

POR QUE LAVAR OU NÃO AS MÃOS? Motivos de um grupo de enfermagem^a

Angela Conte MARTINI^b
Clarice Maria DALL'AGNOL^c

RESUMO

Por meio de um estudo qualitativo, investigou-se junto a trabalhadores de enfermagem de um hospital de pronto socorro sobre as razões que os impulsionam a lavar ou não as mãos, sendo este ato uma importante medida de controle de infecção hospitalar. Os dados, obtidos mediante a técnica de grupo focal, foram submetidos à análise de enunciação, resultando em temas emergentes. Evidenciou-se que o suprimento de recursos materiais e ambientais é fundamental mas não dá conta da problemática. A adesão ao procedimento ocorre mais em vigência de sujeidade aparente, sendo uma prática negligenciada, pouco valorizada, com enfoque predominante na proteção do profissional.

Descritores: Lavagem de mãos. Infecção hospitalar. Equipe de enfermagem. Grupos de estudo. Humano.

RESUMEN

A través de un estudio cualitativo, se han investigado junto a los trabajadores de enfermería de un hospital de primeros auxilios las razones que los llevan a lavarse las manos, siendo este acto una importante medida de control de la infección hospitalaria. Los datos, obtenidos mediante la técnica de grupo focal, fueron sometidos al análisis de enunciación, resultando en temas emergentes. Quedó evidente que el suministro de recursos materiales y ambientales es fundamental pero no soluciona la problemática. La adhesión al procedimiento ocurre más debido a la suciedad aparente, siendo una práctica dejada de lado, poco valorada, con enfoque predominante en la protección del profesional.

Descriptor: Lavado de manos. Infección hospitalaria. Grupo de enfermería. Grupos focais. Humano.

Título: Porque lavar o no las manos? Motivos de un grupo de enfermería.

ABSTRACT

A qualitative study was performed by asking the nursing team at an emergency care hospital about the reasons that lead them to wash their hands or not, since this is an important measure to control cross infection in hospitals. The data, obtained by using the focus groups technique were submitted to enunciation analysis, resulting in emerging topics. It was found out that the supply of material and environmental resources is essential but does not solve all problems. The procedure is performed mainly because of visible dirt and it is a neglected and undervalued practice with predominant focus on protecting the professionals.

Descriptors: Handwashing. Cross infection. Nursing, team. Focus groups. Human.

Title: To wash or not to wash the hands? Reasons for a nursing team.

^a Este conteúdo deriva da dissertação de Mestrado em Enfermagem defendida na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf-UFRGS), sob o título original: Lavagem das mãos no olhar dos trabalhadores de enfermagem.

^b Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Lasalle (UNILASALLE).

^c Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação da EEnf-UFRGS. Orientadora do Estudo.

1 INTRODUÇÃO

A necessidade de prevenir e controlar as infecções adquiridas no ambiente hospitalar vem sendo cada vez mais discutida e estudada, haja vista a complexidade envolvida neste amplo campo de estudo. Entre as ações para o controle das infecções hospitalares destaca-se a lavagem das mãos, considerada a medida isolada mais eficaz de prevenção e controle das mesmas⁽¹⁾. Romper com a dificuldade de adesão a esse procedimento é um desafio para as equipes de saúde no meio hospitalar.

Em nossa trajetória profissional, deparamo-nos com algumas peculiaridades, incisivas no cotidiano, chamando a atenção os discursos muitas vezes contraditórios sobre o cuidado prestado aos pacientes, principalmente quando a tônica concentra-se na valorização das inovações tecnológicas complexas, em detrimento de condições básicas – embora não menos importantes – como é o caso da atenção que se deve ou que se deveria ter para com a lavagem das mãos. Em decorrência de posturas como estas, passou a nos inquietar os “descuidados” aos pacientes, na medida em que os profissionais da saúde pudessem estar sendo fonte/vetor de microorganismos, causadores de infecções hospitalares.

Proporcional ao rol de dificuldades, é comum somar-se justificativas à não lavagem das mãos: seria o sabão? As pias? A forma de secagem? Tais aspectos já ocuparam lugar de destaque em muitas discussões e em muitos locais de trabalho. Depois, a atenção voltou-se para a tríade falta de tempo/excesso de tarefas/superlotação, cujos argumentos também não são auto-sustentáveis, pois igualmente já se constatou que a prática da lavagem de mãos não se alterava, apesar de reduzir o índice de ocupação dos leitos ou as exigências quantitativas do trabalho.

Assim, reiteramos a importância de desenvolver um estudo que possibilitasse entender melhor e mais acuradamente essa problemática. Neste sentido, vinha-se considerando

que existem razões que levam alguém a lavar ou não as mãos, algumas delas já descritas na literatura, incluindo as condições anteriormente mencionadas. Mas, intriga-nos o fato de um procedimento, concebido habitualmente como simples e corriqueiro, não usufrua da adesão idealmente preconizada. Vendo de outro foco, este fato sugere estar perpassado de uma amplitude e complexidade que extrapola a simples aparência da (não) adesão. Neste prisma nos mobilizamos, com o objetivo de investigar as razões que impulsionam os trabalhadores de enfermagem a lavar ou não as mãos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

As infecções hospitalares 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, contanto que esteja relacionada com a hospitalização⁽²⁾.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de infecção hospitalar estão os riscos intrínsecos, como imunodepressão, e extrínsecos, como os procedimentos invasivos, o ambiente inanimado e a qualidade dos cuidados⁽³⁾. Embora não se possa precisar o risco de cada procedimento ou situação, sabe-se que eles variam em grau e mesmo procedimentos de menor complexidade podem se tornar de grande risco, dependendo, entre outros fatores, da prática dos profissionais da saúde. 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 Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), os serviços de apoio, os pacientes e seus familiares. Portanto, 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.

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⁽¹⁾. Essa medida visa a remoção da maioria dos microrganismos da flora transitória, de células descamativas, pêlos, suor, sujidade e oleosidade⁽⁴⁾. Quando esse procedimento é realizado com sabão anti-séptico, é chamado de lavagem anti-séptica das mãos. Cabe salientar que existem diferentes técnicas de lavagem das mãos entretanto, neste estudo, o foco de atenção não foi o procedimento técnico mas o ato em si, enquanto tomada de decisão.

Evidentemente, as mãos devem ser lavadas sempre que estiverem sujas. Mas também é um procedimento a ser adotado antes da 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⁽⁴⁾. Ela é indicada entre o contato com os pacientes e após contato com sangue, fluidos corporais, secreções, excreções, equipamentos e artigos contaminados⁽²⁾.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo com coleta de dados através de grupo focal. Essa técnica caracteriza-se por utilizar grupos para a discussão de um determinado assunto e “na medida em que diferentes olhares e diferentes ângulos de visões acerca de um fenômeno vão sendo colocados pelos sujeitos, desperta nos mesmos a elaboração de certas percepções que ainda se mantinham em uma condição de latência”^(5:6).

O grupo consolidou-se com seis sujeitos (três enfermeiros e três técnicos de enfermagem), selecionados através dos critérios de voluntariedade e interesse pela temática, além da pesquisadora e do observador. A coleta de dados transcorreu em cinco encontros semanais, estendendo-se pelos meses de novembro e dezembro de 2002.

O projeto foi analisado e aprovado pela Direção Científica e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de estudo, um hospital público de pronto socorro localizado no Estado do Rio Grande do Sul. Também, solicitou-se aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁽⁶⁾, no qual foram descritos os objetivos do projeto, sendo assegurada a liberdade de se desligar da pesquisa caso fosse da vontade de cada um dos sujeitos. Esse documento foi assinado em duas vias, permanecendo uma com as pesquisadoras e outra com o sujeito de pesquisa.

A apreensão das informações deu-se através de gravação em fita magnética e anotações do observador. As fitas bem como o material transcrito, serão mantidos por cinco anos a partir da data da publicação, conforme preconizado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Após esse período, serão inutilizadas. A validação das falas foi realizada no desenrolar dos encontros, através de questionamentos e do relato verbal das idéias centrais que eram trazidas para a pauta das discussões. Além disso, foi disponibilizado aos sujeitos o conteúdo escrito das falas que se pretendia incluir no relato, para apreciação, com liberdade de veto. Não houve veto de nenhuma das falas.

O tratamento dos dados ocorreu através da análise de enunciação⁽⁷⁾. Esse tipo de análise 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)^(7:170).

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⁽⁷⁾. Assim, buscou-se captar na dinâmica grupal os temas emergentes que refletissem as razões que vinham impulsionando os trabalhadores da enfermagem a lavar ou não as mãos. Portanto, não houve aderência à contagem de significantes, isto é, à aferição da frequência com que apareciam palavras, sentenças e expressões e tão pouco se restringiu à análise das falas individuais. Seguindo o compasso do método, que considera a comunicação como um processo e não como um dado, tomou-se cada sessão grupal como uma totalidade organizada e singular⁽⁵⁾, tendo-se replicado este foco de atenção no conjunto de todas as sessões. Acrescenta-se, ainda, que a análise foi bastante favorecida pelo teor das anotações feitas pelo observador durante as discussões em grupo. Mediante leitura flutuante de todo material transcrito, sucedida de releituras exaustivas, agruparam-se significados afins a que se nominou de temas emergentes e que são descritos, a seguir, na apresentação dos resultados.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A organização do conteúdo proveniente das discussões em grupo retrata os temas emergentes, conforme desdobramentos constantes entre os tópicos 4.1 e 4.5. Ressalta-se que não se adotou a perspectiva de referências às falas individuais dos sujeitos. A ênfase foi conferida aos debates, ao manancial oriundo dos diálogos construídos no seio do coletivo grupal, enquanto porta-vozes que falam em nome da própria verticalidade mas também da horizontalidade, representando grupos aos quais pertencem nas associações do cotidiano de trabalho⁽⁵⁾.

4.1 Aspectos históricos da lavagem das mãos

A lavagem das mãos não é apenas um assunto atual. É um ato que historicamente vem se destacando dada sua eficiência, tanto que foi dito em um dos encontros:

Acho interessante que essa questão de lavagem de mãos foi levantada pela primeira vez [...] pelo Ignás Philip Semmelweis, no século XIX (participante).

Essa fala de um dos técnicos de enfermagem instigou o grupo a conversar sobre alguns aspectos históricos relacionados à lavagem de mãos e a dificuldade de adesão até os dias de hoje. Ao se falar em Semmelweis e na implementação 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 (participante).

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)⁽⁸⁾. Entre essas leis constava a lavagem das mãos e outras medidas de barreira para a transmissão de doenças, porém, tais questões eram tratadas sob a égide de pressupostos eminentemente religiosos e, assim, “as pessoas se mantinham limpas para se apresentarem puras aos olhos dos deuses, e não por razões higiênicas”^(9:32). Evo-cando momentos históricos, uma enfermeira lembrou para os presentes que houve épocas em que as doenças eram muito associadas a

espíritos malignos, a miasmas. Essas influências cósmico-telúricas da teoria miasmática que eram predominantes na época de Semmelweis foram descartadas por ele, com a comprovação da causa das infecções puerperais – partículas pútridas conduzidas através dos dedos dos examinadores⁽⁸⁾.

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 (participante).

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

4.2 A lavagem das mãos como importante medida de controle de infecção hospitalar

A lavagem das mãos, segundo os sujeitos, diminui os custos com os pacientes, evita a transmissão cruzada de infecções, os surtos de infecção hospitalar, e a contaminação do ambiente:

Às vezes, tu lavando a mão, tu economiza aqueles 21 dias de vancomicina. Tu vai ali com um paciente, acaba indo ao outro, contaminando. É um ambiente todo contaminado, as bactérias se fixam nas superfícies (participante).

As infecções hospitalares aumentam o tempo de internação, a necessidade de métodos diagnósticos de apoio entre outros, incluindo os gastos com antibióticos. Entretanto não se trata apenas de reduzir custos e sim, reduzir danos aos pacientes pois uma in-

fecção hospitalar pode ser bastante traumática ou até mesmo fatal⁽¹⁰⁾. Ela pode ser transmitida de um paciente para outro pode se dar através dos profissionais da saúde. Estes, além de estarem expostos a doenças dos pacientes, podem ser fonte de transmissão de microrganismos para outros pacientes ou profissionais⁽³⁾. Além da preocupação com os pacientes e os profissionais, o ambiente hospitalar também merece cuidados pois funciona como reservatório de microrganismos e meio de disseminação dos mesmos por transmissão indireta.

Sendo a lavagem das mãos uma importante medida de prevenção e controle de infecção hospitalar, cabe refletir sobre como a equipe de saúde se posiciona frente a ela, isso porque ocorrem diferenciações em termos de adesão, interferindo na conduta dos trabalhadores da 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 assim se posicionou:

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 (participante).

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. E, além da influência dos colegas, independente da profissão, existem particu-

laridades relacionadas a quem lava ou não as mãos que influenciam na baixa adesão. Foi dito por 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 (participante).

As relações existentes entre os diferentes níveis hierárquicos na enfermagem e as diferentes profissões por vezes põem em dúvida a própria eficácia da lavagem das mãos. Também, pode ser considerada como uma desculpa para a não realização deste procedimento, pois, se o enfermeiro é quem coordena a equipe de enfermagem e é responsável por ela e, ocupando uma posição hierarquicamente superior, não segue a rotina de lavagem das mãos, como exigir de um profissional de nível médio essa conduta? Além disso, sabe-se 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⁽¹⁰⁾. Sendo assim, a conduta desse profissional se torna, de um certo modo, uma justificativa para a conduta dos demais profissionais. Entretanto, 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^(10,11).

Sendo assim, avaliar o que realmente é importante para o atendimento aos pacientes e fazer disso uma prática com coerência e responsabilidade não inclui apenas entender as influências hierárquicas mas também as motivações de quando lavar as mãos e a aplicação dessas orientações.

A lavagem das mãos deve ser realizada: antes e após a realização do trabalho hospitalar⁽⁴⁾; antes e após procedimentos⁽⁴⁾; antes e

depois de atos e funções fisiológicas ou pessoais como se alimentar, assoar o nariz, entre outros^(4,12); entre o contato com diferentes pacientes⁽⁴⁾; quando há sujidade visível, quando as mãos estiverem sujas^(4,12); depois de retirar as luvas⁽⁴⁾. Destaca-se que todas as indicações foram citadas pelos sujeitos deste estudo, demonstrando terem conhecimento teórico sobre a lavagem das mãos mas que nem sempre se reverte em prática, pois eles mesmos assinalaram que “entre o dever e o fazer, a distância é grande”. Os profissionais explicaram 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.

Tendo em vista que, nessa situação de estudo existe o conhecimento teórico, parte-se para identificar outros fatores relacionados à adesão como os recursos e a organização do trabalho.

4.3 Recursos para a lavagem das mãos e a organização do trabalho

Os recursos relacionados com a lavagem das mãos foram apontados como causa da falta de adesão, mediante a expressão literal de que “a porta de entrada está sempre aberta, e a de saída, nem sempre”. Essa afirmativa leva a refletir sobre as dificuldades geradas a partir da “porta aberta”. Houve menção enfática acerca da superlotação:

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 (participante).

Os profissionais não conseguem 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 con-

dições adequadas⁽¹³⁾. Quando há superlotação, a relação de pacientes por funcionário aumenta, pois no hospital campo do estudo não existe limite de leitos. Esse fato é comum nas organizações públicas porque elas têm uma obrigação de prestar serviços, o que não ocorre no setor privado. Isso significa que não existe a possibilidade de selecionar clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir⁽¹⁴⁾. 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.

A literatura tem trazido essas constatações relacionadas à tríade superlotação/falta de funcionários/excesso de tarefas interferindo na lavagem das mãos⁽¹³⁾. Entretanto, por maiores que sejam os problemas causados pelo excesso de pacientes, verifica-se que ele é apenas mais um dos fatores que interfere na execução da lavagem das mãos, como mostra a fala de uma enfermeira:

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 (participante).

Ao se discutir sobre situações em que ocorre superlotação, o entendimento predominante é que se lava um pouco menos as mãos do que nas situações protocolares, habituais. Esse fato instiga a procurar outras explicações para a questão da adesão, como os recursos específicos disponíveis. Para tanto, não se pode alienar ao contexto situacional, ao suporte físico-estrutural, como é o caso da disposição das pias, sendo um fator interveniente na lavagem das mãos^(3,13). No

hospital, campo 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 te inviabiliza lavar as mãos como se deveria lavar (participante).

Nesse sentido, 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⁽¹⁵⁾. Percebeu-se nas falas dos sujeitos – mesmo que não tenha sido 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 da pia prejudica a execução da lavagem das mãos. Ainda, 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 (participante).

Esta fala denota 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. O mesmo ocorre com os recursos materiais. A falta ou a inadequação de materiais provoca descertos e os profissionais acabam cometendo incoerências como secar as mãos na própria roupa de uso pessoal (avental, uniforme), tal como foi mencionado pelos partici-

pantes. É inquestionável que deva haver um suprimento mínimo de material para que o procedimento seja viabilizado a contento⁽¹³⁾. Além disso, 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* (participante).

Portanto, não se trata apenas de fornecer materiais. A problemática da lavagem das mãos é mais abrangente porque tem relação direta com a conduta dos profissionais da saúde e, por vezes, deriva do perfil institucional.

Um problema apontado pelos sujeitos diz respeito ao estilo de gerenciamento adotado no hospital que segue o modelo clínico, valorizando a cura e não a prevenção, como foi assinalado:

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 para 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 última geração e são muito, muito caros – que sai mais de mil reais um frasco (participante).

Esta fala retrata uma problemática de concepção gerencial na área hospitalar e questões desta natureza vêm sendo tratadas em outros estudos. Um deles, por exemplo, aponta para as prioridades da instituição, como se estivessem privilegiando a “saúde financeira” do hospital em vez da saúde e segurança dos clientes e trabalhadores⁽¹⁶⁾. Entretanto, coloca-se no contraponto que a “saúde financeira” de um hospital pode ser abalada com os custos referentes às infecções hospitalares e essas podem ser dividi-

das em três tipos: diretos, referentes ao diagnóstico e tratamento do paciente que adquiriu infecções hospitalares; preventivos, despesas gastas para evitar, reduzir ou minimizar a ocorrência de infecções hospitalares; e indiretos, gastos imprevisíveis e difíceis de serem avaliados, como custos com indenizações, processos jurídicos, etc.⁽¹⁷⁾. Além disso, “incomensurável é a dor e o sofrimento causado a um paciente e familiares por um caso de infecção hospitalar”^(17:262). Em meio aos debates, instalou-se uma salutar indignação para com o descaso e a banalização de profissionais que pouco se importam com as conseqüências geradas pelas infecções hospitalares. Um dos participantes simulou ironicamente este tipo de postura:

Não tem problema, contrai infecção, dá um monte de antibióticos (participante).

Mas não se pensa em reduzir os gastos por outras vias (participante).

A referência que se fazia era sobre a necessidade dos hospitais – e, neles, as equipes de saúde – adotarem um claro discernimento sobre o que é causa e o que é conseqüência, mas também sobre o custo-benefício de cada ação. Avançando um pouco mais nessas questões, o grupo ponderou que é preciso uma suficiente dose de bom senso que suplante o foco no âmbito financeiro, já que há imperativos éticos diretamente imbricados. Não se trata apenas de curar uma infecção mas de respeitar os direitos dos cidadãos e a defesa da vida.

Outro tópico que emergiu com destaque, nas discussões, consiste na forma como o trabalho é organizado e que também influencia a lavagem de mãos. Como condição intrínseca das atribuições e competências profissionais, os enfermeiros são os principais responsáveis pela organização do ambiente assistencial, ou seja, por sua funcionalidade, segurança, limpeza, higiene⁽¹⁶⁾ e

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⁽¹⁶⁾ e “problemas das unidades de trabalho que comprometem a qualidade da assistência, não são considerados como sendo seus”^(18:324). Tais considerações marcaram presença na pauta das discussões, reiterada por uma das enfermeiras:

[...] 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 (participante).

Depreende-se que os enfermeiros são levados a fazer aquilo que lhes tem sido solicitado, imposto ou exigido, tanto pela administração superior como pela equipe que lideram, pelos médicos e por outros profissionais, para garantir as condições necessárias à prestação desses cuidados⁽¹⁶⁾. Essas funções, embora fundamentais, demandam muito tempo e geram desgaste, dificultando o exercício da assistência direta ao paciente, resultando em uma atuação semelhante a um “apagador de incêndio, mobilizando e canalizando suas energias aos primeiros sinais de fumaça, antecipando-se ao surgimento do fogo”^(16:90).

Esses fatos ocorrem também em razão da forma como é organizado o trabalho da enfermagem. Ele é centrado em procedimentos e se configura como uma organização seriada, uma linha de montagem: hora da evolução; hora da prescrição; hora dos curativos⁽¹⁸⁾. Quando algo não faz parte da listagem de procedimentos, é deixado à margem. Ocorre uma supervalorização dos procedimentos técnicos, que se tornam a razão de ser dos profissionais, confundindo os meios com os fins, pois não é apenas de procedimentos técnicos que um paciente precisa.

O distanciamento entre as diferentes categorias profissionais (técnicos de enfermagem com os enfermeiros, e estes com as respectivas chefias) é outro fator que 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 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 pacientes’. 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. [...], quando a gente se queixa, a gente explode, a gente fala na hora mas morre ali (participante).

Como dito anteriormente, o trabalho da enfermagem está centrado em procedimentos que são controlados e acompanhados por uma chefia (enfermeira). 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 (participante).

Quando há uma forma de controle, as pessoas alteram a conduta e passam a lavar mais as mãos. A adesão à lavagem das mãos é re-

sultado, entre outras coisas, de uma supervisão enérgica⁽¹³⁾. Conforme o grupo, o controle acerca da prática da lavagem das mãos não é exercido nem pelos enfermeiros, nem por outros profissionais. Além do controle em si, também foi mencionado que o próprio enfermeiro, que seria a pessoa mais indicada para exercer essa cobrança na equipe, não lava as mãos, muitas vezes. Ao mesmo tempo em que o grupo concordava que a baixa adesão poderia estar relacionada à falta de cobrança e controle desse procedimento, houve uma ressalva:

[...] 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 [...] (participante).

Além disso, considerando que outros cuidados são implantados e implementados pela equipe sem que seja necessário um controle específico para tal, percebeu-se nas falas dos sujeitos que subjaz **uma cultura da não lavagem das mãos**.

4.4 Lavagem das mãos: paralela e secundária ao trabalho da enfermagem

Uma análise bastante interessante foi apresentada pelo próprio grupo quando se falava sobre os possíveis obstáculos e motivos de não aderir ao hábito da lavagem das mãos. Disseram que talvez os profissionais da saúde não conseguissem visualizar o efeito, o resultado imediato desse ato 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 (participante).

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 – embora não de forma instantânea – 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, como a lavagem das mãos, não são valorizados e essa dificuldade de visualização dos riscos leva ao descaso com a lavagem das mãos. Além disso, existe a priorização de algumas medidas em detrimento de outras^(3,13). 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 (participante).

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 (participante).

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 (participante).

Entretanto, não se trata de desconhecimento do fato de que as mãos podem transmitir infecções⁽¹⁹⁾. 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.

No grupo, prevaleceu a idéia de que os profissionais preocupam-se mais em proteger a si mesmos do que aos pacientes. Assim, a lavagem das mãos passa a ser um procedimento de proteção individual (PPI), quando deveria ser concebida como uma medida que tem a função de proteger igualmente os profissionais da saúde, os pacientes e o ambiente. Além da evidência de que a lavagem das mãos é realizada para proteção do profissional e, mesmo assim, quando existe secreção e sujidade aparente, 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 (participante).

O fato de não enxergar sujidade diminui a adesão à lavagem das mãos. Mas por que isto acontece? Um técnico de enfermagem argumentou que a origem da problemática relaciona-se a carências na formação educacional, tendo mencionado os escassos conteúdos que são desenvolvidos sobre microbiologia e disciplinas correlatas. Trata-se de uma explicação bastante plausível⁽²⁰⁾ mas que, em si mesma, não dá conta da problemática.

4.5 Conscientização e ação

A formação educacional foi tomada como fator bastante incisivo que leva à adesão ou não das medidas de controle de infecção, mas a ênfase não se restringiu ao processo educativo formal direcionado à profissão. Defendeu-se o reforço que é proporcionado por programas de educação permanente mas também houve menções explícitas acerca da influência das práticas e conhecimentos adquiridos no seio da convivência familiar que reforçam hábitos cotidianos de higiene:

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 (participante).

Os programas educacionais relacionados à adesão mostram resultados limitados^(4,21) pois apresentam bons resultados imediatos, mas tendem a voltar à situação anterior. Uma outra característica quando se fala de programas educativos é o fato de serem verificados maiores índices referentes à lavagem das mãos, resultado da maior adesão da enfermagem às campanhas educativas sendo observada apenas uma pequena modificação de conduta em relação aos médicos⁽²²⁾. Também, os médicos respondem pouco às solicitações verbais e/ou escritas para a lavagem das mãos⁽⁴⁾. 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 (participante).

Essas dificuldades de adesão, por vezes, levam à descrença na possibilidade de mudança por parte de alguns profissionais que, mesmo reconhecendo a importância não aderem à sistemática do procedimento. Mesmo havendo o conhecimento teórico, a adesão à lavagem de mãos exige mudança de hábito, e sugere ser necessário agir precocemente nas Faculdades de Medicina e de Enfermagem, direcionando a formação para a prevenção e o controle das infecções hospitalares⁽⁴⁾.

Ao reconhecerem as dificuldades e nós críticos que perpassam a (não) adesão à lavagem das mãos, os sujeitos participantes desta pesquisa citaram uma série de estratégias que podem fomentar mudanças, buscando reverter o quadro dessa realidade. Tais estratégias incluem desde medidas educativas até a melhora das condições de trabalho, buscando adesão através de conscientização, do próprio exemplo, mas também mediante co-ação ou, ainda, coação.

Concretamente, sugeriu-se: filmar o trabalho nos setores, a fim de ter mais subsídios para *feedback*; reuniões nos setores; utilização de cartazes; promoção de gincanas, brindes, prêmios, concursos; colocação de espelhos nas pias; publicação periódica dos índices de infecção hospitalar local; implantação de um sistema de controle e cobrança mais efetivo. Para os sujeitos, a lavagem das mãos é um assunto crítico, polêmico e, por isso mesmo, deveria ser mais trabalhado na instituição, no próprio setor. Mencionou-se a importância de se buscar alternativas criativas para a resolução de problemas, e manter o assunto sempre em pauta para que não caia no esquecimento. Além disso, consideraram imprescindível a adoção de uma postura pró-ativa não se deixando abater pelas dificuldades advindas do desconhecimento e pela falta de prioridade dada aos aspectos preventivos⁽²³⁾. Nesse sentido, o próprio espaço de discussão grupal proporcionou, além da coleta de dados, o repensar da prática co-

tidiana, com o franco reconhecimento de que “*pouco se lava as mãos*”.

O êxito das medidas preventivas e de controle depende do envolvimento, da assimilação e aplicação das mesmas por todos os profissionais, no exercício de suas atividades⁽²³⁾ e, 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 em prol da lavagem das mãos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lavagem das mãos como importante medida de controle de infecção e medida de proteção para os pacientes foi enfatizada no início das discussões, no grupo focal, 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 predominante na proteção do profissional. Foi percebido que grande parte das situações cotidianas de trabalho interferem na adesão e que estes parecem ser mais importantes que a prática da lavagem das mãos. Sendo assim, cabe refletir sobre como estão sendo feitos os programas educativos para a prevenção e controle das infecções hospitalares e em que se baseiam. Será que eles têm o alcance para trabalhar as razões que impulsionam os trabalhadores de enfermagem a lavar ou não as mãos, como as citadas neste estudo?

Ainda, considerando o contexto que envolve esse tema, evidencia-se que a lavagem das mãos não é a única medida de prevenção de infecção hospitalar negligenciada. Portanto, investir em prevenção, como reiteradamente 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

- 1 Fernandes AT, Fernandes MOV. Organização e programa de controle das infecções hospitalares. *In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. 2 vol. p. 1461-81.*
- 2 Machado ARL, Colares SM, Piva JP. Controle de infecção na unidade de terapia intensiva pediátrica. *In: Piva JP, Carvalho P, Garcia PC. Terapia intensiva em pediatria. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1997. 1002 p. il. p. 406-32.*
- 3 Pedrosa TMG, Couto RC. Prevenção de infecção em terapia intensiva de adultos e pediátrica. *In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. 749 p. p. 527-37.*
- 4 Blom BC, Lima SL. Lavagem das mãos. *In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. 749 p. p. 357-68.*
- 5 Dall'Agnol CM, Ciampone MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 1999 jan;20(1):5-25.*
- 6 Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre (RS): Dacasa; 1997. 199 p. il.
- 7 A análise da enunciação. *In: Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 226 p. il. p. 169-84.*
- 8 Fernandes AT. Entre a fé e a ciência: a medicina na idade média. *In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. 2 vol. p. 43-55.*
- 9 Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: UNESP; 1994. 423 p.
- 10 Freitas MR. Análise de custos das infecções hospitalares. *In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante JMB, Alves Filho MB, Grinbaum RS, Richtmann R. Infecções hospitalares: prevenção e controle. São Paulo: Sarvier; 1997. 669 p. il. p. 42-5.*
- 11 Rodrigues FCP, Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. *Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2004 dez; 25(3):314-22.*
- 12 Tremper DP. Infecção hospitalar. *In: Corso CO, Henning EE, Thomé FS, Kruehl G, Aquini MG, Nasi LA. Rotinas em pronto socorro: politraumatizados e emergências ambulatoriais. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1994. 525 p. il. p. 421-31.*
- 13 Kamada I, Rocha SMM. Assistência de enfermagem em unidades de internação neonatal: medidas para prevenção de infecções hospitalares. *Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto (SP) 1997 jan;5(1):37-48.*
- 14 Dussault G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro 1992 abr/jun;26(2):8-19.*
- 15 Figueiredo VMO. Arquitetura hospitalar. *In: Couto RC, Pedrosa TMG, Nogueira JM. Infecção hospitalar: epidemiologia, controle, gestão para a qualidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1999. 749 p. p. 211-7.*
- 16 Lunardi Filho WD. O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina. Pelotas (RS): Ed. Universitária UFPel; 2000. 206 p.
- 17 Fernandes AT, Ribeiro Filho N, Barroso EAR. Conceito, cadeia epidemiológica das infecções hospitalares e avaliação custo-benefício das medidas de controle. *In: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. 2 vol. p. 215-65.*
- 18 Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? *In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997. 385 p. p. 321-49.*

- 19 Heseltine P. Why don't doctors and nurses wash their hands? *Infection Control and Hospital Epidemiology*, Thorofare (NJ) 2002;22(4):199-200.
- 20 Queiroz ML. Atitudes e comportamentos de enfermeiros assistenciais em resposta às táticas de influência do serviço de controle de infecção hospitalar [tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001. 79 f.
- 21 Lopes MHBM, Morinzato SS, Veiga JFFS. Adesão às medidas de precaução-padrão: relato de experiência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto (SP) 1999 out;7(4): 83-8.
- 22 Hugonnet S, Perneger TV, Pittet D. Alcohol-based handrub improves compliance with hand hygiene in intensive care units. *Archives of Internal Medicine*, Chicago (IL) 2002;162(9): 1037-43.
- 23 Pereira MS, Moryia TM. Infecção hospitalar: estrutura básica de vigilância e controle. 2ª ed. Goiânia (GO): AB; 1995. 193 p.

Endereço da autora/Author's address:
Angela Conte Martini
Rua Doutor Pio Fiori de Azevedo, 45/204
Bairro Vila Nova
91740-820, Porto Alegre, RS
E-mail: angela_martini@hotmail.com

Recebido em: 28/06/2004
Aprovado em: 04/04/2005