre o conhecimento e a prática, estrutura física inadequada, uso/não uso do álcool glicerinado. Além disso, também foram apresentadas e discutidas as estratégias propostas pelo grupo ao longo da coleta de dados, de modo a colaborar para a mudança da situação do hospital.

Como dito anteriormente, as ações do grupo operativo estão centradas na tarefa, e nela identificamos três momentos: pré-tarefa, tarefa e projeto.

O momento da pré-tarefa é caracterizado pela resistência à mudança que se mobiliza a partir das ansiedades advindas dos medos básicos de perda e ataque. Nela também se identifica “um jogo de dissociações do pensar, atuar e sentir” (PICHÓN-RIVIÈRE, 2000, p. 32). O momento da tarefa consiste na abordagem e elaboração das ansiedades, dando espaço para a aprendizagem. E o projeto corresponde à elaboração de estratégias e táticas mediante as quais se pode intervir nas situações, provocando transformações. Esse processo é evolutivo, formando o que Pichon-Rivière chama de modelo espiral. Nos encontros foi possível visualizar esse interjogo que permeia o desenvolvimento da tarefa.

No decorrer dos encontros pode-se perceber o aprofundamento das questões referentes às razões que impulsionam a equipe de enfermagem a lavar ou não as mãos, assim como a manifestação de conteúdos implícitos, chamada tarefa implícita, que foi exposta através de “desabafos”, queixas, problemas e dificuldades.

Uma outra questão de relevância foi o fato do grupo ser formado por participantes que ocupavam níveis hierárquicos diferentes, havendo preocupação com a possibilidade de coação e constrangimento de alguns participantes em relação às enfermeiras. Esse fato poderia comprometer um dos princípios básicos do trabalho com grupos focais que é a expressão de “percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre uma questão específica num ambiente permissivo e não-constrangedor” (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996, p. 473). Nesse sentido, a presença de chefias (enfermeiras) e coordenadora (enfermeira coordenadora da SCIH) poderia interferir na coleta dos dados.

Com essa preocupação, um dos cuidados tomados na divulgação e

seleção dos sujeitos foi o fato de deixar claro a composição do grupo focal. Sendo assim, os voluntários que optaram em participar do estudo estavam cientes que o convite estava aberto à participação de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Outro cuidado foi o de se buscar subsídios na literatura que auxiliassem no entendimento desta questão referente à composição do grupo focal, bem como, na condução dos encontros.

Debus (1994), ao falar sobre a composição de um grupo focal, afirma ser fundamental a existência de, pelo menos, um traço em comum entre os participantes. Neste estudo, os profissionais trabalham na área da enfermagem, e em um mesmo hospital. Todavia, o mesmo autor alerta que a composição do grupo focal deve ser coerente com o objetivo do estudo, sendo, por vezes, desaconselhável a reunião de sujeitos com características distintas, sob o risco de afetar a coleta de dados.

Encontrou-se em Pichón-Rivière (2000) a afirmação de que um grupo é tanto mais operativo quanto mais heterogêneos sejam seus participantes. Nesse sentido, as diferenças em termos de habilidades, conhecimento e nível hierárquico dos profissionais se complementariam através das diferentes visões de uma mesma questão, aprofundando o tema.

Considerando ainda que no cotidiano profissional as relações se dão entre diferentes níveis hierárquicos, e que as situações grupais “são reproduções do que ocorre fora dos grupos” (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996, p. 473) optou-se por não segmentar grupos para a coleta de dados, reunindo a equipe de enfermagem, porque desejava-se “observar como a controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvidos” (WESTPHAL, BÓGUS e FARIA, 1996, p. 473). Nesse contexto de reprodução do que ocorre fora dos grupos e com essa formação grupal

com a presença da equipe de enfermagem seria possível identificar como cada categoria profissional - inserida numa rede de relações de trabalho - vivencia a lavagem das mãos, sem dissociá-la do seu cotidiano. As controvérsias seriam expressão dos diferentes conceitos e vivências características de diferentes profissões.

No decorrer das sessões grupais percebeu-se que o fato de reunir enfermeiras e técnicos de enfermagem pouco interferiu na expressão livre de idéias. Isso possibilitou a apreensão das razões que impulsionam a equipe de enfermagem a lavar ou não as mãos.

3.6 O MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS

A dificuldade de estabelecimento de métodos de análise no caso das informações advindas de sessões grupais é abordada por Jovchelovitch (2000) que afirma que as unidades de análise não aparecem claramente nas falas grupais. A autora também salienta o fato dos grupos possuírem uma dinâmica própria, e de não se tratar de buscar tão somente freqüências e quantificações.

Com base nessas dificuldades, propôs-se analisar os dados deste estudo utilizando-se a análise de enunciação, proposto por Bardin (1977) que considera a comunicação como um processo e não como um dado.

A análise de enunciação parte de uma concepção de discurso como palavra em ato, sendo discurso

toda a comunicação estudada não só ao nível dos seus elementos constituintes elementares (a palavra por exemplo) mas também e

sobretudo a um nível igual e superior, à frase (proposições, enunciados, seqüências) (BARDIN, 1977, p. 170).

Através do discurso, de suas proposições, seqüência e enunciados é possível apreender não somente a linguagem verbal e suas estruturas, mas também sua dinâmica e organização, assim como as omissões, contradições, silêncios, etc.

Se o discurso for perspectivado como processo de elaboração onde se confrontam as motivações, desejos e investimentos do sujeito com as imposições do código lingüístico e com as condições de produção, então o desvio pela enunciação é a melhor via para se alcançar o que se procura (BARDIN, 1977, p. 170).

Segundo Bardin (1977) a análise de enunciação é indicada para dados coletados através, dentre outras situações, de discussões grupais. Nesses casos, cada sessão grupal é a unidade de base e é estudada em si mesma, como uma totalidade organizada e singular.

A preparação do material para análise foi iniciada com a transcrição dos momentos grupais, realizada pela própria pesquisadora, incluindo, além das informações lingüísticas, as anotações das informações paralingüísticas, captadas principalmente pelo observador, deixando-se espaço na margem direita para anotações que facilitassem a interpretação dos dados.

A seguir, foi realizada leitura exaustiva de cada um dos encontros com o intuito de impregnar-se do conteúdo. Passou-se então ao momento da interpretação, que busca a compreensão do processo em ato, valorizando-se os aspectos já citados. Após, foram agrupados os temas emergentes considerando a totalidade dos dados. Não se deteve em fazer quantificações, e sim em captar a dinâmica grupal e os temas emergentes, que refletem as razões que impulsionam os trabalhadores de enfermagem a lavar ou não as mãos.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA LAVAGEM DAS MÃOS

Acho interessante que essa questão de lavagem de mãos foi levantada pela primeira vez em 1835³, pelo Ignás Philip Semmelweis, no século XIX.

Essa fala de um dos técnicos de enfermagem instigou o grupo a conversar sobre alguns aspectos históricos relacionados à lavagem de mãos e sua dificuldade de adesão até os dias de hoje.

Ao se falar em Semmelweis e na instituição da lavagem de mãos como rotina, o grupo passou a discutir sobre ela como um costume antigo, como explicou um técnico de enfermagem:

Isso tem bem na Bíblia inclusive, nos textos do antigo testamento sobre as Leis Mosaicas, lavagem de mãos. Só que o povo hebreu não sabia qual era a finalidade de lavar as mãos [...] um corpo, morto, infectado, lave as mãos. Só que o povo achava que era uma questão religiosa, lavar as mãos era purificação.

O sujeito do estudo fez referência às Leis Mosaicas. Sobre isso, Fernandes (2000) conta que Moisés instituiu uma série de medidas higiênicas, sob a forma de instruções divinas, que foram fundamentais para a sobrevivência da população durante o êxodo, do Egito à Terra Prometida (Israel). Entre essas leis identifica-se a lavagem das mãos e outras medidas de barreira para a transmissão

³ As informações constantes na literatura ratificam a data relacionada à adoção da lavagem de mãos, pois foi em 1846 que Semmelweis pesquisou a causa das infecções puerperais, e em 1847 que foi instituída a lavagem de mãos com solução clorada como rotina (FERNANDES, 2000).

de doenças.

As Leis Mosaicas tinham por base questões religiosas. “As pessoas se mantinham limpas para se apresentarem puras aos olhos dos deuses, e não por razões higiênicas” (ROSEN, 1994, p. 32). Uma enfermeira afirmou:

É que as doenças eram muito associadas a espíritos malignos, miasmas, então não tinha conhecimento.

Essas influências cósmico-telúricas da teoria miasmática que eram predominantes na época de Semmelweis foram descartadas por ele (Fernandes, 2000) com a comprovação da causa das infecções puerperais - partículas pútridas conduzidas através dos dedos dos examinadores.

Também foram citados exemplos como os que remeteram ao contexto de Florence Nightingale e os princípios de higiene e controle do meio. Uma enfermeira falou que

essa coisa de princípios de higiene, pelo que eu sei, vem desde o tempo da Florence, que ela também fazia, já pregava a higiene. Separação dos pacientes. Talvez o que falta é aplicar mesmo, nos hospitais.

Ao se falar nos aspectos históricos, remeteu-se às questões dos recursos existentes e que o grupo chama de “tecnologias”. As “tecnologias” existentes há anos são bem diferentes das de hoje. Os germes também.

[...] os componentes que são utilizados hoje em dia, antibióticos, [no tempo da Florence] era uma coisa que estava assim, na pré história ainda.

Recentemente, a publicação de um estudo que comprovava a contaminação da água por bactérias relacionada ao uso de torneiras de acionamento eletrônico fez com que pesquisadores retomassem a discussão sobre a super valorização dos recursos tecnológicos que tende a fazer com que os

profissionais da saúde se esqueçam das medidas básicas, essenciais e eficazes como a lavagem das mãos (HESELTINE, 2002).

Outro contraponto relacionado à oferta de tecnologias avançadas, é a afirmação de Lima (1998) de que a densidade tecnológica e a variedade dos instrumentos de trabalho não têm contribuído para alcançar uma assistência integral. Além disso, com a evolução das tecnologias, evoluiriam também os microrganismos principalmente em termos de resistência. Em resposta à fala anterior, outro técnico de enfermagem afirmou que

existe uma contradição. O quanto hoje existe uma tecnologia bem sofisticada até em termos de componentes químicos da lavagem de mãos e as bactérias estão cada vez mais violentas.

Na eminência da preocupação com a resistência dos microrganismos aos antibióticos e, com isso, o grande enfoque dado ao controle de antimicrobianos, nesse contexto, a lavagem das mãos tem sido por vezes desacreditada ou deixada de lado, como relatou uma enfermeira do grupo reproduzindo a fala de outro profissional:

[...] esse problema de lavagem de mãos é crônico, isso aí não tem mais como conseguir fazer com que as pessoas lavem as mãos. O negócio agora é fazer as precauções de contato bem feitas e controlar antimicrobianos.

Entretanto, com muita propriedade um técnico de enfermagem contrargumenta:

Agora também não adianta nada ter controle de antimicrobianos se as pessoas estão constantemente infectando os pacientes, ainda mais nossos pacientes graves.

Nesse sentido, a percepção da importância da lavagem de mãos como medida preventiva de infecções hospitalares ocupa um lugar de destaque na discussão grupal.

4.2 A LAVAGEM DAS MÃOS COMO IMPORTANTE MEDIDA DE CONTROLE DE INFECÇÃO

A discussão do grupo frente à importância da lavagem de mãos foi marcante nos primeiros encontros. Ela está relacionada com a preocupação crescente dos hospitais com as infecções hospitalares.

Essa postura frente às infecções hospitalares vem tendo cada vez mais destaque ao longo dos anos em função da conscientização de alguns profissionais e principalmente, das exigências legais⁴ nessa área.

Conforme os sujeitos, a importância da lavagem das mãos não é percebida por todos os membros da equipe multiprofissional, já identificando uma certa negligência com a lavagem de mãos como falou uma enfermeira:

[...] acho que a lavagem das mãos é uma coisa importantíssima e que muita gente não dá importância.

Ao concordar com a fala anterior, o grupo justifica a lavagem de mãos pois ela diminui os custos com os pacientes, evita a transmissão cruzada de infecções, os surtos de infecção hospitalar, e a contaminação do ambiente.

Uma enfermeira referiu-se à questão dos custos afirmando que

[...] às vezes, tu lavando a mão, tu economiza aqueles 21 dias de vancomicina, tu vai ali com um paciente, acaba indo no outro, contaminando.

Freitas (1997), ao analisar os custos referentes às IHS verificou que elas aumentam o tempo de internação, a necessidade de métodos diagnósticos de apoio

⁴ Os programas de controle de infecção hospitalar foram regulamentados pela Portaria do Ministério da Saúde nº 196/83, que foi revogada e substituída pela Portaria MS nº 930/92. Atualmente, está em vigor a Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998 (apêndice II). Em 1997, foi publicada, no Diário Oficial da União, a Lei nº 9431/97, que em seu artigo 1º fala da obrigatoriedade dos hospitais manterem um Programa de Infecções Hospitalares e no artigo 2º preconiza a criação de Comissão de Controle de Infecções Hospitalares para execução deste controle.

entre outros, incluindo os gastos com antibióticos. O mesmo autor salienta que não se trata apenas de reduzir riscos e sim, reduzir danos aos pacientes pois uma infecção hospitalar pode ser bastante traumática ou até mesmo fatal.

A transmissão de infecções hospitalares de um paciente para outro (infecção cruzada) pode se dar através dos profissionais da saúde. Eles, além de estarem expostos a doenças dos pacientes, podem ser fonte de transmissão de microrganismos para outros pacientes ou profissionais (PEDROSA e COUTO, 2000).

[...] ele [o profissional da saúde] vai ali e mexe no paciente, aí ele tem que, vai lá vê outro, vai lá, vê outro, mexe, sabe.

A preocupação com a lavagem de mãos vai além da proteção dos pacientes e dos profissionais. O ambiente hospitalar também merece cuidados, pois funciona como reservatório de microrganismos e meio de disseminação dos mesmos por transmissão indireta. Sobre o ambiente, um técnico de enfermagem afirmou:

[...] porque de repente tu põe a mão na mesa lá tem um acinetobacter ali, por exemplo.

[...] porque ela pode estar cheia de, não sabe quem botou a mão ali, é um ambiente todo contaminado, as bactérias se fixam nas superfícies.

Também foi apontado pelo grupo questões referentes a coerência em relação à lavagem de mãos e às medidas de esterilização e desinfecção de materiais. Os profissionais explicaram que não adianta os materiais estarem estéreis ou desinfectados se as mãos estiverem sujas.

Tu vai montar um respirador, vai tocar num material que passou por um processo de desinfecção, tu não vai lavar tua mão?

Portanto, não adianta dispor das maiores tecnologias se não são observadas medidas básicas como a lavagem de mãos.

4.3 A EQUIPE DE SAÚDE E A LAVAGEM DAS MÃOS

Nos dois primeiros encontros o grupo trouxe, com bastante ênfase, o comportamento não só da enfermagem mas também de outros profissionais, como os técnicos de laboratório, técnicos de RX, higienizadoras, psicólogos e fisioterapeutas (incluindo acadêmicos) e, principalmente, dos médicos.

Quando são identificados problemas é comum que a primeira reação, principalmente quando se trabalha em grupo, é a de encontrar culpados e justificar a própria conduta fazendo relações com outros profissionais como já dizia Abelson “somos muito bem treinados e muito bons em encontrar razões para o que fazemos (...)” (ABELSON *apud* REICH E ADCOCK, 1976, p. 147). Essa tendência de desviar a discussão das questões relativas à equipe de enfermagem para outros profissionais foi marcante, demonstrando dificuldades de lidar com a problemática da adesão à lavagem das mãos.

Dos profissionais citados, os fisioterapeutas foram apontados como os que mais lavam as mãos, conforme a observação diária dos membros do grupo e comprovado em estudos de prevalência como o de Oppermann, Anagnostopoulos e Santos (1994), que demonstrou um índice de adesão de 90,9% na observação da lavagem das mãos antes e após diversos procedimentos.

O mesmo estudo revela que o índice de adesão da equipe médica na lavagem de mãos é de 18,5% e de 51,6% da equipe de enfermagem. Entretanto, dependendo do tipo de formação profissional, local de trabalho, recursos disponíveis, situações vivenciadas no cotidiano, entre outros, a adesão varia sendo, por vezes, identificada a equipe de enfermagem como a que mais lava as mãos

(OPPERMANN, ANAGNOSTOPOULOS e SANTOS, 1994) ou a equipe médica (HOEFEL, 1989; MARTINI, SPIANDORELLO e BERTONI, 1999).

Os participantes do grupo focal defenderam com unanimidade que a equipe médica apresenta menor adesão do que a enfermagem:

É, médico a gente vê bem pouco [lavar as mãos].

A enfermagem é o grupo que mais lava as mãos até porque é o grupo que mais fica com o paciente mesmo, e até porque é o grupo também que mais lida com secreções.

A enfermagem possui a característica de ficar mais tempo com os pacientes, e os acompanha durante as 24 horas do dia. O cuidado de enfermagem viabiliza a observação contínua do paciente conforme cita Lima (1998). A equipe de enfermagem também é a que realiza um número expressivamente maior de procedimentos que envolvem o contato direto com os pacientes do que os médicos. Um exemplo disso é um estudo de Hoefel (1989) que verificou que a enfermagem realizava seis vezes mais procedimentos que exigem anterior e/ou posterior lavagem de mãos do que a equipe médica, afirmando que esse fato poderia explicar a maior adesão à lavagem das mãos dessa última categoria.

Além dos fatores já citados, outras questões podem determinar os diferentes índices de adesão à lavagem de mãos entre distintas categorias profissionais. Uma delas é a identificada por Shafir, Teitler, Lavi e Raz (2001) que perceberam, ao observar a conduta profissional de enfermeiras e médicos frente à lavagem de mãos antes e após procedimentos realizados em pacientes, que as enfermeiras lavam significativamente mais as mãos que os médicos, apresentando índices de adesão à lavagem das mãos de, respectivamente, 81% e 69%. Contudo, ao comparar os índices da enfermagem com os das médicas, verificaram que estas últimas lavaram as mãos em 83% dos casos em que as mãos devem ser lavadas.

Sendo assim, afirmam que não havia diferença estatística entre os índices de adesão das enfermeiras e das médicas indicando uma possível relação com a questão de gênero, e não com a profissão em si.

As diferenciações em termos de adesão interferem na conduta da equipe de enfermagem e, provavelmente, dos outros profissionais também. A influência do coletivo nas ações individuais e vice-versa foi motivo de discussão e polêmica durante os debates. Um técnico de enfermagem afirmou que

eu lavo as mãos, eu protejo meu paciente, eu lavo todas as vezes que for necessário, quantas forem possível mas eu sozinho não vai fazer a diferença na lavagem das mãos, não adianta eu lavar minhas mãos e aí vem um e pá [toca no paciente sem lavar as mãos], que com um paciente várias pessoas tocam, não é só tu que toca no paciente, ele não fica numa redoma ali, vários profissionais tocam no paciente.

O fato de se trabalhar em equipe, e de muitos profissionais não adotarem a lavagem das mãos como medida de controle de infecção, faz com que haja uma certa desmotivação pois, enquanto algumas pessoas estão cuidando dos pacientes, outras estão se descuidando, dando margem para a transmissão de infecções.

Em se tratando da adesão à lavagem das mãos, outro técnico de enfermagem mencionou que a maior parte das pessoas seguem o modelo dos seus colegas. Conseqüentemente, se a maior parte dos profissionais não adotam a rotina, a tendência é que os outros sigam o mesmo modelo.

Em contraposição, uma enfermeira disse:

Eu já acho assim que o coletivo tem peso sim, mas eu acho que depende muito do individual no sentido de que, daquilo que aquela pessoa tem, se tu está num grupo onde ninguém lava, mas ela lava, ela vai lavar, eu acho que tem certo peso.

Mesmo assim, uma enfermeira reafirmou que uma pessoa pode influenciar positivamente os colegas e que a conduta inadequada dos outros trabalhadores da saúde não deve ser determinante nas ações individuais.

Mas eu acho que a gente tinha que mudar isso de alguma forma. Assim, porque sempre o negativo é o que pesa, é o que fica, mas eu acho que uma pessoa que tenha o hábito dentro de um grupo, ela pode influenciar positivamente.

Um técnico de enfermagem concordou porém com a ressalva:

Eu acho que sim, melhor do que se ela não lavasse também.

Esse fator, que poderia ser chamado como a influência do coletivo sobre o individual, também interfere na execução da lavagem das mãos mas não é determinante quando os profissionais têm a clareza da importância e necessidade da lavagem das mãos. Acerca dessas questões, um técnico de enfermagem posicionou-se dizendo que

[...] claro que daí acaba fazendo [lavando as mãos], tem uma série de coisas, a questão de consciência, de responsabilidade que tu tem, profissional, como tu encara as coisas.

Além da influência dos colegas, independente da profissão, existem particularidades relacionadas a quem lava ou não as mãos que influenciam na baixa adesão à lavagem das mãos. Traz-se o exemplo de um técnico de enfermagem:

As próprias pessoas pensam: porque que eu tenho que lavar as mãos se a enfermeira vai mexer em vários pacientes e não lava as mãos. Porque que eu tenho que lavar as mãos, então não é importante [...]. Se um médico vem, palpa num, toca noutro, não sei o que, não lava as mãos.

As relações existentes entre os diferentes níveis hierárquicos na enfermagem e as diferentes profissões geram polêmica e põem em dúvida a própria eficácia da lavagem das mãos. Também, pode ser considerada como uma desculpa para a não realização da lavagem das mãos, pois, se o enfermeiro é quem coordena a equipe de enfermagem e é responsável por ela e, nessa posição hierarquicamente superior, não segue a rotina de lavagem das mãos, como exigir de um profissional de nível médio essa conduta?

Ao mesmo tempo que isso ocorre, sabe-se, conforme estudos como o de Lima (1998) que o trabalho no hospital está direcionado para a produção do diagnóstico e da terapêutica, que são resultados de um trabalho intelectual de responsabilidade do médico. Sendo assim, a conduta desse profissional se torna, de um certo modo, uma justificativa para a conduta dos demais profissionais. Um técnico de enfermagem assim se expressou:

Esse é um exemplo que a enfermagem sempre usa, que os médicos não lavam, sempre usam isso, os médicos não lavam.

O fato dos médicos prescreverem as medidas diagnósticas e terapêuticas que devem ser realizadas por eles e pelos demais profissionais sustenta “existência do senso comum de que o médico detém o controle do processo de trabalho” (LUNARDI FILHO, 2000, p. 174). Entretanto, Lima (1998) e Lunardi Filho (2000) concordam que no trabalho em saúde ocorre uma interdependência - e não de subalternidade - tanto entre as iguais ou diferentes categorias profissionais, de modo que cada um complementa o trabalho do outro.

Sendo assim, cabe a equipe de saúde avaliar o que realmente é importante para o atendimento aos pacientes e fazer disso uma prática com coerência e responsabilidade.

4.4 QUANDO LAVAR

As orientações de quando as mãos devem ser lavadas no contexto hospitalar são amplamente estudadas e discutidas no meio científico. Essa

discussão foi proposta para os sujeitos a fim de se identificar que situações os motivam a lavar as mãos.

Para desencadear a análise desses dados, será utilizado como base o Manual de Higiene das Mãos do CDC⁵, de outubro de 2002, que classifica em cinco categorias as mais diversas indicações de quando lavar as mãos.

- Categoria IA: Fortemente recomendado para todos os hospitais e fortemente sustentada por estudos experimentais e epidemiológicos bem conceituados;
- Categoria IB: Fortemente recomendado para todos os hospitais e respaldado por estudos clínicos, experimentais ou epidemiológicos e uma forte teoria racional;
- Categoria IC: Requerido para os hospitais por mandatos federais ou regulamentação estadual ou oficial;
- Categoria II: Sugerido para todos os hospitais e respaldado por estudos clínicos e epidemiológicos sugestivos (insinuantes) ou teoria racional;
- Não recomendada (NR): Práticas com evidências insuficientes.

Os participantes deste estudo trouxeram as seguintes situações como regras para a execução da lavagem das mãos:

A princípio, acho que quando a gente chega no hospital, quando chega na sua unidade, por exemplo, eu venho de ônibus, as vezes está cheio, eu chego, lavo bem as mãos.

⁵ O Manual de Higiene das Mãos (Guideline for hand hygiene in health-care settings) fornece aos trabalhadores da saúde uma revisão com dados a respeito da lavagem e anti-sepsia das mãos bem como recomendações específicas para a melhora das práticas de higiene das mãos e redução da transmissão de microrganismos patogênicos para os pacientes e profissionais da saúde. Ele reúne uma série de indicações baseadas em estudos e manuais de lavagem de mãos de diversos países do mundo e as divide em categorias.

A lavagem das mãos é principalmente recomendada no momento da chegada à unidade de trabalho, sendo integrante das indicações do CDC na categoria IB. Essa recomendação, dada sua importância no cenário do cuidado, vem sendo foco de vários estudos como o de Carvalho, Lopes e Pellitteri (1988) que identificaram uma baixa adesão dos profissionais de uma UTI neonatal, relatando que 59% dos médicos e 70% do pessoal de enfermagem entraram na UTI sem lavar as mãos.

Prontamente uma enfermeira buscou ampliar a indicação de lavagem de mãos:

[...] e quando sai [do hospital] também. Troca de roupa e lava as mãos.

Esta regra diz respeito aos cuidados para proteção dos profissionais da saúde como sugere Blom e Lima (1999): antes e após a realização do trabalho hospitalar. Isso porque a lavagem das mãos é recomendada não apenas como medida de proteção para os pacientes mas também, para os profissionais e meio ambiente.

A terceira regra para a lavagem das mãos está relacionada com os procedimentos executados nos pacientes, como citou um técnico de enfermagem:

[...] antes de se iniciar um procedimento e após o procedimento.

A indicação de lavagem de mãos antes e após procedimentos foi apontada com ênfase pelos sujeitos e está inclusa na categoria IB de manual do CDC. Configura-se como uma das principais medidas de controle de infecção, principalmente no caso de procedimentos invasivos, por exemplo, aqueles em que há solução de continuidade da pele abrindo vias para a invasão/migração de microrganismos.

A quarta indicação foi expressada por uma enfermeira e endossada pelo grupo. Sendo assim, deve-se lavar as mãos

antes e depois de ir ao banheiro [...]. Depois a gente sempre lava, agora antes, eu acho que a gente deveria.

A lavagem de mãos é indicada após o contato com fontes de contaminação (Categoria IB), fato esse confirmado pela enfermeira e pelo grupo com a orientação de se lavar as mãos após ir ao banheiro. Entretanto, a transmissão de patógenos dos pacientes para os profissionais também deve ser preocupação dos controladores de infecção e dos trabalhadores da área da saúde, como expõe Tremper (1994) e Blom e Lima (1999) como regra: antes e depois de atos e funções fisiológicas ou pessoais como se alimentar, assoar o nariz entre outros. Essa prática garante uma maior proteção aos trabalhadores da saúde.

A quinta regra para a lavagem de mãos considera os diferentes sítios em um mesmo paciente. Um técnico de enfermagem empenhou-se a explicar que

[...] no próprio paciente, se tu vai fazer diferentes procedimentos, termina um, vai lá, lava as mãos, os sítios diferentes do paciente. As vezes os pacientes tem alguma região do corpo que está contaminada, outra não, e tem o curativo limpo, o sujo.

O organismo humano é colonizado por inúmeros microrganismos (microbiota endógena) - que varia de acordo com a região do corpo - e que, quando veiculados para outras topografias em que não estão ecologicamente adaptados, podem desencadear um processo infeccioso. Sendo assim, a prevenção dessas infecções pode se dar com a lavagem das mãos no cuidado ao mesmo paciente, ao manipular sítios diferentes, orientação essa defendida também por Tremper (1994) e pelo CDC (categoria II).

Os sujeitos trouxeram como regra também a lavagem das mãos

quando vai trocar de paciente, atender outro paciente, a

situação ideal é de sempre lavar as mãos.

A lavagem das mãos entre o contato com diferentes pacientes é recomendada pela categoria IB do CDC, bem como por Blom e Lima (1999), e é considerada a medida mais efetiva de prevenção de infecções cruzadas.

Uma outra consideração para a lavagem das mãos verbalizada por um técnico de enfermagem está relacionada à presença de sujidade visível:

[...] porque as pessoas, geralmente, lavam mais as mãos quando elas enxergam a sujeira.

Uma unanimidade em termos de indicação da lavagem das mãos (categoria IA) é quando há sujidade visível, quando as mãos estiverem sujas (TREMPER, 1994; BLOM e LIMA, 1999).

Também, foi acrescentado o cuidado especial que se deve ter com a lavagem de mãos ao se cuidar de pacientes imunodeprimidos, bem como lavar as mãos depois de retirar as luvas (BLOM e LIMA, 1999; Categoria IB).

Na discussão do grupo ficou claro o conhecimento teórico, mas que nem sempre se reverte em prática, como ilustra a fala de um técnico de enfermagem:

[...] entre o dever e o fazer, a distância é grande.

Os profissionais explicam que são diversos os fatores que interferem na execução da lavagem das mãos – fatores esses que serão abordados mais adiante – mas o que se observa é que essas regras, muitas vezes, não são postas em prática, como exemplificou um técnico de enfermagem:

[...] acho que até existem vários fatores assim que interferem, faz as pessoas não lavar até a questão da cultura da lavagem das mãos. A gente observa muito [...] tu tem, num mesmo paciente vários procedimentos para fazer em sítios diferentes e tu não vê, as pessoas põem uma luva, a gente põe uma luva e acaba fazendo os curativos e as coisas, às vezes no banho mesmo. O paciente grave tu agrupa tudo, tu faz o banho, faz os curativos, às vezes, são curativos grandes, que tem que usar luvas esterilizadas para fazer, mas a gente observa que é uma

regra mas dificilmente tu vê alguém tirar a luva ir lá lavar as mãos, retornar e continuar os procedimentos.

A adesão à lavagem das mãos mostrou-se variável de acordo com diferentes situações, como emergências, surtos de infecção hospitalar e quando os paciente se encontram em isolamentos.

4.4.1 Na natureza emergencial tu, no afã de salvar uma vida, às vezes não dá para tomar os cuidados corretos.

Para este estudo, será considerada como emergência a descrição de Ferreira (1999) que a caracteriza como uma situação mórbida inesperada que requer tratamento imediato. Mesmo que se reconheça as diferenças conceituais que permeiam os termos urgência e emergência, eles serão utilizados como sinônimos, pois os sujeitos assim os consideram.

Segundo o grupo, as situações de urgência interferem na execução da lavagem das mãos. Da mesma forma, Resuto (2001) concluiu, em uma pesquisa que visava identificar os fatores que determinavam a adesão à lavagem das mãos, que 47,8% dos profissionais da enfermagem justificavam a dificuldade de adesão às situações de urgências.

O grupo também enfatizou as características do hospital por ser um hospital de pronto socorro e pela complexidade dos pacientes internados como mostra a fala de uma enfermeira:

Eu acho que o [hospital de estudo] é um hospital bem particular, bem singular dentro de toda a rede. Eu acho que é diferente a visão que tem, por exemplo, quem trabalha na UTI aqui da visão de quem trabalha assim num hospital, por

exemplo, sei lá, o hospital X, o hospital Y [dois hospitais do Rio Grande do Sul]. Porque eu acho que o profissional daqui ele é diferenciado, ele sabe priorizar o que ele deve fazer. Eu acho que o nível de complexidade dos pacientes daqui é muito grande principalmente nas UTIs, são pacientes que às vezes, está correndo noradrenalina, dopamina, dobutamina [medicamentos], está correndo um push de Kcl [cloreto de potássio], na outra bomba está correndo ringer [soro], ele está com PAM [controle da pressão arterial média], PIC [controle da pressão intracraniana], PVC [controle da pressão venosa central], e está o médico ali toda hora, diminui a noradrenalina, vamos aumentar a dopamina, vê quanto que deu o balanço hídrico [...], muitas vezes está um funcionário com um paciente assim.

Diante dessa realidade e dos momentos cotidianos de emergência, os profissionais encontram-se em situações de dilemas e a priorização de atividades não inclui a lavagem das mãos. Isso ocorre pois, segundo uma enfermeira

tu põe em risco todo o comprometimento hemodinâmico do paciente, porque as vezes, o push de Kcl [cloreto de potássio] é agora, tem que preparar agora, tem que correr agora.

A não priorização da lavagem de mãos é evidente conforme esta fala, entretanto, se o medicamento é “agora” a infecção hospitalar é para “depois” e os pacientes continuam sendo infectados.

Segundo Fernandes e Gilio (2000), no atendimento de urgência são freqüentes as quebras das regras básicas para a prevenção das infecções, levando à ocorrência de IH.

Aconteceu ontem, eu estava atendendo um paciente, tive que sair daí e só deu tempo de tirar a luva e pegar, aspirar um midazolam [medicamento] e aplicar porque senão ele ia voar da cama, ia tirar o tubo [endotraqueal] e aí [...] ia sobrar pra mim e para o paciente também. Então a lavagem das mãos ali foi pro espaço.

Reconhece-se as situações em que o procedimento técnico se torna secundário, mas a avaliação deve ser feita de tal forma a não instituir a negligência com a lavagem de mãos nas situações de emergência. Isso porque a emergência

não pressupõe descuido, descaso com as infecções hospitalares. Nesse sentido, concorda-se com Caregnato, Mocellin e Zago (2001) quando afirmam que, nesses casos, a rapidez no serviço é essencial, mas isso não justifica de forma alguma a não utilização de medidas preventivas. Também Fernandes e Gilio (2000) alertam que as precauções padrão devem ser aplicadas a todo atendimento em saúde, inclusive em pacientes politraumatizados.

Ao se relacionar as situações de emergências vivenciadas no cotidiano de cada setor com o atendimento prestado na unidade de emergência do hospital, percebeu-se que a “emergência” nessas duas situações é vista de maneiras diferentes e contraditórias. Um técnico de enfermagem argumentou que no setor de emergência

as pessoas lavam as mãos continuamente devido ao atendimento, a natureza dele.

No caso das situações de emergência que ocorrem nos setores do hospital, houve consenso no grupo de que não é possível seguir os cuidados corretos. Entretanto, quanto ao setor específico de emergência prevaleceu o entendimento de que as pessoas lavam continuamente as mãos. Uma enfermeira justificou:

Porque eles estão lidando com secreções direto.

Segundo Ribeiro (1997), os setores de emergência têm reduzida importância na cadeia epidemiológica das infecções hospitalares, porém, a transmissão de infecções cruzadas pode se dar da mesma forma que nos outros setores, se as práticas higiênicas e assépticas não forem observadas.

Outra particularidade desse serviço foi explicado por um técnico de enfermagem:

E também porque são várias pessoas para um paciente só.

Caregnato, Mocellin e Zago (2001) concordam com o fato do trabalho nos serviços de emergência ser sempre em equipe. Entretanto, em contraponto ao que afirmam os sujeitos deste estudo, elas identificaram em dois serviços de emergência de dois hospitais gaúchos que o grau de conscientização dos profissionais dessa área deveria ser melhorado, pois observaram que a equipe médica não tinha o hábito de lavar as mãos e não utilizava técnica asséptica para entubação traqueal, e os profissionais de enfermagem, muitas vezes, realizavam punções venosas sem lavar as mãos, somente trocando as luvas.

Percebe-se que as situações de emergência, repetidamente, caracterizam-se como uma justificativa para a não adesão à lavagem das mãos, como explicitou a fala de uma enfermeira:

Porque a coisa da emergência, tem coisas que a emergência justifica demais. Eu acho que tem coisas, que daria para ser observada não é, [...] eu vejo que tem coisas, as pessoas justificam muito.

Nesse sentido, as situações de urgência, em contraposição às técnicas, foram defendidas pelos profissionais, todavia, existe a consciência de que

apesar da urgência tem que seguir a técnica, até no limite possível.

Realizar os cuidados em situação de urgência, respeitando princípios como lavagem de mãos, anti-sepsia da pele, entre outros, configura-se como um passo para garantir a qualidade do atendimento e não apenas, como trazem Caregnato, Mocellin e Zago (2001), o sucesso de procedimento, mas também para a prevenção de complicações imediatas e tardias.

4.4.2 Porque às vezes tu tem um surto e tu vai investigar e tu descobre que está ali: são as mãos.

Um surto ou epidemia de infecção hospitalar se caracteriza pelo “aumento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) na incidência de uma infecção específica acima daquele observado anteriormente” (MACHADO, 1999, p. 151).

A preocupação com a identificação e controle dos surtos no ambiente hospitalar merece cuidados por ser essa uma categoria de infecções hospitalares que “é potencialmente prevenível, ao contrário da maioria das infecções consideradas endêmicas” (MACHADO, 1999, p. 151).

Na maioria das vezes, os profissionais têm relação direta com a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes tanto que, alterando a rotina e adotando precauções como a lavagem de mãos, os surtos são superados. Uma enfermeira sinalizou:

Geralmente quando tem a situação de surto [...] tu vai, treina toda a equipe, fala sobre precaução padrão, sobre precaução de contato e orienta a lavagem, melhora e tu consegue debelar aquele surto rápido e tu nota que por um período de tempo as pessoas ficam mais cuidadosas. E aí, depois, começa a passar, aquela situação fica meio esquecida, começa a meio que relaxar de novo.

O enfrentamento de surtos se dá com a implantação de medidas de controle. Essas medidas freqüentemente são rotinas de controle de infecção já estabelecidas nos serviços, mas “o problema pode estar relacionado à ausência de adesão às rotinas propostas, tal como a higienização adequada das mãos” (MACHADO, 1999, p. 153). Este também é um momento em que existe justificativa para a cobrança da lavagem das mãos e demais medidas de controle de infecção. Uma enfermeira pontuou que, nesses casos,

não sou eu que estou cobrando, é a situação.

A situação de surto, de ameaça, faz com que os profissionais se sintam motivados a lavar as mãos. A existência de um problema real, visível, desencadeia esse processo de cobrança e adesão, que finaliza com o retorno à rotina, com o esquecimento das medidas de controle de infecção, como contou um técnico de enfermagem:

Então, no momento em que tem um surto, que tem uma situação de risco na unidade, vários pacientes contaminados, aí, todos se mobilizam, [...] e funciona e aí exclusivo a enfermagem tem um papel fundamental nisso, ela começa a cobrar dos médicos, às vezes, vai mexer no paciente sem lavar as mãos, a gente grita. Fulano, tem que lavar as mãos, não sei o que, porque todo mundo está sensibilizado aí depois, passa um tempo acaba de novo caindo no esquecimento.

Nesses casos, existe uma alta adesão, um período em que as mãos são lavadas, os aventais são usados, mas logo tudo volta à condição anterior. Isso ocorre em razão da responsabilização das pessoas pela dissipação dos surtos.

Se ele [o profissional] não lavar as mão ela vai ficar com vergonha e vai se sentir co-responsável por aquilo.

Essa colocação expressa de forma clara que os profissionais de saúde se comprometem com o enfrentamento dessas situações, porém não conseguem visualizar seu próprio envolvimento e responsabilidade pelo surto em si.

Sendo assim, as medidas de controle de infecção não devem ser seguidas somente nesses períodos de surtos pois, sabendo que eles são potencialmente preveníveis, as ações contínuas de prevenção e “a técnica asséptica evitando tocar diretamente em matéria orgânica determinará a prevenção do aparecimento de surtos de infecção, sejam quais forem” (HOEFEL, 1996, p. 11).

Cabe salientar que o “processo de trabalho no hospital está organizado segundo a lógica do modelo clínico e tem como finalidade o diagnóstico e a

terapêutica” (LIMA, 1998, p. 6). Nessas situações, é evidente a identificação desse modelo em que se “diagnostica” e se “trata” um problema real de saúde, no caso, um surto de infecção hospitalar sem que haja a preocupação com a prevenção.

4.4.3 Quando se tem um paciente em isolamento...

Os chamados isolamentos e precauções são medidas específicas de controle e prevenção da transmissão de infecções dentro do ambiente hospitalar, e que, conforme Gomes (1999), vêm sendo discutidas e aprimoradas desde o século XIX. Entre elas estão o uso de luvas, máscaras, protetores oculares, capotes, quarto individualizado, entre outros.

Os isolamentos e precauções são definidos a partir da forma de transmissão de cada doença, agrupadas em três tipos: transmissão por gotículas, via aérea e contato, além das precauções padrão. Entre os cuidados que integram as precauções padrão está a lavagem de mãos.

O fato dos pacientes estarem em isolamento parece alterar a rotina da lavagem de mãos pois, ao ser instituído o isolamento a um determinado paciente, os profissionais retomam os cuidados com a lavagem das mãos, muitas vezes esquecidos, situação semelhante ao que acontece nos surtos.

No caso dos isolamentos, destaca-se o fato de

às vezes a gente mesmo, porque está com o paciente com muito tempo em isolamento de contato, acaba ficando meio crônico assim, tu relaxa um pouco.

Após esse primeiro momento, percebe-se novamente a dificuldade em manter um cuidado com vistas à prevenção de infecções hospitalares nos pacientes que encontram-se em isolamentos.

4.5 RECURSOS PARA A LAVAGEM DAS MÃOS E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Quando falamos de hospital público, hoje, vem a nossa mente a imagem negativa de um serviço no qual impera a prática profissional impessoal, fragmentada, o não-envolvimento com os pacientes e familiares, a combinação excessiva de demanda com ociosidade, o sucateamento material e humano, a não-integração com o sistema loco-regional de atenção à saúde, o descaso, o desrespeito, o não cumprimento de normas técnicas, a não-motivação dos trabalhadores, tudo isso permeado pelo desespero dos que necessitam de cuidados hospitalares (ROLLO, 1997, p. 321).

Mesmo que essa imagem não reflita, necessariamente, a realidade dos hospitais públicos, sabe-se que essas organizações apresentam problemas e dificuldades muitas vezes relacionados aos diferentes interesses envolvidos.

Os usuários, que querem serviços de qualidade, mas baratos; profissionais, que querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão, obter boa renda, prestando bons serviços; as empresas de materiais e produtos; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o Governo, que quer benefícios políticos, etc. (DUSSAULT, 1992, p. 12).

Com essa gama de objetivos que permeiam as ações nos hospitais públicos, muitas vezes contraditórios, é inevitável que isso repercuta negativamente na qualidade do atendimento e nela, na execução da lavagem das mãos. Essas dificuldades foram expostas pelos sujeitos e dizem respeito à estrutura física, recursos humanos e materiais e organização do trabalho.

4.5.1 A porta de entrada está sempre aberta, e a de saída, nem sempre.

Essa afirmativa nos leva a refletir sobre as dificuldades geradas a partir da “porta aberta”. Entre elas, a superlotação que foi constatada pelas enfermeiras e técnicos de enfermagem:

Todo o hospital está lotado [de pacientes].

[...] o número de funcionários é para 12 pacientes e se bota 16 porque é um hospital de urgência, não dá para deixar paciente na rua, tem que acudir, tem que atender.

Essas afirmações vão ao encontro das informações identificadas por Kamada e Rocha (1997) que, através de entrevistas, verificaram que os profissionais não conseguiam aplicar as regras de prevenção de infecções, e entre elas, a lavagem das mãos, por excesso de pacientes, falta de tempo, de materiais e de condições adequadas.

Quando há superlotação, a relação de pacientes por funcionário aumenta, pois no hospital de estudo não existe limite de leitos. Esse fato é comum nas organizações públicas porque, conforme Dussault (1992), elas têm uma obrigação de prestar serviços, fato esse que não existe no setor privado. Isso significa que não existe a possibilidade de selecionar clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir. Ainda, habitualmente, essa situação está em contradição com as limitações em termos de recursos.

A falta de funcionários também pode estar relacionada a outros fatores além da superlotação. Porém, no caso do hospital em questão, os participantes argumentaram ser este o principal fator desencadeante de todo um processo que

gera sobrecarga de trabalho e grande prejuízo nas condições de trabalho. Quanto a isso, um técnico de enfermagem indicou que em dias de superlotação

[...] as camas todas amontoadas, aí eu fiquei observando, as pessoas quase não lavam as mãos, porque têm tanto trabalho, tanta coisa, as condições de trabalho que se impõem, de atividades, as pessoas acabam calçando luvas e atendendo os pacientes.

Oppermann, Anagnostopoulos e Santos (1995) verificaram em uma UTI, que quando há superlotação as pessoas lavam menos as mãos. Essa situação “e o fato da UTI ter apenas uma pia talvez possa justificar a pouca observância desta prática, mas não justifica nos dias de ocupação normal, o que sugere que outros motivos devem ser considerados” (OPPERMANN, ANAGNOSTOPOULOS e SANTOS, 1994, p. 10).

A literatura tem trazido essas constatações relacionadas à tríade superlotação/falta de funcionários/excesso de tarefas interferindo na lavagem das mãos. Em uma pesquisa, Grün (1994) verificou que “o número de funcionários é pequeno em relação ao número de pacientes internados na unidade, desse modo, a lavagem de mãos é deixada de lado para dar tempo de realizar **todos os procedimentos**” (GRÜN, 1994, p. 9). Segundo a autora, o excesso de tarefas dos profissionais de enfermagem leva-os a priorizar algumas atividades e, mais uma vez, a lavagem de mãos não está inclusa. Ressalta-se ainda o fato da autora afirmar que os profissionais deixam-na de lado para dar tempo de realizar “todos” os procedimentos, esquecendo-se que a lavagem das mãos é considerado o procedimento mais eficaz na prevenção de infecções hospitalares, demonstrando, na própria literatura, o descaso com a lavagem das mãos.

Por maiores que sejam os problemas causados pelo excesso de pacientes, verifica-se que ele é apenas mais um dos fatores que interferem na

execução da lavagem das mãos, como mostram as falas de uma enfermeira e um técnico de enfermagem, respectivamente:

Eu acho assim, nunca lava tanto quanto tem que lavar, é sempre o mínimo, só que quando está superlotado, é menos do que o mínimo.

[...] se está superlotado tu lava menos, se tem poucos pacientes, se lava, mas é aquela coisa que a gente estava falando outro dia, é toda uma cultura de manter lavagem de mãos, mas eu creio que quando está superlotado, quando as condições, vários fatores interferem nisso, aí que o pessoal não lava mesmo.

Em situações de superlotação, os profissionais afirmam que lava-se um pouco menos que nas situações normais. Esse fato instiga a procurar outras explicações para a questão da adesão.

4.5.2 Eu vejo por mim, quando eu estou mais próximo da pia eu lavo mais as mãos, quanto mais distante, com certeza lavo menos.

A disposição das pias também é um fator que interfere na lavagem das mãos (KAMADA e ROCHA, 1997; PEDROSA e COUTO, 1999). No hospital de estudo, a escassez e a má distribuição das pias é uma realidade na maioria dos setores e é sentida principalmente pelos técnicos de enfermagem, como um deles expressou:

A questão da pia distante é algo fundamental porque dependendo do leito onde tu estás, é tão distante da pia que quase inviabiliza tu lavar as mãos como se deveria lavar. Então tu é obrigado, às vezes, a agrupar procedimentos, passar álcool glicerinado e ir lavar as mãos depois porque realmente se tu for lavar as mãos toda vez que é necessário, quando tu está em um leito mais distante da pia, eu não sei mesmo, é uma coisa que é difícil.

Segundo Figueiredo (1999), sempre que houver pacientes examinados, tocados, medicados ou tratados e locais de manuseio de insumos, medicamentos, alimentos, é obrigatória a provisão de recursos para a lavagem das mãos. Percebeu-se nas falas dos sujeitos - mesmo não sendo objeto deste estudo analisar a estrutura física do hospital - que essas recomendações são respeitadas, porém, em unidades que possuem uma grande área física, a distância prejudica a execução da lavagem das mãos. Uma enfermeira sugere que

[...] teria que ter uma pia ao lado de cada cama.

Em contraponto, depara-se com a existência de pias de acionamento automático em um dos setores do hospital, como assinalou um técnico de enfermagem:

Tu põe as mãos e já abre automaticamente a torneira. Aquilo é coisa do primeiro mundo.

A escassez e a má distribuição das pias não são os únicos problemas.

Também o mau uso é percebido pelos técnicos de enfermagem.

[...] tem uma [pia] dentro do posto [de enfermagem] que ninguém usa, e daí naquela outra dá congestionamento. As pessoas fazem fila para lavar as mãos e algumas acabam desistindo da fila.

Nesse sentido, a conduta de cada um dos profissionais acaba por dificultar o trabalho no hospital, evidenciando que o problema da lavagem das mãos não está relacionado apenas à falta de pias, mas também, ao modo como elas são utilizadas.

4.5.3 Os recursos materiais

Problemas em relação aos materiais foram enfatizados pelos sujeitos. Falou-se na falta e na inadequação dos materiais.

Às vezes não tem papel toalha, então, não adianta, lava as mãos e sair secando na roupa, dá no mesmo.

A disponibilização dos materiais necessários para a realização da lavagem das mãos é fundamental pois eles desempenham papel importante na prevenção de infecções (KAMADA e ROCHA, 1997) e sua falta, por vezes, inviabiliza a realização dos cuidados de enfermagem e da lavagem das mãos.

Os materiais inadequados e de má qualidade também são uma realidade do hospital de estudo. Um técnico de enfermagem citou como exemplo os dispensadores de sabão líquido (almotolia).

O problema daquele sabão também, de ficar pegando toda hora o frasco, às vezes, o frasco em si está todo sujo.

Esse tipo de dispensador é considerado inadequado pois pode resultar na contaminação do sabão por migração de microrganismos, fato esse já comprovado pelo SCIH do mesmo hospital. Uma enfermeira seguiu falando que

o ideal é que sempre tivesse uma forma de dispensar, ou com o pé, ou com a mão, apertando ali, aqueles pumpizinhos.

Além disso, também o uso inadequado dos materiais é fonte de problemas no ambiente hospitalar, como constatou uma enfermeira:

[A almotolia de sabão líquido] fica em cima da pia, aí daqui a pouco já pega para o banho, vai para beira do leito, e dá contaminação.

Um outro fato é que, em meio a algumas dificuldades relacionadas aos recursos materiais, depara-se com o fato do hospital fornecer materiais para outras

instituições com o objetivo de viabilizar a transferência de pacientes. Uma enfermeira contou que

quantas vezes se transfere pacientes para o hospital X, para o hospital Y [dois hospitais particulares do Rio Grande do Sul], para onde for, só vai o paciente se levar os antibióticos que está usando, tem que fechar o tratamento para 7 ou para 10 dias e aí, realmente, é mais barato tu mandar o paciente mesmo que seja com os antibióticos do que ele ficar aqui, porque daí ele está ocupando leito, está ocupando funcionário, [...] e sempre tem outro [paciente] para vir.

A melhora da qualidade dos materiais pode ser um incentivo para a lavagem das mãos colaborando com o aumento da adesão, como expressou uma enfermeira:

O papel-toalha sendo melhor, isso é provável, a pessoa vai acabar lavando, às vezes lava menos porque o papel resseca a mão, o papel é ruim, então tu acaba, e aquele papel sendo melhor, tu vai acabar lavando mais.

Tem hoje um sabão líquido, um sabonete líquido, um sabonete que não tem cheiro, ele é um sabão líquido que parece que resseca menos as mãos do que o anterior.

A disponibilização de materiais adequados e de boa qualidade é primordial pois o problema em termos de recursos “proporciona ao pessoal uma desculpa para justificar o descuido na aplicação de outras medidas profiláticas, que não dependem diretamente do material em questão” (KAMADA e ROCHA, 1997, p. 44). Uma enfermeira verbalizou que o

[...] problema de lavar as mãos é em todo o mundo, as mesmas dificuldades que eles tem lá [nos Estados Unidos], são as nossas aqui. Não é por falta de recursos, porque lá, eles têm muito mais.

Além disso, Dussault (1992), ao falar sobre a gestão dos serviços de saúde, afirma que “o aumento dos recursos não vai, de *per se*, elevar a eficácia nem a eficiência dos serviços” (DUSSAULT, 1992, p. 9). Essa afirmação vai ao encontro da idéia que foi expressada pelo grupo, de que não se trata apenas de fornecer

materiais, mas também de organizar o trabalho de modo a garantir as condições necessárias para o cuidado.

Grün (1994) recomenda que se busque junto aos profissionais da área da saúde as suas necessidades para que executem a lavagem das mãos. Sugere, ainda, que se faça isso através de pesquisa direta, contato por telefone ou visita ao local com um roteiro específico. Porém, os dados coletados pela autora refletem de maneira superficial os reais motivos que levam uma equipe de saúde a não lavarem as mãos. Isso porque valorizam somente os problemas relacionados à estrutura física e recursos humanos, que são, apenas parte das razões que impulsionam os profissionais a lavarem ou não as mãos. Salienta-se que não se trata de ignorar essas importantes e significativas questões, tampouco supervalorizá-las como freqüentemente ocorre na literatura, mas sim transpô-las de modo a identificar os outros fatores relacionados à baixa adesão à lavagem de mãos.

4.5.4 ... uma coisa direcionada para a cura e não pra prevenção.

Um problema apontado pelos sujeitos diz respeito à administração do hospital que segue o modelo clínico, valorizando apenas a cura e não a prevenção, como foi constatado na fala de uma enfermeira e de um técnico de enfermagem:

Pois é, tu vê, o administrador não está preocupado com o uso de antibióticos, indiscriminado, caríssimo, a verba para os antibióticos sempre tem, em compensação pra qualquer outra coisa que reduza a infecção eles não estão nem aí [...] porque às vezes não tem a verba para o sabão líquido e em compensação se tem antibióticos de ultimíssima geração e são muito, muito caros que sai mais de mil reais um frasco.

Gastam 30 mil num aparelho multiparâmetro, 40 mil num respirador e não pensam nas torneiras.

Os problemas relacionados às prioridades da administração hospitalar também foram identificados por Lunardi Filho (2000). Em seu livro ele descreve que, em meio ao desenvolvimento do programa de qualidade total de um hospital, quando adquiridos novos equipamentos e modernizadas as instalações, concomitantemente houve corte de verbas para a compra de papel-toalha com a finalidade de reduzir custos. Ele afirmou que as prioridades da instituição têm mais relação com a “saúde financeira” do hospital do que com a saúde e segurança dos clientes e trabalhadores.

Entretanto, a “saúde financeira” de um hospital pode ser abalada com os custos referentes às IH. Fernandes, Ribeiro Filho e Barroso (2000) dividem estes custos em três tipos: diretos, referentes ao diagnóstico e tratamento do paciente que adquiriu IH; preventivos, despesas gastas para evitar, reduzir ou minimizar a ocorrência de IH; e indiretos, gastos imprevisíveis e difíceis de serem avaliados, como custos com indenizações, processos jurídicos, etc. Também, num compilado de trabalhos internacionais, em média cada paciente com infecção hospitalar fica quatro dias a mais internado, seus custos diretos elevam-se cerca de US\$ 2.100,00 e o risco de falecer em decorrência desta nova patologia é 3,6%.

Os mesmos autores, ao falarem sobre esses aspectos econômicos e análise de custos, afirmam que “incomensurável é a dor e o sofrimento causado a um paciente e familiares por um caso de infecção hospitalar” (FERNANDES, RIBEIRO FILHO e BARROSO, 2000, p. 262).

O que ocorre nos hospitais é que as IH aumentam os custos com exames, antibióticos, tempo de internação, resultando na necessidade de se trabalhar em situação de superlotação e com excesso de atividades, o que acaba por gerar mais

IH. Além disso, quando um paciente adquire IH, há um menor aproveitamento dos leitos hospitalares, pois o tempo de hospitalização do paciente aumenta, diminuindo a rotatividade dos leitos agravando a “demanda reprimida” no país, o que acaba afetando a eficácia do sistema de saúde (FERNANDES, RIBEIRO FILHO e BARROSO, 2000).

Nesse sentido, um aspecto preocupante, exposto por um técnico de enfermagem, foi a afirmação de que

não tem problema, contrai infecção, dá um monte de antibióticos, mas não se pensa em reduzir os gastos por outras vias.

Nesses casos existe claramente um sério problema relacionado ao desrespeito aos princípios éticos na área da saúde, que são: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça. Não se trata apenas de curar uma infecção mas de respeitar os direitos dos cidadãos e a defesa da vida. Um técnico de enfermagem falou:

Uma coisa assim é clara, superlotou a unidade, muitos pacientes e aí aquela média de pacientes por funcionário aumenta, tu trabalha mais, tu cansa mais, tu passa mais infecção, tu lava menos as mãos e os pacientes contraem mais infecção, então começa a pipocar os isolamentos então, aí claro, aí gasta horrores com aqueles pacientes com ‘n’ coisas. Então, na realidade, não existe uma, acho que é até uma racionalização a respeito disso. Se a unidade tá superlotada, tem poucas pessoas, aumenta o número de infecções, lava menos as mãos, então o que a gente pode fazer pra resolver esse problema? Então eu penso que a lavagem das mãos passa por isso aí também, por uma série de coisas que tem que ser pensadas no funcionamento da unidade.

Sendo assim, “a administração também precisa ser envolvida neste processo, oferecendo a estrutura necessária. Caso contrário, todo o processo de prevenção de infecções hospitalares ficará prejudicado” (KAMADA e ROCHA, 1997). Embora seja consenso que o envolvimento da administração não se resume ao

fornecimento de uma estrutura necessária, reconhece-se que esta configura-se como uma importante função. Uma enfermeira apontou que na instituição pública

tudo depende de liberação de verbas, de recursos, que na empresa pública é tudo complicado, tem a questão da licitação, ganha o preço mais barato sempre.

Considerando que as instituições hospitalares são construções humanas que determinam, de certa forma, o trabalho dos agentes, mas que esses exercem um certo autogoverno na realização do seu trabalho (LIMA, 1998), a postura adotada pelos profissionais de enfermagem pode contribuir para a mudança desse modelo de administração com vistas ao que tem sido chamado de ampliação do modelo clínico, valorizando principalmente a prevenção. Um exemplo disso é o de Rollo (1997) que fala da grande possibilidade de educação e prevenção verificada nos hospitais.

4.5.5 A organização do trabalho da enfermagem

Os enfermeiros são os principais responsáveis pela organização do ambiente assistencial, ou seja, por sua funcionalidade, segurança, limpeza, higiene (LUNARDI FILHO, 2000).

O mesmo autor afirma que o cuidado é resultado tanto das atividades diretas realizadas aos pacientes, consideradas como atividades específicas da função, e de procedimentos administrativos, que são vistos pelos enfermeiros como uma corrupção dessa especificidade. Isso, muitas vezes, faz com que os “problemas das unidades de trabalho, que comprometem a qualidade da assistência, não são

considerados como sendo **seus**” (ROLLO, 1997, p. 324) (grifo na obra original). Isso foi constatado e expressado por uma enfermeira:

É que são coisas mesmo que a gente sabe que tem que fazer só que passa e não faz e aí fica como uma transferência de responsabilidades aí um diz assim, não sou eu que tenho que cuidar, não é o outro.

Isso se refletiu na fala de um técnico de enfermagem e de uma enfermeira em relação à provisão dos materiais:

Às vezes tu viaja [...] para achar um algodão molhado com álcool quanto mais [a almotolia com álcool glicerinado]. É eu sei, é pra ter, as vezes no carrinho tem duas, três.

Tem a reposição [de materiais]. Tu chega na pia, tu estás lavando, não tem sabão, e aí, e vai lá, não tem papel-toalha.

Não se trata aqui de falta de material, mas de divisão de tarefas que garanta os insumos necessários para o cuidado ao paciente. Nesses momentos a responsabilidade, segundo uma enfermeira, é de

[...] qualquer um e de todos, mas aí, aonde tem isso do indefinido, é território de ninguém, então aí, nesse território de ninguém, o que não é de ninguém acaba sendo da enfermagem. E nos setores, é da enfermeira.

Os enfermeiros têm sido levados a fazer aquilo que lhes tem sido solicitado, imposto ou exigido, tanto pela administração superior como pela sua equipe, pelos médicos e por outros profissionais, para garantir as condições necessárias à prestação desses cuidados. (LUNARDI FILHO, 2000). Essas funções, embora fundamentais, demandam muito tempo e geram desgaste, dificultando o exercício da assistência direta ao paciente. Isso resulta numa atuação do enfermeiro semelhante a um **“apagador de incêndio**, mobilizando e canalizando suas energias aos primeiros sinais de fumaça, antecipando-se ao surgimento do fogo” (LUNARDI FILHO, 2000, p.90) (grifo na obra original). Uma enfermeira acenou que, na maioria das vezes, o trabalho ocorre em questão de segundos.

Segundos. Tu termina um procedimento e aí te chamam para outra coisa, aí fica naquela, passo pela pia antes ou não passo.

Esses fatos ocorrem também em função da forma como é organizado o trabalho da enfermagem. Ele é centrado em procedimentos e se configura, conforme ROLLO (1997) como uma organização seriada, uma linha de montagem: hora da evolução; hora da prescrição; hora dos curativos. Quando algo não faz parte da listagem de procedimentos, é deixado à margem. Isso ocorre, segundo o mesmo autor, em razão da supervalorização dos procedimentos, que se tornam a razão de ser dos profissionais, confundindo os meios com os fins, pois não é apenas de procedimentos que um paciente precisa.

Mesmo que a lavagem das mãos seja um procedimento, ela não costuma ser classificada como tal, conforme as falas dos sujeitos:

Se a gente contasse a lavagem de mãos como um procedimento também, mas não se tem esse hábito.

Não é vista como um procedimento, a gente sabe que é mas não é vista. As pessoas não encaram, tanto é que muitos não lavam.

Outra questão diz respeito às hierarquias do hospital como constou no relato de uma enfermeira:

[...] quanto mais gente tem pra trabalhar, mais dilui as responsabilidades.

É nesse ponto que às vezes tu não sabe para quem tu vai te queixar porque cada um é de uma partícula ali.

É que a gente não tem um lugar oficial para colocar as coisas.

Essa mesma dificuldade relacionada à oportunidade de se expressar foi identificada pelos técnicos de enfermagem mediante a percepção de que

o que falta, por exemplo, não existe um momento onde reúne a equipe. Vamos ver o que está acontecendo, o que vocês acham que tá faltando, o que está incomodando vocês no atendimento aos paciente. Por que as pessoas no geral estão

preocupadas, elas querem fazer as coisas bem feitas, no geral, a média é isso, mas não há esse momento então o que acontece, fica a “lavadeira” na beira do leito, reclamando, falando. [...] mas é verdade, quando a gente se queixa, a gente explode, a gente fala na hora mas morre ali.

O distanciamento entre as diferentes categorias profissionais (técnicos de enfermagem com seus enfermeiros, e estes com suas chefias) faz com que cada profissional se limite a realizar apenas suas funções, de maneira desarticulada com o restante da equipe. Essa forma de (des)organização gera uma série de frustrações, pois os profissionais não conseguem desenvolver suas funções plenamente, o que acaba gerando situações como a anteriormente descrita.

Esse fato foi identificado também por Lunardi Filho (2000) que o chama de “muro de lamentações”, e indica as situações em que as pessoas falam de suas dificuldades sem expectativa de resposta ou solução.

Isso ocorre porque, segundo um técnico de enfermagem,

tem algumas coisas que não, na minha opinião, não tem retorno, as pessoas reclamam.

Sendo revidado por uma das enfermeiras:

mas geralmente tem um bom resultado. Quando tu vai a fundo assim tem, é que muitas vezes eu acho isso, se esquece de dar retorno para o grupo.

Como dito anteriormente, o trabalho da enfermagem está centrado em procedimentos que são controlados e acompanhados por uma chefia (enfermeira). No hospital, os curativos têm de ser trocados, tem que haver data, a evolução deve estar feita, as medicações devem ser administradas, e para cada um desses procedimentos existe uma forma de controle, normalmente a cargo da enfermeira do setor. Enquanto isso a lavagem das mãos, além de não ser vista como um procedimento, também não é controlada.

E de uma certa forma há uma determinada cobrança, tipo

assim, a enfermeira tem que ter as coisas dela prontas para passar o plantão para outra colega, o técnico a mesma coisa. Tem determinadas tarefas que terão que ser cumpridas, o curativo vai ter que ter a data, o paciente vai ter que estar limpo [...]. [Na lavagem das mãos] não tem ninguém te controlando [...], depende muito mais da consciência da pessoa, da prática.

Quando há uma forma de controle as pessoas alteram a conduta e passam a lavar mais as mãos. Esse fato é comprovado em diversas pesquisas, como a de Kamada e Rocha (1997) que afirmam que a lavagem das mãos depende, entre outros fatores, de uma supervisão enérgica.

Conforme o grupo, o controle acerca da prática da lavagem das mãos não é exercido nem pelos enfermeiros, nem por outros profissionais. Surgiu de uma enfermeira a noção de que

a gente tem tanta coisa para se estressar, às vezes, ficar batendo boca.

O controle da execução da lavagem das mãos não é considerado como uma atividade da enfermeira, tal qual a fala de uma das enfermeiras participantes:

Não, se tu vê tu vai dizer, se tu vê um funcionário saindo de um para outro sem lavar as mãos é óbvio que tu vai dizer, tu vem aqui, tu lava as mãos, e faz a coisa certa.

Um técnico de enfermagem contra-argumentou:

Já em algumas unidades não funcionaria porque a enfermeira é a primeira a passar de fora a fora sem lavar as mãos.

Além da questão do controle da lavagem das mãos, exposta pelo técnico de enfermagem e endossada pelo grupo, também foi trazido o fato de que, muitas vezes, o próprio enfermeiro, que seria a pessoa mais indicada para exercer essa cobrança na equipe, não lava as mãos.

Para outros cuidados o enfermeiro vê, o enfermeiro cobra, então se não cobra esse, o pessoal já não lava mesmo, já não tem essa consciência, e aí então a enfermeira não fala nada, [...] e eu acredito assim que se ela tem uma conduta de fazer os cuidados e lavar as mãos, ela vai poder chegar e [falar para

um funcionário], *tu não estás lavando as tuas mãos. Se eu sei que ela é uma pessoa que lava as mãos, que é cuidadosa com isso, eu ia ficar com vergonha, vou dizer, é, realmente, tem que cuidar. Agora se a pessoa não faz isso ela não tem moral para cobrar.*

Ao mesmo tempo em que o grupo concordava que a baixa adesão poderia estar relacionada à falta de cobrança e controle desse procedimento, um técnico de enfermagem trouxe para a pauta das discussões o fato de que

[...] tem alguns cuidados de enfermagem que são instituídos na unidade e em seguida está todo mundo fazendo, uma coisa que não precisa ter sempre alguém falando porque normalmente as pessoas vão fazer aquilo e a lavagem das mãos ...

Considerando que outros cuidados são implantados e implementados pela equipe sem que seja necessário um controle específico para tal, o fato que não ocorre com a lavagem das mãos, percebe-se, nas falas dos sujeitos, outros aspectos a serem considerados como a “cultura” da (não)lavagem das mãos.

4.6 LAVAGEM DAS MÃOS: PARALELA E SECUNDÁRIA AO TRABALHO DA ENFERMAGEM

Um aspecto apontado pelos sujeitos que dificulta a adesão à lavagem das mãos é o fato dos profissionais da saúde não conseguirem visualizar o efeito, o resultado imediato da lavagem das mãos no paciente. Assim se expressou um técnico de enfermagem:

Eu acho que é uma questão bem de mentalidade, as pessoas não enxergam o efeito da lavagem das mãos, é diferente de tu fazer um curativo e aplicar um produto e ver o resultado. As pessoas não enxergam, é uma coisa assim que a gente sabe, os profissionais sabem da importância, conhecem, acho que

eles conhecem, mas não enxergam, é uma coisa bem difícil.

É visível o efeito de uma troca de curativo, do banho de leito, enquanto que o efeito da lavagem das mãos não é percebido no paciente no momento em que ela é realizada. Todavia, se reflete nos agravos das situações de saúde dos pacientes, que são revertidos em índices de infecção hospitalar.

Como no ambiente hospitalar trabalha-se com problemas de saúde já estabelecidos, os potenciais não são valorizados e essa dificuldade de visualização dos riscos leva ao descaso com a lavagem das mãos.

Eu não sei, eu acho que, com relação a essa cultura de lavar as mãos, os profissionais não tem uma sensibilidade para entender que a lavagem de mãos é tão importante como qualquer outro procedimento que ele vai fazer, que nem nós, verifica sinais vitais [...] se presta vários cuidados e muitas vezes se esquece de lavar as mãos eu acho que a cultura é uma, é uma coisa complicada de se entender porque que as pessoas não conseguem incorporar isso na sua prática. Claro que a gente falou que tem vários fatores que interferem mas independente desses fatores existe também uma má vontade das pessoas em chegar próximo a torneira e lavar as mãos. Não sei o que tá faltando.

Essa fala evidencia o fato de que os profissionais da enfermagem priorizam algumas medidas em detrimento de outras, fato esse já identificado por Kamada e Rocha (1997) e Pedrosa e Couto (1999).

Inegavelmente existe uma negligência com a lavagem das mãos como já apontavam Fernandes e Fernandes (2000). Isso foi exemplificado por um técnico de enfermagem que narra que as “mangueiras” que fazem parte dos dispensadores de sabão líquido se soltaram e, ao invés de serem reconectadas, os profissionais passaram a pegar o frasco de sabão líquido e dispensá-lo manualmente e

[...] todo mundo pegava ali no pote de sabão com os microrganismos nas mãos, passou isso o tempo inteiro. Eu vim no domingo e foi a mesma coisa então assim, se uma mangueira do respirador desconecta, na hora alguém vai conectar. Então assim, é uma coisa que é colocada para

segundo plano, a gente sabe que é.

Segundo um técnico de enfermagem, a negligência com a lavagem das mãos não é intencional, e sim resultado da cultura que não privilegia a atuação frente aos riscos.

Até acho que não fazem isso de maneira intencional, acho que ninguém deixa de lavar as mãos [pensando]: eu quero prejudicar o paciente, não, é que eles não conseguem visualizar, as pessoas não conseguem visualizar essa questão abstrata que tá no meio disso tudo.

Além disso, a lavagem das mãos não é considerada como parte do trabalho dos profissionais, ela está à margem, paralelamente ao trabalho.

[...] a lavagem de mãos caminha sozinha, ela é isolada, porque é uma coisa que vai ter que acompanhar o profissional durante todo o tempo que ele vai estar trabalhando.

A própria forma como esse técnico de enfermagem referiu-se à lavagem das mãos demonstra que esta prática não faz parte da rotina de trabalho dos profissionais, pois sua menção remetia-se a uma situação futura, evidenciando mais uma vez a baixa adesão à lavagem das mãos.

E sem contar que é aquela coisa, existe na mentalidade das pessoas que a lavagem das mãos ela é secundária, não adianta. A gente tem que admitir isso.

Entretanto, não se trata de desconhecimento do fato de que as mãos podem transmitir infecções (HESELTINE, 2002). Isso porque se os profissionais não acreditassem que as mãos têm o potencial de transmitir infecções, eles não adotariam o uso de luvas e a lavagem das mãos como formas de proteção individual.

4.7 LAVAGEM DAS MÃOS COMO PROCEDIMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

A lavagem das mãos demonstrou ser um procedimento de proteção individual (PPI). Um técnico de enfermagem exemplificou a idéia do grupo dizendo que as pessoas

[...] lavam mais para se proteger e não para proteger o paciente.

tu vê pessoas que não chegam perto da torneira nunca, chegam engomadinhos [...] vão lá, lavam as mãos quando sentem necessidade de se proteger, colocou a mão em alguma coisa suja, aspirou paciente, não sei o que é, [pensam] acho que preciso me limpar, mas aquele cuidado de não contaminar o paciente, tem pessoas que não têm essa preocupação.

A lavagem das mãos tem a função de proteger os profissionais da saúde, os pacientes e o ambiente. Neste estudo, o foco da lavagem das mãos parece ser a proteção individual dos profissionais. Nesse sentido, uma enfermeira explicou que a lavagem de mãos tem alta adesão após procedimentos quando existe sujidade visível nas mãos, sendo essa situação apenas uma das indicações de lavagem das mãos que estão descritas na literatura e já explicitado neste trabalho.

A pessoa viu que sujou a mão, de sangue e de secreção acho que esse problema de lavar as mãos não é nesse momento, ninguém fica com secreção na mão, eu acho que até é nojento, tu tá com secreção na tua mão, qual é a tua primeira [reação], tu vai lá e tu lava as mãos. Eu acho que a dificuldade de lavar a mão está justamente quando tu não tem secreção, sujeira na tua mão, faz um procedimento em um paciente e no outro.

Além da evidência de que a lavagem das mãos é realizada quando existe secreção para proteção do profissional também foi ressaltado que

tem pessoas que não lavam as mãos e são tri [bastante] higiênicas com elas mesmo, que na hora de fazer o lanche vão lá e lavam muito bem as mãos, na verdade existe uma displicência mesmo, uma negligência no lavar as mãos.

O fato de não enxergar sujidade diminui a adesão à lavagem das mãos.

Quanto a isso, uma enfermeira comentou:

Só que eles [os profissionais] não sabem que não enxergando eles também estão correndo o risco de se contaminar, se colonizar, pegar um germe multirresistente e levar para casa.

Isso pode ser explicado, conforme argumentou um técnico de enfermagem:

De repente até falha na formação mesmo, conhecimentos de microbiologia e tal, então, não acham uma coisa tão importante

Santos (1996) afirma que é necessário resgatar e incorporar os conhecimentos de microbiologia na prática assistencial de enfermagem para melhorar a qualidade da assistência e do controle da infecção hospitalar. Assim, a falta de conhecimento da microbiologia pode explicar a dificuldade de adesão à lavagem das mãos.

4.8 FORMAÇÃO/HÁBITO

A formação é considerada o principal aspecto que leva à adesão ou não das medidas de controle de infecção. Foi enfatizado não somente a formação profissional (cursos técnicos e graduação em enfermagem), mas também a formação familiar e os hábitos de higiene. Uma enfermeira afirmou:

Na verdade, se a gente for analisar friamente a questão de lavar as mãos, eu só vejo dois motivo, ou tu lava ou tu não lava. E para mim eu entendo isso como uma postura uma coisa já cultural, que já vem desde lá, da infância e depois que aquilo, dependendo de se tu adotou aquela postura correta de lavar as mãos, tu vai lavar a mão a vida toda, se tu chegar na

tua formação universitária e não ter claro a, as pessoas que estão participando da tua formação mostrar que aquilo é importante tu vai manter aquela postura a vida toda, não vai mudar. Eu acho que é bem por aí. Se tu tem. Então para mim são duas etapas, é lá na infância e depois na tua formação.

Os demais participantes do grupo concordaram que a adesão à lavagem das mãos envolve questões culturais, a formação familiar e os cursos profissionalizantes. Todavia contestam o determinismo expressado por essa enfermeira. Um técnico de enfermagem contra-argumentou que

Não, é que tipo assim, [uma enfermeira do grupo] colocou que tem, pelo que eu entendi, tem um grupo de profissionais que irão lavar as mãos independente de qualquer outra coisa e aqueles que não vão lavar as mãos. Aí eu questionei se isso aí é uma atitude, é uma, como é que eu vou te dizer, uma posição fatalista assim, não tem, as pessoas vão lavar ou as pessoas não vão lavar, nada pode ser feito para mudar isso. Esse é o meu questionamento. E o que me chama a atenção é que quando se fala no assunto, a impressão que dá é que as pessoas lavam mais as mãos e não só isso, eu lembro uma vez que [uma enfermeira] deu um curso aqui no auditório e colocou várias coisas do trabalho que ela fez, [...] a gente notou que depois daquele curso, as pessoas começaram a ter mais cuidado [...]. Por um tempo se seguiu, depois cai de novo, pára um pouco de fazer.

Os programas educacionais relacionados à adesão mostram resultados limitados (BLOM e LIMA, 1999; LOPES, MOROMIZATO e VEIGA, 1999) pois apresentam bons resultados imediatos, mas tendem a voltar à situação anterior.

Uma outra característica quando se fala de programas educativos é exemplificado pelo estudo de Hugonnet, Pernerger e Pittet (2002). Os autores verificaram que os índices referentes à lavagem das mãos foram resultado da maior adesão da enfermagem às campanhas educativas sendo observada apenas uma pequena modificação de conduta em relação aos médicos. Blom e Lima (1999) concordam com essa afirmação falando que estudos mostram que os médicos

respondem pouco às solicitações verbais e/ou escritas para a lavagem das mãos.

Esse fato também foi percebido pelos participantes do grupo:

É, e geralmente as áreas que mais tomam consciência das coisas pelo que eu noto, tipo assim, é a enfermagem, tu fala e eles acabam aceitando e vão e fazem as coisas, na parte médica é muito mais complicada.

Essas dificuldades de adesão, por vezes, levam à descrença na possibilidade de mudança por parte de alguns profissionais, como explicou uma enfermeira:

Tem gente que não cria o hábito nunca. Eu estou pra dizer que tem gente que não cria o hábito nunca, ele pode até num período fazer, mas aquilo, se ele não se convencer de que aquilo é importante, ele não vai fazer.

Outra enfermeira complementou:

Mas as vezes as pessoas sabem que é importante e continuam não lavando.

O distanciamento entre a teoria e a prática também foi citado por Blom e Lima (1999) que afirmam que, mesmo havendo o conhecimento teórico, a adesão à lavagem de mãos exige mudança de hábito, e sugerem ser necessário agir precocemente nas Faculdades de Medicina e de Enfermagem, direcionando a formação para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

4.9 A LAVAGEM DE MÃOS E O USO DE LUVAS

A relação existente entre a lavagem das mãos e o uso de luvas traz algumas informações complementares que auxiliam na identificação das razões que impulsionam a equipe de enfermagem a lavar ou não as mãos.

“As luvas devem ser usadas apenas quando houver possibilidade de contato com material infeccioso ou pacientes colonizados ou infectados com germes de significância epidemiológica” (LEÃO e GRINBAUM, 1997, p. 375). Após a retirada das luvas, as mãos devem ser lavadas pois os microrganismos se proliferam dentro do ambiente úmido das mesmas, além do fato de contaminarem as mãos, caso estejam danificadas (BLOM e LIMA, 1999). Além disso, deve-se trocar de luvas entre duas tarefas, entre um e outro procedimento no mesmo paciente e entre diferentes pacientes (SILVA, ABREU, ARRUDA e FONSECA, 2000).

Conforme os sujeitos do estudo, o uso de luvas é uma rotina que foi instituída com sucesso pois é seguida pela maioria dos profissionais da saúde. Isso foi exemplificado pelas falas de um técnico de enfermagem e de uma enfermeira:

Todo o mundo calça as luvas. Tu vê alguém mexendo no sangue sem pôr luva? Quase todo mundo usa.

Todo mundo usa, ninguém põe a mão em sangue alheio sem [luva].

Além disso, uma enfermeira comentou a respeito da preocupação extremada em relação às luvas que resulta em uso inadequado pois

às vezes, para alcançar uma água para um paciente, tu primeiro bota a tua luva.

Ao se falar no uso de luvas, percebe-se que elas são usadas habitualmente apenas para proteção do profissional, característica que vai ao encontro do que se identifica com relação à lavagem das mãos. Uma enfermeira afirmou que

a luva é usada para proteção da própria pessoa, da pessoa que tá ali.

Nesse sentido, conforme explica um técnico de enfermagem, os profissionais usam luvas

porque enxerga o perigo, porque vê a secreção.

E também

por medo de se contaminar.

Hoeffel (2002) afirma que com o incentivo à adoção das medidas de precaução padrão, houve um incremento na utilização das luvas, o que promove uma falsa sensação de segurança em quem as usa. Quanto a isso um técnico de enfermagem comentou:

Todas as enfermeiras [de um determinado setor] tocam todos os pacientes sem lavar as mãos, acham que a luva protege.

Na discussão grupal foi abordada a implementação do uso de luvas como parte da rotina de trabalho nos hospitais, na qualidade de equipamento de proteção individual (EPI), assim como foram mencionados exemplos de práticas inadequadas como usar dois ou três pares de luvas ao mesmo tempo com o intuito de aumentar a proteção ou numa espécie de “segunda pele”. A esse respeito, um técnico de enfermagem comentou:

Mas isso até hoje. Tem [profissionais] [...] que botam luva e saem ali tocando em tudo quanto é paciente. Tira dreno de um, mexe na barriga do outro e na hora em que vai embora tira as luvas e lava as mãos.

Tu despreza uma diurese com luvas, não pinga uma gota na tua mão, tu sai com a mão “teoricamente” com as luvas limpas, a gente vê que o pessoal tira as luvas e vai lá lavar as mãos.

Para Blom e Lima (1999), a lavagem das mãos após a retirada de luvas está relacionada à necessidade de remover o talco, e não à conscientização e/ou adesão à rotina, sendo assim, fica clara a preocupação com a proteção do profissional. Mesmo assim, parece haver consciência de que o uso de um mesmo par de luvas entre diferentes pacientes os expõe ao mesmo risco de infecção

cruzada verificado quando os profissionais tocam em diferentes pacientes sem o uso de luvas. Também, segundo uma enfermeira, o uso de luvas

não dispensa a lavagem das mãos. Tu usou luva, tem que tirar a luva e lavar a mãos. Não tem aquela coisa de luva, tira a luva e bota outra luva.

Neste estudo, a lavagem das mãos e as luvas são utilizadas para proteção individual, o que pode explicar a adesão ao uso de luvas. A preocupação com os pacientes é pouco valorizada.

4.10 FRICÇÃO HIGIÊNICA DAS MÃOS

A fricção higiênica das mãos com álcool glicerinado é um recurso indicado para aquelas situações em que não existe a possibilidade de lavar as mãos. Uma enfermeira explicou que a implantação do álcool glicerinado

é baseada em estudos e até tem um estudo que foi feito com a equipe de enfermagem que se o auxiliar, o técnico o enfermeiro fosse lavar as mãos, correr para pia, lavar as mãos cada vez que tivesse um procedimento para fazer, ele ia passar mais tempo na pia do que atendendo o paciente. Então no final do turno ele não ia ter tempo de desenvolver as atividades então se estudou o álcool glicerinado e ele é efetivo desde que a mão não tenha sujidade visível.

Essa afirmação foi muito discutida devido ao fato de trazer a inviabilidade de se efetivar a lavagem das mãos como recomenda a literatura. Entretanto, se realmente não há como realizar a lavagem das mãos sempre que necessário, o uso do álcool glicerinado torna-se uma importante opção.

Um dado a ser ressaltado é o fato da fricção higiênica das mãos não ser efetiva quando há matéria orgânica visível, isso porque o álcool não é emoliente e não retira a sujeira (LARSON e LAUGHON, 1986).

Uma enfermeira acrescentou:

E age em torno de 30 segundos a 1 minuto, com uns três a cinco ml, ele só não tem ação numa quantidade menor do que 3 ml. Então tu tem que usar de três a cinco ml.

Esse dado condiz com a literatura pois, segundo Rotter (1997), a fricção higiênica das mãos deve ser realizada com uma quantidade entre 3 a 5ml de solução alcóolica friccionada pelo tempo recomendado pelo fabricante do produto, que usualmente gira em torno de 30 segundos a 1 minuto. Além disso, o autor afirma que a fricção higiênica das mãos tem aceitação dérmica superior à lavagem das mãos.

Ele resseca menos que o próprio sabão porque ele tem glicerina.

O estudo Hugonnet, Perneger e Pittet (2002) fala que, após um intensivo programa educativo, observou-se que os profissionais passaram a utilizar mais o álcool glicerinado, aumentando os índices de adesão à higiene das mãos. Porém, neste estudo um dado preocupante foi o fato de que, segundo o grupo, o uso do álcool glicerinado

[...] não é uma prática comum.

Eu lembro assim que quando foi instituído [...] o álcool glicerinado como alternativa até houve o uso assim e tal, e eu acho que o pessoal ficou bem consciente que era o substituto da lavagem das mãos, em uma situação que tu não pudesse lavar as mãos mas assim, infelizmente, é chato ter que dizer isso, mas não pegou, não pegou.

O pessoal não usa o álcool, não usam. Não lavam as mãos, é uma coisa, agora também não lavam as mãos e não usam o álcool.

Esses depoimentos levam a crer que as razões que levam a equipe de enfermagem a utilizar o álcool glicerinado são distintas das que levam a lavar as mãos.

Segundo uma enfermeira, muitos profissionais não acreditam na eficácia do álcool glicerinado, fato esse que poderia justificar a baixa adesão.

Tem muita gente que não acredita que funciona.

Esse dado foi confirmado pelo próprio grupo que, quase por unanimidade afirmou que

até pode funcionar, mas eu não confio.

E uma enfermeira completou:

Até pode funcionar, mas eu não confio [...] mas eu não digo isso para ninguém.

Percebe-se, na verbalização dessa enfermeira, a consciência da função que ela exerce frente à equipe, tendo de zelar pelo cumprimento das normas estabelecidas pelo hospital mesmo não acreditando na eficácia do álcool glicerinado.

Além disso, em alguns setores do hospital, não há um dispensador adequado para o álcool glicerinado. Uma enfermeira explicou que isso dificulta a adesão à fricção higiênica das mãos, pois os frascos ficam tampados sendo necessário manipulá-los com as mãos “sujas” para poder dispensar o álcool glicerinado, o que acaba contaminando o frasco. Este fato reflete a realidade de parte dos setores do hospital pois, em outros, há frascos com *pump*, considerados adequados para dispensar o álcool glicerinado. Mesmo assim, um técnico de enfermagem que trabalha em um desses setores comentou que

o frasco não é o problema, é a prática.

Isso porque, segundo ele, mesmo havendo os recursos materiais adequados naquele setor, a prática do (não)uso do álcool glicerinado é a mesma.

Um outro fato a ser ressaltado foi expressado por uma enfermeira:

Eu não uso muito o álcool glicerinado. Mais é como um complemento para ver se resseca menos as mãos.

Como já apontado, o álcool glicerinado é pouco utilizado no hospital de estudo, e, por vezes, tem sido usado com outras finalidades, como hidratar a pele.

Ao ser relacionada a fricção higiênica com a lavagem das mãos um técnico de enfermagem declarou:

Existe uma diferença grande entre lavar as mãos e usar aquele álcool, independente de ser eficiente ou não.

Na fala, percebe-se o distanciamento que o sujeito estabelece ao se referir a “aquele” álcool. Isso porque:

Uma coisa é lavar as mãos, usar sabão, escorre. Outra é botar aquele troço grudento ali nas mãos

O depoimento desse técnico de enfermagem revela a sensação decorrente do uso do álcool glicerinado. O profissional afirmou ainda que, ao se realizar a fricção higiênica das mãos,

a limpeza não vai ser total.

A fricção higiênica das mãos, ironicamente, acaba sendo um incentivo à lavagem das mãos, conforme atestou um técnico de enfermagem:

Eu não duvido da eficácia mas que fica uma coisa nojenta na mão, porque aí se tu usa [o álcool glicerinado], parece que tem que lavar.

Rotter (1997) afirma ainda que a fricção higiênica das mãos é mais efetiva na diminuição da flora transitória do que a lavagem das mãos. Uma enfermeira explicou ao grupo a ação do álcool glicerinado e sua eficácia:

[O álcool] mata por desnaturação protéica. Ele penetra na

membrana celular das bactérias e aí, mata mesmo.

No grupo, ao se esclarecer que a fricção higiênica da mãos não remove os microrganismos, apenas os ‘mata’, uma outra enfermeira satirizou a ação do álcool glicerinado, concordando com o técnico de enfermagem que afirmou ser necessário lavar as mãos após o uso:

Então tem que lavar porque as mãos estão cheias de cadáveres.

Rotter (1997), ao descrever a ação da fricção higiênica das mãos, informa que ela elimina uma parte substancial da flora transitória por “assassinato”, em vez de removê-la como faz a lavagem das mãos.

Neste estudo, a adesão e a aceitação dos profissionais ao uso do álcool glicerinado mostrou-se extremamente baixa, fazendo-se necessário investir na lavagem das mãos e também na fricção higiênica das mãos, nas situações em que a lavagem das mãos não for possível.

4.11 ESTRATÉGIAS

Os profissionais da enfermagem, ao reconhecerem a dificuldade de adesão à lavagem das mãos, citaram uma série de estratégias que podem colaborar com a mudança dessa realidade, muitas delas já utilizadas e adotadas por diferentes autores, como por exemplo Fernandes, Silva e Kawagoe (1998). Tais estratégias incluem desde medidas educativas até a melhora das condições de trabalho, buscando adesão através de conscientização, de coação ou do próprio exemplo.

Eu acho que a única alternativa pra gente conseguir o objetivo

é treinamento.

E aí entra aquela coisa da formação. É a mesma coisa de educar um filho. Tu educa muito mais pela tua prática, pelo teu exemplo do que pela, pelo teu discurso.

Pereira e Moriya (1995) afirmam que são necessários esforços contínuos na busca de soluções eficazes e eficientes. Para tal, pode-se valer de treinamentos, campanhas, orientação que levem a uma conscientização permanente.

Com esses objetivos, os sujeitos elencaram as seguintes estratégias: filmar o trabalho nos setores, a fim de ter mais subsídios para *feedback*; reuniões nos setores; utilização de cartazes; elaboração de gincanas/brindes/prêmios/concursos; colocação de espelhos nas pias; publicação dos índices de infecção hospitalar; além de ser mantido um sistema de policiamento e cobrança. A lavagem das mãos

é um assunto crítico, polêmico, mas que deveria ser mais trabalhado, não sei em que sentido mas eu acho que se trabalhasse mais, dentro da própria unidade [...] quando o grupo tá trabalhando.

Faz-se necessário também, conforme os sujeitos, buscar alternativas criativas para a resolução de problemas, e manter o assunto sempre “em pauta” para que não caia no esquecimento. Além disso, é importante não se deixar abater pelas dificuldades advindas do desconhecimento e pela falta de prioridade dada aos aspectos preventivos (PEREIRA e MORIYA, 1995). Pois, segundo elas, em alguns momentos a resolução dos problemas da adesão pareceu ser inalcançável, fazendo-se necessário buscar outras soluções.

Não sei, mas aí, teria que ter uma coisa mágica que faça com que as pessoas tenham consciência.

A lavagem das mãos, por exigir mudança de comportamento e atitude “não ocorre em um passe de mágica” (PEREIRA e MORIYA, 1995, p. 155). As

mesmas autoras afirmam ainda que são necessárias fundamentação teórica e prática acompanhadas de assimilação e introjeção das medidas preventivas, culminando na mudança de hábito, e não apenas a teorização de conhecimentos.

Nesse sentido, o próprio espaço de discussão grupal proporcionou, além da coleta de dados, o repensar da prática da lavagem das mãos pelos profissionais da enfermagem. Um exemplo disso foi expressado por uma enfermeira:

É, a gente não tinha se dado conta do quanto a gente não lava.

O êxito das medidas preventivas e de controle depende do envolvimento e da assimilação e aplicação das mesmas por todos os profissionais, no exercício de suas atividades (PEREIRA e MORIYA, 1995).

Recentemente Queiróz (2001) procurou identificar e analisar as táticas de influência mais utilizadas por enfermeiros de SCIH e as mais aceitas pelos enfermeiros assistenciais. Nessas táticas a autora inclui: informar que as medidas de controle de infecção são em benefício do paciente; ressaltar necessidade da aderência dos profissionais; reunir funcionários e explicar medidas; descentralizar procedimentos de prevenção; buscar colaboração de enfermeiros; elaborar manual de procedimento; explicar as razões do hospital; intervir para educar; solicitar de forma polida e programar de treinamento solicitadas pela equipe de enfermagem.

Certamente, a parceria dos profissionais membros do serviço de controle de infecção hospitalar com os profissionais da assistência é fundamental para colocar em prática essas estratégias e a lavagem das mãos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o elevado índice de morbidade e mortalidade relacionada à IH, pode-se deduzir que preveni-la é uma tarefa complexa. Na realidade, medidas simples e corriqueiras têm revelado alta eficácia na prevenção e controle de IH, como o ato de lavar as mãos (PEREIRA e MORIYA, 1995). Nesse sentido, buscou-se investigar as razões que impulsionam os trabalhadores de enfermagem a lavar ou não as mãos, considerando que a lavagem das mãos é um procedimento simples. Porém, alcançar altos índices de adesão, e conseqüentemente baixos índices de IH, é tarefa complexa.

A lavagem das mãos como importante medida de controle de infecção e medida de proteção para os pacientes foi enfatizada no início da coleta de dados pelos próprios participantes do estudo. Após, revelou-se uma prática negligenciada, paralela e secundária às demais atividades da equipe de enfermagem, e realizada com o enfoque na proteção do profissional. Foi percebido que grande parte dos acontecimentos ou situações interferem na adesão e que estes parecem ser mais importantes que a prática da lavagem das mãos.

Frente a essa realidade, e sabendo que não existe uma verdade única acerca da adesão e que inúmeras são as razões que levam a equipe a lavar ou não as mãos, afirma-se que são necessárias intervenções com vistas ao aumento da adesão à lavagem das mãos. Nesse sentido, este estudo dá subsídios para ampliar as razões descritas na literatura. Mesmo assim sugere-se investigar, em cada *locus*, essas razões que levam à adesão ou não à lavagem das mãos, pois elas podem

variar, dependendo das características dos diferentes serviços, recursos disponíveis, qualidade da capacitação dos profissionais, etc.

É indispensável também, o envolvimento entre os profissionais assistenciais e do serviço controle de infecção, visto que seu controle e prevenção deve ser um desafio particular e coletivo desses profissionais.

Certamente não existiram respostas prontas e, caso fosse fácil, não haveria tantos problemas interferindo na execução da lavagem das mãos. Dadas essas dificuldades e os resultados limitados dos programas educativos, considera-se que talvez seja hora de questionar-se como estão sendo feitos os programas educativos para a prevenção e controle das infecções hospitalares? Em que se baseiam? Será que eles têm o alcance para trabalhar as razões que impulsionam a equipe de enfermagem a lavar ou não as mãos, como as citadas neste estudo?.

Considerando o contexto que envolve a lavagem das mãos, como por exemplo a fricção higiênica das mãos, evidencia-se que a lavagem das mãos não é a única medida de prevenção de infecção hospitalar negligenciada. Portanto, investir em prevenção, como incansavelmente foi citado neste estudo, é um caminho indispensável para quem pretende cuidar. E é também um aspecto que merece a atenção de quem assume outras posições estratégicas, como aqueles que gerenciam e administram serviços e aqueles que se mobilizam em atividades teórico-práticas no âmbito do ensino/aprendizagem.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. A análise da enunciação. In: BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. p.169-184.

BLOM, B.C.; LIMA, S.L. Lavagem das mãos. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção Hospitalar: epidemiologia e controle**. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p 357-368.

BOLICK, D. et al. **Segurança e controle de infecção hospitalar**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2000. 368p.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Serviços de Saúde, **Legislação**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/legis/geral.htm>>. Acesso em 20 de jan. 2003.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Serviços de Saúde, **Procedimento para a lavagem das mãos (procedimento básico): (13/09/01)**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faq/infec_lavagem.htm#1>. Acesso em 20 de set. 2001a.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Serviços de Saúde, **Procedimento para a lavagem das mãos – cirúrgico: (13/09/01)**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faq/infec_lavagem.htm#1>. Acesso em 20 de set. 2001b.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Serviços de Saúde, **Utilização do álcool glicerinado: (13/09/01)**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/faq/infec_lavagem.htm#1>. Acesso em 20 de set. 2001c.

CAREGNATO, R.C.A.; MOCELLIN, R.D.R.; ZAGO, R. **Alerta aos serviços de emergências sobre as infecções hospitalares**. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) - Canoas, 2001. Disponível em: <<http://www.agih.org.br/down/anais.htm?titulo=3>>. Acesso em 20 de set. 2001.

CARVALHO, M.; LOPES, J.M.A.; PELLITTERI, M. Padrão de lavagem de mãos em uma UTI neonatal. **Jornal de pediatria**. Rio de Janeiro; v. 64, n. 11/12, p. 468-470, nov.-dez. 1988. Ilus.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings**. 2002. Disponível em <<http://www.cdc.gov/>>. Acesso em 20 de nov. 2002.

COUTO, R.C. Infecção em terapia intensiva adulto e infantil. In: OLIVEIRA, A.C.; ALBUQUERQUE, C.P.; ROCHA, L.C.M. **Infecção Hospitalar**: abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi, 1998. p. 445-456.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção Hospitalar**: epidemiologia e controle. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

DALL'AGNOL, C.M. **Avaliação de desempenho e o ser (a)crítico**. São Paulo, 1999, 186f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, f 49-57.

DALL'AGNOL, C.M.; CIAMPONE, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan. 1999.

DAVEL, E.; VERGARA, S.C. **Gestão de pessoas e subjetividade**. São Paulo: Atlas, 2000, p. 42-50.

DEBUS, M. **Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997. 96p.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

FERNANDES, A.T. Entre a fé e a ciência: a medicina na idade média. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Ateneu, vol. 1, 2000. p. 43-55.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; Organização e programa de controle das infecções hospitalares. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Ateneu, vol. 2, 2000. p. 1461-1481.

FERNANDES, A.T.; GILIO, A. E. Infecções em pacientes politraumatizados. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Ateneu, vol. 1, 2000. p. 690-701.

FERNANDES, A.T.; RIBEIRO FILHO, N; BARROSO, E.A.R. Conceito, Cadeia epidemiológica das infecções hospitalares e avaliação custo-benefício das medidas de controle. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Ateneu, vol. 1, 2000. p. 215-265.

FERNANDES, A.T.; SILVA, C.V.; KAWAGOE, J.Y. Serviço de controle de infecção hospitalar. In: CASTELLI, M.; LACERDA, D.P.D.; CARVALHO, M.H.R. **Enfermagem no CTIP**. São Paulo: Roca, 1998. p. 77-80.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, V.M.O. Arquitetura Hospitalar. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção Hospitalar: epidemiologia e controle**. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 527-537.

FREITAS, M.R. Análise de custos das infecções hospitalares. . In: RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES FILHO, M.B.; GRINBAUM, R.S.; RICHTMANN, R. **Infecção hospitalar: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 42-45.

GARNER, JS, Hospital Infection Control Practices Advisory Commitee. **Guideline for isolation precautions in hospitals**. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1996;17:53-80.

GAYOTTO, M.L.C.; DOMINGUES, I. **Liderança: aprenda a mudar em grupo**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

GOMES, D.L.C. Precauções e isolamento de pacientes. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção Hospitalar: epidemiologia e controle**. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 517-528.

GRÜN, D. Lavagem de mãos: um antigo problema nos dias atuais. **Enfoque serviço educacional**. Brasil, v. 1, p. 7-9, jan/fev/mar. 1994

HESELTINE, P. Why don't doctors and nurses wash their hands? **Infect control hospital epidemiologia**. v. 22, n. 4, p. 199-200. 2002.

HOEFEL, H.H.K.; KONKEWICZ, L.R. Vigilância, prevenção e controle das infecções hospitalares em terapia intensiva. In: BARRETO, S.S.M.; VIEIRA, S.R.R.; PINHEIRO, SANTOS, C.T. **Rotinas em terapia intensiva**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. p. 635-661.

HOEFEL, H.H.K. **Mãos X Luvas X Cremes**. 2002. Disponível em: <<http://www.cih.com.br/>>. Acesso em 05 de dez. 2002.

HOEFEL, H.H.K. Frequência da lavagem de mãos em uma unidade de neonatologia. **Semana científica do HCPA**. 1989.

HOEFEL, H.H.K. Estratégias para prevenção da transmissão de infecções dentro do ambiente hospitalar. **Revista HCPA**. Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 8-12, abr. 1996.

HUGONNET, S.; PERNEGER, T.V.; PITTET, D. Alcohol-based hand rub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. **Archives of internal medicine**. v. 162, n. 9, p. 1037-1043. 2002 .

JOVCHELOVITCH, S. Vozes da esfera pública: representações sociais em diálogo grupal. In: JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil**. Petropolis: Vozes, 2000. p.111-141.

KAMADA, I.; ROCHA, S.M.M. Assistência de enfermagem em unidades de internação neonatal: medidas para prevenção de infecções hospitalares. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 37-48, jan. 1997.

LARSON, E.L.; EKE, P.I.; LAUGHON, B.E. Efficacy of alcohol-base hand rinses under frequent-use conditions. In: LARSON, E.L.; EKE, P.I.; LAUGHON, B.E. **Antimicrobial agents and chemotherapy**, Copyright, 1986, p. 542-544.

LEÃO, M.T.C.; GRINBAUM, R.S. Técnicas de isolamento e precauções. In: RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES FILHO, M.B.; GRINBAUM, R.S.; RICHTMANN, R. **Infecção hospitalar: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 373-384.

LIMA, M.A.D.S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto, 1998. 216f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

LOPES, M.H.B.M.; MORINIZATO, S.S.; VEIGA, J.F.F.S. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 83-88, out. 1999.

LUNARDI FILHO, W.D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Ed.Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000. 206p.

MACHADO, A.R.L.; COLARES, S.M.; PIVA, J.P. Controle de infecção na unidade de terapia intensiva pediátrica. In: PIVA, J.P.; CARVALHO, P.; GARCIA, P.C. **Terapia Intensiva em Pediatria**. 4 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1997. p. 406-432.

MACHADO, G.M. Investigação de surtos de infecções hospitalares. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção Hospitalar: epidemiologia e controle**. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 151-158.

MARTINI, A.C. **Profissionais de saúde, profissionais de controle de infecção**. 2000. 151f. (Monografia) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul.

MARTINI, A.C.; SPIANDORELLO, W.P.; BERTONI, R. Lavagem de mãos em uma UTI Neonatal. In: 51º Reunião Anual da SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 1999, Porto Alegre. **Livro de Resumos**. Porto Alegre: PUCRS, 1999.

MARTINS, M.A.M. Aspectos históricos das infecções hospitalares. In: OLIVEIRA, A.C.; ALBUQUERQUE, C.P.; ROCHA, L.C.M. **Infecção Hospitalar**: abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi, 1998. p. 1-7.

MINAYO, M.C.S. Ciência, Técnica e Arte: O desafio da Pesquisa Social. In: — **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 7ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997. cap. 1, p. 9-30.

OPPERMANN, C.M.; ANAGNOSTOPOULOS, F.; SANTOS, M.L.M. Hábito de lavagem das mãos: estudo de prevalência em uma unidade de tratamento intensivo de trauma. **Revista do Hospital de Pronto Socorro**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 27-31, jan.-dez. 1994.

PADOVEZE, M.C.; DANTAS, S.R.P.E.; ALMEIDA, V.A.. Infecções hospitalares em unidade de terapia intensiva (UTI). In: CINTRA, E.; NISHIDE, V.M.; NUDES, W.A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 613-622.

PEDROSA, T.M.G.; COUTO, R.C. Prevenção de infecção em terapia intensiva de adultos e pediátrica. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.M.G.; NOGUEIRA, J.M. **Infecção Hospitalar**: epidemiologia e controle. 2 ed., Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 527-537.

PEREIRA, M.S.; MORIYA, T.M. **Infecção Hospitalar**: estrutura básica de vigilância e controle. 2 ed. Goiânia: AB, 1995. 193p.

PEREIRA, M.S.; PRADO, M.A.; SOUSA, J.T; TIPPLE, A.F.V.; SOUZA, A.C.S. Controle de Infecção em Unidade de Terapia Intensiva: desafios e perspectivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v. 2, n. 1, out-dez. 2000. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 05 de jun. 2001.

PEREIRA, T.M.; CASTRO, K.F.; SANTOS, T.O.; PRADO, M.A.; JUNQUEIRA, A.L. N.; BARBOSA, M.A.; TELES, S.A. Avaliação da adoção das medidas de precaução padrão em categorias específicas de profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem (online)**, Goiânia, v. 1, n. 1, out-dez. 1999. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 04 de jun. 2001.

PICHON-RIVIÈRE, E.; QUIROGA, A.P. Transferência e contratransferência na situação grupal. In: PICHON-RIVIÈRE, Enrique. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes. 2000. p. 161-166.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes. 2000.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. Qualitative research desing and approaches. In: POLIT, D.F. **Nursing research**: principles and methods. 6 ed. Lippincott, 1999. p. 239-256.

QUEIRÓZ, M.L. **Atitudes e comportamentos de enfermeiros assistenciais em resposta às táticas de influência do serviço de controle de infecção hospitalar**. São Paulo 2001, 79f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo -

Escola Paulista de Medicina.

REICH, B.; ADCOCK, C. **Valores, atitudes e mudança de comportamento**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

RESUTO, T.J.O. **A prática da lavagem/higienização das mãos pela equipe de enfermagem de um centro de terapia intensiva de um hospital universitário do interior paulista**. Ribeirão Preto, 2001, 104f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

RIBEIRO, J. Serviço de emergência. In: RODRIGUES, E.A.C.; MENDONÇA, J.S.; AMARANTE, J.M.B.; ALVES FILHO, M.B.; GRINBAUM, R.S.; RICHTMANN, R. **Infecção hospitalar: prevenção e controle**. São Paulo: Sarvier, 1997. p. 248-256.

ROLLO, A A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 321-349.

ROTTER, M. L. Hand washing, hand disinfection, and skin disinfection. In: Wenzel, R. P. **Prevention and control of nosocomial infections**. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 691-709.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: UNESP, 1994. 423p.

SANTOS, N.Q. **Prática assistencial de enfermagem: o resgate da microbiologia para o controle de infecção hospitalar**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cgf-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em 04 de maio de 2001.

SHAFIR, R.; TEITLER, N.; LAVI, I.; RAZ, R. High-level handwashing compliance in a community teaching hospital: a challenge that can be met! **Journal Hospital Infection** (2001), n. 49, p. 55-58.

SILVA, A.M.C.; ABREU, E.S.; ARRUDA, J.M.F.; FONSECA, M.O. Precauções e isolamento. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Ateneu, vol. 2, 2000. p. 1008-1019.

TREMPER, D.P. Infecção hospitalar. In: NASI, L.A. e col. **Rotinas em Pronto Socorro: politraumatizados e emergências ambulatoriais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 421-431.

TURRINI, R.N.T. Percepção das enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 34, n. 2, p. 174-184, jun. 2000.

WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletim da Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

YAMAUSHI, N.I.; MUNHÓZ, C.H.F.; FERREIRA, A.M.T.G.B. Procedimentos invasivos. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; RIBEIRO FILHO, N. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Ateneu, vol. 2, 2000. p. 957-997.

ZANON, U.; NEVES, J. Aderência e colonização. In: ZANON, U. **Infecção hospitalar**: prevenção, diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: Medsi, 1987.

ZIMERMAN, D.E. Fundamentos teóricos. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 23-31.

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: **Lavagem de mãos como medida preventiva de infecção hospitalar**

Pesquisadora (Mestranda): Angela Conte Martini, Telefone: (51) 9821 53 67

E-mail: angela_martini@hotmail.com

Pesquisadora Responsável: Clarice Maria Dall'Agnol, Telefone (51)3316-5479

E-mail:clarice@adufrgs.ufrgs.br

O presente projeto tem o objetivo de estudar a lavagem das mãos como medida preventiva de infecção hospitalar com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, neste hospital. O projeto tem finalidade acadêmica e destina-se à elaboração da Dissertação de Mestrado da Pesquisadora para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob a Orientação da Prof^a Dr^a Clarice Maria Dall'Agnol.

Para a coleta dos dados elegeu-se a técnica de grupo focal. As sessões grupais serão gravadas em fitas de áudio. As fitas serão transcritas e mantidas por 5 anos, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Garantir-se-á o anonimato aos participantes do estudo.

As pesquisadoras não se vinculam hierarquicamente na instituição, havendo garantia de que a inserção no campo de estudo para coleta de dados não exercerá nenhum tipo de influência quanto às relações empregatícias dos participantes.

Os sujeitos da pesquisa terão esclarecidas suas dúvidas e questionamentos, sendo posteriormente informados do resultado da pesquisa.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos e da justificativa do estudo. Também, estou ciente de que poderei optar pela desistência de participar do estudo, a qualquer momento, sem que resulte em prejuízo para mim.

Porto Alegre, ___/___/2002.

Nome do participante

Pesquisadora

Assinatura do participante

Observação: O presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do sujeito de pesquisa e outra com o pesquisador responsável.

APÊNDICE II - Portaria nº 2.616/MS/GM, de 12 de maio de 1998

O Ministro de Estado da Saúde, Interino, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e

Considerando as determinações da lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares;

Considerando que as infecções hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, de vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes ao seu funcionamento;

Considerando que o Capítulo I art. 5º e inciso III da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas",

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meios de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes (Decreto nº 77.052, de 19 de janeiro de 1976, art. 2º, inciso IV);

Considerando os avanços técnico-científicos, os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar, o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência à Saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico-profissional, resolve:

Art. 1º Expedir, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõem o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º A Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento e interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

Art. 4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e às penalidades na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (Lei nº 8.078/90 ou outra que a substitua).

Art. 6º Este regulamento deve ser adotado em todo território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência à saúde.

Art. 7º Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27 de agosto de 1992.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO I

ORGANIZAÇÃO

1. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

1. Para a adequada execução do PCIH, os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

1.1. A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1. O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

2.3. Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

2.3.1. Serviço médico;

2.3.2. Serviço de enfermagem;

- 2.3.3. Serviço de farmácia;
- 2.3.4. Laboratório de microbiologia;
- 2.3.5. Administração.
- 2.4. Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1. e 2.3.2.
- 2.5. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;
- 2.5.1. Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.
- 2.5.1.1. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.
- 2.5.1.2. A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicados no número 2.5.1.
- 2.5.1.3. Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;
- 2.5.1.3.1. Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos:
 - 2.5.1.3.1.1. pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico e neonatal);
 - 2.5.1.3.1.2. pacientes de berçário de alto risco;
 - 2.5.1.3.1.3. pacientes queimados;
 - 2.5.1.3.1.4. pacientes submetidos a transplantes de órgãos;
 - 2.5.1.3.1.5. pacientes hemato-oncológicos;
 - 2.5.1.3.1.6. pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
- 2.5.1.4. admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5.1;
- 2.5.1.5. Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente-dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 2.3, e com relação ao número 2.5.1., a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 (uma) hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.
- 2.5.1.6. Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.
- 2.5.1.7. Os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.
- 2.5.1.8. O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

COMPETÊNCIAS

3. A CCIH do hospital deverá:

- 3.1. elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:
 - 3.1.1. implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III;
 - 3.1.2. adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - 3.1.3. capacitação do quadro de funcionário e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - 3.1.4. uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- 3.2. avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;
- 3.3. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;
- 3.4. elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital, a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar;
- 3.5. elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;
- 3.6. adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;
- 3.7. definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;
- 3.8. cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

- 3.9. elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- 3.10. cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;
- 3.11. notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;
- 3.12. notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização e/ou produtos industrializados.
4. Caberá à autoridade máxima de instituição:
 - 4.1. constituir formalmente a CCIH;
 - 4.2. nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
 - 4.3. propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;
 - 4.4. aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
 - 4.5. garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;
 - 4.6. garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal, Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;
 - 4.7. Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;
 - 4.8. fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.
5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, compete:
 - 5.1. definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;
 - 5.2. apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;
 - 5.3. coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;
 - 5.4. estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - 5.5. estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção hospitalar;
 - 5.6. promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimentos do controle de infecção hospitalar;
 - 5.7. cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar;
 - 5.8. identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;
 - 5.9. prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e aos Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle de infecção hospitalar;
 - 5.10. acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções hospitalares;
 - 5.11. estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de vigilância epidemiológica;
 - 5.12. estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;
 - 5.13. planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;
 - 5.14. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.
6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
 - 6.1. definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;
 - 6.2. estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção hospitalar;
 - 6.3. descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos Municípios;
 - 6.4. prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;
 - 6.5. coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;
 - 6.6. acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;
 - 6.7. informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.
7. Às Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:
 - 7.1. coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;
 - 7.2. participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar;
 - 7.3. colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;
 - 7.4. prestar apoio técnico à CCIH dos hospitais;

7.5. informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO II

CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. Conceitos básicos.

1.1. Infecção comunitária (IC):

1.1.1. é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

1.1.2. São também comunitárias:

1.1.2.1. a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microorganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2. a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3. As infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

1.2. Infecção hospitalar (IH):

1.2.1. é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.

2.1. Princípios:

2.1.1. o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

2.1.1.1. evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

2.1.1.2. resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização realizados.

2.1.1.3. evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4. endoscopia;

2.1.1.5. biópsia e outros.

2.2. Critérios gerais:

2.2.1. quando, na mesma topografia em foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2. quando se desconhecer o período de incubação do microorganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, convencionam-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3. são também convencionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4. as infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;

2.2.5. os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção hospitalar. Neste casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica

3.1. as infecções pós-cirúrgica devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microorganismos presentes no tecido a ser operado;

3.2. a classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

3.2.1. Cirurgias Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

3.2.2. Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

3.2.3. Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecido recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas

aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

3.2.4. Cirurgias Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.

ANEXO III

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES.

1. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2. A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital, à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, reutilização das taxas ou custo;

2.1. São indicados os métodos prospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

5.1. Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2. Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

5.3. Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

5.4. Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Exemplos:

Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção urinário após cateterismo vesical.

Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5.5. Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5.1. e 5.2. sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

5.5.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6. Recomenda-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

5.6.1. O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7. Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

5.8. Frequência das Infecções Hospitalares por Microorganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microorganismos e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

5.9. Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microorganismos sensível a determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

5.10. Indicadores de uso de antimicrobianos.

5.10.1. Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

5.10.2. Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais. É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o

total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

5.11. Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

5.12. Consideram-se obrigatórias as, informações relativas aos indicadores epidemiológicos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.11., no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e queimados

6. Relatórios e Notificações

6.1. A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

6.2. O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológicos detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

6.3. É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgões de mesma especialidade ou equivalente.

6.4. O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distrital / Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO IV

LAVAGEM DAS MÃOS

1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágue abundante em água corrente.

2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.

3. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue ou outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções.

4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítos corporais, entre cada uma das atividades.

4.1. A lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos é realizada sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.

5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

5.1. A Lavagem das mãos com anti-séptico é recomendada em; realização de procedimentos invasivos; prestação de cuidados a pacientes críticos; contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos.

6. Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis da assistência hospitalar.

6.1. A distribuição e a localização de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender à necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática.

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXO V

RECOMENDAÇÕES GERAIS

1. A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/ do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/MS, 2º edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1. Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercuriais orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As Normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2º edição, 1994 – princípios ativos liberados conforme os definidos pela Portaria nº 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1º edição, 1991 ou outras que as complementem o substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde – Manual de Lavanderia Hospitalar, 1º edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1º edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.(Of. nº 31/98).