

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CAREM GORNIAC LOVATTO

**SOBRE O PROTAGONISMO DE USUÁRIOS: ANÁLISE DE UMA CAMPANHA
PARA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS**

Porto Alegre

2013

CAREM GORNIAC LOVATTO

**SOBRE O PROTAGONISMO DE USUÁRIOS: ANÁLISE DE UMA CAMPANHA
PARA ADESÃO À HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Lovatto, Carem Gorniak

Sobre o protagonismo de usuários: análise de uma campanha para a adesão à higienização das mãos / Carem Gorniak Lovatto. -- 2012.

94 f.

Orientador: Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Higienização de mãos. 2. Educação em Enfermagem. 3. Controle de Infecção. 4. Educação em Saúde. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens Corrêa de , orient. II. Título.

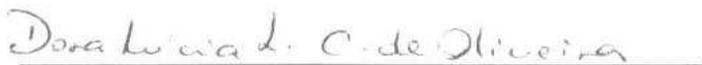
CAREM GORNIAC LOVATTO

Sobre o protagonismo de usuários: análise de uma campanha para a adesão à higienização de mãos no contexto hospitalar

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 19 de dezembro de 2012.

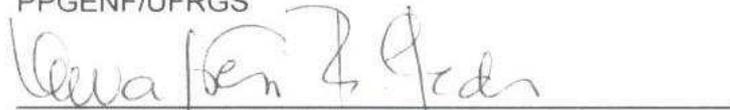
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha

Membro da banca

EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

À professora Dora, minha orientadora, por me ajudar a construir esta dissertação. Obrigada por todas as críticas construtivas, pelo tempo, pelos ensinamentos e pela paciência. Não tenho palavras para expressar a importância que teve na trajetória de minha formação.

À professora Eva Neri e ao coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Dr. Rodrigo Pires dos Santos, por terem contribuído para a qualificação do projeto desta pesquisa.

À professora Maria Henriqueta Luce Kruse, que, por meio do artigo *Estudos Culturais, Educação e Pedagogia* auxiliou no início do processo de construção do referencial teórico desta pesquisa.

Ao professor Luis Henrique Sacchi dos Santos: saiba que nosso encontro foi muito importante na escolha dos conceitos de modo de endereçamento e de representação cultural, essenciais para a análise realizada neste trabalho.

Às minhas colegas da pós-graduação, em especial à Simone Pasin, querida amiga e companheira de sala de aula. Obrigada pelas horas de café, risadas e estímulo.

Ao meu querido amigo Nycolas Nalcorta, que me ajudou na transcrição das entrevistas.

Aos meus colegas do GEPS, em especial à Giovana Flores, por sempre responder prontamente às minhas solicitações.

Às queridas colegas da unidade escolhida como cenário desta pesquisa; obrigada por sempre me acolherem!

A todos os usuários que disponibilizaram seu tempo para as entrevistas desta pesquisa.

Aos meus pais, Carolina Gorniak Lovatto e Adelino Lovatto: obrigada por terem me ensinado, desde cedo, que o bem mais valioso que vocês poderiam me dar era a educação.

A todos os meus amigos e colegas: obrigada pela paciência, pelas palavras de incentivo e carinho e, principalmente, por entenderem os meus momentos de ausência.

DEDICATÓRIA

A todos que lerão esta pesquisa, e que, de uma forma ou de outra, ajudarão no aprendizado ou na reflexão sobre as ações destinadas à higienização de mãos.

RESUMO

Esta pesquisa foi orientada por dois objetivos. O primeiro foi conhecer e analisar os sentidos atribuídos pelos usuários às mensagens dos cartazes da campanha “Empoderamento dos Pacientes”. O segundo objetivo foi analisar os fatores implicados na produção desses sentidos e sua influência na adesão dos usuários à esperada atitude vigilante frente ao profissional da saúde – no que tange à prática da higienização de mãos. O estudo, de cunho qualitativo, do tipo exploratório-descritivo, foi desenvolvido a partir de uma campanha intitulada “Empoderamento dos Pacientes”. Essa campanha, intermediada por um cartaz fixado nas enfermarias do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, esperava uma atitude de protagonismo dos usuários para demandar dos profissionais a higienização de mãos. A coleta das informações foi realizada por meio de entrevistas, tendo como sujeitos os usuários de uma unidade de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A unidade escolhida foi a destinada à internação de portadores de doenças infecto-contagiosas, em sua maioria portadores de germes multirresistentes (GMR). A análise dos dados foi embasada no referencial teórico dos Estudos Culturais, articulando-se os conceitos de representação cultural e modos de endereçamento. Os resultados obtidos sugerem que a fixação do cartaz da campanha “Empoderamento dos Pacientes” na enfermaria não garante que ele será lido. Outro aspecto importante a destacar é a produção de diversas representações para a *higienização de mãos*, tanto como expressão quanto como ação. Por meio da análise de informações foi possível argumentar também que, no contexto estudado, os usuários portadores de GMR podem relativizar a importância da higienização de mãos em meio ao conjunto de ações de precaução de contato. A resposta do usuário à esperada atitude vigilante frente ao profissional da saúde é influenciada por diversos fatores, dentre os quais as representações da higienização de mãos, as representações dos profissionais da saúde e das relações entre esses profissionais e os usuários.

Descritores: Educação em saúde, Educação em enfermagem, Controle de Infecções, Transmissão de Doença Infecciosa do Profissional para o Paciente.

ABSTRACT

This research was driven by two main goals. The first was to find and analyze the meanings understood by users from the messages included in the "*Empoderamento dos Pacientes*" (Patient Empowerment) campaign posters. The second goal was to analyze the factors involved in the production of those meanings and their influence in engaging users to employ the desired vigilant attitude towards healthcare professionals to sanitize their hands. The research, of a qualitative as well as explanatory-descriptive nature, was developed based on an awareness campaign entitled "*Empoderamento dos Pacientes*" (Empowering Patients), which through a poster hung in the infirmary encouraged users to take a proactive attitude and demand healthcare professionals to sanitize their hands. Data was collected by means of interviews with users of one of Hospital de Clínicas de Porto Alegre's wards dedicated to the care of patients with contagious infectious diseases, most of them involving multi-resistant germs. Data analysis was based on the Cultural Studies theoretical framework, applying the concepts of cultural representation and ways of address. The results obtained suggest that the fact the "*Empoderamento dos Pacientes*" campaign poster was on display would not guarantee that people would actually read it. Another aspect worth mentioning is the production of different representations for the term "sanitize hands" as expression and action. After analyzing the data collected, we were able to also argue that, in the context investigated, users infected with multi-resistant germs might relativize the importance of sanitizing hands in the midst of the set of actions applied to prevention. The user response and vigilant attitude expected towards healthcare professionals were influenced by a number of factors, which include different representations of sanitizing hands, healthcare professionals and the relations between these professionals and the users.

Key words: Health Education, Nursing Education, Infection Control, Transmission of Infectious Diseases from Healthcare Professionals to Patients.

RESUMEN

Esta encuesta fue orientada por dos objetivos. El primer objetivo fue conocer y analizar los sentidos producidos por los usuarios a los mensajes de los carteles de la campaña "*Empoderamiento de los Pacientes*". El segundo objetivo fue analizar los factores implicados en la producción de estos sentidos y su influencia en la adhesión de los usuarios a la esperada de actitud vigilante frente al profesional de la salud, en lo que se refiere a la práctica de la higienización de manos. El estudio, de cuño cualitativo, del tipo exploratorio-descriptivo, fue desarrollado a partir de una campaña titulada "*Empoderamiento de los Pacientes*" que, intermediada por un cartel fijado en la enfermería, esperaba una actitud de protagonismo de los usuarios para demandar de los profesionales la higienización de manos. La recolección de las informaciones se dio por medio de entrevistas, teniendo como sujetos, los usuarios de una unidad de internación del Hospital de Clínicas de Porto Alegre destinada a la internación de portadores de enfermedades infectocontagiosas, en su mayoría, portadores de gérmenes multirresistentes. El análisis de los datos se basó en el referencial teórico de los Estudios Culturales, articulando los conceptos de representación cultural y modos de derivación. Los resultados obtenidos sugieren que la fijación del cartel de la campaña "*Empoderamiento de los Pacientes*" en la enfermería, no garantiza su lectura. Otro aspecto importante por destacar es la producción de diversas representaciones para la *higienización de manos*, como expresión y acción. Por medio del análisis de informaciones fue posible argumentar también que en el contexto estudiado, los usuarios portadores de GMR pueden relativizar la importancia de la higienización de manos en medio al conjunto de acciones de precaución de contacto. La respuesta del usuario a la esperada actitud vigilante frente al profesional de la salud es influenciada por diversos factores, entre ellos, se puede destacar las representaciones de la higienización de manos, las representaciones de los profesionales de la salud y de las relaciones entre esos profesionales y los usuarios.

Palabras clave: Educación en salud, Educación en enfermería, Control de Infecciones, Transmisión de Enfermedad Infecciosa del Profesional para el Paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IRAS - Infecções relacionadas à assistência à saúde
CCIH - Comissões de Controle de Infecção Hospitalar
OMS - Organização Mundial de Saúde
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GMR - Germes multirresistentes
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUZINDO E CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA DE PESQUISA | 13 |
| 2 OBJETIVOS | 20 |
| 3 REVISÃO DE LITERATURA | 21 |
| 3.1 A prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde por meio da higienização de mãos..... | 21 |
| <i>3.1.1 A participação dos usuários dos serviços de saúde para o aumento da adesão dos profissionais à prática da higienização de mãos</i> | <i>24</i> |
| 3.2 A utilização de impressos para as ações de educação em saúde no ambiente hospitalar. | 26 |
| 3.3 Estudos Culturais | 29 |
| 4 CAMINHO METODOLÓGICO | 37 |
| 4.1 Tipo de estudo | 37 |
| 4.2 Campo da pesquisa..... | 37 |
| <i>4.2.1 Apresentando a unidade X.....</i> | <i>38</i> |
| 4.3 Sujeitos da pesquisa | 39 |
| <i>4.3.1 Critérios de inclusão</i> | <i>39</i> |
| 4.4 Coleta de informações..... | 40 |
| 4.5 Análise das informações..... | 41 |
| 4.6 Considerações éticas | 41 |
| 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES | 43 |
| 5.1 Modos de endereçamento e leitura do cartaz: imperfeições e ajustes | 47 |
| 5.2 A polissemia da higienização de mãos | 49 |
| <i>5.2.1 Higienizar as mãos: a construção de um sentido.</i> | <i>50</i> |
| <i>5.2.2 Higienizar as mãos: seu dever e meu também.....</i> | <i>54</i> |
| <i>5.2.3 Higienizar as mãos: fragmento do cuidado.</i> | <i>61</i> |
| 5.3 O protagonismo do usuário – o descuidado que se cuida | 64 |
| 6 OS LIMITES DA CAMPANHA PARA O EMPODERAMENTO DOS PACIENTES: CONCLUSÕES E ENCAMINHAMENTOS. | 72 |

| | |
|---|------------|
| REFERÊNCIAS | 76 |
| APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada para os usuários | 821 |
| APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 83 |
| ANEXO A – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigidos aos profissionais: cartaz tamanho A3 fixado nos murais das áreas assistenciais do HCPA | 855 |
| ANEXO B – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigidos aos profissionais: cartaz tamanho A3 fixado nos murais das áreas assistenciais do HCPA. | 866 |
| ANEXO C – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos profissionais: cartaz tamanho A3 fixado nos murais das áreas assistenciais do HCPA. | 877 |
| ANEXO D – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos profissionais: cartaz tamanho A4 fixado em frente as pias..... | 88 |
| ANEXO E – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes”: folder de divulgação da campanha dirigido aos profissionais | 899 |
| ANEXO F – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/pediatria: cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias..... | 91 |
| ANEXO G – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/pediatria: cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias..... | 922 |
| ANEXO H – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/adultos: cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias | 933 |
| ANEXO I – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/adultos: cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias..... | 944 |
| ANEXO J – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/adultos: cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias..... | 955 |
| ANEXO K – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/adultos: folder explicativo | 966 |
| ANEXO L – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa..... | 977 |

1 INTRODUZINDO E CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA DE PESQUISA

As infecções relacionadas à assistência à saúde constituem um problema grave, aumentando o tempo de internação, a morbidade e mortalidade, e causando gastos excessivos para o sistema de saúde e sofrimento desnecessário dos usuários⁽¹⁾.

A higienização de mãos é a ação mais simples e eficaz na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Esse tema tem sido frequentemente abordado nos serviços de saúde como parte integrante dos programas de segurança ao usuário e atualmente é tratado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, como uma questão global.

Reconhecido mundialmente como o pilar na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), o tema higiene de mãos ocupa um espaço permanente de debate nas Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Nos últimos anos, o termo lavagem de mãos foi substituído por higienização das mãos devido à maior abrangência desse procedimento, incluindo a lavagem de mãos com água e sabonete e a fricção das mãos com álcool gel⁽¹⁾.

Para manter uma assistência segura ao usuário, evitando a transmissão de infecção, é necessário que os profissionais higienizem as mãos nos “cinco momentos” preconizados pela OMS. Esses cinco momentos são: antes do contato com o usuário, antes de realizar procedimentos assépticos, após o contato com o usuário, após contato com superfícies próximas ao usuário e após contato com matéria orgânica.

Embora esses cinco momentos para higienizar as mãos já façam parte do cotidiano das ações de assistência em saúde, a adesão à higienização de mãos ainda é baixa, principalmente nos momentos que antecedem o cuidado (antes de tocar no usuário e antes de realizar um procedimento asséptico)⁽¹⁾, colocando em risco a segurança dos usuários.

A adesão à higienização de mãos é influenciada por múltiplos e complexos fatores, envolvendo aspectos comportamentais, culturais e institucionais⁽²⁾. Assim, as estratégias para aumentar a adesão dos profissionais à higienização de mãos devem incluir uma combinação de educação, motivação e mudança da cultura institucional, valorizando a higiene de mãos como parte das ações destinadas à segurança do usuário⁽¹⁾.

Segundo a OMS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre as ações destinadas à adesão à higienização de mãos destaca-se a ação educativa, visto que a educação é considerada um elemento essencial para a mudança de comportamento. Entretanto, essas organizações reconhecem a eficácia limitada da educação no aumento da adesão à higienização de mãos e, por isso, propõem estratégias adicionais. As propostas para complementar as ações educativas são: a valorização, dentro das instituições, da

prática da higienização das mãos como parte das ações destinadas à segurança do usuário, a disponibilidade de insumos como álcool gel e fácil acesso de profissionais a pias com sabão e papel toalha, a formação e educação dos profissionais de saúde, o acompanhamento das práticas de higienização das mãos e um *feedback* de desempenho⁽²⁾.

Nesse sentido, a CCIH¹ do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em cuja equipe insere-se minha atividade profissional, tem investido no aumento da adesão à higiene de mãos na instituição. Seguindo as orientações da OMS e da ANVISA, várias ações foram desenvolvidas nos últimos cinco anos para promover a higienização de mãos nos espaços de trabalho desse hospital. Entre as ações desenvolvidas estão a distribuição de insumos, cartazes e folders, o desenvolvimento de campanhas e capacitações, a realização do cálculo e a divulgação da taxa de adesão e *feedback* para as equipes. Apesar do investimento, a adesão dos profissionais de saúde do HCPA à higiene de mãos ainda não é satisfatória, visto que, em 2010, a meta institucional foi de 75% de adesão e o resultado foi de 51%. As taxas de higienização de mãos do HCPA demonstraram que, entre as categorias profissionais, os médicos são os que menos higienizam as mãos.

No ano de 2010, a aposta foi o lançamento de uma campanha denominada “Empoderamento dos Pacientes”⁽³⁾, visando aumentar a taxa de higienização de mãos entre os profissionais que atuam na instituição, principalmente entre os médicos. No contexto das ações destinadas à higienização das mãos, a participação dos usuários é relativamente nova e emerge como uma nova alternativa sugerida no manual da OMS⁽²⁾.

Para reunir informações sobre a produção e implementação dessa campanha, foram realizadas entrevistas com o coordenador da CCIH e com uma das assessoras de comunicação do HCPA, profissionais considerados nesta pesquisa como produtores da campanha “Empoderamento dos Pacientes”.

A aposta no potencial de uma campanha como essa surgiu de publicações internacionais sobre o tema e da experiência do hospital John Hopkins, cujo material serviu de inspiração para a elaboração dos materiais impressos do HCPA. Até 2011 não se tinha conhecimento sobre experiências brasileiras semelhantes.

Segundo a assessora de comunicação do HCPA, essa foi a primeira campanha que estimulou o usuário ao protagonismo na promoção de um cuidado qualificado, levando-o a demandar dos profissionais a higienização de mãos. Esperava-se que esse protagonismo resultasse do fornecimento de informações relativas à importância da higienização de mãos para a segurança do usuário dentro do ambiente hospitalar, destacando-se no conjunto de informações os problemas decorrentes de um comportamento negligente por parte dos profissionais, principalmente o problema da infecção hospitalar.

¹ A CCIH realiza ações de controle de infecção hospitalar e é formada por quatro enfermeiras, um farmacêutico e quatro médicos, sendo que um deles atua como coordenador da comissão.

A campanha também tinha como foco os profissionais, que teriam sua atenção chamada pelos cartazes da campanha expostos no hospital, principalmente para duas situações. A primeira tem a ver com a baixa adesão dos médicos à prática da higienização de mãos nas instituições de saúde, constituindo a categoria menos aderente a essa prática⁽⁴⁾. A outra tem relação à importância a prática ser realizada antes do cuidado direto ao usuário, ênfase que tem relação ao pressuposto de que o período pré-cuidado é o momento em que essa prática é mais esquecida⁽⁵⁾, independentemente da categoria profissional.

A principal expectativa dos produtores da campanha era que as informações por ela transmitidas estimulassem os usuários a perguntar aos profissionais se eles higienizaram as mãos antes de atendê-los. Essa intervenção evitaria a transmissão cruzada de infecções e representaria não só um direito, mas também um dever de todos os usuários de ajudar o hospital a realizar uma assistência segura.

Os produtores da campanha estavam cientes das limitações de um possível protagonismo dos usuários para intervir no comportamento dos profissionais de saúde. Esperavam, no entanto, que, por meio da campanha, os profissionais pudessem compreender o papel do usuário como colaborador de suas ações em saúde, em especial a higienização de mãos.

Definidos os objetivos, a CCIH solicitou o auxílio dos assessores de comunicação do HCPA para a criação de materiais impressos da campanha. Além de os recursos serem limitados para produções desse tipo, o tema “higienização de mãos” não é novo nas campanhas produzidas no hospital: é sempre um desafio criar novas ideias a partir de um tema tão corriqueiro, tendo que despertar, mais uma vez, a atenção e o interesse dos profissionais.

Com base na experiência do Hospital John Hopkins, partiu-se da ideia de elaborar materiais impressos que “fugissem do comum”, substituindo as imagens que tradicionalmente apresentam mãos sendo lavadas com água e sabonete ou utilizando álcool gel e recomendando *higienize suas mãos*. Foram criados, então, materiais impressos, destinados aos profissionais, como banners, cartazes e folders explicativos trazendo figuras que pudessem transmitir a ideia de risco de dano, sempre associadas à imagem de uma mão. Nos impressos foram inseridas frases que estimulassem o leitor a relacionar as figuras ao tema da higienização de mãos (Anexos A,B,C,D,E). Funcionando como pedagogia cultural, esses impressos acabaram constituindo-se em dispositivos de produção e circulação de significados sobre a prática da higienização de mãos. A expressão pedagogia cultural é utilizada aqui no sentido de uma modalidade de educação que abrange ensinamentos que extrapolam os espaços escolares^(6, 7).

Para promover a campanha nas equipes, foram realizadas reuniões com as chefias de enfermagem e divulgação por meio de e-mails e da intranet do HCPA. Diferentemente do

que ocorreu com a equipe de enfermagem, não houve reuniões com as equipes médicas devido à falta de disponibilidade dos chefes médicos.

Da mesma maneira como foram elaborados os impressos destinados aos profissionais, os materiais destinados aos usuários também não apresentavam figuras ou situações explícitas de higienização de mãos. Segundo os produtores da campanha, a escolha das frases foi orientada pela intenção de construir uma mensagem o mais direta possível; porém, não foi muito fácil definir os termos higienizar/lavar as mãos nem elaborar frases curtas e diretas (Anexos F, G, H, I, J, K).

Cabe ressaltar que essa campanha, além de ser pioneira em relação ao envolvimento do usuário em uma ação de cuidado do profissional (principalmente dos médicos), também foi a primeira a introduzir e fixar algum tipo de informação impressa para os usuários dentro das enfermarias do HCPA.

Para conseguir fixar os materiais impressos nas enfermarias como forma de divulgação da campanha aos usuários, foram elaborados outros materiais além dos cartazes e folders normalmente distribuídos no hospital. Essa nova proposta foi um complicador para os assessores de comunicação, pois diferentemente do que se possa pensar, é um desafio encontrar materiais adequados e um local para colocá-los nas enfermarias. Produziram-se, então, cartazes com tamanhos variados – que foram colocados dentro de um *display* de acrílico nas enfermarias de adultos de todo o hospital e fixados com cordões nos berços ou grades para os leitos pediátricos –, toalhas de papel para as bandejas de refeições, folhas com desenhos para serem coloridas pelas crianças na recreação infantil e um folder explicativo.

Além de material impresso, a campanha também previa a participação dos enfermeiros na divulgação aos usuários internados da importância da higienização de mãos dos profissionais para a prevenção de infecções hospitalares. Essa estratégia deveria reforçar as informações contidas nas mensagens dos materiais impressos, contribuindo para que o usuário adotasse e mantivesse uma atitude vigilante frente aos profissionais de saúde e então os lembrasse de higienizar suas mãos antes de lhe prestarem assistência.

Apesar do clima institucional favorável ao desenvolvimento da campanha, a proposta não foi aceita da mesma forma pelos profissionais de saúde. Entre os médicos houve questionamentos sobre a participação do usuário em uma ação do profissional e argumentos de que essa posição não era aceitável dentro da instituição hospitalar. O apoio restrito das equipes médicas à campanha foi, provavelmente, devido à percepção de que o julgamento sobre a necessidade ou não de higienizar as mãos cabe apenas ao profissional. Segundo o coordenador da CCIH, a atitude questionadora dos médicos tinha seu lado positivo, visto que estes profissionais passaram a discutir sobre a sua responsabilidade de higienização de mãos, o que campanhas realizadas previamente não haviam conseguido.

Em relação ao apoio das enfermeiras a essa campanha, uma pesquisa de opinião com os usuários, realizada de fevereiro a março de 2011 pela CCIH, demonstrou que apenas 37% dos usuários receberam dos enfermeiros o folder explicativo, evidenciando que a sensibilização e mobilização desses profissionais para realizarem a ação educativa prevista pela entrega do folder não estava sendo efetiva. Contudo, 73% dos usuários responderam ter conhecimento de que poderiam perguntar ao profissional de saúde se havia higienizado suas mãos. Na interpretação desses dados, a equipe da CCIH sugeriu que isso poderia estar relacionado ao acesso dos usuários às informações contidas nos cartazes fixados nos quartos. No mesmo estudo, foi identificado que em média 49% dos usuários não se sentiam à vontade para perguntar ao profissional se ele higienizou as mãos, porém, devido à natureza da pesquisa, na qual não se buscou aprofundar qualitativamente as questões que dela emergiram, não se obteve elementos para indicar as possíveis razões dessa atitude.

Após a primeira fase de divulgação, a campanha continuou sendo desenvolvida no ano de 2011 por meio de cinco cartazes diferentes, de tamanho A3. Três fixados nas enfermarias de adultos e dois fixados nas enfermarias pediátricas. Os demais materiais foram excluídos da campanha em função dos custos e da logística de distribuição. A ação educativa do enfermeiro, realizada com a ajuda de folders, também deixou de ser preconizada.

Diante das dificuldades na implementação da campanha e das discussões que dela emergiram, algumas questões referentes à sua implantação e desenvolvimento no cenário hospitalar precisam ser consideradas. Primeiramente, é questionável a ideia de que, a partir das informações providas pelo enfermeiro, o usuário passaria a ter o *direito (e também o dever)*, legitimado na instituição pela campanha, de demandar que os profissionais que lhe atendessem não se esquecessem de higienizar as mãos. Essa informação poderia não ser suficiente para uma mudança de comportamento do usuário.

Diferentemente das tradicionais ações de educação em saúde, em que a orientação sobre a prevenção de doenças está voltada para ações de autocuidado, essa ação educativa responsabiliza o usuário, na medida em que o encoraja a ter uma atitude vigilante frente a um cuidado que outra pessoa precisa ter com ele. Na primeira situação, o comportamento preventivo refere-se a uma ação em que o agente principal da prevenção é o próprio sujeito a ser protegido, ao passo que, na campanha, pretende-se promover a proteção de um sujeito contra infecções por meio da ação preventiva de outro. Nesse caso, não bastaria a mudança de comportamento do sujeito a ser protegido, uma vez que o sucesso da ação de autocuidado, representada pela vigilância do comportamento de outros, dependeria do alinhamento desses outros às expectativas do sujeito vigilante.

Outra questão importante tem a ver com o argumento de que a higienização de mãos para a manutenção da saúde não é uma novidade no cotidiano das pessoas, sendo uma prática de autocuidado desde a infância. Essa ideia tem sido difundida pelos mais variados meios, especialmente nos meios de comunicação. Um exemplo é o site do Ministério da Saúde⁽⁸⁾, que apresenta a seguinte orientação: *Micróbios, vírus e bactérias estão em todos os lugares. E o jeito mais simples de evitá-los é lavando as mãos.* Outro exemplo que ampliou a noção de autoproteção a partir da higienização das mãos com álcool gel foi o surgimento da epidemia do vírus H1N1 em 2009⁽⁹⁾.

Atualmente, os meios de comunicação vêm desempenhando um papel significativo na divulgação dessas informações, e é comum estarmos expostos a propagandas de sabonetes antissépticos que reforçam a noção de autoproteção na prática de higienização de mãos. Também se tornou comum a disponibilidade do álcool gel em vários estabelecimentos, como escolas, lojas e estéticas.

Nos serviços de saúde, a importância da higienização de mãos é também divulgada com bastante ênfase, mas o foco é, principalmente, a segurança do usuário, para evitar a transmissão de infecção hospitalar por meio das mãos contaminadas dos profissionais.

Outra questão a ser considerada no desenvolvimento da campanha “Empoderamento dos Pacientes” é o tipo de relação entre o profissional da saúde e o usuário usualmente experimentada por esses sujeitos. Tradicionalmente, essa é uma relação que se caracteriza pela submissão do usuário em relação à posição do profissional.

Em minha experiência como enfermeira, tenho convivido com situações em que o usuário internado no hospital perde a autonomia sobre seu corpo, ficando a critério da equipe de saúde, principalmente do médico, as decisões sobre o que fazer com ele. É nesse contexto que a campanha se insere, pretendendo incentivar esses usuários a promoverem a adesão dos profissionais à prática de higienização de mãos, sem modificar o cenário de desigualdade por eles vivenciado.

Mesmo com a falta de apoio das equipes de saúde do HCPA e sem modificar essa relação de desigualdade entre profissionais e usuários, os cartazes continuam fixados nas enfermarias, sendo o único material para a divulgação da proposta da campanha. Considerando esse cenário, passei a questionar a leitura que os usuários fazem das mensagens dos cartazes e se essas mensagens são realmente eficazes, se levam o usuário a agir frente ao profissional de saúde que não higieniza as mãos. Ao longo deste trabalho, utilizo o termo “leitura” partindo da premissa de que ler é mais do que utilizar a capacidade visual. Na perspectiva do referencial teórico que embasa esta pesquisa, ler também significa dar sentido ao conteúdo dos cartazes, atribuindo significado às figuras e às frases neles contidas.

Para encaminhar uma pesquisa que pudesse responder a esses questionamentos, optei por utilizar alguns conceitos oriundos dos Estudos Culturais. Esse referencial teórico permite a análise de um conjunto de significados e práticas culturais de uma sociedade, para entender seus padrões de comportamento e as ideias compartilhadas pelos indivíduos que nela vivem⁽¹⁰⁾. Dois conceitos se articulam na análise desta pesquisa. O primeiro é o modo de endereçamento⁽¹¹⁾, termo utilizado pelos teóricos do cinema, área na qual se argumenta que, ao produzir um filme, os produtores idealizam determinados espectadores, a partir de pressupostos conscientes e inconscientes de quem eles são. Como resultado, os modos de endereçamento, de uma forma ou de outra, “erram” seu público, pois essas pessoas nunca são exatamente quem os produtores pensam que são. Não há como garantir, dessa forma, apenas uma resposta a um determinado modo de endereçamento.

Levando em conta o contexto em que a campanha “Empoderamento dos pacientes” está inserida e a heterogeneidade de culturas que circulam em uma instituição hospitalar, parto do pressuposto de que possivelmente vários sentidos são atribuídos pelos usuários às mensagens dos cartazes e que esses sentidos influenciam sua adesão às recomendações da campanha.

Faço uso também de um segundo conceito para a análise dos dados: o da representação cultural. Tomar a decisão de pedir ao profissional de saúde para higienizar as mãos é uma ação que será influenciada pelos sentidos atribuídos às mensagens dos cartazes e por um sistema de significados que o usuário compartilha em sua cultura. As representações não estão no objeto em si, precisam ser significadas, e é através de um sistema de códigos de significados, partilhado no social, que as pessoas podem atribuir sentido às suas ações⁽¹²⁾.

2 OBJETIVOS

- Conhecer e analisar os sentidos atribuídos pelos usuários às mensagens dos cartazes da campanha “Empoderamento dos Pacientes”.
- Analisar os fatores implicados na produção desses sentidos e sua influência na adesão dos usuários à esperada atitude vigilante frente ao profissional da saúde, no que tange à prática da higienização de mãos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde por meio da higienização de mãos.

O conhecimento acerca da importância da higienização de mãos para prevenir a transmissão de infecção não é recente. A história das infecções hospitalares acompanha a criação dos primeiros hospitais, em 325 d.C. No século XIX, o médico James Young Simpson constatou que a mortalidade relacionada à amputação era menor nos pacientes que realizavam esse procedimento em seu domicílio. Em 1846, o médico húngaro Ignaz Philip Semmelweis comprovou, por meio do primeiro estudo experimental, que a febre puerperal, que afetava as mulheres parturientes, era causada por “partículas cadavéricas” transmitidas pelas mãos dos médicos, que saía m da sala de autópsia para realizar os partos sem higienizar as mãos. Essa descoberta demonstrou que a higienização apropriada das mãos podia prevenir infecções puerperais e evitar mortes maternas^(1,13).

Atualmente, as IRAS são definidas como toda a infecção adquirida na internação hospitalar até 48 horas após a internação. Estas infecções resultam em tempo de internação prolongada, incapacidade funcional dos usuários por um longo período, aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, mortes em excesso e sobrecarga financeira para os usuários, suas famílias e o sistema de saúde^(2,14,15).

Nesse sentido, as IRAS são uma preocupação mundial, principalmente no ambiente hospitalar, e sua prevenção constitui um grande desafio às Comissões de Controle de Infecção. Para prevenir as IRAS, várias medidas devem ser adotadas pelos profissionais da saúde, incluindo principalmente a higienização de mãos. O termo *higienização de mãos* engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos⁽¹⁶⁾.

Atualmente, a atenção à segurança do usuário envolve o tema higienização de mãos por ser considerada a medida mais simples e eficaz para diminuir os riscos de IRAS^(1,2,17). A higienização de mãos tem sido tratada como uma questão global, a exemplo da iniciativa da Organização mundial de saúde⁽²⁾, que, por meio da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, já firmada em vários países, tenta aumentar a adesão à higienização de mãos dos profissionais e objetiva a redução dos riscos inerentes às infecções relacionadas à assistência à saúde^(1,2).

No ano de 2007, o Brasil foi incluído nessa aliança e, em parceria com a Anvisa e a OPAS/OMS, contribuiu com o desenvolvimento de ações que promovem a segurança do paciente com base em evidências e boas práticas. Para a implantação no país, cinco hospitais, dentre eles o HCPA, denominados “Sítios de Testes Complementares”, foram escolhidos para implementar as diretrizes da OMS, visando à melhoria das práticas de higienização das mãos⁽¹⁸⁾.

As mãos dos profissionais, contaminadas por microrganismos patogênicos durante a assistência à saúde, são a principal fonte de transmissão de infecção ao usuário. Essa contaminação pode ocorrer durante o contato direto com o usuário ou por meio indireto, pelo contato com objetos ou superfícies contaminados⁽¹⁹⁾. Para evitar que as mãos dos profissionais estejam contaminadas durante o cuidado, preconiza-se a higienização de mãos, considerada a principal medida para reduzir o risco de transmissão de infecções⁽²⁾. Na assistência à saúde, a higienização simples das mãos pode ser realizada com água e sabonete ou com álcool gel^(1,2). Recomenda-se que a higienização de mãos com água e sabonete seja realizada quando houver sujidade visível; nas demais situações, pode ser utilizada a preparação alcoólica, normalmente em forma de álcool gel. Atualmente, a higienização de mãos com preparação alcoólica é considerada o padrão ouro, por ser mais rápida e eficaz se comparada à água e sabonete⁽²⁾.

Para garantir uma assistência segura ao usuário, evitando a transmissão de infecção, a OMS preconiza cinco momentos para a higienização de mãos dos profissionais. Esses cinco momentos são: antes de tocar no usuário, antes de realizar um procedimento asséptico, após tocar no usuário, após risco de exposição a fluidos corporais e após entrar em contato com superfícies próximas ao usuário⁽²⁰⁾.

O reconhecimento, desde 1846, da importância da higienização de mãos – por meio dos achados do médico Ignaz Philip Semmelweis e do desenvolvimento de vários estudos que comprovaram que essa medida previne as infecções hospitalares^(1,2,17) –, parece não ter aumentado a adesão dos profissionais de saúde a essa prática. A adesão à higienização de mãos é normalmente baixa^(17,21,22) e varia conforme a categoria profissional, entre unidades hospitalares diferentes e o tipo de trabalho executado^(13,14,17). Realizar ações que visem aumentar a adesão à higienização de mãos dos profissionais é uma tarefa complexa, pois essa ação está diretamente relacionada a fatores individuais e culturais dos sujeitos e a fatores estruturais dos serviços de saúde⁽²²⁾.

Entre os fatores individuais que influenciam na adesão à higienização de mãos está a noção de autocuidado, entendendo-se que a higienização de mãos é uma forma de prevenir infecção e respectivos danos à própria pessoa que a realiza. Essa noção é aprendida na infância, enfatizando-se as situações onde as mãos podem estar sujas e comprometer a saúde do sujeito como, por exemplo, após se ir ao banheiro⁽²³⁾.

No campo do trabalho, a noção de autocuidado emerge, principalmente, quando o profissional sente que suas mãos estão sujas após tocar no usuário. Situações como trocar fraldas, dar banho, tocar em regiões axilares ou inguinais exigem dele a higienização imediata das mãos, principalmente com água e sabonete. Estudos demonstram que essas situações têm influência direta na decisão dos profissionais de higienizar as mãos, porque eles percebem o risco potencial de adquirir uma infecção por meio do cuidado em saúde⁽²⁴⁾.

Em contrapartida, a necessidade de higienizar as mãos diminui quando os profissionais não sentem que elas estão sujas⁽²⁵⁾. Nesse sentido, várias situações são vivenciadas pelos profissionais e não estão relacionadas ao desejo imediato de higienizar as mãos. Entre essas situações, podemos citar a verificação de sinais vitais e o aperto de mãos, que, na prática, não são percebidos como situações arriscadas, que poderiam acarretar a aquisição de uma infecção. Essas situações são muito parecidas com aquelas vivenciadas fora do contexto hospitalar como, por exemplo, o abraço ou o aperto de mão. No entanto, no contexto hospitalar, a lavagem das mãos após tais contatos é obrigatória, pois pode levar à contaminação microbiana das mãos, com o potencial risco de infecção cruzada⁽²⁴⁾.

A demanda de trabalho e a limitação do tempo para concluir as tarefas diárias são outros fatores que influenciam a ação de higienizar as mãos no ambiente hospitalar. Em situações como essas, estudos sugerem que, no cotidiano de trabalho, os profissionais conferem menor prioridade para a higienização de mãos em detrimento da realização de tarefas consideradas mais urgentes. Nesses momentos, a avaliação do profissional leva em conta os cuidados que possuem maior risco de transmissão de infecção. Quando, nessa avaliação, a não higienização de mãos é percebida como um risco de menor importância, desconsidera-se a necessidade dessa prática, para poder realizar outros cuidados^(17,24,25).

Outros fatores que interferem na adequada adesão à higienização de mãos incluem a disponibilidade de insumos, a cultura institucional e o exemplo e estímulo de colegas de trabalho e de profissionais de cargos superiores que influenciam de forma positiva as práticas da sua equipe^(14,17,25,26).

Entendendo que a higienização de mãos é influenciada por diversos fatores e que eles se entrecruzam nos cenários de cuidado, os serviços de saúde devem adotar várias medidas para garantir que a adesão dos profissionais a essa prática ocorra nos cinco momentos preconizados pela OMS⁽²⁾. Esse conjunto de medidas, denominado pela OMS “estratégia multimodal”^(2,17), inclui a distribuição de insumos como álcool gel, pias e sabão líquido em locais acessíveis aos profissionais⁽¹⁷⁾.

Ações educativas voltadas para os profissionais são, igualmente, consideradas muito importantes para a adesão dos profissionais à prática da higienização de mãos. A utilização de cartazes que sirvam como lembretes, campanhas, capacitações, momentos de

observação da higienização de mãos e *feedback* para as equipes são algumas das ações educativas mais tradicionalmente empregadas. Mais recentemente, outras ações vêm sendo incluídas no planejamento estratégico dos serviços de saúde, como, por exemplo, investimentos na produção de uma cultura institucional que prioriza a segurança do usuário, aí incluída a promoção da adesão à prática da higienização de mãos^(13,14,17,18), e no protagonismo e participação dos usuários nas ações que enfocam essa promoção, investimento denominado empoderamento pela OMS⁽²⁾.

3.1.1 A participação dos usuários dos serviços de saúde para o aumento da adesão dos profissionais à prática da higienização de mãos.

Na área da higienização das mãos, o foco no empoderamento dos usuários é relativamente novo, sendo considerado uma prática educativa, pois, ao lembrar o profissional de higienizar as mãos, o usuário estará contribuindo para uma mudança de atitude desse profissional, o que resulta em uma melhor adesão a essa prática⁽²⁷⁾. Esse tipo de abordagem objetiva promover a conscientização dos usuários acerca dos erros cometidos pelos profissionais no cuidado em saúde, nesse caso a negligência na higienização de mãos. A ideia é que, ao tornar o usuário mais ativo no conjunto de cuidados realizados pelos profissionais, poderão ser evitados danos à sua própria saúde⁽²⁾.

O termo “empoderamento” foi escolhido pela OMS como a melhor definição para essa abordagem, entretanto, no cenário em que é proposto, por assumir o sentido de “conferir poder ao usuário”, essa estratégia nem sempre é bem aceita. Por esse motivo, considera-se que esse termo pode ser substituído pela palavra “participação”, por ser, na maioria das vezes, mais aceitável por profissionais da saúde, usuários e instituições⁽²⁾.

O termo empoderamento pode ter diferentes significados e interpretações, mas, na referência a cuidados de saúde, ele geralmente se refere “ao processo que permite que um usuário ou uma comunidade possa obter o conhecimento, habilidades e atitudes necessárias para fazer escolhas e participar dos cuidados à sua saúde”⁽²⁸⁾.

A OMS relata alguns componentes fundamentais para o processo de empoderamento de usuários em relação à higienização de mãos dos profissionais. Um desses componentes é a compreensão do usuário de seu papel como colaborador no aumento da higienização de mãos dos profissionais. Acredita-se que o usuário só se sentirá à vontade para participar, assumindo esse papel, quando tiver, além do conhecimento, entendimento de que essa ação lhe confere uma responsabilidade compartilhada com os profissionais de saúde⁽²⁾.

A crença do usuário em sua capacidade de produzir mudanças também é um componente importante para o processo de empoderamento. Ao estimular sua capacidade, o usuário tende a se sentir mais confortável em interferir nas ações dos profissionais⁽²⁾. Experiências positivas no que se refere a uma atitude “empoderada”, exemplos de pares que realizaram tal ação e o incentivo dos profissionais da saúde também podem favorecer o processo. Outros elementos importantes são as habilidades dos usuários, em relação ao seu entendimento e atitudes frente ao profissional, seu estado de saúde e a presença de um ambiente facilitador⁽²⁾.

Por ser empoderamento um conceito relativamente novo na cultura de poucas instituições de saúde, estudos e experiências publicados nessa área ainda são escassos⁽²⁸⁾. Entre as lacunas de conhecimento estão as questões relacionadas ao desejo dos usuários de serviços hospitalares de serem empoderados para participarem de ações de promoção da higienização de mãos por parte dos profissionais. As pesquisas divulgadas até o momento não exploram, qualitativamente, essa questão e apresentam resultados divergentes de acordo com o serviço de saúde e com a interação do usuário com certas categorias profissionais⁽²⁸⁾.

Existem motivos já conhecidos, porém pouco explorados, para os usuários não demandarem que os profissionais de saúde higienizem as mãos antes de iniciar o atendimento. Os principais estão relacionados à crença de que os profissionais já deveriam saber quando higienizar as mãos, à percepção de que perguntar ao profissional se ele higienizou as mãos não faz parte de seu papel, ao sentimento de vergonha ou constrangimento frente ao profissional e ao medo de represálias. Outros fatores conhecidos incluem a dor aguda, o tipo de doença, a marginalização social e a falta de conhecimento dos usuários. Problemas de comunicação, como a utilização de uma linguagem técnica pelos profissionais, dificultando a compreensão dos usuários sobre o seu papel como participantes das ações de promoção da higienização de mãos dos profissionais, também são fatores indicados como complicadores da participação do usuário⁽²⁷⁾.

Fatores que estão associados à intenção de pedir ao profissional de saúde que higienize as mãos, da mesma forma, ainda são pouco explorados. Entre eles, destacam-se a idade, que pode estar relacionada à mudança de crenças em relação aos cuidados de saúde, e a personalidade expansiva dos usuários, que têm mais probabilidade de lembrar o profissional sobre a higiene das mãos do que aqueles com personalidade mais reservada⁽²⁷⁾.

Com relação ao conhecimento dos usuários sobre a importância da higienização de mãos dos profissionais para evitar a transmissão de infecções, não foi encontrada associação desse fator com a intenção de pedir ao profissional para higienizar as mãos⁽²⁷⁾. Tal resultado reforça o pressuposto de que meramente disponibilizar a informação nem sempre produz mudança de comportamento e modifica uma realidade. A lógica do

conhecimento diretamente relacionado à mudança de comportamento como responsabilização apenas pessoal torna a tomada de decisão racional e não intrínseca, e atravessada por padrões de comportamento socialmente determinados^(29,30).

Até o momento, o conhecimento sobre o tema empoderamento, no que tange à higienização de mãos dos profissionais, revela que, quanto mais as equipes de saúde se envolvem com a educação dos usuários e promovem um ambiente facilitador para essa ação, mais os usuários ficam à vontade para lembrar o profissional a higienizar as mãos^(2, 9, 10). Estudos sugerem que, quando os usuários estão autorizados pela instituição e pelos profissionais a realizar essa ação, sentem-se menos desrespeitosos com as equipes e ficam mais conscientes de que essa ação faz parte de seu papel⁽²⁷⁾.

Os estudos sobre o tema permitem inferir que, para ser efetivo, o empoderamento necessita de uma combinação de fatores que vão além do conhecimento adquirido pelo usuário sobre o tema higienização de mãos. A intenção de lembrar o profissional de higienizar as mãos antes de iniciar o cuidado depende das características pessoais, da cultura do hospital e das relações que se estabelecem com os profissionais da saúde^(2,28,31).

Na campanha instituída no HCPA, intitulada “Empoderamento dos Pacientes”, com foco no protagonismo dos usuários na promoção da prática de higienização de mãos, o uso de cartazes foi a principal estratégia para a divulgação de mensagens aos usuários. Entendendo essa campanha como uma ação educativa, realizada principalmente por meio de impressos, apresento a seguir uma revisão da literatura sobre o uso desses artefatos no ambiente hospitalar.

3.2 A utilização de impressos para as ações de educação em saúde no ambiente hospitalar.

A educação em saúde é parte de uma estratégia global apoiada pela OMS para promover a saúde de todas as pessoas⁽³²⁾. Existem vários modos de fazer educação em saúde, que podem ser categorizados, principalmente, em duas modelagens: a educação em saúde tradicional e a radical.

A educação em saúde tradicional enfoca a prevenção de doenças por meio de ações voltadas para a informação e a responsabilização individual. Nessa perspectiva, acredita-se que o conhecimento adquirido para a prevenção de doenças é suficiente para que ocorra mudança de comportamento, não sendo valorizada, na medida do necessário, a situação de vida do usuário^(29, 32).

Diferentemente desse enfoque, as ações de educação em saúde realizadas em uma abordagem radical são embasadas nos pressupostos da Promoção da Saúde^(29,32), a qual propõe que, no contexto da saúde, ações educativas sejam pautadas na valorização do saber popular, no estímulo e respeito à autonomia do usuário, no cuidado de sua própria saúde e no incentivo à sua participação ativa no controle social do sistema de saúde do qual é usuário^(29,33).

Embora a modelagem radical de educação em saúde se aproprie de pressupostos teóricos mais atuais que buscam superar a noção individualista de educação como via para a mudança de comportamento, as práticas pedagógicas no campo da saúde ainda permanecem presas ao modelo de educação em saúde mais tradicional⁽³⁴⁾.

A educação em saúde tradicional tem sido alvo de críticas por parte de estudiosos e pesquisadores. Os problemas destacados incluem a orientação prescritiva de comportamentos sem o devido conhecimento, pelos profissionais, dos fatores sociais e estruturais que determinam as condições e escolhas de estilo de vida dos usuários^(29,35). O pressuposto é que a falta de conhecimento por parte dos usuários é fator preditivo para comportamentos não saudáveis. Dessa forma, a solução para esse comportamento é a persuasão, por meio de informações técnicas de atitudes consideradas ideais. Espera-se que, a partir dessas informações, os usuários passem a praticar um estilo de vida mais saudável^(29,32,35).

Nessa perspectiva, as práticas educativas são desenvolvidas a partir de uma concepção bancária de transmissão de informações. Pressupõe-se que o saber é transmitido dos que tudo sabem – nesse caso, os profissionais da saúde – aos que nada sabem – ou seja, os usuários. A ação educativa baseia-se no ato de transferir, depositar e transmitir valores e conhecimentos ao outro. Nessa abordagem, não é permitida a criatividade, não há saber nem criticidade dos que recebem a informação⁽³⁶⁾. O compromisso com a educação em saúde resume-se a tornar o homem capaz de mudar suas atitudes a partir de novos conhecimentos, sem interferir em outros fatores que fazem parte de seu contexto de vida e que possam influenciar em seu estado de saúde.

A partir da informação transmitida, espera-se que os usuários aprendam a cuidar de si e a ser vigilantes de suas próprias atitudes^(29,37). Ao conhecerem os riscos que correm de adquirir determinada doença, eles se tornariam responsáveis por sua saúde, atribuindo-se culpa aos usuários e suas famílias por seu adoecimento ou prejuízos à coletividade^(29,32,33,37).

Ao considerar o conhecimento como determinante de escolhas saudáveis, ignora-se que o comportamento seja determinado por fatores socioculturais e individuais, e que tais escolhas são feitas com referência ao contexto material e social em que cada usuário está inserido. Tal abordagem não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento, pois mantém intactos fatores estruturais, individuais e sociais, importantes no processo de

adoecimento ou de escolhas de vida mais saudáveis^(29,34). O ambiente impõe limites às escolhas diárias, e cada decisão é uma complexa combinação de fatores e elementos que, em sua maioria, não são passíveis de controle individual⁽²⁹⁾.

De modo semelhante, a educação em saúde no ambiente hospitalar, cenário desta pesquisa, tem sido realizada usualmente com base nos riscos dos agravos à saúde e na responsabilização individual. Para o desenvolvimento das ações educativas, tem-se utilizado impressos como cartilhas, manuais, folders e folhetos, os quais intermedeiam a comunicação entre profissionais e usuários⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. O uso dos impressos é crescente nesse cenário e, apesar da relevância das informações contidas nesses materiais e da motivação de comunicar aos usuários informações sobre doenças e cuidados que elas demandam, esse modo de fazer educação com vistas à saúde tem sido alvo de críticas⁽³⁸⁻⁴⁰⁾. As críticas têm sido, principalmente, relacionadas ao foco em uma comunicação de racionalidade biomédica, produzida e veiculada de maneira linear, unilateral e vertical, privilegiando informações científicas^(38,40,41).

Embora o uso de impressos seja universalmente difundido, há poucos estudos de recepção que possibilitem uma avaliação mais criteriosa sobre seu papel na comunicação entre profissionais da saúde e usuários, e sobre sua contribuição na mudança de atitude acerca dos cuidados em saúde^(38,42-44).

A avaliação junto ao usuário, quando ocorre, está voltada, principalmente, para a “absorção” de conteúdo, o que nada esclarece sobre como a mensagem produzida é interpretada e como essa interpretação pode modificar seu comportamento^(38,42).

De modo geral, os impressos produzidos apresentam um conteúdo que valoriza a linguagem técnica e padronizada, que deseja veicular um sentido único, de difícil compreensão. Partindo-se do pressuposto de que a mensagem veiculada gera um único efeito, que a assimilação e compreensão de conteúdos é igual para todos, esses artefatos passam a ser comunicados por meio de uma linguagem genérica e universal que elimina as diferenças culturais, étnicas e sociais dos usuários^(39,44). Nesse sentido, observa-se que a ação educativa realizada a partir da utilização de impressos mantém a mesma lógica da chamada modelagem tradicional de educação em saúde, ou seja, a partir da transmissão de informação espera-se mudanças no comportamento dos usuários, desconsiderando o quanto seu contexto de vida pode ser preditivo de certos comportamentos.

O conteúdo de um impresso é definido em função da mensagem que se quer veicular. Ao definir o papel desse conteúdo, espera-se influenciar os modos de pensar e agir do usuário em relação a determinado problema. No entanto, a compreensão da mensagem de um impresso é resultado da interação de múltiplos fatores socioculturais, podendo determinar diferentes leituras de uma mesma mensagem⁽⁴⁵⁾.

No processo comunicativo realizado a partir da veiculação de impressos em saúde, deve-se considerar que a reinterpretação e a resignificação das mensagens produzidas são inevitáveis e elaboradas segundo experiências e identidades próprias^(39,42). Isso implica que as mensagens serão interpretadas de acordo com os modos de vida dos usuários, gerando sentidos diversos para as mensagens veiculadas, o que pode gerar outras formas de pensar e agir, diferentes das esperadas pelos produtores dos impressos. Para compreender como esses sentidos são produzidos no contexto pesquisado e conhecer que fatores podem influenciar essa produção, impactando na atitude esperada, esta pesquisa se apoia no referencial teórico dos Estudos Culturais.

3.3 Estudos Culturais

Os Estudos Culturais surgiram em meados do século XX, com os trabalhos do *Centre for Contemporary Studies* da Universidade de Birmingham, Inglaterra. Seus fundadores, Richard Hoggart, E. P. Thompson e Raymond Williams, partiram da preocupação de pensar e estudar “as relações entre a cultura contemporânea e a sociedade”^(46:138).

Por meio da metodologia qualitativa, Hoggart realizou seus estudos sobre a cultura popular, demonstrando que não há apenas submissão, mas também resistência aos meios de comunicação em massa. Mais tarde, esses trabalhos foram recuperados pelos estudos de audiência dos meios massivos⁽⁴⁷⁾. Williams, por sua vez, fundamentou seus estudos a partir do livro *Culture and Society*, em que considera a cultura como “uma categoria chave que conecta a análise literária com a investigação social”⁽⁴⁷⁾, avançando, por meio de *The Long Revolution* (1961), no debate sobre o impacto cultural dos meios massivos⁽⁴⁷⁾.

A contribuição teórica de Thompson foi fundamentada pelo desenvolvimento da história social britânica, influenciada pela tradição marxista. Tanto para Thompson como para William, a cultura era entendida como:

[...] uma rede vivida de práticas e relações que constituíam a vida cotidiana, dentro da qual o papel do indivíduo estava em primeiro plano. Entretanto, Thompson compreendia a cultura como modos de vida diferentes e resistia ao entendimento de cultura como uma forma de vida global^(47:28).

Embora não seja citado como membro do trio fundador, a importante participação de Stuart Hall na formação dos Estudos Culturais britânicos é unanimemente reconhecida. Entre 1968 e 1979, Hall substituiu Hoggart na direção do *Centre for Contemporary Studies*. Seus trabalhos incentivaram a pesquisa de práticas de resistência de subculturas e do papel

dos meios massivos como centrais na direção da sociedade, trabalhando, também, em inúmeros projetos coletivos que tinham como foco os debates teórico-políticos dos Estudos Culturais⁽⁴⁷⁾.

Os Estudos Culturais não são uma disciplina, mas de tendência interdisciplinar, pois nenhuma disciplina consegue apreender a plena complexidade da análise dos processos culturais que circulam em todos os espaços da vida dos sujeitos⁽⁴⁸⁾.

Nesse sentido, a concepção de cultura deixa de ser entendida como uma “acumulação de saberes ou processo estético, intelectual ou espiritual”^(10:38), para englobar também o gosto das multidões. Em um sentido mais amplo, a cultura passa a ser estudada em todos os aspectos da vida social, levando em conta a expansão de tudo que está associado à ela. Dessa forma, os Estudos Culturais valorizam os saberes, as formas de viver e sentir de um grupo social e também passa a contemplar seus interesses^(10,46,47).

Ao valorizarem os saberes populares, os Estudos Culturais assumem uma perspectiva ampliada da cultura, explorando as práticas culturais que passam a ser entendidas como instâncias educativas que constituem os sujeitos por meio de ideias, representações e identidades culturais⁽⁴⁹⁾.

Para este trabalho, dois conceitos oriundos dos Estudos Culturais serão apresentados: um é referente aos modos de endereçamento de Elisabeth Ellsworth, e o outro à representação cultural de Stuart Hall.

Os modos de endereçamento foram, inicialmente, utilizados por teóricos do cinema para pensar as diversas questões que atravessam esse campo. Entendendo que o modo de endereço é um evento que ocorre entre um espaço que é social, psíquico, ou ambos, entre o texto do filme e os usos que o espectador faz dele, Elisabeth Ellsworth toma de empréstimo esse termo para analisar questões pedagógicas e curriculares. Esse termo é discutido por meio da seguinte pergunta: quem os produtores dos filmes pensam que você é?⁽¹¹⁾.

Os modos de endereçamento têm relação com a necessidade de endereçar qualquer comunicação a alguém. Ao elaborar um filme, um comercial de TV, um livro ou mesmo um cartaz, os produtores imaginam e idealizam um determinado público⁽¹¹⁾. Entretanto, esses produtores estão distantes de seu público, e essa distância pode ser cultural, econômica, social, de gênero, de raça ou ideológica⁽¹¹⁾.

Os produtores fazem muitas suposições e têm muitos desejos conscientes e inconscientes sobre o tipo de sujeito para o qual o filme foi endereçado, e também sobre as posições e identidades sociais dessa audiência⁽¹¹⁾. E essas posições deixam traços intencionais e não intencionais⁽¹¹⁾ nos filmes. Isso significa que os produtores convidam o espectador, por meio dos modos de endereçamento, a ocupar uma posição de sujeito a partir de um ponto de vista social e político particular⁽¹¹⁾.

Levando em conta a perspectiva dos modos de endereçamento, o espectador nunca é exatamente quem os produtores pensam que é; assim, por mais que um modo de endereçamento seja “poderoso”, todos “erram” seus públicos, de uma forma ou de outra⁽¹¹⁾. A maneira como os sujeitos irão vivenciar os modos de endereçamento depende da distância entre quem os produtores pensam que o público e quem o público pensa que é⁽¹¹⁾.

Outra questão sobre os modos de endereçamento diz respeito à ideia de que existem diferentes modos de endereçamento que compõem um mesmo filme, nesse sentido, “diferentes sistemas formais e estilísticos, presentes em um único filme, podem ter diferentes modos de endereçamento”^(11:23). A posição de sujeito que o público irá assumir, a partir da qual ele dará sentido ao filme, pode mudar drasticamente, dependendo dos modos conflitantes de endereçamento disponíveis naquele momento⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, a literatura afirma que “não importa quanto o modo de endereçamento do filme tente construir uma posição fixa e coerente no interior do conhecimento, do gênero, da raça, da sexualidade, a partir do qual o filme ‘deve’ ser lido”^(10:31). O espectador irá “responder” a partir de diferentes lugares, produzindo assim, distintas leituras ao modo de endereçamento de um filme, muitas vezes opostas às esperada pelos produtores. O endereçamento pode ser visto como poderoso, mas paradoxal, pois seu “poder” está no espaço da diferença entre mensagem produzida pelos produtores e resposta do espectador aos modo de endereçamento: tal espaço está à disposição.

Ao relacionar o modo de endereçamento à educação, Elisabeth Ellsworth argumenta que o espaço da diferença entre o endereçamento de um filme e a resposta dada se constitui em um espaço social, “formado e informado por conjunturas históricas de poder e de diferença social e cultural”^(36:43). Esse espaço “carrega traços e as imprevisíveis atividades do inconsciente, tornado-se, assim, capaz de escapar à vigilância e ao controle”^(36:43), tanto por parte dos alunos como por parte dos professores.

Desse modo, o que pode então “fazer funcionar” os modos de endereçamento de um artefato pedagógico utilizado pelos educadores? Como referido na literatura,

Talvez uma determinada pedagogia funcione devido aos significados que os estudantes dão à diferença entre, de um lado, quem a atitude ou o tom do endereçamento dessa pedagogia pensa que eles são ou quer que eles sejam, de outro, todos os outros “quem” que estão circulando por meio do poder do conhecimento, naquele momento, competindo por sua atenção, por seu prazer, por seu desejo e por sua ação [...] ^(11:48)

Essa afirmativa nos remete à ideia de que as posições de sujeito são reforçadas pelos significados produzidos pelos processos de representação⁽⁵⁰⁾. Neste estudo, “representação” refere-se ao processo pelo qual os significados são produzidos e veiculados por meio da

linguagem. Para compor o escopo teórico da pesquisa, utilizo a noção de “representação cultural” de Stuart Hall.

A representação é a produção de uma rede de significações instituídas e postas em circulação por meio da linguagem, podendo ocorrer por meio de sons, palavras escritas, imagens e notas musicais, entre outras formas de comunicação⁽¹²⁾.

Considera-se que, para a construção da representação, há dois processos envolvidos. O primeiro refere-se ao “conjunto de representações mentais que levamos em nossa mente”⁽¹²⁾. O significado depende de um conjunto de sistemas de conceito e imagens que construímos em nosso pensamento que significam ou representam o mundo. Ao pensarmos em uma cadeira ou um copo, podemos perceber como temos em nossas mentes conceitos formados sobre esses objetos. Nesse sentido, a representação diz respeito a todos os significados que atribuímos a pessoas, objetos e eventos. Sem essa representação, não poderíamos interpretar o mundo de forma significativa⁽¹²⁾. No contexto deste trabalho, tomo como objeto as representações que circulam no contexto da campanha “Empoderamento dos Pacientes”, como, por exemplo, as representações de médicos, usuários, enfermeiros, higienização de mãos e infecção hospitalar. Essas representações fazem parte de um sistema de códigos que compartilhamos em nossa sociedade.

É possível que cada um de nós tenha uma forma de interpretar e entender o mundo; entretanto, para podermos nos comunicar, precisamos compartilhar os mesmos mapas conceituais para entendê-lo e interpretá-lo de uma forma mais ou menos parecida. Pertencer à mesma cultura significa, então, compartilhar dos mesmos mapas conceituais, construindo uma cultura compartilhada de significados⁽¹²⁾.

O segundo processo de construção da representação refere-se à linguagem. Além de compartilhar um mapa conceitual precisamos ser capazes de “representar ou intercambiar significados e conceitos, e isto só pode ser feito quando também temos acesso a uma linguagem partilhada”⁽¹²⁾. O mapa conceitual que partilhamos precisa ser traduzido em uma linguagem comum, na qual possamos correlacionar os conceitos e ideias por meio de palavras escritas, sons falados ou imagens visuais. Palavras, sons ou imagens que carregam significados são designados neste referencial teórico como signo⁽¹²⁾. Signos representam ou significam o conjunto de mapas conceituais que carregamos em nossas mentes e que compõem, dessa forma, o sistema de significação de nossa cultura⁽¹²⁾.

Os signos são organizados na linguagem e é a linguagem em comum que possibilita a comunicação de forma que o outro nos entenda. É importante ressaltar que, ao falar de linguagem, a literatura não se refere apenas à linguagem escrita ou falada. A linguagem deve ser vista em um sentido amplo e abrangente, incluindo também a linguagem não verbal como, por exemplo, as expressões faciais, gestos, “linguagem da moda”, etc. Nesse sentido, também estamos nos referindo a esse sistema de representação que se dá por

meio da linguagem e é compartilhado em nossa cultura. Esse segundo processo de significação depende “da construção de um conjunto de relações entre nosso mapa conceitual e um conjunto de signos, dispostos ou organizados nas várias linguagens que significam ou representam os conceitos”⁽¹²⁾.

Para que os significados sejam comuns entre os sujeitos é necessário que, além de compartilharem o mesmo mapa conceitual, eles interpretem de forma semelhante os signos de uma linguagem⁽¹²⁾. Para serem membros da mesma cultura, os sujeitos precisam aprender o sistema e as convenções de representação que circulam no meio social em que vivem. Como referido na literatura, as pessoas que compartilham uma cultura,

[...] internam os códigos que as possibilitem expressar certos conceitos e ideias através de seus sistemas de representação —escrita, fala, gestos, visualização e assim por diante— e interpretar ideias que lhes são comunicadas através dos mesmos sistemas^(12,22).

É por meio das representações culturais que atribuímos determinados significados às coisas e aos sujeitos⁽¹²⁾. Tais significados são, constantemente, produzidos em diversos lugares e práticas sociais. Esse processo encontra-se, na atualidade, intensificado, dada a capacidade dos meios de comunicação de massa para produzir e difundir significados de modo globalizado⁽⁵¹⁾.

Hall destaca a centralidade da cultura na contemporaneidade⁽⁵¹⁾, mostrando como ela penetra em cada recanto da vida social, tendo papel constitutivo do sujeito⁽⁵¹⁾. Para o autor, essa centralidade pode ter um caráter substantivo ou epistemológico. O caráter substantivo é compreendido como “o lugar da cultura na estrutura empírica real e na organização das atividades, instituições, e relações culturais na sociedade, em qualquer momento histórico particular”⁽⁵¹⁾. O caráter epistemológico refere-se “à posição da cultura em relação às questões de conhecimento e conceitualização, em como a cultura é usada para transformar nossa compreensão, explicação e modelos teóricos do mundo”^(51:1).

Ainda segundo Hall, a revolução da informação, fenômeno que vem se intensificado desde o século XX, possibilitou a expansão dos meios de produção, circulação e troca cultural, sustentados principalmente pela mídia. Nesse cenário, a cultura passa a assumir um papel importante na estrutura e na organização das sociedades, nos processos de desenvolvimento do meio ambiente global e na disposição de seus recursos econômicos e materiais⁽⁵¹⁾. No contexto da saúde, podemos citar, por exemplo, a *Aliança Mundial para a Segurança do Paciente*, criada em outubro de 2004 pela OMS, que tem como objetivo dedicar atenção ao problema de segurança nas ações de cuidados em saúde. Sua abrangência é global, buscando coordenar, disseminar e acelerar melhorias para a segurança do paciente em termos mundiais. Entre as seis áreas de atuação enfocadas está

a Higienização de Mãos, considerada como um dos eixos que compõem a segurança do paciente⁽²⁾.

A disseminação da *Aliança Mundial para a Segurança do Paciente* só foi possível porque, atualmente, com a chamada “revolução cultural”, os meios de comunicação em massa, em especial a internet, auxiliam na divulgação da importância das ações preconizadas pela OMS.

Assim, a cultura de um cuidado seguro começa a ser instituída nos serviços de saúde de forma global, entendendo-se que a assistência em saúde nem sempre é segura e que os profissionais precisam voltar um olhar mais atento para suas práticas em saúde, evitando danos aos usuários⁽⁵²⁾.

Os meios de comunicação auxiliam na divulgação de ações destinadas ao controle de doenças infecciosas como, por exemplo, durante o surto de H1N1 em 2009, enfatizando ainda mais a importância da higienização de mãos como uma forma de autocuidado. Além disto, a divulgação pela mídia da existência de surtos de bactérias multirresistentes em ambiente hospitalar, vem indicando que, apesar dos esforços para diminuir as infecções hospitalares, os hospitais continuam sendo um lugar de transmissão de infecção e de riscos à saúde.

Em uma busca na literatura publicada nos últimos dez anos, foram encontrados apenas cinco pesquisas abordando a temática das campanhas de saúde na perspectiva dos Estudos Culturais. As pesquisas encontradas apresentam como temas: HIV/Aids^(53,54), saúde visual⁽⁵⁵⁾, saúde escolar⁽⁵⁶⁾ e prevenção do excesso de peso⁽⁶⁾. Estes estudos serão apresentados brevemente a seguir, destacando-se que, as ações educativas que enfocam apresentaram resultados semelhantes aos da presente pesquisa. Tal conclusão sugere que, mesmo em cenários e práticas de prevenção de doenças distintas, as ações de educação em saúde continuam sendo baseadas na transmissão de informações sobre o risco de adquirir determinada doença e na responsabilização individual pelo controle deste risco.

Um estudo referente às práticas educativas de prevenção e controle do excesso de peso⁽⁶⁾ revelou que, embora essas ações fossem nomeadas e planejadas sob o enfoque da promoção da saúde, eram praticadas por meio de atividades que tinham como objetivo prevenir doenças. A análise das ações de educação em saúde e dos documentos oficiais do Ministério da Saúde indicou que “o excesso de peso era tratado como uma doença que acarretava muitas outras doenças”^(6:164), reforçando a estigmatização desse problema. As práticas educacionais em saúde realizadas pelos profissionais eram pautadas por técnicas de vigilância. Como resultado, ensinavam aos sujeitos certas “tecnologias de si como a confissão, exame de consciência, dietas e atividades físicas, nomeadas como tecnologias do self saudável”^(6:165). Esses cuidados tinham como objetivo melhorar os níveis de saúde

dos participantes e, como efeito, produziram sujeitos que se identificavam em função de suas doenças.

Outro tema investigado na perspectiva dos Estudos Culturais é o modo como a saúde visual/ocular e sua prevenção vem sendo representada no Brasil⁽⁵⁵⁾. No escopo de análise desta pesquisa foram incluídas as campanhas do governo e as propagandas veiculadas na mídia. A autora conclui que as campanhas de saúde visual/ocular produzidas pelo governo operam na lógica da transmissão de informações e persuasão dos sujeitos, ensinando práticas em saúde consideradas ideais à população, analisadas neste estudo como estratégias de governmentação. A análise indicou que as ações do Estado, acadêmicas e de propaganda, que trabalham na perspectiva da promoção da saúde ocular/visual pretendem estabelecer “normas’ que passam a ser aplicadas tanto a corpos que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar”^(56:153). A autora conclui que as políticas preventivas de saúde visual/ocular operam em uma lógica de responsabilização individual, argumentando que as ações de saúde devem ser de responsabilidade compartilhada com a comunidade e órgãos gestores.

Em outro estudo, analisou-se as campanhas de saúde na escola incluídas no Programa Nacional de Saúde Escolar⁽⁵⁶⁾, que tem como foco principal a saúde visual e auditiva das crianças em idade escolar. O estudo conclui que as campanhas de saúde escolar operam na lógica do risco e resultam em um mecanismo de normalização. O risco passa, então, a ter um papel central em várias instâncias sociais que interpelam o sujeito. Segundo a autora, as campanhas focadas em saúde escolar operam na lógica da transmissão de conhecimento, esperando como resultado mudanças comportamentais e novas definições de valores.

Ainda segundo a autora, tais campanhas, embasadas na educação preventiva e na assistência curativa, reforçam os padrões de saúde e estilos de vida saudáveis esperados para a população escolar e a população em geral. Por meio da análise dos materiais das campanhas em saúde na escola, a autora conclui que a família é corresponsabilizada, juntamente com a escola, pelos cuidados em saúde e a prevenção de doenças.

Outra pesquisa que tinha como foco o HIV/Aids, analisou como “as noções de risco, apresentadas nos anúncios das campanhas de prevenção ao HIV/AIDS participam no governo da população”^(54:180). Esta análise foi realizada a partir dos dezesseis anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção ao HIV/Aids entre os anos de 1986 e 2000⁽⁵³⁾. O autor concluiu que tais campanhas transformaram-se ao longo do tempo, passando de um discurso publicitário mais biomédico para um discurso publicitário mais comercial. Assim como em outros estudos descritos acima, o autor revelou que a responsabilidade individual, como estratégia para a prevenção do HIV/Aids, utilizada em tais campanhas, foi o modelo encontrado para modificar o perfil de epidemia.

Em relação aos modos de endereçamento e às campanhas de saúde, outro estudo sobre o HIV/Aids se refere à análise de uma série de vídeos intitulados *Adolescentes: prevenir é sempre melhor*, os quais constituíram o programa *Salto para o futuro*⁽⁵⁴⁾. Esses vídeos tinham como objetivo promover a capacitação de professores para assuntos referentes ao HIV/Aids em adolescentes. Nesse estudo, argumenta-se que os modos de endereçamento dos vídeos são feitos à luz dos pressupostos de quem os produtores pensam que esses adolescentes e esses professores são.

O estudo indica que os professores e os alunos são representados por esses vídeos como sujeitos pedagógicos que precisam aprender sobre HIV/Aids, selecionando saberes considerados importantes para esses sujeitos. Para a autora, esse conhecimento marca uma política de representação do HIV/Aids. Espera-se, a partir dos modos de endereçamento, que os professores adquiram informações sobre a Aids e que os adolescentes tenham um comportamento responsável por meio do conhecimento de práticas de risco. Conforme a autora, esses vídeos atribuíram às “jovens mulheres a responsabilidade por suas práticas sexuais, configurando-se, ao mesmo tempo, os homens jovens como irresponsáveis e naturalmente promíscuos”⁽⁵⁴⁾. O estudo conclui que não se pode esperar uma única resposta aos modos de endereçamento desses vídeos, ou seja, esperar que as mensagens possam influenciar as ações de prevenção de HIV/Aids dos espectadores.

A análise desenvolvida no presente estudo vai mostrar que apesar de ser desenvolvida num ambiente distinto dos cenários descritos nos estudos já realizados, apresentam elementos semelhantes como a esperada mudança de comportamento a partir da transmissão de informações sobre os riscos de adquirir determinada doença e a responsabilização individual.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritivo-exploratória. Conforme descrito na literatura, o método qualitativo se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das atitudes, dos valores, produto das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam⁽⁵⁷⁾. Tais características se mostram coerentes com o objetivo deste trabalho, que busca compreender, por meio do entendimento do olhar dos usuários internados no HCPA, o processo de produção de sentidos das mensagens da campanha “Empoderamento dos Pacientes” e sua influência na adesão dos usuários à esperada atitude vigilante frente ao profissional da saúde, no que tange à prática da higienização de mãos⁽⁵⁸⁾.

4.2 Campo da pesquisa

O trabalho centrou-se na unidade X do HCPA, que é classificado como hospital geral, público e de direito privado, além de ser um hospital universitário, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Na unidade escolhida, estão internados usuários adultos de várias especialidades, portadores de doenças infectocontagiosas, principalmente germes multirresistentes (GMR).

A escolha dessa unidade justifica-se porque, nesse espaço, a CCIH atua mais ativamente por meio de orientação aos profissionais da saúde, aos usuários e acompanhantes de usuários com GMR. A orientação para acompanhantes ocorre por meio da participação em um grupo de acompanhantes de usuários portadores de GMR⁽⁵⁹⁾, que tem como objetivo orientar ações que visem evitar a transmissão cruzada de infecção, além de ações de educação voltadas para a equipe de saúde. Entre os assuntos abordados, destaca-se a campanha “Empoderamento dos Pacientes”, para que usuários e acompanhantes lembrem os profissionais que os atendem de higienizar suas mãos. O grupo de acompanhantes de usuários portadores de GMR ocorre uma vez por semana e conta com a participação de profissionais da equipe da CCIH (enfermeiro, médico, farmacêutico e assistente social) e do enfermeiro da unidade X.

Além da equipe da CCIH, as enfermeiras da unidade X têm como função orientar os usuários sobre os cuidados com GMR. Essa orientação é dada, principalmente, no momento da internação do usuário.

4.2.1 Apresentando a unidade X

Com o objetivo de diminuir os riscos de transmissão cruzada e o tempo de internação, a unidade X foi destinada, desde 2011, à internação de usuários portadores de doenças infectocontagiosas, principalmente de GMR⁽⁵⁹⁾. Nesse espaço, a CCIH é responsável por administrar os leitos e, em conjunto com as enfermeiras da unidade X, realizar atividades interdisciplinares como capacitações, *rounds* e grupo de orientações aos familiares de portadores de GMR.

A unidade X é constituída por 34 leitos, 32 deles semiprivativos e 2 privativos, estes últimos, preferencialmente, internam usuários com tuberculose. Nos leitos semiprivativos, são internados usuários portadores de GMR de diversas especialidades, principalmente clínicos.

A equipe de enfermagem da unidade X é constituída por 8 enfermeiras e 34 técnicos de enfermagem. A equipe da CCIH envolvida nas atividades dessa unidade conta com um enfermeiro contratado e um residente, uma médica contratada, uma assistente social contratada e um residente. A unidade ainda conta, em seu quadro fixo de funcionários, com a equipe da higienização, nutrição e um secretário. As equipes que circulam na unidade são constituídas por fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e médicos que atendem os usuários internados sob os cuidados de sua equipe.

Em decorrência das características dos usuários internados na unidade X, a CCIH recomenda várias medidas para evitar a transmissão de infecção. No caso de portadores de GMR, preconiza-se, entre outros cuidados, as precauções de contato, definidas como a utilização de luvas, avental, materiais individualizados e a higienização de mãos⁽⁶⁰⁾. Para usuários portadores de tuberculose, é preconizado o uso de máscara N95 pelos profissionais, além da higienização de mãos⁽⁶¹⁾.

Ao entrevistar os usuários portadores de GMR na unidade X, tive o cuidado de colar papel *contact* em todos os cartazes e gravador utilizados nas entrevistas para realizar, posteriormente, a desinfecção com álcool a 70%. Da mesma forma, ao entrar no quarto, tive o cuidado de higienizar as mãos, utilizar as luvas e o avental, como forma de evitar a transmissão de infecção.

Alguns usuários entrevistados não eram portadores de GMR, mas portadores de tuberculose pulmonar. Para entrevistar esses pacientes, foi utilizada a máscara NR95, preconizada para o uso dos profissionais que atendem esses usuários.

4.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram como sujeitos desta pesquisa dez usuários internados na unidade X, sete portadores de germes multirresistentes e três portadores de tuberculose pulmonar. Para o dimensionamento da quantidade de sujeitos que fizeram parte desta pesquisa, seguiu-se os critérios de saturação de dados, que é definido como:

[...] a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados⁽⁶²⁾.

Os critérios de inclusão que orientaram a seleção dos sujeitos serão descritos a seguir.

4.3.1 Critérios de inclusão

Para esta seleção, o primeiro critério foi o tempo de internação de, no mínimo, cinco dias, período avaliado como suficiente para que os usuários tivessem lido as informações contidas do cartaz e, principalmente, vivenciado situações de cuidado. Além disso, só foram incluídos no grupo de sujeitos os usuários que não apresentavam limitações física ou clínica que os impedissem de visualizar as imagens e textos dos cartazes e de serem entrevistados.

Houve uma grande dificuldade em encontrar sujeitos para essa pesquisa, pois grande parte dos usuários encontrava-se em um estado avançado da doença, sem condições de serem entrevistados.

4.4 Coleta de informações

A coleta de informações ocorreu entre os meses de dezembro de 2010 e janeiro do ano de 2011 por meio de uma entrevista individual com roteiro semiestruturado (Apêndice A). Antes de iniciar a coleta das informações, foram realizadas entrevistas-piloto para testar as questões formuladas. Essas entrevistas revelaram que os usuários não haviam recebido informações sobre a campanha “Empoderamento dos Pacientes” e também que apresentavam dificuldades em ler o cartaz. Esse fato inviabilizou um dos critérios de inclusão previamente estabelecido no projeto: ter sido exposto à campanha a partir da resposta afirmativa à pergunta “O(A) senhor(a) sabe que, neste hospital, os usuários podem, se quiserem, lembrar o profissional que, antes de lhes prestar cuidados, deve higienizar as mãos?”.

Como os usuários que fizeram parte das entrevistas-piloto não conseguiram visualizar as informações do cartaz fixado na parede da enfermaria, decidiu-se trazer para as entrevistas uma cópia do cartaz para mostrar ao usuário no momento da entrevista. O cartaz selecionado para a entrevista era aquele que estava fixado no quarto. Os usuários não foram expostos a todos os cartazes da campanha. Por essa razão, a entrevista partiu do cartaz que estava fixado no quarto. Os outros cartazes não foram mostrados aos usuários. A partir da seleção por critérios de inclusão, os usuários foram convidados e aqueles que concordaram, puderam definir qual era o momento mais apropriado para serem entrevistados.

Optou-se pela entrevista semiestruturada como principal instrumento de pesquisa porque é uma estratégia que tem se mostrado apropriada em estudos qualitativos, para aprofundar os tópicos que se pretende discutir, explorando o que as pessoas dizem de forma tão detalhada quanto possível e revelando novas áreas e ideias que não foram previstas no início da pesquisa⁽⁶³⁾. A entrevista foi escolhida também por ser a estratégia mais adequada para realizar a investigação junto aos usuários portadores de germes multirresistentes, situação, como já foi descrito, bastante comum na unidade X. O conteúdo das entrevistas foi gravado em equipamento digital mp4, com posterior transcrição para fins de análise.

4.5 Análise das informações

Para análise, foram escolhidos os três cartazes (ANEXOS H,I,J) fixados nas enfermarias da unidade X. Foram excluídos os cartazes fixados nas enfermarias pediátricas.

Para análise das informações, a abordagem escolhida foi a da análise temática proposta por Minayo⁽⁵⁷⁾, a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado. Seguindo o preconizado pela autora, procedeu-se a análise em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Na fase da pré-análise, foram realizadas as transcrições das entrevistas por um estagiário do curso de enfermagem da UFRGS, que depois foram revisadas pela pesquisadora. Após a transcrição, foi feita a leitura exaustiva dessas entrevistas e a organização das informações, de modo a tornarem-se mais claras aos objetivos desta pesquisa. A organização do material seguiu os critérios de validação: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Nessa etapa, foram determinadas as falas e as palavras-chave para a análise das informações.

Na fase de exploração do material, foram feitas a classificação e agregação das falas para, posteriormente, categorizar essas informações. Como recurso, utilizou-se o software N-Vivo 7.0, um programa que possibilita a análise do material de pesquisas qualitativas e possui ferramentas de codificação e armazenamento de textos em categoria específica⁽⁶⁴⁾.

A etapa final de análise possibilitou a interpretação das categorias obtidas, a fim de responder aos objetivos da pesquisa por meio do referencial teórico escolhido.

Para a identificação das falas na análise, a pesquisadora adotou a palavra *usuário*, numerando-os a partir da ordem das entrevistas.

4.6 Considerações éticas

O projeto desta pesquisa foi encaminhado à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, campo deste estudo, atendendo às Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a aprovação do projeto pelo referido comitê (Anexo L), os usuários foram convidados a participar deste estudo e ao aceitarem, assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue aos participantes em duas vias, sendo que uma delas foi assinada pela pesquisadora, ficando com o participante do estudo; a outra, assinada pelo participante, ficou com a pesquisadora. Por meio desse documento, foi apresentado ao sujeito o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário da participação dos participantes, a garantia do anonimato, o destino das informações coletadas, o risco da pesquisa, bem como a autorização para publicação dos resultados. Para garantir o anonimato dos entrevistados, a pesquisadora optou por adotar a palavra “usuário”, seguida de uma numeração de 1 a 10.

Esta pesquisa foi considerada de risco mínimo, porém foi informado aos participantes seus possíveis riscos. Os riscos relacionados à ela poderão estar relacionados ao desconforto relacionado ao desgaste físico de realizar a entrevista.

As gravações realizadas durante a coleta de informações, após a publicação dos resultados do projeto, serão guardadas por um período de cinco anos e, depois, apagadas.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Este capítulo apresentará a análise e a interpretação dos achados da pesquisa. Nas entrevistas, utilizou-se o cartaz que estava fixado na enfermaria. Os outros dois cartazes que compõem o conjunto de artefatos pedagógicos da campanha foram descartados. O descarte se deu ao entendimento de que o usuário, por já estar exposto ao cartaz que fazia parte do ambiente da enfermaria em que estava internado, poderia já ter atribuído algum sentido a ele.

Do processo analítico emergiram três categorias que se relacionam entre si. A primeira categoria, intitulada “Modos de endereçamento e leitura do cartaz: imperfeições e ajustes”, analisa a influência da posição de sujeito nos modos como a leitura do cartaz foi realizada. Na segunda categoria, “A Polissemia da Higienização de Mãos”, estão incluídos os dados referentes às representações da expressão *higienização de mãos* como palavra e ação. Essa segunda categoria se divide em três subcategorias. A primeira subcategoria, denominada “Higienizar as mãos – a construção de um sentido”, é referente à representação da expressão higienização de mãos, destacada na análise em função da sua centralidade e importância para a campanha. A segunda subcategoria, “Higienizar as mãos: seu dever e meu também”, inclui as representações da higienização de mãos como uma ação, destacando-se as representações sobre quem deve realizá-la e por que isso deve acontecer. A terceira subcategoria, “Higienizar as mãos: fragmento do cuidado”, refere-se à informações que são interpretadas na análise como modos de relativizar a importância da higienização de mãos no contexto da unidade X. A última categoria de análise, intitulada “O protagonismo do usuário – o descuidado que se cuida”, apresenta dados sobre as representações e posições de sujeito que influenciaram o protagonismo esperado pela campanha “Empoderamento dos Pacientes”.

Antes de desenvolver a análise, apresento os cartazes da campanha, a fim de facilitar as “idas e vindas” necessárias para sua (re)leitura. A cada cartaz foi conferido um número para identificá-lo ao longo desta análise. À medida que a análise for sendo desenvolvida, serão apresentados os cartazes referidos nas falas.

CARTAZ 1

Figura 1 – Cartaz 1 da campanha “Empoderamento dos Pacientes”.



Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

CARTAZ 2

Figura 2 – Cartaz 2 da campanha “Empoderamento dos Pacientes”.



Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

CARTAZ 3

Figura 3 – Cartaz 3 da campanha “Empoderamento dos Pacientes”.



Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

5.1 Modos de endereçamento e leitura do cartaz: imperfeições e ajustes

Este capítulo inicia pela análise de como a posição dos participantes da pesquisa, em suas dimensões física e social, influenciou a leitura do cartaz². Ao longo da análise, quando utilizo o termo leitura, parto da perspectiva dos Estudos Culturais para argumentar que ela não se resume ao modo como os usuários utilizam sua capacidade visual e que ler também significa dar sentido ao conteúdo do cartaz, atribuindo significados às figuras e às frases nele contidas.

Para que os usuários pudessem acessar as informações do cartaz da campanha “Empoderamento dos pacientes” seria necessário ter a possibilidade de realizar sua leitura. Essa possibilidade está condicionada a diversos elementos. Um primeiro condicionante é a posição física do usuário em relação à do cartaz. A análise das entrevistas indica que nem sempre o cartaz fixado na parede da enfermaria possibilitou a visualização de seu conteúdo, o que sugere que, para escolher o local de fixação do material, esse condicionante não foi levado em conta. A fala a seguir ilustra esse argumento:

Não consigo ver direito, eu não enxergo bem daqui. (Usuário 10)

Atravessado assim, não enxergo nada, só quando passo na frente. (Usuário 7)

Daqui (onde a usuária estava sentada) não enxergo, só quando vou ao banheiro. (Usuário 3)

A unidade escolhida para esta pesquisa possui dois leitos em cada enfermaria, e o cartaz foi fixado próximo à entrada com o objetivo de que os profissionais, ao entrarem no quarto, tivessem acesso a esse artefato pedagógico. Do mesmo modo, o local de fixação foi escolhido para que os usuários pudessem lê-lo enquanto estivessem deitados. Todavia, em nenhum momento foi avaliado, junto ao usuário, se o local onde o cartaz estava fixado permitiria sua leitura.

Durante a realização das entrevistas, outras situações relativas à organização do ambiente foram identificadas como fatores que igualmente dificultavam a leitura do cartaz. Um exemplo foi a posição de um armário fixado no meio da enfermaria e de aventais pendurados na parede, de modo a esconder o cartaz. No cenário da pesquisa, grande parte dos usuários era acamada e com idade avançada. Eles apresentavam incapacidades físicas agravadas pela doença ou diminuição da acuidade visual, o que os impedia de ter acesso ao conteúdo do cartaz, como ilustram as falas abaixo:

² “Cartaz” refere-se ao artefato que está disponível na enfermaria do usuário, utilizado na entrevista.

No meu caso, que é um caso específico, essa distância está ruim para eu ler (o cartaz). Vou precisar de um óculos melhor para longa distância [...]. (Usuário 9)

Não tinha percebido (o cartaz). Eu estou aqui há oito dias e estive bem ruim também. (Usuário 8)

Considerando que a condição e a posição física do usuário limitaram a leitura do cartaz, dificultando ou mesmo impedindo o acesso às informações nele contidas, pode-se argumentar que os modos de endereçamento utilizados na campanha nem sempre acertaram seu alvo⁽¹¹⁾. Além disso, existem outros modos de endereçamento que circulam no hospital, competindo com os da campanha, afetando igualmente a leitura do cartaz. Entre eles está a urgência pela resolutividade da doença, da dor e do sofrimento.

Outro fator que influenciou o acesso ao conteúdo do cartaz é a posição de sujeito que o usuário assume quando está internado. Quando falo em posição de sujeito estou me referindo a identidades que são construídas culturalmente e que são ocupadas na medida em que seus significados convidam o sujeito a assumir essa posição^(12, 65).

No planejamento da campanha, os produtores partiram de uma posição idealizada de sujeito para os usuários. Na campanha, o usuário é posicionado como detentor de certo nível de poder (conferido pelo saber ensinado), que o colocaria em condição de protagonizar ações de autocuidado a partir da interpelação ao profissional que o atende. Assumir ou não essa posição de sujeito interfere nos modos como o conteúdo da campanha é acessado⁽¹²⁾.

Para acessar as mensagens da campanha e os saberes por ela transmitidos, o usuário terá que se sentir convidado a ocupar uma posição de sujeito interessado e atento aos modos de endereçamento utilizados, o que nem sempre aconteceu:

A gente lê aqui, mas não presta muito atenção nas coisas, né?[...] As pessoas, às vezes olham, dão uma ladinha, mas não dão muita importância. (Usuário 6)

Eu vou ser bem sincera, sabe que eu nunca me interessei, nunca prestei atenção naquele cartaz. (Usuário 1)

Não prestei atenção no cartaz. (Usuário 4)

Como referido na literatura, todos os modos de endereçamento estão apoiados em uma posição no interior das relações e dos interesses de poder e saber. O usuário não é simplesmente “posicionado” por um determinado modo de endereçamento, e para ler e dar qualquer sentido ao cartaz da campanha, mesmo que minimamente, ele necessita se envolver com o modo de endereçamento proposto. Nesse sentido, pode-se argumentar que “ainda que de forma mínima, o modo de endereçamento está envolvido nos prazeres e nas interpretações das pessoas – inclusive em sua decisão de simplesmente recusar-se a vê-lo”^(11:24).

A análise sugere que a leitura do cartaz está condicionada ao alinhamento de vários fatores, entre eles a posição social que os usuários ocupam e os modos de endereçamento que circulam no contexto da campanha. Por falta desse alinhamento, foi pequena a representatividade de usuários que leram os cartazes, uma vez que apenas dois usuários haviam lido o cartaz antes da pesquisa. É preciso levar em conta, portanto, que as entrevistas foram, em grande parte, a primeira aproximação dos usuários às informações contidas no cartaz, e foi a partir dessa primeira aproximação que a pesquisa se desenvolveu.

5.2 A polissemia da higienização de mãos

Os três cartazes³ que compõem a campanha “Empoderamento dos Pacientes” são constituídos de vários signos, como palavras, frases e figuras, que podem ser considerados, neste contexto, como diferentes modos de endereçamento⁽¹¹⁾. Esses signos carregam significados distintos, e a leitura que o usuário fará deles dependerá da influência de diversos fatores como, por exemplo, suas experiências de vida, seus conhecimentos, a expectativa de um cuidado responsável e comprometido do profissional, etc. Diferentes usuários deverão fazer diferentes leituras da campanha “Empoderamento dos Pacientes”. A resposta a um determinado modo de endereçamento não é única ou unificada⁽¹¹⁾, pois, para dar sentido aos modos de endereçamento da campanha concretizados nos cartazes, os usuários irão negociar esses sentidos a partir da sua posição de sujeito e dos conflitantes modos de endereçamento que eles vivenciam na internação hospitalar⁽¹¹⁾. Para analisar os sentidos atribuídos às mensagens dos cartazes, utilizo a noção de representação cultural⁽¹²⁾, entendida como uma prática significativa que implica na produção de sentidos por meio da linguagem⁽⁴⁷⁾.

A análise das informações sugere que não há, no contexto da campanha, um sentido único para as mensagens dos cartazes, e que a própria expressão *higienização de mãos* é polissêmica. Essa situação remete ao argumento de que é difícil eliminar a lacuna existente entre os sentidos esperados pelos produtores da campanha como resultado aos modos de endereçamento e a resposta dada pelos usuários⁽¹¹⁾.

³ Utilizo “cartazes” quando me refiro ao conjunto de três cartazes que compõem a campanha e que foram utilizados para as entrevistas.

5.2.1 Higienizar as mãos: a construção de um sentido.

A campanha “Empoderamento dos Pacientes” espera que o usuário assuma uma posição de protagonista no cuidado que lhe é prestado no hospital. Essa posição exige do usuário uma atitude ativa que, nesse contexto, significa pedir ao profissional para higienizar as mãos. Porém, para assumir a atitude esperada, primeiramente é necessário que o usuário entre em contato com a mensagem que se quer comunicar e, em seguida, que tenha alguma compreensão sobre ela. Dentre os vários elementos que compõem os cartazes, recebe destaque, inclusive gráfico, a expressão *higienização de mãos*, escrita sempre em negrito. A ênfase dada a essa prática revela sua centralidade para os objetivos da campanha.

Dado o embasamento teórico da campanha, seguindo o que é preconizado pela OMS para a prevenção da infecção hospitalar, o termo “higienização” que os produtores da campanha esperam comunicar aos usuários tem a ver tanto com a fricção das mãos com álcool gel quanto com a lavagem das mãos com água e sabonete. Na análise das informações, é possível identificar que alguns usuários compartilham dessa mesma representação com os produtores da campanha e com os especialistas que a embasaram.

Olha, eu acho que lavar as mãos e higienizar as mãos é a mesma coisa. (Usuário 10)

Lavar as mãos ou higienizar as mãos é mais ou menos a mesma coisa, ou passa lá (na pia) e lava as mãos, seca na toalha ou só passa (nas mãos) o álcool gel. (Usuário 3)

Apesar de ser possível argumentar que existe certa concordância quanto à representação do termo “higienização de mãos” entre os produtores das mensagens da campanha e alguns dos sujeitos a quem elas são endereçadas, é necessário indicar, também, que existem divergências, como ilustram as falas abaixo:

Lavar é lavar com sabão e com água, com bastante água. Higienizar seria com álcool [...]. (Usuário 6)

Higienizar as mãos quer dizer que as mãos têm que estar limpas com o álcool. (Usuário 4)

A análise indica que a compreensão dos usuários sobre o termo “higienização de mãos” passa pelo compartilhamento de uma representação comum a todos, que é a de uma ação que objetiva limpar as mãos. A diferença entre lavar e higienizar estaria mais no tipo de insumo utilizado. De um lado, lavar as mãos significaria utilizar água e sabonete, de outro, álcool gel.

Essa diferenciação entre lavar e higienizar pode estar atrelada ao fato de que o uso da expressão “higienização de mãos” é relativamente nova, tanto no cotidiano das pessoas quanto no ambiente hospitalar. Por muitos anos, a lavagem de mãos com água e sabonete era a única alternativa para prevenir a transmissão de infecção dentro e fora dos serviços de saúde. A introdução do álcool gel nos serviços de saúde partiu de uma iniciativa da OMS⁽⁶⁶⁾, que, em 2005, lançou o projeto *Aliança Mundial para Segurança do Paciente*. O estímulo ao uso do álcool gel pela OMS se deu, principalmente, porque esse produto é mais eficaz e demanda do profissional um tempo menor para realizar a limpeza das mãos, facilitando assim, sua adesão⁽¹⁾.

Como destaca a literatura, as mudanças sociolinguísticas podem acontecer com o passar do tempo: várias palavras podem cair em desuso e novas expressões passam a substituí-las para dar o mesmo significado. Nesse sentido, a OMS vem tentando, nos últimos anos, modificar a convenção sociolinguística⁽¹²⁾ do que representava “manter as mãos limpas para evitar infecção no contexto hospitalar”, e hoje o que se costumava chamar de lavagem de mãos mudou para higienização de mãos. Para que essa convenção sociolinguística seja compartilhada entre os sujeitos, é necessário que seu sentido seja produzido na prática, pelo trabalho da representação⁽¹²⁾. A fala a seguir ilustra a afirmativa de que a convenção sociolinguística do que é higienização de mãos ainda está em construção.

Lavar as mãos é lavar as mãos, é fazer a higiene, e higienizar eu não sei o que é. (Usuário 7)

Nunca ouvi essa palavra (higienização de mãos). (Usuário 8)

A higienização, além de ser uma palavra nova para alguns usuários, pode não representar o uso do álcool gel. Uma das análises que podem ser feitas é sugerir que o uso do álcool estaria relacionado muito mais com a proteção contra o risco de contrair determinada doença do que com a prevenção de algo inespecífico, como é o caso de infecção hospitalar. Recentemente, por exemplo, durante a epidemia da gripe H1N1, houve farta divulgação na mídia sobre a higienização das mãos com álcool gel como prática de proteção pessoal contra a doença. Essa ênfase, dentro da instituição hospitalar, também foi considerada pelos profissionais na epidemia de H1N1, pois, nesse momento, houve um aumento significativo do consumo do álcool gel pelos profissionais⁽⁹⁾, reforçando a ideia de proteção pessoal. Em contrapartida, a ênfase dada pela mídia não se manteve após o surto, e não houve a mesma ênfase no uso do álcool gel para outros fins.

Além dos sentidos já abordados, outros também podem ser identificados como presentes no contexto da campanha, como ilustram as falas abaixo:

Higienizar as mãos não é a mesma coisa que lavar as mãos, porque daí tem que lavar e passar o álcool nas mãos, se não, não adianta. (Usuário 5)

Pra mim, tanto faz. Aqui no hospital o pessoal (profissionais da saúde) lava as mãos, seca e depois coloca o álcool. (Usuário 1)

De acordo com a literatura, as representações são produzidas a partir de um processo ativo de significação, que depende, dentre outros fatores, da forma como as pessoas fazem uso da linguagem⁽¹²⁾. No contexto desta pesquisa, a noção de linguagem é utilizada como linguagem verbal, constituída a partir da palavra escrita e falada, e como não verbal, expressa por meio das ações e atitudes dos profissionais.

A análise sugere que a representação produzida por esses usuários para as mensagens da campanha ocorreu, principalmente, por meio da leitura da linguagem não verbal captada na observação que fizeram da higienização de mãos dos profissionais. Isso é indicativo de que o hospital é um espaço produtor de significados para o cuidado em saúde e que estes podem, em certa medida, ser conflitantes com as mensagens propostas pela campanha. A fala de um usuário ilustra o quanto as representações de “higienização de mãos” que circulam nesse contexto podem ser confusas e divergentes da mensagem que se quer veicular:

Eu acho assim, lavar as mãos, eu acho que é uma coisa que é mais do que passar um simples álcool gel na mão. Higienizar é uma coisa mais rápida, talvez uma lavagem das mãos meio rápida pra fazer um procedimento que precisa de uma certa urgência. (Usuário 2)

A fala acima sugere que lavar as mãos com água e sabonete é um procedimento que requer mais tempo dos profissionais se comparado com a fricção com álcool gel, o que confere com a realidade, inclusive reconhecida pelos estudiosos do tema e organizações que deliberam sobre medidas de prevenção de infecção^(1,2). Esse fator “tempo” é, justamente, uma das justificativas para se preconizar que a higienização de mãos com álcool gel substitua a lavagem de mãos onde é necessário iniciar uma ação de saúde. Por outro lado, fica implícito na percepção do usuário que, por despender menos tempo, a higienização de mãos com álcool gel não é tão efetiva quanto a lavagem de mãos com água e sabonete.

O desconhecimento dos usuários sobre a eficácia do álcool gel para a prevenção de infecção não está somente relacionada ao fato de que é recente a inserção desse insumo nos serviços de saúde, mas também ao fato de que não faz muito tempo que ele é disponibilizado nos ambientes onde os usuários circulam com mais frequência. No HCPA, por exemplo, foi a partir de 2005 que os dispensadores de álcool gel começaram a ser instalados nos espaços de cuidado. Além disso, apenas em 2010 a ANVISA, agência que

regulamenta as instituições de saúde no Brasil, tornou obrigatório, por meio de uma resolução⁽⁶⁷⁾, o uso de álcool – líquido ou gel – para a higienização das mãos nas unidades de saúde de todo o País. O mesmo usuário descreve o que considera lavar as mãos, inferindo que incluir os braços no procedimento aumenta o tempo de sua realização e sua eficiência:

Eu acho que lavar as mãos mesmo vem de fazer uma higienização boa dos braços também, onde tu tens pêlos, como eu vi no bloco cirúrgico quando fiz a cirurgia. (Usuário 2)

A fala do usuário 5, abaixo, reitera o fator “tempo” como critério para conferir diferença entre as representações de higienizar e a de lavar as mãos, sendo a lavagem considerada um procedimento mais acurado, porque é mais detalhista.

Claro que todo mundo que lava ali não é o correto. Até deu na TV que tem que lavar as mãos e começar a cantar o “Parabéns” e findar pra mão ficar bem lavada. Lavar em cima, embaixo, no meio dos dedos, no pulso. (Usuário 5)

A televisão, assim como outros meios de comunicação, é uma pedagogia cultural que ensina os sujeitos sobre ações de saúde, inclusive sobre a importância da higienização de mãos. Em 2009, com a epidemia da Influenza H1N1, foi intensamente destacada nos meios de comunicação a importância da higienização de mãos como forma de prevenir doenças, e, atualmente, algumas propagandas de sabonete antisséptico incentivam essa prática no cotidiano das pessoas. A fala acima sugere que a compreensão dos modos de endereçamento da campanha pode sofrer grande influência das mensagens apreendidas no cotidiano, inclusive das veiculadas na mídia. Assim, é provável que ficar exposto ao cartaz não signifique, necessariamente, assumir de imediato as representações que a campanha pretende comunicar.

Considerando a análise apresentada até aqui e o embasamento no referencial dos Estudos Culturais, pode-se argumentar que é bastante possível que os modos de endereçamento da campanha têm errado seu alvo. Não há como esperar, portanto, uma única resposta a cada modo de endereçamento empregado.

Os dados sugerem que, no contexto da pesquisa, esta falta de ajuste entre o endereçamento e a resposta⁽¹¹⁾ produziu diversos sentidos à expressão *higienização de mãos*. Esse argumento reforça o que indica a literatura sobre o acesso comum à linguagem ser condição para o partilhamento de sentidos⁽⁵¹⁾, o que, conforme as falas sugerem, ainda não é o caso dos sujeitos da campanha.

5.2.2 Higienizar as mãos: seu dever e meu também

Ainda que os modos de endereçamento dos cartazes tenham um sentido preferencial para seus produtores, ela será sempre interpretada pela forma como os sujeitos a representam⁽⁴⁹⁾. Ao produzirem a campanha, os produtores idealizaram um determinado público, e esse público apresenta características específicas como raça, gênero, idade, classe social e uma cultura que os fazem ocupar uma posição de sujeito que pode ser diferente da esperada pelos produtores da campanha. Do mesmo modo, muito longe de ser uma “caixa vazia”⁽⁶⁸⁾, o usuário tem ideias, valores e concepções sobre a importância da higienização de mãos dentro e fora do hospital. Nesse sentido, as informações desta pesquisa sugerem que não há ajustes perfeitos entre a resposta aos modos de endereçamento idealizado pelos produtores e a leitura que os usuários fazem dela⁽¹¹⁾, e que não foram somente as representações da palavra higienização que influenciaram essa resposta.

A análise indica que os usuários produziram várias representações para a ação *higienização de mãos* por meio dos modos de endereçamento que constituíram os três cartazes da campanha e também por outros modos de endereçamento aos quais os usuários foram expostos. Essas representações incluem a higienização de mãos como uma ação e é referente a quem deve realizá-la e por que deve acontecer.

Uma das representações atribuídas aos modos de endereçamento de um dos cartazes da campanha está relacionada à responsabilidade do profissional em realizar essa ação. As falas a seguir, referentes ao cartaz 1, indicam essa representação:

Figura 1 – Cartaz 1 da campanha “Empoderamento dos Pacientes”.



Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Eu vejo uma médica e o estetoscópio, eu acho que é para lembrar alguma coisa, mas eu não sei o que é. Ela parece que quer cuidar das pessoas que estão aqui, deve ser para lembrar isso. (Usuário 10)

Eu penso que, se você é médico e está com um aparelho, tem obrigação de se preservar e preservar os outros (falando da higienização de mãos). (Usuário 9)

Não só as palavras ou as imagens, mas os objetos em si podem funcionar como signos no processo de representação⁽¹²⁾. Nas falas acima, o estetoscópio representa a figura médica e, com ele, o compromisso do profissional de cuidar das pessoas. Os modos de endereçamento do cartaz, na leitura do usuário, indicam que a função do médico em relação à higienização de mãos implica em um sentido de obrigação do profissional em preservar sua saúde e a do usuário.

Essas representações podem estar associadas a dois signos presentes no cartaz. O primeiro signo refere-se ao estetoscópio e ao jaleco branco, os quais culturalmente representam o médico. A médica, nesse cartaz, está desfocada, e apenas uma parte de seu rosto é visível; a mão direita e o estetoscópio estão em primeiro plano em relação a seu corpo. Esse ângulo da imagem possibilitou o destaque à mão e ao estetoscópio, indicando ser este elemento mais visível ao usuário e mais fácil de ser lido. O segundo signo é a frase contida na parte superior do texto: “Seu médico está aqui para cuidar e escutar você”. Esse modo de endereçamento parece contribuir para que o médico seja representado como um profissional comprometido com o cuidado.

O médico está aqui pra cuidar das pessoas. Eu acho que é isso aí. Eu acho que é para os funcionários terem um pouco mais de consciência de fazer (higienizar as mãos) antes de atender as pessoas. (Usuário 4)

Embora não tenha sido referido pelos participantes da pesquisa, chama a atenção a divergência entre a mensagem escrita que faz referência a um profissional masculino – o médico – e a figura feminina apresentada no cartaz representando explicitamente uma médica. Tal contradição pode ser interpretada como um exemplo do uso (talvez inconsciente) que os produtores da campanha fizeram de suas próprias representações de profissionais da medicina de reconhecida importância, geralmente representados como indivíduos do sexo masculino.

A higienização de mãos realizada pelos médicos, como uma ação que preserva a saúde dos usuários, é reconhecida desde 1846, quando o médico húngaro Ignaz Phillip Semmelweis demonstrou que a febre puerperal que afetava as puérperas era causada pelas mãos contaminadas dos médicos que iam diretamente da sala de autópsia para a de obstetrícia realizar os partos⁽¹⁾. Após mais de 150 anos desde Semmelweis ter evidenciado essa importância e mesmo com todo o investimento em educação, *feedback* e

disponibilidade de insumos, a literatura descreve que, entre os profissionais da saúde, os médicos são, normalmente, os que menos higienizam as mãos⁽¹⁾.

A importância da higienização de mãos antes do cuidado também é referida pela usuária 4. Estudos revelam que a frequência com que os profissionais higienizam as mãos antes do cuidado é menor do que após o cuidado⁽²²⁾, sugerindo que eles realizam o procedimento mais para evitar se contaminar no contato com o usuário do que para protegê-lo. Tais resultados indicam que a higienização de mãos dos profissionais sofre influência de fatores que não são, necessariamente, relacionados ao conhecimento sobre a importância da adesão a essa prática para a segurança do usuário. Segundo a literatura, dentre esses fatores estão a crença pessoal e os hábitos adquiridos durante a vida para evitar contrair uma doença, ou seja, fatores relacionados à aprendizagens pessoais sobre autocuidado⁽⁶⁹⁾.

Ao representarem a higienização de mãos dos profissionais como um ato responsável, os usuários também indicam por que essa prática deve ser realizada. As falas relacionadas ao cartaz 2 e 3 trouxeram elementos para os usuários construírem essa representação:

Figura 2 – Cartaz 2 da campanha “Empoderamento dos Pacientes”.



Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Figura 3 – Cartaz 3 da campanha “Empoderamento dos Pacientes”.



Fonte: Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

(O cartaz) ensina a lavar as mãos. [...] Que todos (os profissionais) tem que deixar as mãos higienizadas, limpas e com cheiro agradável (representando a margarida). (Usuário 7)

A rosa tem que ficar bonita depois de lavar as mãos. (Usuário 1)

Aquela flor (margarida) quer dizer para higienizar bem as mãos. (Usuário 5)

Acho que (o cartaz) é pra higienizar as mãos, para os profissionais higienizarem as mãos sempre. (Usuário 4)

Uma das representações da higienização de mãos sugerida nessas falas tem relação com a percepção de que essa prática resultaria em aspecto e aroma compatíveis com limpeza. Essa associação entre perfume, limpeza e ausência de germes é bastante comum no cotidiano de todos nós, sujeitos do consumo de produtos vendidos com base justamente nessa lógica. A representação da higienização de mãos como algo que resulta no “belo, limpo e com aroma agradável” também emerge, e de modo explícito, nos cartazes, a partir das figuras de flores.

Os usuários parecem compreender que a campanha “Empoderamento dos Pacientes” tem como objetivo conscientizar ou ensinar os membros da equipe de saúde sobre a importância da higienização de mãos. Como refere a literatura, as representações atribuídas aos modos de endereçamento são constantemente produzidas em diversos lugares e práticas sociais⁽⁴⁹⁾. No caso específico do HCPA, onde a higienização de mãos faz parte do cotidiano das ações em saúde, é justificável que essas representações, produzidas no contexto da campanha, sejam coerentes com o que é enfatizado pela OMS⁽²⁾ sobre a importância desse procedimento para a segurança daquele que é cuidado.

Além da beleza e do cheiro agradável que a flor pode representar, a fragilidade das pétalas da rosa também confere sentido às mensagens dos cartazes. Esse sentido parece estar relacionado à necessidade de zelo do profissional para com o usuário e seu interesse em protegê-lo em situações de cuidado, como ilustra a fala a seguir.

Quando eu olho aquela mão levando aquela rosa, com tanto carinho, com tanto afeto, cuidando pra não afetar nenhuma pétala, isso me passa a sensação como se os médicos e a enfermagem [...] estivessem segurando aquela flor pra te proteger [...]. (Usuário 2)

Esse trecho de entrevista sugere que o usuário atribui à rosa um sentido de fragilidade causada pela doença e à mão um sentido de proteção, o que resulta na expectativa de ser protegido por meio de uma assistência segura e por um cuidado que envolve carinho e afeto. Pode ser inferido, também, que, para esse usuário, a campanha pretende promover momentos de cuidado orientados por uma lógica afetiva e de confiança, o que parece se traduzir na expectativa de ser assistido por profissionais responsáveis, que

produzam um cuidado em saúde relacional⁽⁷⁰⁾, protegendo o usuário de efeitos adversos a seu tratamento, incluindo a infecção hospitalar.

A higienização de mãos como uma ação do profissional que previne a transmissão de infecção é outra representação destacada pelos sujeitos desta pesquisa, indicando que o objetivo final dessa ação deve resultar em um cuidado seguro.

Higienizar as mãos é fundamental, por isso que a pia está ali e eles (os profissionais) fazem isso porque é uma maneira de controlar as bactérias para não contaminar outros pacientes. (Usuário 9)

Os profissionais tem que lavar as mãos para não trazer bactérias. (Usuário 4)

Eu acho que é pra não pegar o que eu tenho e pra não passar para as outras pessoas. (Usuário 1)

A prevenção da infecção hospitalar por meio da higienização de mãos é reforçada nos serviços de saúde, principalmente por meio de campanhas que tem como público-alvo os profissionais. Como já foi dito, a campanha “Empoderamento dos Pacientes” tenta divulgar essas informações aos usuários com o objetivo de conscientizá-los sobre a importância dessa ação para evitar danos à sua saúde. No entanto, essas informações não estão necessariamente disponíveis nos cartazes, que, atualmente, são os únicos artefatos pedagógicos que poderiam veicular essa informação.

As falas indicam que os usuários têm conhecimento sobre os riscos de adquirirem uma infecção hospitalar quando essa é negligenciada pelos profissionais no cotidiano dos cuidados em saúde. Tal representação parece ter sido construída por meio da linguagem não verbal dos profissionais, quando esses são observados pelos usuário higienizando as mãos, e por meio de outras mensagens sobre a prevenção de infecção, às quais os usuários foram expostos. Isso indica que o conhecimento sobre a importância dessa ação independe de uma ação educativa formal, reforçando a ideia de que esse conhecimento não é de domínio exclusivo dos profissionais.

A transmissão de infecção pode ocorrer de duas formas. A primeira é a transmissão direta, que ocorre quando os profissionais contaminam o usuário por meio de suas mãos contaminadas. A segunda é a transmissão indireta, quando os profissionais contaminam materiais que posteriormente serão utilizados no usuário, ou quando os profissionais tocam em superfícies contaminadas e logo no usuário, sem higienizar as mãos. Nesse sentido, a literatura reconhece que o ambiente também é um reservatório importante de microrganismos e conseqüentemente uma forma de transmissão de infecção. Para manter uma assistência segura e evitar a transmissão de infecção, é preconizado que o profissional realize a higienização de mãos nos cinco momentos estabelecidos pela OMS⁽²⁰⁾. Esses cinco momentos são: (1) antes do cuidado, (2) antes da realização de um procedimento

asséptico, (3) após o cuidado, (4) após o contato com secreções e (5) após contato com superfícies próximas ao usuário. Esses cinco momentos são observados pelos sujeitos desta pesquisa, representando oportunidades para higienizar as mãos e evitar a transmissão de infecção.

Eles (os profissionais) lidam com um paciente, depois com outro. Por isso eu acho que têm que higienizar bem as mãos, se não podem passar infecção de um para o outro. (Usuário 5)

Porque eles (os profissionais) lidam com tanta gente, pega bactéria essas coisas assim. Eu acho que é importante, pra as mãos ficarem higienizadas pra tratar das pessoas. (Usuário 6)

Eles (os profissionais) têm que fazer isso (higienizar as mãos) para não se contaminar e não contaminar o corredor. (Usuário 10)

Os dados indicam que outra representação atribuída aos modos de endereçamento dos cartazes da campanha é relacionada à prática da higienização de mãos com vistas ao autocuidado. O conceito de autocuidado é “referente à capacidade que as pessoas têm de cuidar de si, desempenhando atividades em seu próprio benefício, a fim de manter a vida, a saúde e o bem-estar próprio”^(71:314). A análise das entrevistas sugere que a frase dos cartazes 1 e 3, “Você também é responsável pela sua saúde”, contribuiu para tal representação.

Eu acho que este cartaz quer dizer que é pra cuidar melhor da saúde, né? (Usuário 1)

Que a gente tem que ajudar a cuidar de si mesmo. (Usuário 8)

Atualmente, a educação em saúde para o autocuidado responsabiliza os usuários a realizarem ações individuais que visam à prevenção de doenças, mas a representação de autocuidado que os produtores da campanha pretendem transmitir tem outro sentido. Na campanha, autocuidado é referente a uma ação dos usuários que busca modificar o comportamento de outro; nesse caso, do profissional. Essa nova representação para o autocuidado pode ser difícil de ser lida e interpretada quando os sujeitos a serem “educados” estão acostumados a ações de educação em saúde que visam o cuidado de si, sem que essa ação impacte no comportamento de outros.

Dessa forma, é possível afirmar que, ao representar a higienização de mãos como uma ação de autocuidado, o usuário passará a valorizá-la durante a internação hospitalar, como uma forma de auxiliar no tratamento. Em relação às oportunidades para higienizar as mãos, a literatura afirma que essa ação é influenciada por aspectos comportamentais e sociais de cada indivíduo^(2,22), e que provavelmente seu conhecimento e experiência irão influenciar essa atitude durante a internação.

A gente cuida, eu vou ao banheiro, lavo as minhas mãos e passo o álcool. A minha guria e meu genro que estão aqui vão ao banheiro, lavam as mãos e passam o álcool. (Usuário 6)

O que eu sei é que, quando termina de ir ao banheiro, tem que lavar as mãos. (Usuário 7)

[...] Aqui, como estou com dificuldade de sair da cama, eu passo o álcool após usar o papagaio. (Usuário 9)

Nós mesmos temos que colaborar e lavar as mãos quando sair do banheiro. Qualquer coisa que a gente tocar, tem que lavar as mãos. (Usuário 3)

A importância da higienização de mãos após as eliminações é uma das primeiras situações em que se aprende o “cuidado de si”. Tal ação é ensinada no núcleo familiar e é referente à necessidade de manter as mãos limpas, não necessariamente para prevenir uma doença⁽²²⁾. A família se constitui em um dos principais espaços de aprendizado sobre saúde, com significados e práticas culturais próprias que são transmitidas para seus membros por meio de acontecimentos e experiências familiares. Ela tem, portanto, uma forte influência na construção de significados e comportamentos que estão presentes na sociedade e no contexto da campanha⁽⁷²⁾.

No contexto da campanha, as ações de autocuidado realizadas pelos usuários não são comuns. O plano de cuidados é, em geral, definido arbitrariamente e em função de critérios técnicos pela equipe que o atende. Os cuidados, propriamente ditos, são assumidos pelos profissionais, levando em conta sua avaliação dos sinais e sintomas da doença e das necessidades de cuidado do doente. Nesse contexto, quanto mais dependente da equipe de saúde for o usuário, mais difícil será realizar ações de autocuidado.

Em relação a situações de autocuidado vivenciadas pelos usuários no hospital, é possível argumentar que essas ações podem ser trabalhadas pelas equipes, principalmente de enfermagem, por meio de práticas de educação em saúde que construam espaços de aprendizado e possibilitem o compartilhamento de saberes. No entanto, as ações destinadas à educação em saúde no cenário hospitalar parecem pouco valorizadas pelos profissionais⁽³⁰⁾ e não contemplam práticas que considerem o conhecimento prévio do usuário.

Essa conclusão vai ao encontro da literatura, reforçando a ideia de que um dos equívocos da educação em saúde é partir do pressuposto que o sujeito da ação não possui nenhum saber sobre determinada prática em saúde^(29,36). Nesse caso, a campanha “Empoderamento dos Pacientes” – que preconiza a interação entre profissionais e usuários, esperando como resultado a melhora de uma ação em saúde – precisaria estimular o diálogo entre esses sujeitos, valorizando o conhecimento prévio do usuário, e, assim, trabalhar a partir de seu entendimento sobre a importância da higienização de mãos.

Entretanto, ao trabalhar com próteses de comunicação⁽³⁸⁾, ou seja, com material impresso destinado a substituir a interação e a comunicação entre usuários e profissionais, a campanha “Empoderamento dos Pacientes” pode não ter o resultado esperado, porque é difícil, por meio desses artefatos, implantar a educação em saúde baseada no compartilhamento de saberes, no diálogo e na aproximação entre os sujeitos envolvidos.

5.2.3 Higienizar as mãos: fragmento do cuidado.

Analisar os sentidos produzidos pelos usuários a partir dos modos de endereçamento presentes nos cartazes da campanha “Empoderamento dos Pacientes”, em uma unidade de cuidados específicos para portadores de GMR, como é o caso da unidade X, implica enfocar, também, os demais cuidados referentes à prevenção de infecção de que necessitam os sujeitos da campanha. Não há como isolar a prática da higienização de mãos de todo um conjunto complexo de cuidados específicos no controle da transmissão de GMR em um ambiente hospitalar. Assim, serão analisadas, neste capítulo, as representações sobre “prevenção de infecção entre portadores de GMR” que emergiram simultaneamente às representações de “higienização de mãos”.

Pessoas portadoras de GMR são uma realidade crescente nas instituições de saúde e demandam cuidados especiais. Germes multirresistentes são microorganismos, predominantemente bactérias, resistentes a uma ou mais classes de agentes antimicrobianos^(61,73). Na maioria dos casos, as infecções clínicas por microorganismos resistentes são semelhantes às infecções causadas por microorganismos sensíveis. Contudo, opções para o tratamento de usuários com estas infecções são limitadas devido à resistência aos antibióticos, causando aumento do custo do tratamento, do tempo de internação hospitalar e mortalidade⁽⁷⁴⁾.

Para diminuir a incidência de GMR e a transmissão cruzada no ambiente hospitalar, várias medidas de contenção de surto^(60,73,75) são recomendadas pela CCIH do HCPA. O atendimento na unidade X é orientado por essas recomendações, que estão listadas abaixo:

- Higienização de mãos, preferencialmente com álcool gel, respeitando os cinco momentos preconizados pela OMS.
- Precaução de contato que inclui o uso de luvas e avental ao tocar no paciente ou em áreas próximas a ele.
- Identificação na porta da enfermaria (por meio de cartazes) e no prontuário do usuário sobre sua condição de portador de GMR.

- Manutenção dos usuários em quarto individual ou coorte (compartilhamento do cuidado por uma mesma enfermaria com outros usuários portadores do mesmo GMR). Esses deverão permanecer dentro da enfermaria durante toda a internação, para evitar a contaminação do ambiente externo.
- Materiais de cuidado como estetoscópio, esfigmomanômetro e termômetro individualizados, e todos os demais materiais que entrarem em contato com o usuário devem ser passíveis de desinfecção com desinfetante apropriado, como, por exemplo, o álcool a 70%.
- O ambiente do paciente, considerado nesse contexto como a cama e grade da cama, mesa e bidê, bomba de infusão ou qualquer material próximo ao usuário, deve sofrer desinfecção com o desinfetante apropriado, como por exemplo, o álcool a 70%.

Os cuidados referidos exigem da equipe de saúde uma organização diferenciada para o cuidado aos portadores de GMR. Ao serem questionados sobre a higienização de mãos dos profissionais, os sujeitos da pesquisa referiram também esses outros cuidados, sugerindo que, nesse contexto, a precaução de contato é indissociável da higienização de mãos como prática para a prevenção da transmissão de infecção.

[...] todo mundo aqui lava as mãos, usa as luvas e coloca o avental. (Usuário 1)

[...] nunca vi eles (os profissionais) saírem sem tirar (o avental e as luvas), botar ali dentro (do lixo) e lavar as mãos. É uma coisa muito boa. (Usuário 9)

[...] É muito importante para o paciente que o profissional higienize as mãos, que pegue o avental para tocar no paciente, que use as luvas. (Usuário 10)

[...] Porque qualquer contaminação que venha de fora, através de aventais ou das mãos pode afetar ainda mais o nosso problema de infecção. (Usuário 2)

Ao serem sujeitos, diariamente, de todo um conjunto de cuidados, os usuários passam a representar a higienização de mãos e a precaução de contato como ações de mesmo nível de importância na prevenção de infecção. A sequência de ações que é seguida a cada atendimento organiza uma espécie de ritual de cuidados. Ao realizarem um atendimento, os profissionais higienizam as mãos, colocam as luvas e o avental e permanecem usando essas duas ferramentas de precaução até que o atendimento esteja finalizado^(60,73). Luvas e avental são presenças bastante destacadas nesse cenário de cuidado, não só por estarem sempre visíveis, mas também porque são um diferencial em relação às ações de cuidado das quais os usuários costumavam ser sujeitos antes de serem portadores de GMR. Por outro lado, a higienização de mãos é uma ação bastante corriqueira em cenários de cuidado, independentemente do problema de saúde do sujeito; por isso, pode passar despercebida. Além disso, o ato de higienizar as mãos pode não ser

tão visível quanto o uso de avental e luva, demandando do usuário certa atenção para ser observada. Considerando esses fatores, pode haver certa relativização da importância da higienização de mãos em detrimento da precaução de contato na prevenção de infecções. Isso vai ao encontro da literatura, que afirma que os usuários, ao serem transferidos para uma unidade de isolamento e vivenciarem uma série de cuidados diferenciados, passam a valorizar essas ações como um conjunto de práticas que evitam a transmissão de infecção⁽⁷⁶⁾.

O uso do avental e das luvas nas práticas de cuidado podem ser elementos para representar⁽¹²⁾ o portador de GMR. Quando o usuário está colonizado⁴ ou infectado por um GMR, não apresenta sinais e sintomas diferentes de um usuário infectado por um germe sensível. O que diferencia um portador de GMR de um usuário sem esse microrganismo são as precauções de contato realizadas pelos profissionais. Nesse sentido, a valorização da precaução de contato pelo usuário pode estar relacionada à concretização da situação de portador de GMR, identificada por meio do cuidado diferenciado a ele prestado.

E eu acho muito importante, então cada um (usuário) tem seus aparelhos (de verificação de sinais vitais), seu “alquinho”, essas coisas. (Usuário 1)

Os instrumentos usados em mim são só em mim e ela higieniza (com álcool) sempre, tenho notado. (Usuário 9)

Até um fato que eu achei fantástico é que a moça veio me trazer água (garrafas descartáveis) e eu disse: Pô, aquela ali eu nem abri, leva essa e deixa a gelada. Ela disse: eu não posso fazer isso: o que está aqui, vai para o lixo. Então, quer dizer, muito legal isso! (Usuário 9)

As informações sugerem que os cuidados aos portadores de GMR são valorizados pelos sujeitos dessa pesquisa, pois remetem a um cuidado mais qualificado e centrado no usuário. A utilização de materiais exclusivos e tratamento diferenciado pela funcionária da copa representam ações de cuidado individualizadas que parecem valorizar o usuário e os cuidados que sua condição de portador de GMR demanda.

Com base na análise dos dados, é possível sugerir que as várias ações e elementos que constituem o cenário de cuidado vivenciado pelo usuário portador de GMR internado no hospital competem com a mensagem principal da campanha, conferindo certa relativização à importância da higienização de mãos nesse contexto. Em relação aos modos de endereçamento da campanha “Empoderamento dos Pacientes”, é possível argumentar que, no contexto da unidade X, ela apresenta uma lacuna referente à prevenção de infecção, que, nesse espaço, deveria incluir a higienização de mãos e também os demais cuidados que demandam um portador de GMR. Para evitar a transmissão de infecção nesse contexto,

⁴ O usuário apresenta o GMR, mas esse não está causando infecção. Nesses casos, o uso da precaução de contato evita a transmissão de germes a outros usuários.

é necessário valorizar as ações de educação em saúde que incluam a higienização de mãos e também outras ações de cuidados preconizadas pela CCIH.

O hospital é um espaço cultural de produção e aplicação de saberes, onde o usuário aprende sobre a importância da higienização de mãos e das precauções de contato. Esse conhecimento parece ser adquirido principalmente pela observação das atitudes e ações dos profissionais que o atendem no contexto onde a prevenção de infecção faz algum sentido. Nessa perspectiva, a análise sugere que, para os usuários que foram sujeitos da pesquisa, a adesão dos profissionais à prática de higienização de mãos é apenas um dos elementos de todo um conjunto de ações de cuidado necessárias para evitar a transmissão de infecção na unidade X.

5.3 O protagonismo do usuário – o descuido que se cuida

Ser protagonista na campanha “Empoderamento dos Pacientes” exige que o usuário assuma uma posição de sujeito que resultaria em uma atitude mais ativa que a comum frente ao profissional da saúde, na medida em que ele deveria intervir na qualidade das ações de cuidado. Antes de assumir tal posição, tomando a decisão de pedir ao médico que higienize as mãos, o usuário avalia diversas questões relacionadas entre si. Para fins de análise, essas questões foram interpretadas separadamente, conforme iam aparecendo nas falas, mas é provável que, no cotidiano, sejam avaliadas pelos sujeitos da campanha de modo simultâneo. Duas questões parecem guiar, de forma mais significativa, as respostas à atitude de protagonismo esperada pela campanha: uma delas referente às representações atribuídas aos profissionais pelos usuários e a outra às posições de sujeito que circulam no contexto da campanha.

A análise sugere que a campanha pode estimular e produzir o protagonismo dos usuários de modo distinto ou até inverso ao esperado. O protagonismo pode, por exemplo, ser expresso por meio de uma atitude de resistência ao que é preconizado nas mensagens da campanha, o que pode estar relacionado ao entendimento do usuário de que interpelar o profissional, cobrando dele atenção à higienização das mãos, é assumir uma atitude solitária, que impõe riscos ao tratamento de sua doença e à boa relação com os cuidadores. Dessa forma, é possível afirmar que a resistência à posição de sujeito protagonista, idealizada pela campanha, não é realizada sem intencionalidade, mas por meio de uma avaliação dos riscos dessa ação, o que pode ser interpretado como protagonismo e atitude de autocuidado. A fala apresentada abaixo ilustra como os usuários expressam essa resistência sem deixarem de destacar que existe uma racionalidade nesta atitude.

Eu acho que não são todos que vão falar. Porque eu acho que, se tu estás no hospital, os médicos, as enfermeiras ou qualquer um que entrar já tem que ter a consciência de já estar com as mãos higienizadas, tudo limpinho. (Usuário 6)

Eu acho que deve (perguntar), mas 99% (dos usuários) não perguntam porque ficam com vergonha. Porque acham que eles (os profissionais) deveriam saber, daí não falam. (Usuário 5)

Eu acho que não é responsabilidade do paciente perguntar ao médico (se higienizou as mãos). Ele (o médico) deveria saber, eu não perguntaria, eu me sentiria mal, acharia chato. (Usuário 8)

A fala dos usuários revela um dos fatores condicionantes para o protagonismo do usuário com vistas à adesão à higienização de mãos dos profissionais. Esse fator está atrelado à representação de profissional como detentor de um saber que lhe confere a responsabilidade de agir em conformidade com esse saber.

É importante notar que a campanha “Empoderamento dos Pacientes” propõe lógica semelhante, preconizando que o conhecimento pode modificar ou influenciar as atitudes dos usuários. Os produtores da campanha esperavam uma atitude mais ativa do usuário nas ações de cuidado dos profissionais por meio do conhecimento adquirido em função da campanha. Como já evidenciado anteriormente na análise dos dados, o conhecimento sobre a higienização de mãos como uma ação de prevenção de infecção pode ser aprendido pelos usuários sem a influência de uma ação educativa formal. Da mesma forma, como já destacado anteriormente nesta e em outras pesquisas^(29,30), esse conhecimento não garante a adoção de uma atitude de protagonismo, como é o caso da atitude idealizada pelos produtores da campanha. Em outros contextos hospitalares, ações de educação em saúde, com ou sem o emprego de materiais impressos, já provaram ter resultados limitados com relação à mudança de comportamento quando focadas apenas na transmissão de conhecimento e na responsabilidade individual^(30,33).

A representação do médico como detentor do saber nos hospitais foi sendo construída desde o século XVIII, quando o saber médico passou a fazer parte desse contexto. O hospital transformou-se em um espaço de acúmulo de saber, de cura e também de formação médica⁽⁷⁷⁾. Os dados indicam que essa representação ainda é fortemente presente nos dias atuais⁽⁷⁸⁾, que a força das revoluções culturais que caracterizaram a vida cotidiana no final do século XX⁽⁵¹⁾ ainda não impactou do mesmo modo a cultura dos serviços de saúde e as relações entre médicos e usuário, permanecendo predominante uma cultura profissional de controle médico em sua relação com os usuários⁽⁷⁹⁾.

Como destacado na literatura, o domínio do conhecimento médico acerca do processo de saúde ou de doença não ocorre apenas nos serviços de saúde, sendo reforçado em vários espaços da mídia, como revistas⁽⁸⁰⁾ e televisão⁽⁸¹⁾. Em um estudo sobre

anúncios vinculados à abordagem dos aspectos da vida, produzidos pela revista *Cláudia*, estes eram enfatizados como “questões médicas” e, para isso, especialistas e instituições da área da saúde orientavam sobre hábitos de vida como dormir bem, comer de forma saudável, etc.⁽⁸⁰⁾. Em relação à televisão, um estudo sobre propaganda de iogurte indicou a vinculação desse produto à ideia de cuidado com o corpo, enfatizada pelos relatos de médicos e nutricionistas⁽⁸¹⁾. Esses estudos evidenciam que a mídia reforça representação do médico como detentor do saber, sendo o usuário interpelado por essa representação em vários momentos da vida.

Eu nunca precisei perguntar, porque todo mundo aqui lava as mãos, usa as luvas e coloca o avental. (Usuário 10)

Eu nunca pergunto, porque eu não tenho por que perguntar para eles. A médica lava as mãos, ela bota o avental, a luva, ela tira, bota fora, lava as mãos, passa o álcool. (Usuário 1)

É muito difícil tu vires alguém entrar aqui sem colocar o avental e lavar as mãos. Vai ter que procurar bastante. (Usuário 2)

Eu até perguntaria para o meu médico, mas ele faz tudo direitinho, aí não precisa. (Usuário 10)

Além dos médicos, os outros profissionais da equipe de saúde também são observados em suas ações de cuidado. Ao se referirem à atenção que os profissionais colocam nessas ações de modo a protegerem os usuários, alguns participantes da pesquisa representam esses profissionais como cuidadores responsáveis. Essa confiança nas ações de cuidado é relatada também em outro estudo, realizado em uma instituição hospitalar, demonstrando que as experiências positivas nas ações de saúde foram associadas pelos usuários à competência técnica e conhecimento dos profissionais⁽⁸²⁾. Ao confiarem nas atitudes dos profissionais, acreditando que eles realizam os cuidados para a prevenção de infecção em todas as oportunidades, os usuários passam a descartar a necessidade de serem vigilantes quanto à qualidade desses cuidados e de assumirem a posição de protagonistas esperada pela campanha “Empoderamento dos Pacientes”.

[...] não sei se tem algum aviso na porta, mas os profissionais jamais entram aqui para fazer algum procedimento sem que botem o jaleco (avental) e as luvas. E nunca vi eles saírem sem tirar, por ali dentro (do lixo) e lavar as mãos. (Usuário 9)

Na observação dos usuários, os profissionais estão constantemente realizando a higienização de mãos e a precaução de contato. Entretanto, essa percepção não encontra respaldo nas pesquisas. Estudos acerca do desempenho dos profissionais relacionadas às medidas de precaução de contato são escassos, mas estudos sobre a higienização de mãos demonstram que essa prática raramente ultrapassa 70% das oportunidades⁽²⁴⁾. Com relação

especificamente à higienização de mãos, vários fatores são referidos nos estudos como condicionantes dessa prática, como fatores culturais, comportamentais, de processos de trabalho e estrutura da instituição^(1,2,15,22,27). Ou seja, é pouco provável que, como percebido pelos participantes da pesquisa, a adesão dos profissionais da saúde à higienização de mãos e às precauções de contato ocorra em todas as oportunidades de cuidado.

Os usuários parecem relacionar a atitude responsável do profissional a seu conhecimento e, no contexto da campanha, à disponibilidade de artefatos pedagógicos para lembrar sobre os cuidados a serem adotados para a prevenção de infecção. No cenário desta pesquisa, existe um cartaz na parte externa da porta da enfermaria da unidade X (invisível para o usuário) em que há informações acerca da precaução de contato. Tal artefato poderia, de fato, estar auxiliando na adesão dos profissionais às ações de prevenção de transmissão de infecção.

Outro fator que influencia a atitude de protagonismo dos usuários é a valorização de outros cuidados em detrimento da higienização de mãos. Ao representar o profissional como um cuidador competente, a negligência da higienização de mãos é aceita quando outra necessidade de saúde é mais urgente, como o alívio da dor. O profissional é visto como aquele que faz as escolhas a partir de prioridades do cuidado e com base no conhecimento e experiência profissional. Como ilustra a fala abaixo, a valorização do profissional pelo usuário pode ser considerada a partir da sua expectativa de cuidado e do acolhimento às suas necessidades. Assim, evitar o sofrimento e aliviar a dor podem ser avaliadas como atitudes mais importantes do que higienizar as mãos.

Eu acho que eles estão tão habituados a atender o paciente rápido, se comparado aos outros andares. [...] Então, às vezes, nesse ímpeto de vir e te ajudar e te tirar a dor, acaba acontecendo (de não higienizar as mãos), mas é raro de ver isso. (Usuário 2)

O conteúdo das entrevistas indica uma possível aproximação ao protagonismo esperado pela campanha “Empoderamento dos Pacientes” em situações em que o usuário se sente colaborador das ações de saúde. Uma dessas situações é referente à percepção do usuário em relação à demanda aumentada de trabalho, que interfere na adesão à higienização de mãos do profissional^(15, 24). Ao observar as dificuldades no cotidiano do trabalho, os usuários valorizam a atitude de protagonismo, reconhecendo-a como um diferencial para o cuidado.

Quando ele (usuário) notar que o médico entrou sem lavar as mãos e colocar as luvas, o que é raro, porque os médicos são bem governados, seria interessante de

pelo menos lembrá-los. Eles fazem isso tão mecanicamente que até pode acontecer um caso de, *fatalmente*⁵, esquecer. (Usuário 9)

Eu acho que o paciente pode perguntar, porque os profissionais correm muito, fazem muitas coisas, então eu acho que a gente pode lembrar. (Usuário 10)

Se eu perguntasse (ao médico), ele faria e não iria nem questionar. Mas eu acredito, tenho essa consciência, de que ele iria lembrar (de higienizar as mãos). (Usuário 9)

Eu perguntaria (...). Eu acho que, de certa forma, ele (o profissional) se sentiria bem. Por um lado, ele está vendo que o paciente está tentando se ajudar no tratamento, está tentando fazer as coisas da maneira correta, que eles pediram pra gente. (Usuário 2)

Se alguém entrar aqui eu posso dizer: lava as mãos, coloca as luvas e o avental. Se alguém esquecer e eu disser alguma coisa, tem uns (profissionais) que vão até agradecer e outros que não vão gostar. (Usuário 10)

Outros fatores que parecem interferir no protagonismo dos usuários são referentes à posição de sujeito ocupada por profissionais e usuários, bem como à experiência dos usuários nesse encontro. As falas indicam a intenção dos participantes da pesquisa em interferir nas ações referentes à higienização de mãos e a precaução de contato, sugerindo que estes se sentem confortáveis em ocupar uma posição de sujeito que confere certa horizontalidade na relação com o profissional. Portanto a experiência de uma relação menos desigual com o cuidador pode influenciar de forma positiva na intenção do usuário em assumir a posição de protagonista no trabalho em saúde. Cabe ressaltar, porém, que a análise sugere que ficou apenas na intenção o ato de interpelar os profissionais para que sigam o que é preconizado para prevenir infecções, já que nenhum dos participantes da pesquisa referiu ter efetivamente tomado essa iniciativa. Isso permite argumentar que o protagonismo estimulado pela campanha “Empoderamento dos Pacientes” não foi concretizado, pelo menos não do modo como se estava esperando.

A intenção de ocupar uma posição de sujeito com autonomia suficiente para intervir na qualidade do cuidado prestado pelos profissionais esbarra na representação que os usuários têm desses cuidadores e das possíveis posições de sujeito que tais profissionais ocupam a partir dessa representação.

Eu acho que não perguntaria, porque eu acho que eles agiriam com desconfiança que não está limpinho para atender. (Usuária 6)

De vez em quando, eu vejo uma das gurias (técnicas de enfermagem) entrarem e não botar avental nem luva. Lavar as mãos, elas lavam, mas não botam avental nem luva pra mexer na medicação. No caso eu não vou falar pra não complicar [...]. Eu não me intrometo, porque se eu levar um xixi eu já dou outro. (Usuária 1)

⁵ Grifo meu.

As falas indicam que a resposta negativa do profissional à demanda do usuário pode ser um fator que impede a esperada posição de protagonismo nas ações de higienização de mãos dos cuidadores. A representação do profissional da saúde como aquele que detém o conhecimento lhe confere certo poder e uma posição de sujeito hierarquicamente superior em relação ao usuário. Nesse sentido, a resposta negativa do profissional à demanda do usuário pode estar relacionada à interpretação de que esse questionamento indica dúvidas sobre seu conhecimento e suas ações de cuidado. Evitar questionar o profissional é manter a posição de submissão culturalmente construída, o que sugere que as “ações humanas são guiadas pela compreensão de como elas são realizadas em nossa cultura, indicando que a cultura regula as nossas ações”^(12:19). A campanha “Empoderamento dos Pacientes” foi a primeira no hospital em questão a propor um rompimento das desiguais e tradicionais posições de sujeito ocupadas por profissionais da saúde, sobretudo por médicos, e pelos usuários. Ser uma espécie de “novidade” nos espaços de relação usualmente vivenciados por esses atores pode ser um forte entrave aos objetivos da campanha. Nesse contexto, não são apenas os usuários que podem ter dificuldades para ocupar as posições de sujeito sugeridas pela campanha, mas também os profissionais. Alguns participantes da pesquisa reconhecem essa dificuldade, como ilustram as falas abaixo:

Eu acho que, assim como existe essa campanha para conscientizar a gente, de que a gente tem que pedir para o profissional lavar as mãos. Eu acho que teria que ter uma campanha para que isso também estivesse, primeiramente, na cabeça do profissional. Que soubesse da importância de que é como um tratamento que eles passam para a gente, a importância de lavar as mãos. (Usuário 2)

Eu acho que os técnicos de enfermagem que trabalham aqui deveriam estar mais conscientes (da importância da higienização de mãos). (Usuário 5)

Ainda com relação ao protagonismo do usuário esperado pela campanha, a análise das entrevistas revela um dado bastante importante: a resistência do usuário em ocupar a posição de sujeito esperada pela campanha não significa falta de iniciativa de autocuidado e protagonismo. O usuário avalia os riscos de adquirir uma infecção e os de uma possível reação negativa do cuidador ao questionamento sobre a higienização de mãos. No primeiro caso, o risco é quase inespecífico e pode ou não se concretizar em infecção. No segundo, o risco é iminente e os prejuízos bastante mensuráveis, o que lhe confere um grau de importância maior do que o risco de adquirir uma infecção. Nesse sentido, ao evitar pedir ao profissional para higienizar as mãos, os usuários estão se protegendo das respostas negativas dos profissionais e de um possível impacto dessa ação em seu tratamento, o que pode ser interpretado como a opção por uma posição de protagonista com vistas ao autocuidado e à autoproteção.

Depende da pessoa (profissional), do jeito dela. Eu não perguntaria. (Usuário 4)

Tem uns médicos que chegam com a cara amarrada, eu não perguntaria. (Usuário 10).

Eles (os usuários) têm vergonha de perguntar para os médicos, porque eles são médicos! [...] E eu acho que eles (os profissionais), acho que não iriam gostar, não sei te explicar por quê. (Usuário 5)

Como destacado na literatura, a reciprocidade do profissional é um fator importante para o usuário se sentir à vontade para interferir nas suas ações^(2,14,29,32). Conforme a literatura, nem sempre as relações entre profissionais da saúde e usuários são positivas⁽⁸³⁾, resultando no distanciamento entre os atores envolvidos. Como indica a literatura, a construção de uma relação assimétrica e autoritária entre profissionais e usuário pode ser o resultado das rotinas de cuidados, impostas de maneira arbitrária pelos cuidadores^(78,82), situação bastante comum em ambientes hospitalares.

As falas sugerem que questionar os cuidadores sobre suas ações de saúde pode produzir no usuário sentimentos como vergonha e constrangimentos, destacados na literatura como impeditivos de uma ação mais ativa do usuário frente à negligência da higienização de mãos dos profissionais^(2,14,29,32). É provável que esses sentimentos sejam produzidos a partir da possibilidade de enfrentamento com um sujeito que ocupa uma posição superior a ele e da constatação que esse questionamento pode ter resultados negativos em seu tratamento.

Os dados indicam que envolver os usuários de um serviço de saúde com vistas à mudança de comportamento dos profissionais implica responsabilizar e comprometer, na mesma medida, todos os atores envolvidos. Desse modo, é possível afirmar que as posições de sujeito esperadas pela campanha exigem mudanças de comportamento também por parte dos profissionais indicando a necessidade de romper com a verticalidade das relações e compartilhando com os usuários seus saberes^(83, 84), sobre a transmissão de infecção.

É possível argumentar que o usuário espera do profissional uma relação horizontal, baseada em uma lógica afetiva e de confiança, em que três elementos parecem necessários para a possibilidade de uma atitude de protagonismo esperada na campanha. O primeiro elemento é referente à escuta ativa, compreendendo que as necessidades dos usuários devem ser ouvidas e não se restringem às queixas referentes à sua doença. O segundo elemento é o diálogo, necessário para a troca de saberes e para a valorização do conhecimento do usuário pelos profissionais, constituindo-se em uma ferramenta útil para fortalecer o vínculo e estreitar as relações entre esses atores⁽⁸⁴⁻⁸⁶⁾. O terceiro e não menos importante é o comprometimento do profissional com o usuário⁽⁷⁹⁾, que não se limita ao

tratamento, mas também engloba a construção de uma relação que valorize a aproximação, estreitando o vínculo e o afeto.

Para que a campanha “Empoderamento dos Pacientes” se efetive, será necessário uma mudança da cultura da instituição⁽⁵³⁾, de modo a estimular e favorecer posições de sujeito protagonista aos usuários e alinhando seus interesses aos interesses institucionais e dos profissionais.

A OMS busca, de forma global, divulgar as informações sobre a importância da higienização de mãos na assistência à saúde e sugere, entre outras ações, envolver os usuários de forma que intervenham nessa prática, em um ato de responsabilidade compartilhado com o profissional e com a instituição. Entretanto, a análise realizada nesta pesquisa sugere que, mesmo que essa ação seja valorizada mundialmente, estratégias que dependem de uma mudança cultural mais específica aos microespaços das relações estabelecidas nos serviços de saúde podem produzir suas próprias resistências, traduzindo-se em “reações defensivas negativas, contrárias à cultura global”⁽⁵¹⁾. É possível afirmar, portanto, que a campanha “Empoderamento dos Pacientes” precisa envolver na mesma medida usuários e profissionais, para abrir espaço à reflexão das atitudes e representações que cada um possui, assumindo de forma compartilhada com a instituição um cuidado mais seguro e responsável.

6 Os limites da campanha para o empoderamento dos pacientes: conclusões e encaminhamentos.

A higienização de mãos é a principal ação para prevenir as infecções relacionadas à assistência à saúde. Tal prática é considerada como parte das ações que visam à segurança dos usuários nos serviços de saúde, embora sua importância não impacte na mesma medida a adesão dos profissionais a essa prática. Várias ações são preconizadas para estimular a higienização de mãos, entre elas a utilização do álcool gel, ações educativas e *feedback* para as equipes. Recentemente, a OMS incluiu a participação do usuário nas ações dos profissionais, visando ao aumento da higienização de mãos. Essa nova abordagem foi utilizada pela CCIH de um hospital universitário em uma campanha intitulada “Empoderamento dos Pacientes”, que, intermediada por um cartaz fixado na enfermaria, esperava uma atitude de protagonismo dos usuários para demandar dos profissionais a higienização de mãos. Vários questionamentos referentes aos sentidos das mensagens da campanha produzidos pelos usuários a partir da leitura dos cartazes e sobre os limites e possibilidades dessa esperada atitude protagonista emergiram ao longo do processo de produção, divulgação e implantação dessa campanha, da qual participei como membro da equipe da CCIH. Busquei responder a esses questionamentos a partir da presente investigação, esperando contribuir não só com as próprias ações educativas desenvolvidas pela CCIH do hospital em questão, mas também de modo mais abrangente, por meio do campo de conhecimento que relaciona educação em saúde e artefatos pedagógicos do tipo campanha.

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa, utilizando como estratégia metodológica a realização de entrevistas com usuários internados em uma unidade de doenças infectocontagiosas, em sua maioria portadores de germes multirresistentes. O estudo foi orientado por dois objetivos. O primeiro foi conhecer e analisar os sentidos produzidos pelos usuários às mensagens dos cartazes da campanha “Empoderamento dos Pacientes”. O segundo objetivo foi analisar os fatores implicados na produção desses sentidos e sua influência na adesão dos usuários à esperada atitude vigilante frente ao profissional da saúde, no que tange à prática da higienização de mãos. A análise dos dados foi embasada no referencial teórico dos Estudos Culturais, articulando-se os conceitos de representação cultural e modos de endereçamento.

Do processo analítico emergiram três categorias: “Modos de endereçamento e leitura do cartaz: imperfeições e ajustes”; “A Polissemia da Higienização de Mãos” e “O protagonismo do usuário – o descuidado que se cuida”.

A análise permite concluir que a fixação do cartaz da campanha “Empoderamento dos Pacientes” na enfermaria não garante sua leitura. A posição e limitações físicas do usuário, sua posição de sujeito e a organização da unidade foram elementos que influenciaram essa leitura, dificultando ou mesmo impedindo que ela fosse realizada. Esse resultado indica que um primeiro ponto a ser considerado no caso da utilização de materiais impressos em formato de cartazes, com o intuito de veicular mensagens educativas em ambientes hospitalares, é a possibilidade de existirem dificuldades para sua leitura. Assim, seria prudente avaliar as condições necessárias para que essa leitura se efetive antes de definir as mensagens a serem veiculadas, as estratégias de veiculação dessas mensagens e seu formato, além dos locais de fixação dos materiais impressos.

Outro aspecto importante a destacar a partir da análise é a produção de diversas representações para a *higienização de mãos*, como expressão e ação. Essas representações não estão, necessariamente, condicionadas aos modos de endereçamento dos cartazes, sofrendo também influência de fatores externos à campanha, como, por exemplo, dos saberes sobre autocuidado aprendidos no cotidiano.

Conclui-se que a expressão *higienização de mãos* é polissêmica, assumindo sentidos nem sempre convergentes com a definição preconizada pela OMS, e que essa polissemia repercute no modo não uniforme como os sujeitos da campanha leem e respondem às suas mensagens. Como ação, a higienização das mãos é representada por esses sujeitos como uma responsabilidade do profissional para manter as mãos limpas e evitar a transmissão de infecção. A observação do comportamento dos profissionais que realizam o cuidado parece ser uma das pedagogias culturais que influenciam tal representação.

Esses achados indicam que os usuários têm conhecimento sobre a importância da higienização de mãos, independentemente de serem ou não sujeitos de uma campanha educativa. A análise reforça o argumento, defendido nas abordagens críticas sobre o tema da educação em saúde, de que, na maioria das vezes, as ações educativas reconhecem o usuário como um leigo em saúde, o que reduz as possibilidades de uma educação pautada no diálogo e no compartilhamento de saberes. No caso específico desta pesquisa, esse argumento se aplica aos saberes sobre higienização de mãos e sua importância no contexto hospitalar.

Outra conclusão que emerge da análise dos dados é que, como portadores de GMR, os sujeitos da campanha representam a higienização de mãos como uma prática de relativa importância em meio a todo um conjunto de ações de precaução de contato, como o uso de aventais e luvas, presenciadas durante a internação. Na ótica desses sujeitos, pedir ao profissional de saúde para higienizar as mãos é apenas uma das exigências necessárias para evitar a transmissão de infecção.

Todas essas representações e sentidos produzidos em torno do tema *higienização de mãos* em contextos internos e externos à campanha repercutem significativamente nas respostas dos usuários às suas mensagens. Além dessas, representações dos usuários em relação aos profissionais da saúde também emergiram na análise como fatores influentes nessas respostas. O profissional é representado pelo usuário como aquele que detém o saber sobre a importância da higienização de mãos para a segurança do paciente. Dessa forma, é de sua responsabilidade agir em conformidade com esse saber, sendo dispensável uma ação protagonista e vigilante do sujeito do cuidado. Nesse caso, o usuário poderia assumir uma posição de sujeito mais passiva, esperando do profissional uma atitude responsável e protetora.

No contexto hospitalar, é comum uma relação verticalizada entre usuários e profissionais, estes ocupando uma posição hierárquica superior. Ao se sentir inferiorizado nessa relação, o usuário pode resistir à posição de sujeito esperada pela campanha, evitando um possível confronto que poderia colocar em risco seu tratamento. Assim, o protagonismo do usuário seria expresso em uma atitude de autocuidado, bastante distinta daquela destacada na campanha. Resistindo a assumir uma posição de sujeito que o colocaria em risco, o usuário protagoniza uma ação consciente em prol de sua saúde ao não interpelar o profissional sobre sua prática. A prioridade seria cuidar de si, antes de cuidar a atitude do outro. Por outro lado, os dados mostram que alguns usuários tem o desejo de interferir nas ações de saúde dos profissionais, principalmente em situações em que percebem que podem ser colaboradores dessas ações. Nesse caso, identifica-se a possibilidade de ocupação de uma posição de sujeito menos submissa ou de uma relação mais próxima ao cuidador.

Para que a ação de protagonismo esperada pela campanha se concretize, não basta a atitude do usuário. É necessário, também, certo alinhamento do comportamento dos profissionais às expectativas desses sujeitos. Para que esse alinhamento se efetive, é indispensável uma mudança cultural na instituição e nas relações entre usuários e profissionais historicamente construídas. Iniciar um processo de horizontalização das relações usuários–profissionais pode ser o ponto de partida para o rompimento das resistências desses sujeitos ao compartilhamento de responsabilidades pelo cuidado.

A conclusão desta investigação não encerra as discussões sobre o tema. A pesquisa não visou indicar modos de endereçamento que possam dar conta de ações que promovam o protagonismo dos usuários em contextos de cuidado hospitalar. Esperar uma única resposta a um determinado modo de endereçamento parece impossível, principalmente em ações que visem a uma mudança de atitude daquele que é interpelado. Entretanto, reflexões sobre a relação entre o endereçamento e as respostas que ele produz contribuem

para repensar o lugar que ocupamos como profissionais, como usuários e, em ambos os casos, como produtores de sentidos no campo da educação em saúde.

Considera-se como limitação deste estudo a característica do campo onde ele foi realizado em que a ênfase das ações de cuidado é a prevenção de transmissão de infecção, o que pode ter influenciado nas respostas aos questionamentos desta pesquisa.

Embora a falta de estudos sobre campanhas educativas em contextos hospitalares tenha dificultado a interlocução com outros achados de pesquisa, este estudo trouxe importantes subsídios para este campo de conhecimento, contribuindo com a análise de ações educativas que visem ao protagonismo do usuário em ações de autocuidado no ambiente hospitalar. Do mesmo modo, esta pesquisa contribui para o estudo de ações educativas mediadas por impressos, colocando em pauta os limites e possibilidades dessas ações. A enfermagem ocupa um espaço importante nesse campo da educação em saúde e na produção de impressos informativo/educativos no contexto hospitalar, embora sejam escassos estudos de enfermeiras que analisem os resultados dessas ações, em especial na perspectiva dos Estudos Culturais. Nesse sentido, recomenda-se a incorporação desta linha de investigação na agenda da enfermagem e na formação dos enfermeiros.

Apesar de os achados desta pesquisa terem demonstrado que há vários limites para o esperado protagonismo dos usuários, campanhas que convidam esses sujeitos a ocupar uma posição mais ativa frente ao profissional devem ser estimuladas. É necessário, no entanto, repensar a produção dessas campanhas e os artefatos pedagógicos utilizados, o envolvimento da instituição e a participação de profissionais dispostos a construir uma relação mais próxima com o usuário, embasada na escuta ativa, no compartilhamento de saberes e no estímulo à colaboração desses sujeitos no conjunto de práticas de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segurança do paciente: higienização das mãos. Brasília (DF); 2007.
2. World Health Organization (WHO). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Genebra; 2009.
3. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. Relatório Anual para o ano de 2010 da Comissão de Controle de Infecção Hospital do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre; 2010.
4. Nascimento NBd, Travassos CMR. O erro médico e a violação das normas e prescrições em saúde: uma discussão teórica na área de segurança do paciente. *Physis*; 2010; 20(2):625-51.
5. Guedes M, Moura F, Miranda A, Maziero ECS, Cauduro FLF, Cruz EDA. Adesão dos profissionais de enfermagem e a higienização de mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. *Cogitare Enfermagem* 2012;17(2): 304-09
6. Camargo TS. O governo dos excessos. Uma investigação das práticas de prevenção e controle do excesso de peso realizadas por profissionais da Atenção Básica em saúde, em Porto Alegre/RS. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Educação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
7. Dulac EBF. Lições de beleza e publicidade nos anúncios publicitários de cosméticos. In: Wortmann MLC, Santos LHS, Ripoll D, Souza NGS, Kindel EAI. *Ensaio em Estudos Culturais, Educação e ciência*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde [homepage na intranet]. 15 de outubro, dia mundial de lavar as mãos. 2011 [acesso em 20/07/2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/lavarasmaos/area.cfm?id_area=1736.
9. Santos RP, Konkewicz LR, Nagel F, Gastal SL, Kuplich NM, Sander G, et al. A pandemic and hand hygiene practices in a hospital in the south of Brazil. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2010;31(12):1313-5.
10. Costa MV, Silveira RH, Sommer LH. Estudos Culturais, educação e pedagogia. *Revista Brasileira de Educação* 2003; (23): 36-61
11. Ellsworth E. Modo de endereçamento: uma coisa de cinema; uma coisa de educação também. In: Tomaz Tadeu da Silva. *Nunca fomo humanos - nos rastros do sujeito*. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2001 09-76
12. Hall S. Representation. *Cultural Representations and Signifying Practices*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage/Open University; 1997.13-75
13. Sladek RM, Bond MJ, Phillips PA. Why don't doctors wash their hands? A correlational study of thinking styles and hand hygiene. *American Journal of Infection Control* 2008; 36(6): 399-406
14. Pittet D. Improving Compliance With Hand Hygiene in Hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2000;21(6): 361-6

15. Rodrigues EAC, Richtmann R. IRAS - Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde - orientações práticas. São Paulo: Sarvier; 2008. 3-11
16. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force 2002.
17. Pittet D. Hand hygiene: improved standards and practice for hospital care. *Current Opinion in Infectious Diseases* 2003;16(4):327-35.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Guia Para Implementação: Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria na higienização das mãos. Brasília (DF), 2008.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília (DF), 2007.
20. Sax H, Allegranzi B, Uçkay I, Larson E, Boyce J, Pittet D. My five moments for hand hygiene: a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection* 2007 set ;67(1): 9-21.
21. Whitby M, McLaws ML. Handwashing in healthcare workers: accessibility of sink location does not improve compliance. *The Journal of Hospital Infection* 2004;58(4):247-53.
22. Whitby M, Pessoa-Silva CL, McLaws ML, Allegranzi B, Sax H, Larson E, Seto WH, Donaldson L, Pittet D. Behavioural considerations for hand hygiene practices: the basic building blocks. *Journal of Hospital Infection* 2007 jan;65(1): 1-8.
23. O'Boyle CA, Henly SJ, Larson E. Understanding adherence to hand hygiene recommendations: The theory of planned behavior. *American Journal of Infection Control* 2001;29(6): 352-60
24. Whitby M, McLaws ML, Ross MW. Why healthcare workers don't wash their hands a behavioral explanation. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2006;27(5):484-92.
25. Martini AC, Dall'Agnol CM. Por que lavar ou não as mãos? Motivos de um grupo de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2005;26(1):88-101.
26. Nicol PW, Watkins RE, Donovan RJ, Wynaden D, Cadwallader H. The power of vivid experience in hand hygiene compliance. *Journal of Hospital Infection* 2009 maio;72(1): 36-42
27. Longtin Y, Sax H, Allegranzi B, Hugonnet S, Pittet D. Patients' Beliefs and Perceptions of their participation to increase healthcare worker compliance with hand hygiene. *Infection control and hospital epidemiology* 2009;30(9):830-9
28. McGuckin M, Storr J, Longtin Y, Allegranzi B, Pittet D. Patient Empowerment and Multimodal Hand Hygiene Promotion: A Win-Win Strategy. *American Journal of Medical Quality* Jan-fev 2010; 26(1):10-7.
29. Oliveira DLLC. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2005;13(3):423-31.

- 30.Oliveira DLLC. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? *Revista Brasileira de Enfermagem* 2011;64(1):185-8.
- 31.Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe, Copenhagen: 2006. Disponível em: <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>,
- 32.Gastal D. É a educação em saúde "saudável"? Repensando a Educação em saúde através do conceito de bio-poder. *Revista Educação e Realidade* 1997;22(1):148-68.
- 33.Maciél MED. Educação em Saúde: conceitos e propósitos *Cogitare Enfermagem* 2009;14(4):773-6.
- 34.Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21(1):200-6.
- 35.Santos LHS, Oliveira DLLC. Gênero e risco de HIV/AIDS nas campanhas de educação em saúde através da mídia. 29ª Reunião Anual da ANPED, Reunião Anual da Associação Brasileira de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED); Caxambu - MG Rio de Janeiro - RJ : ANPED 2006. p. 1-17.
- 36.Freire P. Educação e mudança. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979.
- 37.Ceccim RB. Saúde e Doença: reflexões para a educação em saúde. In: Meyer DEE, Zen MIHD, Xavier MLMF. Saúde e sexualidade na escola. Porto Alegre: Editora Mediação; 1998. p. 176.
- 38.Vasconcellos-Silva PR, Rivera FJU, Rozemberg B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. *Revista Saúde Pública* 2003;37(4):531-42.
- 39.Vasconcellos-Silva PR, Rivera FJU, Castiel LD. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares. *Cadernos de Saúde Pública* 2003 nov-dez;19(6):1667-79.
- 40.Freitas FV, Filho. LAR. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface (Botucatu)* 2010 jan-mar; 15 (36): 243-256.
- 41.Kelly-Santos A, Monteiro SS, Ribeiro APG. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2010;14(32):37-51.
- 42.Rozemberg B, Silva APP, Vasconcelos-Silva PR. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2002 nov-dez; 18(6):1685-94.
- 43.Kelly-Santos A, Rozemberg B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005;10(4):929-38
- 44.Santos AK, Monteiro S, Rozembreg B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2009;25(4):857-67.

45. Escosteguy AC, Jacks N. Comunicação e Recepção. São Paulo: Hacker Editores; 2005.
46. Mattelart A, Neveu E. Introdução aos Estudos Culturais. São Paulo: Parábola Editorial; 2004.
47. Escosteguy ACD. Cartografias dos Estudos Culturais – Uma versão latinoamericana. Belo Horizonte: Autêntica; 2010.
48. Johnson R. O que é, afinal, Estudos Culturais. In: Silva TT. O que é, afinal, Estudos Culturais. Belo Horizonte: Autêntica; 2010. 7-133
49. Kindel EAI. A natureza do desenho animado ensinando sobre homem, mulher, raça, etnia e outras coisas mais. In: Wortmann MLC, Santos LHS, Ripoll D, Souza NGS, Kindel EAI. Ensaio em Estudos Culturais, educação e ciência; A produção do cultural do corpo, da natureza, da ciência e da tecnologia: instâncias e práticas contemporâneas. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. 222-37
50. Braga AV. Modos de endereçamento no currículo: construindo feminilidades e sexualidades no recreio escolar. Pelotas. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade Federal de Pelotas; 2007.
51. Hall S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. Educação & Realidade 1997;22(2):15-46.
52. World Health Organization (WHO). Research for Patient Safety. Better Knowledge for Safer Care. Geneva; 2008.
53. Santos LHS. Biopolítica de HIV/AIDS no Brasil: uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986 - 2000). Porto Alegre. Tese [Doutorado em Educação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
54. Dazzi MDB. Estratégia para endereçar - por uma política de representação do HIV/AIDS: legitimando modos de ser adolescente em "tempos de AIDS". In: Wortmann MLC, Santos LHS, Ripoll D, Souza NGS, Kindel EAI. Ensaio em Estudos Culturais, Educação e Ciência. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2007. 147-170.
55. Souza MF. As campanhas governamentais e a propaganda ensinando a ser opticamente saudável. Canoas. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade Luterana do Brasil; 2006.
56. Santos IUM. Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
57. Minayo MCdS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
58. Ribeiro ET. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Cadernos de Saúde Pública 2005;39(3):507-14
59. Brasil. Ministério da Educação (MEC), Secretaria De Educação Superior - Sesu/Mec . Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Prestação de contas ordinária anual, relatório de gestão do exercício de 2011. Porto Alegre; 2011.

60. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Investigações e Controle de bactérias multirresistentes. Brasil; 2007.
61. Jane DS, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, et al. Health Care Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. *Infection Control*; 2007.
62. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública* 2008 jan;24(1):17-27.
63. Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde Porto Alegre: Artmed; 2009.
64. Guizzo BS, Krzyminski CO, Oliveira DLLC. O Software QSR NVIVO 2.0 na análise qualitativa de dados: ferramenta para a pesquisa em ciências humanas. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 2003 jan;24(1):53-60
65. Silveira MC. Produção de significados sobre matemática nos cartuns. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
66. World Health Organization (WHO). A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. 2009.
67. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 42, de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos, pelos serviços de saúde do País, e dá outras providências.: *Diário Oficial da União* 26 de outubro de 2010.
68. Freire P. Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários a à Prática Educativa. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
69. Guedes M, Moura F, Miranda A, Maziero ECS, Cauduro FLF, et al. Adesão dos profissionais de enfermagem à higienização das mãos: uma análise segundo o modelo de crenças em saúde. *Cogitare Enfermagem* 2012 17(2): 304-9
70. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte - Reescrevendo o Público*. São Paulo: Ed. Xamã; 1998.
71. Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. *Revista enfermagem UERJ* 2008 jul.-set;16(3):313-8.
72. Dessen MA, Polonia AdC. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2007;17:21-32.
73. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, Society for Healthcare Epidemiology of America and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Management of multidrug-resistant organisms in health care settings, 2006. *American Journal of Infection Control* 2007;35(10).
74. Strausbaugh LJ, Siegel JD, Weinstein RA. Preventing Transmission of Multidrug-Resistant Bacteria in Health Care Settings: A Tale of Two Guidelines. *Healthcare Epidemiology* 2006;42:828-35

- 75.Kuplich NM, Gastal SL, Deutschendorf C, Jacoby TS, Lovatto CG, Konkewicz LR, et al. Política de prevenção da disseminação de germes multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Revista HCPA* 2011;31(1):80-9.
- 76.Santos HG, Santos CIL, Lopes DFM, Belei RA. Multirresistência Bacteriana: a vivência de pacientes internados em hospital-escola do município de Londrina - PR. *Cienc Cuid Saude* 2010;9(1): 74-80
- 77.Foucault M. O nascimento do hospital. In: Machado R. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2010.
- 78.Zagonel IPS. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. *Cogitare Enfermagem* 1996;1(2):75-80.
- 79.Vianna LG, Vianna C, Bezerra AJC. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação médica* 2010;34(1):150-9.
- 80.Strim C. Educando o corpo feminino: saúde como um *mais*, corpo molecular e otimização da beleza na revista *Cláudia*. Porto Alegre Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
- 81.Mello LMH. Campanhas publicitárias "vendendo saúde": discurso científico e consumo construindo modelos de vida saudáveis. Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Educação] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
- 82.Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010;20(4):1419-40.
- 83.Soares NV. A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar. Porto Alegre. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
- 84.Espinha TG. Vivências de internação de adultos em hospital geral: repensando o cuidado. Campinas. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Puc-Campinas; 2007.
- 85.Gomes AMA. Hospital Humano: Etnografia da humanização hospitalar na perspectiva de usuários. Natal. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.
- 86.Grippio MLVS, Fracolli LA. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. *Rev esc enferm USP* 2008;42(3):430-6.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada para os usuários**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

Data da entrevista:

Nome:

O(A) senhor(a) sabe que pode perguntar ao profissional da saúde se ele higienizou as mãos antes de realizar algum cuidado no senhor(a)?

Como o senhor ficou sabendo desta informação? Quem lhe falou?

O que quer dizer lavar as mãos? E o que quer dizer higienizar as mãos?

Porque os profissionais que trabalham no hospital precisam higienizar as mãos?

Quando eles precisam higienizar?

Como o senhor ficou sabendo desta informação?

O senhor consegue ver de onde o senhor está este cartaz? De onde o senhor está, o que o senhor vê?

Para ver este cartaz melhor, onde ele deveria estar?

TRAZER O CARTAZ PARA PRÓXIMO DO PACIENTE:

Quando o senhor olha este cartaz, o que lhe chama a atenção?

Para quem foi feito este cartaz?

O que esta foto quer dizer, mostrar?

O (a) senhor (a) pode me explicar com as suas palavras o que este cartaz quer dizer?

O (A) senhor (a) acha que o paciente deve ajudar o médico a lembrar de higienizar as mãos? Porque?

Se não é responsabilidade do paciente, de quem deveria ser?

O senhor já viu algum médico ou outro profissional não higienizar as mãos antes de tocar no senhor?

E se ele não higienizar, o senhor perguntaria? Se sentiria à vontade?

Qual a reação que este profissional teria?

Estes cartazes ajudam o paciente a pedir ao médico para higienizar as mãos? Porque?

Além destes cartazes, existe alguma outra coisa que poderia ser feita dentro do hospital para o paciente se sentir mais à vontade para lembrar o profissional para higienizar as mãos?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIOS

Termo de consentimento livre e Esclarecido para usuários

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **“Os sentidos atribuídos às mensagens de uma campanha para a adesão à higienização de mãos no contexto hospitalar”** que têm como objetivos:

Conhecer e analisar o modo como os profissionais e os usuários interpretam e compreendem as mensagens dos cartazes da campanha *“Empoderamento dos Pacientes”* que circulam neste hospital.

Conhecer os fatores que influenciam a tomada de decisão dos usuários em pedir ao profissional para higienizar as mãos.

Trata-se da dissertação da aluna Carem Gorniak Lovatto, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Esta pesquisa cumpre o que consta na Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora responsável: Dora L. L. Corrêa de Oliveira. Contato (51)9865-7650, e-mail: dora@enf.ufrgs.br

Contato no HCPA: Serviço de Educação em Enfermagem, sala 509, fone 33598606.

Aluna responsável: Carem Gorniak Lovatto. Contato (51) 9976-0906, e-mail: caremlovatto@gmail.com.

Contato no HCPA: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sala 2227, fone: 33598645.

Se você precisar esclarecer dúvidas sobre a sua participação neste estudo, poderá contatar as pesquisadoras ou o comitê de ética do HCPA (fone: 33597640).

Sua participação é necessária para que a pesquisadora possa analisar como você interpreta os cartazes da campanha “Empoderamento dos Pacientes” que trata da higienização de mãos dos profissionais neste hospital.

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA
VERSÃO APROVADA
16 / 11 / 2011
NR 110481

Para obter estas informações será realizada uma entrevista que deverá levar no máximo uma hora. A data e horário serão agendados conforme a sua disponibilidade. Os registros provenientes das entrevistas serão gravadas, e após guardadas por até cinco anos, sendo então, destruídas.

As informações coletadas terão a única finalidade de fornecer informações para a dissertação e dos artigos que dela resultem, sendo garantido que sua identidade será reservada. Da mesma forma, este material não será comercializado e/ou divulgado de forma a prejudicar você.

Sua participação é voluntária e você terá a garantia de não haver qualquer prejuízo queira retirar seu consentimento ou não participar da pesquisa, a qualquer tempo, bem como solicitar que alguma informação não seja divulgada. Fica garantido também que as informações coletadas não irão interferir na assistência à sua saúde dentro do hospital nesta ou em qualquer outra internação que vier a ocorrer nesta instituição.

Os desconfortos possíveis de sua participação poderão estar relacionados ao desgaste físico ao realizar a entrevista.

As informações, geradas por meio desta pesquisa, poderão contribuir para a compreensão da comunicação por meio de cartazes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em especial para a promoção da higienização de mãos.

Uma via deste consentimento ficará com você e outro com a pesquisadora.

Eu, _____, abaixo-assinado(a), informo que fui esclarecido(a), de forma ampla e detalhada, sobre a pesquisa acima apresentada e aceito, livre de qualquer forma de constrangimento ou repressão, participar da mesma.

.....
Ass. Pesquisadora responsável.

.....
Ass. Participante

.....
Ass. Aluna-pesquisadora.

Data: __/__/__

Comitê de Ética em Pesquisas
GPPG/HCPA
VERSÃO APROVADA
18 | 11 | 2011
110481

ANEXO A – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigidos aos profissionais: cartaz tamanho A3 fixado nos murais das áreas assistenciais do HCPA



Você não faria isso
com suas mãos.

Nem deixaria elas
transmitirem doenças aos pacientes.
Higienize sempre suas mãos.



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

www.hcpa.com.br

ANEXO B – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigidos aos profissionais: cartaz tamanho A3 fixado nos murais das áreas assistenciais do HCPA.



ANEXO C – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos profissionais: cartaz tamanho A3 fixado nos murais das áreas assistenciais do HCPA.



Você não quer
correr riscos.

Não deixe que suas mãos levem riscos a outros.
USE SEMPRE O ÁLCOOL GEL.



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE - RS

Arquivo de Comunicação Social HCPA - 14/04/10

ANEXO D – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos profissionais: cartaz tamanho A4 fixado em frente as pias



Higienização das mãos

Um dever de todo profissional da saúde comprometido com a qualidade assistencial.

Feita através do uso de **álcool** ou da lavagem com **água e sabão**, a higienização frequente das mãos evita infecções hospitalares e disseminação de bactérias multirresistentes.



ANEXO E – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes”: folder de divulgação da campanha dirigido aos profissionais



Você não faria isso com suas mãos.

Nem deixaria elas transmitirem doenças aos pacientes.

Higienize sempre suas mãos.

HOSPITAL DE CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

A incidência de bactérias resistentes vem aumentando nos últimos anos em todo o mundo. Vários fatores contribuem para o surgimento da multirresistência bacteriana, mas as baixas taxas de adesão à higiene de mãos e as medidas de precaução de isolamento estão entre as principais causas. **A taxa de higiene de mãos no HCPA nos últimos três anos foi de 56,6%.** Por categoria profissional, essa taxa fica em 75,4% para os enfermeiros, 54,6% para os técnicos e apenas 44,6% para os médicos.

HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS



Com o objetivo de aumentar a segurança de profissionais e pacientes, o HCPA lança campanha educativa sobre a higienização de mãos. Além de lembrar os profissionais de saúde sobre a importância do uso do álcool gel, os pacientes serão estimulados a perguntar ao profissional sobre a higienização de mãos.



Seu médico está aqui para cuidar e escutar você.

Antes do atendimento, pergunte se ele higienizou as mãos.



A mão que traz carinho e cuidado precisa trazer proteção.

Peça ao médico que use sempre o álcool gel antes de atender seu filho.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a higiene de mãos com álcool gel em 5 momentos:

- 1) Antes do contato com o paciente.
- 2) Antes de procedimentos assépticos.
- 3) Após contato com matéria orgânica.
- 4) Após contato com o paciente.
- 5) Após contato com as superfícies que circundam o paciente.

Contamos com a participação de todos os profissionais na tentativa de elevar a taxa de higiene de mãos em nossa instituição, **atingindo a meta de 75% prevista para 2010.**

ANEXO F - Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/pediatria: Cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias.



ANEXO G - Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/pediatria: Cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias.



A mão que traz
carinho e cuidado
precisa trazer proteção.

Peça ao médico que use sempre
o **álcool gel** antes de atender seu filho.



ANEXO H – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/adultos: cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias



ANEXO I – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/adultos: cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias.



Você também
é responsável por sua saúde.

No hospital, siga o tratamento indicado
e ajude seu médico a lembrar de
higienizar sempre as mãos.



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

ANEXO J – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/adultos: cartaz tamanho A3 fixado nas enfermarias.



Você também
é responsável por sua saúde.

No hospital, siga o tratamento indicado
e ajude seu médico a lembrar de
higienizar sempre as mãos.



HOSPITAL DE
CLÍNICAS
PORTO ALEGRE RS

ANEXO J - IMPRESSOS DA CAMPANHA "EMPoderamento DOS PACIENTES" DIRIGIDO AOS USUÁRIOS/ADULTOS: CARTAZ TAMANHO A3 FIXADO NAS ENFERMIARIAS.

ANEXO K – Impressos da campanha “Empoderamento dos Pacientes” dirigido aos usuários/adultos: folder explicativo



Está provado cientificamente que as mãos são as principais transmissoras de doenças, desde uma gripe até infecções mais graves.

Por isso, a higienização das mãos deve ser um hábito sempre presente em nossas vidas.

Ainda mais dentro de um hospital.

Você internou no Hospital de Clínicas para cuidar da saúde, então preste atenção neste detalhe que é muito importante para sua proteção. Peça às pessoas que o acompanham ou visitam que utilizem o álcool gel nas mãos antes de qualquer contato físico, seja para cumprimentar você ou prestar algum tipo de ajuda.

E fique bem à vontade para conversar sobre este assunto com os médicos e enfermeiros que o atendem, perguntando se higienizaram as mãos antes de realizar qualquer exame ou procedimento. Os profissionais vão ficar muito satisfeitos em perceber que você está ajudando a cuidar de sua própria saúde.



ANEXO L – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110481

Data da Versão do Projeto: 11/10/2011

Data da Versão do TCLE: 11/10/2011

Pesquisadores:

DORA LUCIA LEIDENS CORREA DE OLIVEIRA

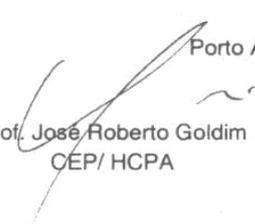
CAREM GORNIAC LOVATTO

Título: Os sentidos atribuídos às mensagens de uma campanha para a adesão à higienização de mãos no contexto hospitalar

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 18 de novembro de 2011.


Prof. José Roberto Goldim
CEP/ HCPA

