



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE  
MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Sílvia Helena Meneguim Bravin**

**HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO  
PRECAUÇÃO SINESTÉSICA, POR  
ININTELIGIBILIDADE HUMANA E  
INSTITUCIONAL PARA O NÃO APARENTE**

**Botucatu  
2021**

Sílvia Helena Meneguim Bravin

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO PRECAUÇÃO  
SINESTÉSICA, POR ININTELIGIBILIDADE HUMANA E  
INSTITUCIONAL PARA O NÃO APARENTE

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de  
Botucatu, para obtenção do título de Mestra em  
Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem Acadêmico.

Profa. Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi  
Orientadora

Botucatu  
2021

## FICHA CATALOGRÁFICA

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Bravin, Silvia Helena Meneguim.

Higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente / Silvia Helena Meneguim Bravin. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu  
Orientador: Silvia Cristina Mangini Bocchi  
Capes: 40406008

1. Higiene das Mãos. 2. Lavagem das mãos. 3. Microbiota.  
4. Equipe de enfermagem. 5. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Equipe de enfermagem; Higiene das mãos; Microbiota; Pesquisa qualitativa.

## FOLHA DE APROVAÇÃO DE MESTRADO

Nome: Silvia Helena Meneguim Bravin

Título: Higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado Acadêmico e Doutorado da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Aprovada em: 22/01/2021.

## BANCA EXAMINADORA

Professora Associada Silvia Cristina Mangini Bocchi  
Orientadora e presidente da comissão

Professora Titular Kazuko Uchikawa Graziano  
Escola de Enfermagem da USP - São Paulo

Professora Associada Wilza Carla Spiri  
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Esta pesquisa recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), por meio de concessão de bolsa Demanda Social (Código de Financiamento 001).

## **DEDICATÓRIA**

*A DEUS, pela eterna possibilidade de poder recomeçar e aprender.*

*Ao meu pai, João Milton, por ter me dado a oportunidade de estudar.*

*À minha mãe, Dirce. Mãe maravilhosa, forte, sábia e guerreira, que me ensinou que o caminho para crescer está pautado no estudo e na honestidade.*

*Ao meu querido amigo Marco Antônio Nagao que me encorajou e me fortaleceu nos momentos mais difíceis, com palavras e pensamentos positivos.*

*À minha amada filha, Marina, razão da minha vida, dos meus sonhos, fonte inspiradora de luta e vitória pela sua felicidade.*

## ***AGRADECIMENTOS***

*Ao meu marido, Luís Fernando, por ter me dado condições de poder realizar este sonho.*

*À equipe de enfermagem do Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, por contribuir prontamente para a realização deste trabalho.*

## ***AGRADECIMENTO ESPECIAL***

*À minha querida amiga, conselheira e orientadora, Profa. Sílvia Cristina Mangini Bocchi, sem cuja doçura, bondade e dedicação não teria sido possível a realização deste sonho. Gratidão eterna a essa mulher maravilhosa.*

## *EPÍGRAFE*

*“Não existem sonhos impossíveis para aqueles que realmente acreditam que o poder realizador reside no interior de cada ser humano. Sempre que alguém descobre esse poder, algo antes considerado impossível se torna realidade”.*

*Albert Einstein*

Bravin SHM. Higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp; 2021.

## RESUMO

**Objetivos:** Compreender a experiência interacional da equipe de enfermagem com a microbiota de suas mãos e com as mensagens para higienizá-las, por meio de cartazes nos cenários de trabalho, assim como elaborar modelo teórico representativo dessa experiência. **Método:** Pesquisa qualitativa, aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas individuais foram audiogravadas e transcritas na íntegra. A saturação teórica deu-se a partir da análise da 17ª entrevista, à luz da Teoria Fundamentada nos Dados, com oito enfermeiros e nove técnicos de enfermagem, a maioria lotada em unidades de internação, com um ou mais anos de tempo de trabalho em hospital público de grande porte do estado de São Paulo. Interpretaram-se a experiência e o modelo teórico à luz dos referenciais teóricos: Interacionismo Simbólico, Teoria do Comportamento Planejado e Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS). **Resultados:** As categorias identificadas e as relações teóricas estabelecidas possibilitaram o desenvolvimento de processo analítico e explicativo das ações e das interações que compõem a experiência, por três subprocessos: (a) concebendo o não aparente dos microrganismos de domínio psicossocial para a ininteligibilidade humana na higienização das mãos; (b) instituição hospitalar elevando a insensibilidade do não aparente; (c) despertando para a higienização das mãos e do ambiente por meio de sensações sensíveis. Mediante o realinhamento dos componentes que formaram esses subprocessos, pode-se descobrir uma categoria designada central que os abarca, constituindo, então, o processo da experiência, denominado: higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente: experiência da equipe de enfermagem. **Considerações finais:** O modelo sinalizou o fenômeno ininteligibilidade humana para o não aparente como um dos maiores desafios psicossociais em arremeter a equipe de enfermagem à higienização das mãos, uma vez que esta é mais suscetível a realizá-la quando exposta a sensações sensíveis (sinestésicas), assim como apontou a própria instituição hospitalar/CCIRAS, elevando essa insensibilidade para o não aparente.

**Descritores:** Higiene das mãos; Equipe de enfermagem; Microbiota; Pesquisa qualitativa.

Bravin SHM. Hand hygiene as a synesthetic precaution, due to human and institutional unintelligibility of the non-apparent [thesis]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp; 2021.

## ABSTRACT

**Objectives:** To understand the interactional experience of the nursing team with the microbiota of their hands and with the messages to clean them, through posters in work scenarios, as well as to develop a theoretical model which is representative of this experience. **Method:** Qualitative study approved by the Research Ethics Committee. The individual interviews were audio-recorded and transcribed in full. Theoretical saturation took place from the analysis of the 17th interview, in the light of the Grounded Theory, with eight nurses and nine nursing technicians, most of whom had been working in the inpatient units of a large public hospital in the state of São Paulo for one or more years. The experience and the theoretical model were interpreted in the light of the theoretical frameworks: Symbolic Interactionism, Theory of Planned Behavior and the National Policies for Humanization of Care and Management Practices at SUS (HumanizaSUS). **Results:** The identified categories and the established theoretical relationships enabled the development of an analytical and explanatory process of the actions and interactions that comprise the experience, by three subprocesses: (a) conceiving the non-apparent of microorganisms in the psychosocial domain for human unintelligibility in hand hygiene; (b) a hospital raising the insensitivity of the non-apparent; (c) awakening to hand and environment hygiene through sensitive sensations. Through the realignment of the components that formed these subprocesses, it is possible to discover a central designated category that encompasses them, thus constituting the process of experience, called: hand hygiene as a synesthetic precaution, in the face of human and institutional unintelligibility of the non-apparent: the experience of the nursing team. **Concluding remarks:** The model signaled the phenomenon of human unintelligibility of the non-apparent as one of the greatest psychosocial challenges in leading the nursing team to hand hygiene, once the nursing staff is more susceptible to perform it when exposed to sensitive sensations (synesthetic), as well as pointed out the fact that the hospital/Hospital Infection Control Committee raises such insensitivity to the non-apparent.

**Descriptors:** Hand hygiene; Nursing team; Microbiota; Qualitative research.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

HCFMB	-	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
FMB	-	Faculdade de Medicina de Botucatu
IRAS	-	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
OPAS	-	Organização Pan-Americana da Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCF	-	Teoria do Comportamento Planejado
TFD	-	Teoria Fundamentada nos Dados
UI	-	Unidade de Internação
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência interacional da equipe de enfermagem com a lavagem das mãos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	19
<b>Quadro 2 - Categoria A1.</b> Lidando como o não aparente: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	56
<b>Quadro 3 - Categoria A2.</b> Invisibilidade microbiológica induzindo o humano ao erro de percepção, julgamento e ação para prevenir a disseminação de patógenos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	58
<b>Quadro 4 - Categoria A3.</b> Deparando-se com dificuldades nas atividades educativas de demonstrar a concretude da microbiota das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	58
<b>Quadro 5 - Categoria A4.</b> Desmotivando-se frustrado por resultados insatisfatórios de intervenções educativas para aumentar adesão à higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	59
<b>Quadro 6 - Subcategoria B1.1.</b> Não promovendo a educação continuada: elementos e códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	60
<b>Quadro 7 - Subcategoria B1.2.</b> Responsabilizando a enfermagem por surtos de infecções e não outros membros da equipe de saúde. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	62
<b>Quadro 8 - Subcategoria B1.3.</b> Não promovendo o conhecimento ou protocolos de prevenção de infecção: elementos e códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	63
<b>Quadro 9 - Subcategoria B1.4.</b> Restringindo o livre acesso aos índices de infecção aos enfermeiros: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	64
<b>Quadro 10 - Subcategoria B1.5.</b> Deixando de compartilhar resultados de auditorias para higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	65

<b>Quadro 11 - Categoria B1.6.</b> Descuidando-se da comunicação visual para higienização das mãos: elementos e códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	66
<b>Quadro 12. Categoria B2.</b> Observando a relação entre sobrecarga de trabalho e o descenso da frequência e qualidade de higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	68
<b>Quadro 13 - Categoria B3.</b> Deparando-se com a estrutura física como barreira para higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	68
<b>Quadro 14 - Categoria B4.</b> Trabalhando com provisionamento quantitativo inadequado de materiais para higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	69
<b>Quadro 15 - Categoria B5.</b> Seção de educação continuada não se responsabilizando por atividades de ensino relativas à infecção hospitalar: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	69
<b>Quadro 16 - Categoria C1 -</b> Defrontando-se com talco nas mãos depois da retirada das luvas: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	70
<b>Quadro 17. Categoria C2.</b> Deparando-se com resíduos do álcool gel e ressecamento nas mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	71
<b>Quadro 18. Categoria C3 -</b> Associando a contaminação das mãos a material biológico aparente: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019...	72
<b>Quadro 19. Categoria C4 -</b> Constatando que está sendo observado: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	72
<b>Quadro 20. Categoria C5.</b> Considerando a higienização das mãos como autoproteção: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019.....	73

## *SUMÁRIO*

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>6</b>
3.1. Tipo de pesquisa.....	6
3.2. Cenário e atores.....	6
3.3. Procedimentos éticos e de coleta de dados.....	7
3.4. Procedimento de análise dos dados.....	8
3.5. Referenciais teóricos.....	10
3.5.1. Interacionismo Simbólico.....	11
3.5.2. Teoria do Comportamento Planejado (TCP).....	13
3.5.3. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS).....	15
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
4.1. Caracterização dos atores.....	18
4.2. A experiência da equipe de enfermagem.....	18
4.3. O modelo teórico.....	32
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>
ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	51
APÊNDICE 1. TERMO CONSENTIDO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.....	55
APÊNDICE 2. QUADROS COM CÓDIGOS RELATIVOS AO PROCESSO DE ANÁLISE.....	57

## 1. INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRASs) são inconformidades que acometem milhares de pessoas em todo o mundo e estão entre as principais morbimortalidades relacionadas às intervenções clínicas, sendo, dessa forma, consideradas um problema de saúde pública que, muitas vezes, poderia ser evitado<sup>(1)</sup>.

Significativa sobrecarga financeira acometendo o sistema de saúde público e o privado, devido ao uso de antimicrobianos de última geração para combater microrganismos multirresistentes, impactando em internações prolongadas, em mortalidade e causando grande transtorno na vida das pessoas acometidas<sup>(1-2)</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em cada 100 pacientes internados, dez, em países em desenvolvimento, e sete, em países desenvolvidos, irão adquirir pelo menos uma IRAS. Centenas de milhões de pacientes, em todo o mundo, são acometidos por IRASs, o que demonstra o grande impacto social e econômico dessas infecções, além de evidenciar a qualidade da assistência nos serviços de saúde atrelados à segurança do paciente<sup>(3-5)</sup>

O crescente custo da saúde, associado à escassez de recursos materiais e humanos e à infraestrutura hospitalar inadequada, é fator preocupante e relevante para o gerenciamento de recursos financeiros e administrativos<sup>(6)</sup>.

Medidas simples e de baixo custo podem ajudar na prevenção das IRASs e no controle dos custos hospitalares, tal como a higienização das mãos<sup>(4)</sup>.

A higienização das mãos é comprovadamente a medida de maior impacto na prevenção e controle das IRASs devido à sua praticidade e custo-benefício, uma vez que impede a infecção cruzada. No entanto, apesar de ser uma ação simples e de baixo custo, o não cumprimento dessa prática entre os profissionais assistenciais de saúde, em âmbito mundial, continua sendo um dos maiores desafios no controle de infecção nos serviços de saúde<sup>(7-8)</sup>.

Sabe-se que as infecções associadas ao processo de cuidar em saúde, muitas vezes, tornam-se invisíveis, mas desafiam continuamente as instituições de saúde em seu enfrentamento<sup>(9)</sup>.

Nesse sentido, a OPAS e OMS lançaram o *slogan* mundial: “*Uma Assistência Limpa é Uma Assistência Mais Segura*”, como primeiro desafio global na segurança

do paciente, envolvendo ações para aumentar a adesão e a eficiência da higienização das mãos nos serviços de saúde<sup>(10)</sup>.

A higienização das mãos é, sem dúvida, um indicador de qualidade assistencial associada à segurança do paciente, condição que exige a prevenção de infecção como a principal estratégia para o fortalecimento de suas intervenções, lembrando que a higienização das mãos no momento certo salva vidas<sup>(11)</sup>.

Em virtude desse contexto, o tema higiene efetiva das mãos tem sido enfaticamente abordada no mundo, em face de sua relevância para a redução de IRASs. Dessa forma, pesquisadores vêm tentando aprofundar seus conhecimentos acerca do monitoramento e estratégias para ampliar a adesão dos profissionais de saúde à prática de higienização das mãos<sup>(7,12)</sup>.

Ressalta-se que os profissionais da saúde têm papel primordial no processo de disseminação de microrganismos patogênicos e, nesse sentido, a equipe de enfermagem, por ter maior contato com o paciente, ocupa lugar de extrema importância na prevenção e controle das infecções. Para isso, é necessário que permaneça atualizada para desempenhar suas funções fundamentadas em evidências científicas<sup>(13)</sup>.

Contudo, estudos mostram que, apesar de os profissionais terem conhecimento sobre a importância da higienização das mãos na prevenção de infecção, a taxa de adesão a essa prática ainda é considerada muito baixa<sup>(14-15)</sup>.

Considerando o cenário mundial, a OMS recomenda o uso de estratégia multimodal, por meio da implementação de várias ações, para enfrentar diferentes obstáculos e barreiras comportamentais relativas à adesão dos profissionais à higienização das mãos<sup>(16)</sup>.

Os componentes-chave dessa estratégia são: (1). Alteração de sistema: assegurar que a infraestrutura necessária esteja disponível para permitir a prática de higienização das mãos pelos profissionais de saúde. Isso inclui dois elementos essenciais: - acesso a um fornecimento contínuo e seguro de água, bem como de sabonete líquido e papel-toalha; - acesso imediato a preparações alcoólicas para a higienização das mãos no ponto de assistência; (2). Formação/Educação: fornecer a todos os profissionais de saúde capacitação regular sobre a importância da higienização das mãos, com base na abordagem “Meus Cinco Momentos para a Higienização das Mãos” e os procedimentos corretos para a fricção antisséptica e higiene das mãos; (3). Avaliação e *feedback*: monitorar as práticas de higienização

das mãos e a infraestrutura, juntamente com as percepções e os conhecimentos relacionados entre os profissionais da saúde, fornecendo aos funcionários retroalimentação sobre desempenho e resultados; (4). Lembretes no local de trabalho: alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos e sobre as indicações e procedimentos adequados para realizá-la; (5). Clima de segurança institucional: criar um ambiente e percepções que facilitem a sensibilização sobre questões de segurança do paciente, garantindo a consideração de melhoria da higienização das mãos como máxima prioridade em todos os níveis, incluindo: (a) a participação ativa em nível institucional e individual; (b) a consciência da capacidade individual e institucional para mudar e melhorar (autoeficácia); (c) parcerias com pacientes e organizações de pacientes<sup>(17)</sup>.

Para essa proposta, cada componente merece esforços igualmente importantes, específicos para alcançar a efetiva implementação e manutenção. Contudo, um, em específico, despertou-nos inquietação: o componente quatro, relativo a cartazes utilizados no local de trabalho para alertar e lembrar os profissionais de saúde sobre a importância da higienização das mãos, indicando procedimentos adequados para realizá-la<sup>(10)</sup>.

Esse contexto, associado a resultados de estudo apontando nenhuma mudança observada onde existiam apenas cartazes e folhetos afixados, sem que houvesse atividades educacionais concomitantes<sup>(18)</sup>, e a escassez de pesquisas sobre o objeto arremeteram às primeiras inquietações:

— Como se configura a experiência interacional da equipe de enfermagem com cartazes sobre higienização das mãos, afixados no cenário hospitalar?

Outra inquietação que influenciou na proposição deste estudo foi:

— Como essa mesma equipe vem interagindo com a situação de invisibilidade da microbiota em suas mãos?

Essas perguntas advêm da suposição de o fenômeno invisibilidade da microbiota das mãos constituir uma das barreiras à adesão desses profissionais ao procedimento higienização das mãos, inferência esta decorrente de resultados de estudos na área da saúde e, especificamente, sobre as situações de risco demonstrarem pessoas mais atentas e com maior competência e habilidade de lidar com situações sensíveis (concretas), quando comparadas aos eventos não capturados pelos sentidos. Estes assumem características de invisibilidade (não

concretude), arremetendo as pessoas ao distanciamento de situações reais de saúde e dos riscos que se instalam silenciosamente<sup>(19-20)</sup>.

Para responder às inquietações e às conjecturas, delinearão-se os objetivos deste estudo.

## 2. OBJETIVOS

- Compreender a experiência interacional da equipe de enfermagem com a microbiota de suas mãos e as mensagens para higienizá-las por meio de cartazes nos cenários de trabalho.
- Elaborar modelo teórico representativo dessa experiência.

### 3. MÉTODO

#### 3.1. Tipo de pesquisa

A apreensão do objeto de estudo “experiência interacional da equipe de enfermagem com a microbiota de suas mãos e as mensagens sobre higienização das mãos por meio de cartazes” demandou pesquisa qualitativa interpretativa, na abordagem da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), conduzida segundo os *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*<sup>(21)</sup>.

A pesquisa qualitativa é uma forma de investigação social que retrata o sentido adotado pelas pessoas em suas experiências e no mundo no qual elas vivem. Tem a finalidade de compreender, descrever e interpretar fenômenos sociais conforme percebidos pelos indivíduos, grupos e culturas. Pesquisadores utilizam as abordagens qualitativas para explorar comportamentos, sentimentos e experiências de pessoas e descobrir o âmago de suas vidas. Os teóricos que utilizam a TFD, conhecida internacionalmente como *Grounded Theory*, investigam processos e interações sociais<sup>(22)</sup>.

#### 3.2. Cenário e atores

Realizou-se a pesquisa em hospital público do estado de São Paulo, com abrangência populacional de dois milhões de pessoas, provenientes de 75 municípios. Com área de construção de 70 mil m<sup>2</sup>, o hospital dispõe de 385 leitos, com perfil de até 417 leitos operacionais e 52 leitos instalados de UTI (30 adultos, 15 neonatais e sete pediátricos), 198 consultórios médicos e 31 salas especializadas. Realiza, em média, dois milhões de exames, 650 mil consultas, 25 mil internações e 12 mil cirurgias por ano.

Essa instituição conta com um centro avançado de diagnósticos clínicos e por imagens; possui serviços de quimioterapia, hemodiálise, endoscopia, hemocentro e endoscopia; moderno centro cirúrgico geral com 13 salas em funcionamento e capacidade para 18 cirurgias e centro obstétrico com três salas. Dispõe de três salas para atendimentos cirúrgicos ambulatoriais e conta com 1.164 servidores técnico-administrativos, 276 médicos/docentes, 32 enfermeiros/docentes, 330 residentes e 78 aprimorandos.

Desta pesquisa participaram dois grupos amostrais (“E” e “T”), constituídos por membros da equipe de enfermagem: enfermeiros responsáveis por unidades de internação (E) e técnicos de enfermagem (T).

Selecionaram-se os enfermeiros aleatoriamente, com base na lista de contatos fornecida pela Gerência de Enfermagem do cenário estudado e, a partir dela, levantaram-se os contatos e convidaram-se os técnicos de enfermagem alocados em suas unidades, a princípio em unidades de internação e, posteriormente, na UTI. Contudo, percebeu-se que a experiência dos alocados na UTI era semelhante à dos técnicos de enfermagem das unidades de internação, portanto, decidiu-se não progredir com as coletas com esses profissionais. Como critérios de inclusão, os atores, além de aceitarem participar da pesquisa, deveriam estar trabalhando na instituição há mais de um ano.

### **3.3. Procedimentos éticos e de coleta de dados**

Realizou-se a coleta de dados após aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa – CEP (CAAE 1 15786719.7.0000.5411, Parecer: 3.448.724) (Anexo 1) e assinatura do Termo Consentido Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa (TCLE) (Apêndice 1).

A técnica de coleta de dados deu-se por entrevista individual. Foi realizada de setembro a outubro de 2019 (antes da chegada, ao Brasil, da pandemia COVID-19), com duração entre 15 e 20 minutos, pela própria pós-graduanda, que estava preparada para conduzir entrevistas não diretas e em profundidade, sob a supervisão de sua orientadora.

O primeiro contato com os atores se deu por telefone, e mediante o aceite do convite, agendavam-se o local e o horário para realização das entrevistas. As entrevistas ocorreram em local de escolha dos participantes, de maneira a salvaguardar o sigilo e o anonimato das participações, assim como o de suas informações. Teve-se o cuidado de receber os atores em sala privativa, devidamente preparada com aparelho de gravação. Posteriormente, a entrevistadora se apresentava, agradecendo a presença do participante e fazia a leitura do TCLE, culminando na assinatura do documento de concordância. Todos os enfermeiros e técnicos de enfermagem convidados aceitaram e não desistiram de participar da pesquisa, inclusive concordaram em ler e validar a experiência e o modelo teórico

configurados a partir da análise das entrevistas concedidas, não sendo necessárias novas coletas.

De posse do TCLE assinado, a entrevistadora realizava a contextualização da infecção hospitalar como problema de saúde pública mundial e de responsabilidade do profissional, assim como da recomendação da estratégia multimodal da OMS, para a implementação de várias ações relativas à adesão dos profissionais à higienização das mãos<sup>(16)</sup>. No final de sua explanação projetava, em tela, três figuras (Figuras 1, 2 e 3), sendo a “1” com uma mão aberta desnuda, para que representasse “mãos limpas” quando o entrevistado a comparasse com a Figura “2”, com microrganismos estilizados, e a Figura “3”, com um cartaz mostrando o procedimento correto de higienizá-las, ou seja, as duas últimas emitiam mensagens sobre a concretude da microbiota das mãos e a necessidade de se realizar o procedimento corretamente.

Durante o desenvolvimento da entrevista, o entrevistador fazia três perguntas norteadoras:

- *Como tem sido a sua experiência na prevenção e controle das IRASs?*
- *Como é lidar, no cotidiano, com a não concretude da microbiota de suas mãos?*
- *Como tem se configurado a sua experiência, ao longo do tempo, com cartazes sobre higienização das mãos?*

		
<p>Figura 1. Foto de uma mão sinalizando a mão aparentemente limpa.</p>	<p>Figura 2. Foto de cartaz afixado acima de pias para higiene das mãos, no local de estudo.</p>	<p>Figura 3. Foto de cartaz afixado acima de pias, com a técnica de higienização das mãos, no local de estudo.</p>

### 3.4. Procedimento de análise dos dados

Ao término das entrevistas, estas foram transcritas na íntegra, submetidas à análise manual pela pós-graduanda e validadas pela orientadora com formação e experiência em operacionalizar os passos do referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)<sup>(23)</sup>, conforme os passos descritos:

(1º) *Microanálise*: realizou-se a análise detalhada, linha por linha, das entrevistas, necessária para gerar categorias iniciais (com suas propriedades e dimensões), sugerindo relações entre elas e uma combinação de codificação aberta e axial;

(2º) *Codificação aberta*: efetivou-se o processo analítico dos dados, por meio do qual se identificaram os conceitos, suas propriedades e dimensões. Nessa etapa, reduziu-se grande quantidade de dados codificados, ao nomear agrupamentos de itens (códigos) com similaridade de significados e, conseqüentemente, de elaboração de conceitos. Um conceito é a representação abstrata de evento, objeto, ação ou interação que um investigador identifica como sendo significativa nos dados. No referencial metodológico utilizado, as categorias são conceitos derivados dos dados que representam fenômenos. Os conceitos começam a se constituir quando o analista inicia o processo de agrupá-los ou classificá-los em termos mais abstratos, em categorias;

(3º) *Codificação axial*: conduziu-se o processo de relacionar as categorias às suas subcategorias, segundo suas propriedades e dimensões, sistematicamente. Etapa de análise importante para a construção da teoria;

(4º) *Codificação seletiva*: por fim, executou-se o processo de integração e de aprimoramento da teoria. Na integração, organizaram-se as categorias em torno de um conceito central (categoria central), por meio do emprego de várias técnicas: descrição da história, utilização de diagramas, classificação e notas de revisão.

Conforme preconizado por esse tipo de pesquisa, as etapas de coleta e análise dos dados se deram, concomitantemente, até que se obtivesse a saturação teórica, a partir da análise da oitava entrevista com enfermeiros, e da nona, com técnicos de enfermagem, as quais geraram experiências semelhantes e, portanto, possibilitaram a metassíntese das experiências e modelos teóricos, que foi, em decorrência, designada experiência da equipe de enfermagem.

Por fim, a experiência e o modelo teórico apresentados foram validados pelos atores, após a solicitação das pesquisadoras para que realizassem a leitura e

avaliassem se estes reproduziam suas experiências e se havia alguma informação a complementar ou suprimir. Por unanimidade os autores aprovaram e não sugeriram mudanças.

Na TFD, a amostragem se dá por saturação teórica, quando nenhum dado novo ou relevante emerge, ou seja, quando as informações começam a ser repetidas e dados novos ou adicionais não são encontrados; quando as categorias se apresentam bem desenvolvidas e relacionadas, de forma a configurar o modelo teórico<sup>(23)</sup>.

A TFD foi desenvolvida inicialmente por dois sociólogos americanos - Barney Glaser e Anselm Straus, em 1967<sup>(23)</sup>.

É um referencial metodológico interpretativo e sistemático, cuja finalidade é construir indutivamente uma teoria assentada nos dados. Segundo seus idealizadores, o método consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir das informações resultantes e analisadas sistematicamente e comparativamente<sup>(23)</sup>.

A pesquisa interpretativa deriva do reconhecimento básico dos processos interpretativos e cognitivos inerentes à vida social e enfatizados nas abordagens de estudos qualitativos e de pesquisas indutivas.

Na TFD, o investigador busca processos que estão ocorrendo na cena social, partindo de uma série de hipóteses, que, unidas umas às outras, podem explicar o fenômeno, combinando abordagens indutivas e dedutivas<sup>(24)</sup>.

A teoria fundamenta-se nos dados, não num corpo existente de teoria, mas busca-se acrescentar novas perspectivas ao entendimento do fenômeno, estabelecendo categorias conceituais que servem para explicar o dado. Dessa forma, a teoria é gerada por um processo de indução, cujas categorias analíticas emergem dos dados e são elaboradas conforme o trabalho progride<sup>(23-25)</sup>.

Em 1986, Chenitz e Swanson consideraram a TFD um método sistemático de coletar, organizar e analisar dados que são extraídos do mundo empírico, aquele onde os enfermeiros desenvolvem a sua prática e buscam compreendê-la profundamente, portanto, produzindo conhecimento por meio de teorias relativas ao seu processo de trabalho<sup>(26)</sup>.

### 3.5 – Referenciais teóricos

Primeiramente, estabeleceu-se o Interacionismo Simbólico como referencial teórico para interpretar a experiência e o modelo teórico emersos, contudo, à medida que a análise foi se consolidando, fez-se necessário associar outros referenciais.

A contento, elegeu-se o segundo referencial teórico: a Teoria do Comportamento Planejado (TCP)<sup>(27)</sup> teve a finalidade de fundamentar estratégias de enfrentamento do fenômeno ininteligibilidade humana para o não aparente.

Por último, adotou-se a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS)<sup>(28)</sup>, especificamente, para aprofundar a interpretação do modelo teórico sobre a influência do estilo de gestão na percepção dos membros da equipe de enfermagem quanto à concretude dos microrganismos patogênicos e, conseqüentemente, no movimento dos atores para higienização das mãos e prevenção das IRASs.

#### 3.5.1. Interacionismo Simbólico

O Interacionismo Simbólico tem sido utilizado como uma abordagem relativamente distinta para o estudo da vida e da ação humana em grupo<sup>(29)</sup>.

Seu objeto consiste em compreender como as pessoas criam significados durante a interação social e como elas se apresentam aos outros e constroem o próprio ego/identidade, estabelecendo seu papel na interação com outros. O centro desse referencial teórico reside na noção de que as pessoas agem como agem, devido ao entendimento e interpretação que fazem das situações.

Os conceitos do Interacionismo Simbólico são: símbolo, *self*, mente, assumir o papel do outro, ação humana e interação social<sup>(30)</sup>.

##### - Símbolo

É o conceito central, pois, segundo o Interacionismo Simbólico, sem ele não se pode interagir uns com os outros. É uma classe de objetos sociais, utilizada para representar alguma coisa.

Os símbolos são desenvolvidos socialmente, por meio da interação; eles não são concordados universalmente dentro dos grupos humanos, mas são arbitrariamente estabelecidos e mudados pela interação dos seus atores; existe uma linguagem de sons e gestos que é significativa e inclui regras permitindo que se combinem os sons ou gestos em declarações significantes. Para ser simbólico, o organismo cria ativamente e manipula símbolos na interação com os outros<sup>(30)</sup>.

### **- Self**

No Interacionismo Simbólico, o *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age. O ator configura o *self* na interação com os outros. O *self* não somente surge na interação, mas como todo objeto social, é definido e redefinido na interação. Surge, na infância, inicialmente, com os pais e outros significativos, mudando constantemente à medida que a criança vivencia novas experiências interagindo com outros. “Como eu me vejo, como eu me defino, o julgamento que faço de mim mesmo são altamente dependentes das definições sociais que encontro durante minha vida”

### **- Mente**

Mente é a ação que usa símbolos e dirige esses símbolos em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self*, por meio da manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas à interpretação ativa do indivíduo a esses objetos<sup>(30)</sup>.

Mente é a interação simbólica do organismo humano com seu *self*.

### **- Assumir o papel do outro**

Este conceito está intimamente relacionado aos anteriores porque consiste em atividade mental e torna possível o desenvolvimento do *self*, a aquisição e o uso de símbolos e a própria atividade mental. “É por meio da mente que os indivíduos entendem o significado das palavras e as ações de outras pessoas”<sup>(30)</sup>.

### **- Ação humana**

A interação com o *self* e com os outros leva o indivíduo a tomar decisões que direcionam o curso da ação.

As ações são causadas por um processo ativo de tomada de decisão pelo sujeito que envolve a definição da situação e esta, por sua vez, envolve interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo ator que é central para como a ação ocorrerá<sup>(30)</sup>.

### - Interação social

Conforme apresentado, todos os conceitos básicos para o Interacionismo Simbólico surgem da interação e são parte dela.

Quando interagimos, nós nos tornamos objetos sociais uns para os outros, usamos símbolos, direcionamos o *self*, engajamo-nos em ação mental, tomamos decisões, mudamos direções, compartilhamos perspectivas, definimos realidade, definimos a situação e assumimos o papel do outro<sup>(30)</sup>.

### 3.5.2. Teoria do Comportamento Planejado

A busca pela compreensão do comportamento humano tem sido objeto de estudo de inúmeras teorias que, de alguma forma, tentam compreender os fatores que influenciam, explicam e motivam as ações do indivíduo, seja por meio de seu julgamento, escolhas, valores ou tomada de decisão, etc.

A Teoria do Comportamento Planejado (*Theory of Planned Behavior* - TPB), desenvolvida por Ajzen (1991) (Figura 4), fundamenta-se em um modelo motivacional derivado das teorias cognitivo-sociais, que apontam a relação entre atitude e comportamento, sendo que o comportamento é determinado pela *intenção* (motivação) para *agir* (efetivar o comportamento) ao aderir ao ponto de vista de outras pessoas, com relação ao comportamento em questão e pela *percepção de controle* sobre o comportamento, que está associada à expectativa de sucesso em realizar um comportamento<sup>(31)</sup>.

Na TCP a intenção comportamental precede imediatamente o comportamento, que é determinado por três fatores<sup>(31)</sup>:

(a) **atitude** - avaliações do indivíduo quanto aos resultados esperados no desempenho do comportamento;

(b) **norma subjetiva**, que se refere à pressão social percebida, ou seja, quando o comportamento em questão é visto de forma positiva por outras pessoas;

(c) **controle comportamental percebido** - que trata das percepções do sujeito, em relação ao quanto de controle tem-se sobre a realização do comportamento.

A atitude em relação ao comportamento tem relação diretamente proporcional com a intenção. Quando o indivíduo tem uma avaliação positiva do comportamento a ser realizado, a intenção em realizar um determinado procedimento aumenta. Para Ajzen, a atitude é a percepção do indivíduo (positiva ou negativa) relacionada à realização futura de um comportamento específico<sup>(31)</sup>.

Essa teoria ainda ressalta que cada um desses três determinantes do comportamento de intenção é formado por suas respectivas crenças:

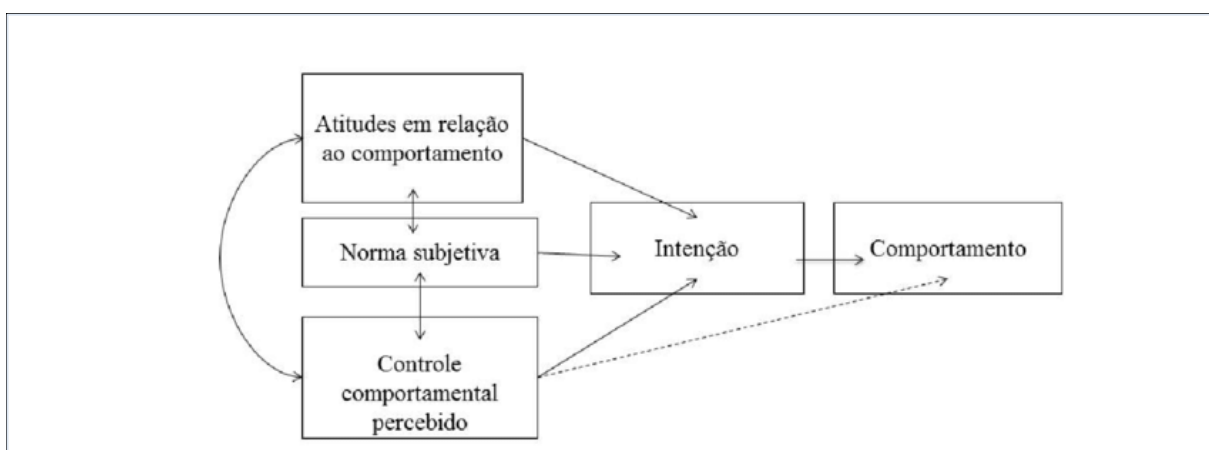
(a) as **crenças comportamentais** - produzem uma atitude favorável ou desfavorável à sua realização;

(b) as **crenças normativas** - resultam da pressão social; são relativas à percepção de referentes sociais sobre o comportamento e resultam na norma subjetiva.

Ressalta-se que as *crenças de controle* podem facilitar ou impedir a intenção de um comportamento mediante o comportamento percebido<sup>(31)</sup>.

Quanto mais favoráveis são as atitudes e as normas subjetivas, maior o controle percebido e maior deve ser a intenção pessoal de realizar o comportamento<sup>(31)</sup>.

**Figura 4** – Fatores determinantes da intenção de comportamento.



Fonte: Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process [Internet]. 1991 Dec 1 [cited 2019 May 21];50(2):179–211. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074959789190020T?via%3Dihub>

Ajzen ressalta, ainda, que as atitudes das pessoas decorrem, de forma espontânea e consistente, de crenças acessíveis na memória que orientam o comportamento correspondente. O número e os tipos de crenças acessíveis variam com a motivação e a capacidade de processar informações relevantes para a atitude e com o contexto. Com base nessas considerações, sabe-se que a perspectiva da ação fundamentada é compatível com evidências de processos automáticos de ativação de atitudes e comportamentos e com a constatação de que as atitudes podem variar com o contexto em que são expressas<sup>(31-33)</sup>.

### 3.5.3. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS)

Lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) baliza a operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no contexto de seus serviços, visando as mudanças nos modos de gerir o cuidar<sup>(28)</sup>.

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários na construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que, muitas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras, inibindo a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no autocuidado<sup>(28)</sup>.

Para a política, humanizar significa inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado, com mudanças construídas coletivamente e compartilhadas, visando a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. Dessa maneira, o movimento inclusivo dos trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, cotidianamente, reinventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. A PNH, também, prevê a inclusão de usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado como um recurso para a ampliação da corresponsabilização no autocuidado<sup>(28)</sup>.

Os princípios da PNH são:

- (a) **Transversalidade:** permear todas as políticas e programas do SUS<sup>(28)</sup>;
- (b) **Indissociabilidade entre atenção e gestão:** em que trabalhadores e usuários devem participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva, para o cuidado e a assistência em saúde, inclusive assumindo o papel de protagonistas com relação à sua saúde e à do outro <sup>(28)</sup>;
- (c) **protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos:** na gestão da produção de saúde, ampliam-se e respeitam-se a autonomia e a vontade das pessoas envolvidas, valorizando-as e incentivando-as a compartilharem responsabilidades, ou seja, o exercício da corresponsabilidade<sup>(29)</sup>.

A PNH se apoia em orientações clínicas, éticas e políticas, sinalizadas em determinados arranjos de trabalho, segundo as diretrizes: (a) acolhimento; (b) gestão participativa e cogestão; (c) ambiência; (d) clínica ampliada e compartilhada; (e) valorização do trabalhador; (d) defesa do direito dos usuários<sup>(28)</sup>.

- (a) **Acolhimento:** refere-se ao reconhecimento do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, sustentado na relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Está fundamentado no valor das práticas de saúde e é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho, e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuários com sua rede socioafetiva. Com a escuta qualificada às necessidades do usuário, é possível garantir o seu acesso oportuno às tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Fato que assegura que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco;
- (b) **Gestão participativa e cogestão:** cogestão pode ser traduzida na inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto à ampliação das tarefas da gestão. É um espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo. As rodas de discussões configuram-se em importante estratégia para se colocar as diferenças em contato, de modo a produzir movimentos de desestabilização que favoreçam mudanças nas práticas de gestão e de atenção. Existem vários arranjos de trabalho que garantem a participação, como: colegiados gestores, mesas de negociação, contratos internos de gestão, câmara técnica, grupo de trabalho, dentre outros;
- (c) **Ambiência:** envolve a proposição de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas. Deve ser realizada por meio de discussão compartilhada do projeto arquitetônico, das reformas e do uso dos espaços de acordo com as necessidades de usuários e trabalhadores de cada serviço, sendo uma orientação que pode melhorar o trabalho em saúde;
- (d) **Clínica ampliada e compartilhada:** ferramenta teórico-prática para abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença, de forma não fragmentada. Essa diretriz assenta-se nos recursos para o diagnóstico, além do enfoque orgânico, mas por meio do estabelecimento de uma relação terapêutica profissionais-

usuários, possibilitando decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS;

- (e) **Valorização do trabalhador:** refere-se a dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. Essa valorização pode ser realizada, por meio de programas de formação em saúde e trabalho e de estratégias que possibilitam o diálogo, intervenção e análise do que causa sofrimento e adoecimento, do que fortalece o grupo de trabalhadores e do que propicia os acordos de como agir no serviço de saúde. É importante, também, assegurar a participação desses trabalhadores nos espaços coletivos de gestão;
- (f) **Defesa dos direitos dos usuários:** cabe aos serviços de saúde garantir os direitos dos usuários, assim como incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta. Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Caracterização dos atores

Da equipe de enfermagem, participaram da pesquisa sete enfermeiras e um enfermeiro, com idades entre 31 e 40 anos, com tempo de trabalho de um a 13 anos, sendo sete de unidade de internação e um de terapia intensiva. Participaram, também, nove auxiliares de enfermagem, todos do sexo feminino, com idades entre 24 e 44 anos, com tempo de trabalho de um a 24 anos, sendo um de terapia intensiva e oito de unidades de internação.

### 4.2. A experiência da equipe de enfermagem

Por meio da análise dos dados, segundo a TFD, possibilitou-se compreender a interação dos membros da equipe de enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem com a microbiota de suas mãos e a comunicação visual no cenário para higienizá-las, resultando em relações teóricas entre os componentes (subprocessos, categorias e subcategorias). Em decorrência, desenvolveu-se o processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência, representado pela categoria central intitulada: “Higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente: experiência da equipe de enfermagem” (Figura 5).

Esse processo desdobrou-se em três subprocessos, os quais retratam o significado simbólico atribuído pelos membros da equipe de enfermagem e sua relação em sua experiência interacional com a higienização das mãos, a saber: *concebendo o não aparente dos microrganismos de domínio psicossocial para a ininteligibilidade humana na higienização das mãos (A); instituição hospitalar elevando a insensibilidade do não aparente (B); despertando para a higienização das mãos e do ambiente por meio de sensações sensíveis (C)*, cuja árvore de categorias encontra-se no quadro 1, com respectivos códigos organizados em quadros (Apêndice 2).

**Quadro 1.** Subprocessos, categorias, subcategorias e elementos relativos à experiência interacional da equipe de enfermagem com a higienização das mãos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

Subprocessos	categorias	subcategorias	Elementos
A. Concebendo o não aparente dos microrganismos de domínio psicossocial para a ininteligibilidade humana na higienização das mãos	A1. Lidando com o não aparente		
	A2. Invisibilidade microbiológica induzindo o humano ao erro de percepção, julgamento e ação para prevenir disseminação de patógenos pelas mãos e superfícies		
	A3. Deparando-se com dificuldades nas atividades educativas de demonstrar a concretude da microbiota das mãos		
	A4. Desmotivando-se frustrado com resultados insatisfatórios de intervenções educativas para aumentar adesão à higienização das mãos		
B. Instituição hospitalar elevando a insensibilidade para o não aparente	B1. CCIRAS se distanciando das unidades de internação	B1.1. Não promovendo educação continuada	B1.1.1. Oferecendo treinamento somente na admissão do funcionário
			B1.1.2. Não responsabilizando-se pela educação continuada
		B1.2. Responsabilizando a enfermagem por surtos de infecções e não outros membros da equipe de saúde	
		B1.3. Não promovendo	B1.31. Não possuindo

		conhecimento ou protocolos de prevenção de infecção	informações sobre a coleta de SWAB de vigilância
			B1.3.2. Deparando-se com a inexistência de protocolos de higienização das mãos de funcionários e visitantes
		B1.4. Restringindo o livre acesso da equipe de enfermagem aos índices de infecção hospitalar	B1.4.1. CCIRAS restringindo aos enfermeiros o livre acesso aos índices de infecção
			Técnicos de enfermagem desconhecendo os índices de infecção das unidades de internação onde estão lotados
		B1.5. Deixando de compartilhar resultados de auditorias para higienização das mãos	
		B1.6. Descuidando-se da comunicação visual para higienização das mãos	B1.6.1. Percebendo cartazes sobre higienização das mãos antigos e desbotados
			B1.6.2. Observando que somente os cartazes não são suficientes para dar visibilidade aos microrganismos hospitalares
			B1.6.3. Sugerindo a troca, com periodicidade, de cartazes sobre

			higienização das mãos por novos e com informações atualizadas
	B2. Observando a relação entre sobrecarga de trabalho e o descenso da frequência e qualidade de higienização das mãos		
	B3. Deparando-se com a estrutura física como barreira para a higienização das mãos		
	B4. Trabalhando com provisionamento quantiquantitativo inadequado de materiais para higienização das mãos		
	B5. Seção de educação continuada não se responsabilizando por atividades de ensino relativas à infecção hospitalar		
C. Despertando para a higienização das mãos e do ambiente, por meio de sensações sensíveis, para se autoprotger	C1. Defrontando-se com talco nas mãos depois da retirada das luvas		
	C2. Deparando-se com as mãos com resíduos do álcool gel e ressecadas		
	C3. Associando contaminação das mãos a material biológico aparente		
	C4. Constatando que está sendo observado		
	C5. Considerando a higienização das mãos como autoproteção		

*Concebendo o não aparente dos microrganismos de domínio psicossocial para a ininteligibilidade humana na higienização das mãos (A)* é considerado pelo enfermeiro como um traço cultural e, portanto, uma das principais barreiras para a adesão ao procedimento no ambiente hospitalar, uma vez que, na interação com corpos insensíveis (não tangíveis), como os microrganismos, estes não se configuram imediatamente cognoscíveis aos órgãos de sentido humano, diante das dificuldades de interpretação da concretude de corpo(s) invisível(eis) a olhos nus (materialidade de um ser na forma física), caso não se manifeste(m) por meio de sinais e sintomas (característica sinestésica). Contexto este que interfere na interpretação e, portanto, nas atitudes, tornando objetos, procedimentos e evidências científicas incompreensíveis, indecifráveis e obscuras, ou seja, ininteligíveis no cotidiano do processo de trabalho da Enfermagem e de todos profissionais de saúde. Esse subprocesso encadeia quatro categorias: *lidando com o não aparente (A1); invisibilidade microbiológica induzindo o humano ao erro de percepção, julgamento e ação para prevenir disseminação de patógenos (A2); deparando-se com dificuldade nas atividades educativas de demonstrar a concretude da microbiota das mãos (A3); desmotivando-se frustrado com resultados insatisfatórios de intervenções educativas para aumentar adesão à higienização das mãos (A4).*

*Lidando com o não aparente (A1)* é considerado uma das principais barreiras a arremeter o indivíduo à higienização das mãos, por se tratar de ação consciente e dependente de sinalizações de concretude interacional com o que é invisível (microrganismo), mesmo estando no cenário hospitalar e provido de conhecimento da relevância do procedimento para prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRASs) (Quadro 2), conforme relatos da equipe de enfermagem:

[...] Higienizar as mãos é de cada um [...]. Não basta ter o conhecimento e orientar que a lavagem das mãos é um meio mais importante de descontaminação, cada ser humano pensa de um jeito [...] (E5.3). [...] É muito mais que lavar as mãos, mais uma questão de consciência [...] sobre a concretude dos microrganismos nas mãos e, portanto, fazendo-se necessária higienizá-las (E2.3). [...] Eu não tenho dúvidas que a lavagem das mãos está ligada ao nível de consciência e costumes das pessoas (TE 8.2). [...] Tem pessoas que passam rapidinho a mão na água e está ótimo [...] (TE1.1), não levam a sério, não cumprem com o passo a passo da higienização das mãos, agem como estivessem em suas casas (TE8.3). [...] Assim como outras não lavam as mãos nem antes e nem depois de calçarem luvas [...] (TE1.2). [...] Já é do ser humano, acho que não é só dentro do hospital, mas se você tem a noção que a sujeira está visível, você tem mais esse cuidado para estar lavando mais vezes as mãos, pode ser até que por isso que as pessoas não tenham tanto essa consciência de que não é preciso estar visível para ser feita a lavagem das mãos [...] (TE4.2).

*Invisibilidade microbiológica induzindo o humano ao erro de percepção, julgamento e ação para prevenir disseminação de patógenos pelas mãos e superfícies (A2).* Trata-se de mecanismo de perpetuação dos microrganismos, devido a procedimentos ineficazes de descontaminação ou esterilização utilizados em estabelecimentos de saúde, em detrimento daqueles preconizados, os quais, na maioria das vezes, são culturalmente ignorados pelo humano, ao considerarem a limpeza, mesmo em cenário hospitalar, associada à não concretude de sujidade, ou seja, por um indivíduo regido pelo lema: é preciso ver para crer. Contexto que contribui para a disseminação de patógenos (Quadro 3), conforme referem os enfermeiros:

[...] A questão de não visualizar os microrganismos torna tudo muito difícil. [...] A pessoa tende a não acreditar [...] naquilo que ela não vê [...] (E1.4). [...] Essa questão da invisibilidade faz com que a gente não se atente [...] para a questão da contaminação [...] (E2.1). [...] Eu não tenho dúvidas que a invisibilidade dos microrganismos influencia na sensação de estar com as mãos limpas, [...] porque você não está vendo as bactérias, elas são invisíveis, então você pensa que não as têm, mas realmente você está com elas [...] (E4.3). [...] Veja algumas experiências, eu tive que explicar para uma funcionária, mesmo ela estando aqui há 20 anos [...]. Eu pensei: — Meu Deus! Há quanto tempo ela faz isso errado? Ela não lava as mãos de um paciente para o outro. [...] Isso me preocupa muito! [...] Eu acho que as pessoas perdem a noção [...]. [...] Outra situação, o anestesista vem com o paciente contaminado e segurando a ficha anestésica na mão, sem protegê-la em um saquinho, colocando-a sobre as nossas coisas limpas e no prontuário [...] (E8.5).

*Deparando-se com dificuldades nas atividades educativas de demonstrar a concretude da microbiota das mãos (A3)* evidencia que o ser invisível é um obstáculo para a compreensão e percepção das pessoas, por não conseguirem visualizar, a olhos nus, a microbiota de suas mãos. No entanto, têm-se empregado algumas técnicas educativas, como uso de guache, luz negra, cultura de *SWAB* das mãos, para poder trazer à luz a concretude dos microrganismos para melhor compreensão dos indivíduos. Contudo, ainda sem efetividade (Quadro 4), conforme contam os enfermeiros:

[...] Nós até fizemos a dinâmica com a luz negra para os funcionários perceberem o quanto não enxergamos o que está nas mãos [...] (E4.3). [...] Eu chego a colocar três luvas limpas e aí quando eu vou apertar ou abrir qualquer porta, eu tiro a luva de cima, que está contaminada e apertado com a luva limpa que está em baixo, mas há pessoas que continuam não fazendo isso. Aqui é muito difícil. Eu tenho que ficar chamando atenção, mostrando que está contaminando (E8.5). [...] Penso que seria interessante fazer algum exercício com a equipe, de colher a cultura das mãos e analisar junto deles, quais as bactérias que estão presentes. Acho que assim ficaria mais solidificado na cabeça das pessoas que realmente há bactérias nas mãos (E1.5).

*Desmotivando-se frustrado com resultados insatisfatórios de intervenções educativas para aumentar a adesão à higienização das mãos (A4)* expressa o sentimento de impotência do enfermeiro em face da baixa adesão das pessoas à

higienização das mãos, mesmo após inúmeras e exaustivas orientações e treinamentos. Esse desânimo decorre da resistência dos próprios colegas de trabalho ao comprometimento com a mudança de hábitos e costumes, mesmo após investir-se em ações educativas para a prevenção da disseminação de patógenos (Quadro 5), conforme declaram os enfermeiros:

[...] Percebo pessoas que não estão muito preocupadas com a higienização das mãos (E3.3). [...] Fala-se para as pessoas que chegam para passar visita lavar as mãos, faz comunicado e não se percebe nenhuma repercussão [...] (E7. 8). [...] Existem pessoas na equipe muito difíceis de se lidar, não dão nenhuma importância e, portanto, não fazem nada para que todas falem a mesma linguagem, de forma que não centralize em uma pessoa as preocupações com a necessidade de todos higienizarem suas mãos adequadamente. A pessoa mais preocupada, geralmente, é denominada como “a chata” da equipe. Eu estou cansada de falar e, na verdade, tem hora que eu nem falo mais (E8.3).

*Instituição hospitalar elevando a insensibilidade para o não aparente (B)* reúne situações criadas no cenário hospitalar que pioram a percepção dos indivíduos sobre a concretude dos microrganismos patogênicos e, conseqüentemente, o movimento para higienizarem suas mãos. Esse subprocesso reúne cinco categorias: *CCIRAS se distanciando das unidades de internação (B1)*; *observando relação entre sobrecarga de trabalho e a frequência de higienização das mãos (B2)*; *deparando-se com a estrutura física como barreira para a higienização das mãos (B3)*; *trabalhando com provisionamento quantiquantitativo inadequado de materiais para higienização das mãos (B4)*; *seção de educação continuada não se responsabilizando por atividades de ensino relativas à infecção hospitalar (B5)*.

*CCIRAS se distanciando das unidades de internação (B1)* desperta sentimento de frustração, em face das posturas adotadas pela comissão, traduzidas em desafeiçoamento pela Enfermagem, como linha de frente no cuidado. Esses sentimentos emergem a partir de sinalizações que não fomentam a manutenção de processos efetivos de comunicação da comissão em apoio à Enfermagem, para o exercício de boas práticas, principalmente de uma área desafiante com que se lidar, que é a infecção hospitalar. Essa categoria agrupa seis subcategorias: *não promovendo educação continuada (B1.1)*; *responsabilizando a enfermagem por surtos de infecções e não outros membros da equipe de saúde (B1.2)*; *não estabelecendo, a contento, protocolos de prevenção de infecção (B1.3)*; *restringindo o livre acesso aos índices de infecção hospitalar (B1.4)*; *deixando de compartilhar resultados de auditorias para higienização das mãos (B1.5)*; *descuidando-se da comunicação visual para higienização das mãos (B1.6)*.

*Não promovendo educação continuada (B1.1)* acerca de temas relativos à infecção hospitalar gera, de certa maneira, decepção nos enfermeiros, principalmente pela adoção de uma postura essencialmente fiscalizatória, sem qualquer aproximação com a Seção de Educação Continuada para promover parcerias em processos educativos e não deixá-los sob responsabilidade unicamente dos enfermeiros de unidades de internações, quando seria essencial a CCIRAS manter um processo educacional continuado, acerca do tema infecção hospitalar e no tocante à higienização das mãos, de forma a reforçar, por meio de simulações, como o uso de guache e de luz negra, a concretude de microrganismos patogênicos no ambiente hospitalar. Essa subcategoria agrupa dois elementos: *oferecendo treinamento somente na admissão do funcionário (B1.1.1); não se responsabilizando pela educação continuada (B1.1.2)* (Quadro 6), conforme relatam:

[...] Há uns dois anos é que a CCIRAS passou a oferecer capacitação admissional para membros da equipe de enfermagem sobre higienização e técnicas de antissepsia das mãos, assim como sobre as bactérias multirresistentes, contudo, aqueles que entraram antes estão desprovidos dessa abordagem [...] (E1.1). [...] Não se tem rotineiramente reuniões com a CCIRAS ou Seção de Educação Continuada [...], somente em épocas de surtos de infecção hospitalar [...], cada uma trabalhando individualmente [...] (E2.4). [...] Os membros da CCIRAS não priorizam treinamentos [...], só auditorias, principalmente de lavagem das mãos (E4.3). [...] Poderiam oferecer treinamentos [...], estarem mais próximos dos enfermeiros das unidades de internação, mas não [...] estabelecem nenhuma parceria conosco a não ser de ficarem nos cobrando (...) (E5.3). Sentimos que somente a enfermagem é responsabilizada pela infecção cruzada [...] (E4.5), [...] como se não existissem outros membros da equipe de saúde, como médicos residentes, especialistas, dentre outros, atuando junto aos pacientes nas unidades de internação [...] (E7.2). [...] Hoje mesmo, uma enfermeira da CCIRAS ficou nos observando durante o banho, sem falar nada, só anotando naquele livrinho e não orientava nada [...] (TE 9.3). [...] Faz aproximadamente seis anos que estou aqui, participei somente uma vez de treinamento sobre higienização das mãos (TE6.2). Eu não consigo entender, porque a CCIRAS cobra tanto da equipe de enfermagem se ela não nos oferece nada, como orientações e treinamentos [...] (TE 7.2). [...] Boa parte dos médicos não lavam as mãos e sempre a culpa das infecções recaem sobre a enfermagem [...] (TE3.2).

*Responsabilizando a enfermagem por surtos de infecções e não outros membros da equipe de saúde (B1.2)* é ação depreciativa ao processo de trabalho da enfermagem que, apesar de assumir o cuidado nas 24 horas, há de se considerá-lo uma prática interprofissional; portanto, com outros trabalhadores da área da saúde, como: médicos professores e residentes, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, também envolvidos no processo de cuidar, (Quadro 7), como relata a equipe de enfermagem:

[...] Eu tenho percebido, na vigência de surtos, que a equipe de enfermagem é sempre considerada a responsável pela infecção hospitalar (E3.4). Somente a enfermagem é responsabilizada pela infecção cruzada, apesar de outros profissionais, [...] não higienizarem as mãos antes e após atenderem pacientes (TE3.2). Esses profissionais,

geralmente, não são supervisionados quanto à higienização das mãos, somente a enfermagem (E4.4).

*Não promovendo conhecimento ou protocolos de prevenção de infecção (B1.3)* desperta incerteza e insegurança nas pessoas responsáveis pela assistência, mediante a ausência de rotinas predefinidas de prevenção e controle de infecção pela instituição hospitalar. Essa subcategoria reúne dois elementos: *não possuindo informações sobre a coleta de SWAB de vigilância (B1.3.1); deparando-se com a inexistência de protocolos de higienização das mãos de funcionários e visitantes (B1.3.2)* (Quadro 8), como referem:

[...] Eu percebo que o hospital não tem rotina definida de prevenção de infecção [...] (E4.2).  
 [...] Nós temos poucos treinamentos de prevenção de infecção [...], apenas quando se chega no auge do número de infecções hospitalar é que se passa a cobrar e envolver toda a equipe, mas logo que diminui, não se dá continuidade, apenas alguma coisa mensal ou anual, vamos dizer, umas vezes ao ano [...] (E6.2). [...] Seria interessante, também, que o hospital nos fornecesse uma explicação melhor sobre os SWAB de vigilância. Às vezes até ficamos meio perdidos, perguntando: - Por que algumas enfermarias coletam SWAB e outras não? [...]. Em quais situações se colhe um SWAB e em outras não? [...] Por que o retal? Por que o oral e o nasal? [...] Penso que precisaríamos ter uma explicação sobre isso, ou seja, sermos mais bem informados, porque somos nós que estamos à frente do cuidado [...] (E1.7). [...] Acredito que as enfermarias desprovidas de protocolo de colheita de SWAB de vigilância devem ter muito mais pacientes contaminados [...] e como não se sabe, ficam ali espalhando para os outros [...]. Então, eu acho que deveria ser instituído em mais enfermarias a rotina de coleta de SWAB de vigilância [...], pois é uma forma de controlar melhor essas bactérias resistentes (E1.7).  
 [...] Os visitantes também são orientados pela equipe de enfermagem da unidade de internação porque também podem trazer infecção para o paciente [...]; contudo, penso que como para os funcionários, os visitantes também não têm protocolo [...] (E7.5).

*Restringindo o livre acesso da equipe de enfermagem aos índices de infecção (B1.4)* revela um distanciamento da CCIRAS das unidades de internação, no sentido de fornecer os dados mensais dos índices de infecção, sem que o enfermeiro precise realizar solicitações formais. O desconhecimento promove a desinformação, que dificulta intervenções de educação continuada. Essa subcategoria reúne dois elementos: *CCIRAS restringindo aos enfermeiros o livre acesso aos índices de infecção (B.1.4.1); Técnicos de enfermagem desconhecendo os índices de infecção das unidades de internação onde estão lotados (B1.4.2)* (Quadro 9), conforme conta a equipe de enfermagem:

[...] Nós contamos com uma CCIRAS, contudo os enfermeiros não têm acesso facilitado aos índices de infecção de suas unidades de internação [...], por não divulgarem boletins ou relatórios [...], só se o enfermeiro solicitar [...] (E2.2). [...] Os dados de infecção hospitalar são colhidos pela Comissão e as unidades de internação não participam de nada [...] (E2.2). [...] Não se tem conhecimento dos indicadores de infecção, inclusive eu pedi para a CCIRAS, mas esses dados não são divulgados livremente [...]. É preciso fazer solicitação a um setor, estipulando o período que eu quero [...]. [...] Eu não tenho livre

acesso aos dados [...] (E4.2). [...] Não tenho conhecimentos dos índices de infecção da enfermaria, assim como acredito que nem os supervisores têm (E5.4). Nós, técnicos de enfermagem, não temos nenhuma informação sobre os índices de infecção hospitalar (TE8.3).

*Deixando de compartilhar resultados de auditorias para higienização das mãos (B1.5)* gera nos profissionais sentimentos de ansiedade, frustração e desmotivação, pois esperam o retorno da observação realizada e as possíveis intervenções que podem ser propostas a partir dos resultados. Quando isso não ocorre, as pessoas ficam descrentes do serviço e percebem-se solitárias na luta pela promoção da higienização das mãos (Quadro 10), conforme contam:

[...] Não tivemos nenhuma devolutiva sobre as observações realizadas pela equipe da CCIRAS [...]. Eu penso que não adianta, também, a pessoa ir ao setor e ficar observando médicos e a equipe de enfermagem, anotando sem dar qualquer devolutiva. Qual a razão da pessoa estar fazendo aquilo? Ele observou o que? Só ficam perguntas em nossas cabeças, sem qualquer retorno (E1.3). Eu fico pensando, do que valem as observações realizadas pela CCIRAS nas unidades de internações se ela não dá nenhum retorno aos enfermeiros (E4.3)?

*Descuidando da comunicação visual para higienização das mãos (B1.6)* pode ser interpretado pelos atores do cenário hospitalar muito além das mensagens estilizadas do não aparente nas mãos humanas e, portanto, da necessidade de se realizar o procedimento correto de higienizá-las, mas também denotar certo distanciamento da CCIRAS das unidades de internações, quando esses atores deparam-se com cartazes antigos e desbotados, algumas vezes parcialmente afixados nas paredes das unidades de internação. Contexto este traduzido no descompasso da CCIRAS e, conseqüentemente, da instituição, como um dos maiores problemas de saúde pública, as IRASs. A experiência da equipe de enfermagem sugere a necessidade de atualização de cartazes e, até mesmo, de adotar estratégias inovadoras e mais eficazes. É ressaltado que os cartazes ajudam, mas, por si só, não são suficientes para conferir visibilidade ao que não é aparente aos olhos desnudos, mesmo associando atividades educativas contínuas, para a equipe de saúde sobre a necessidade de se higienização das mãos. Essa subcategoria reúne três elementos: *percebendo cartazes sobre higienização das mãos antigos e desbotados (B1.6.1); observando que somente os cartazes não são suficientes para dar visibilidade aos microrganismos hospitalares (B1.6.2); sugerindo a troca, com periodicidade, de cartazes sobre higienização das mãos por novos e com informações atualizadas (B1.6.3)* (Quadro 11), conforme dizem:

[...] Os cartazes certamente contribuem para chamar a atenção para como fazer a higienização das mãos e o tempo necessário para a realização do procedimento [...] (TE4.3), [...] assim como dos acompanhantes e familiares (TE9.3). [...] O cartaz se mantém visível somente quando é afixado, depois de um tempo acaba se tornando despercebido [...] (TE 8.2). [...] Eu pensei esses dias que poderiam trocar esses cartazes velhos e gastos [...] (E3.2). [...] Alguns estão até dependurados nas paredes [...] (E4.4). [...] Para mim, pelo menos, esses cartazes não me fazem muita diferença [...]. [...] Eu acho que funcionaria melhor se tivesse um alarmezinho sonoro [...] (E2.3), [...] veiculassem notícias mais impactantes [...] (E1.6). [...] Eu percebo que olham para os cartazes quando você coloca, talvez por uns dois meses, depois têm que ser trocados, pelo menos a cor (E8.7). [...] Entendo que só cartazes não são suficientes, talvez é preciso se utilizar de outras estratégias, como treinamentos com parte prática de coleta e análise microbiológica de material coletado por *SWAB* das próprias mãos dos participantes, mostrar notícias, resultados de estudos recentes sobre a importância da higienização das mãos [...]. É preciso investir mais na conscientização dessas pessoas [...] (E1.6).

*Observando a relação entre sobrecarga de trabalho e o descenso da frequência e qualidade de higienização das mãos (B2)*, principalmente em situações de déficit de recursos humanos, aumenta a sobrecarga de trabalho, que confere aflição a algumas pessoas por terem a consciência de que essa condição, associada à ausência de costume da higienização das mãos, pode favorecer o aumento das IRASs (Quadro 12), conforme relata a equipe de enfermagem:

[...] Quando está lotada a unidade de internação, chegamos a não dar conta do serviço e a higienização das mãos fica comprometida e sabe-se que, geralmente, as pessoas preferem mais lavar as mãos do que ao álcool gel (E7.2). [...] Percebo que com o déficit de funcionários, a higienização das mãos é pouco realizada e isso aumenta ainda mais o risco de infecção [...]. [...] Tem dias que não temos tempo hábil para ir ao banheiro ou para comer. Sai de um paciente e já tem que ir para o outro. Nós sabemos que é preciso despende pelo menos 30 segundos para se realizar os passos adequados da higienização das mãos, mas infelizmente muitas vezes, demoro 15 segundos, metade do que deveria [...], mediante a dificuldade de lidar com a demanda de atividades, a higienização das mãos acaba sendo sacrificada, principalmente por esse déficit de funcionários que estamos vivendo e cada vez pior [...] (E8.1). [...] O certo é lavar e calçar as luvas, mas nem sempre é possível devido à correria, malmente conseguimos trocar as luvas de um paciente para o outro [...] (TE6.2). [...] Nós até lavamos as mãos, mas nem sempre como é preconizado. Pela rotina de muito trabalho que nos é imposta, muita coisa acaba passando e nem sempre as coisas são bem-feitas [...] (TE9.2).

*Deparando-se com a estrutura física como barreira para a higienização das mãos (B3)* aponta para uma planta que não favorece a observação dos profissionais, uma vez que ela é desprovida de lavatórios em número e tamanho adequados, inclusive com quartos utilizados como isolamentos, contudo, sem lavatórios adequados para lavar as mãos e, portanto, favorecem a contaminação (Quadro 13), descreve a equipe de enfermagem:

[...] Acho que a infraestrutura influencia na supervisão da lavagem das mãos da equipe, pela quantidade de pessoas e de quartos, a estrutura física acaba dificultando observar o que estão fazendo [...] (E8.6). [...] Tem poucos lavatórios e *dispensers* para o número de leitos e pacientes [...] (E7. 8). Veja, esse lavatório da unidade de internação é super

pequeno, as pessoas vão lavar as mãos e acabam encostando-as no lavatório. Eu sei que é antigo, mas porque não trocam (E2.2)? [...] Faltam lavatórios no corredor, tenho um no começo e outro no final. Eu acho que teria que ter mais, porque quando saio de determinados quartos, eu tenho que andar quase o corredor todo com as mãos sujas, para, então, ter acesso a um dos lavatórios [...] (E3.2). [...] Na unidade de internação só tem dois lavatórios no corredor, nós usamos mais esse, por ter mais água, contudo a pia é pequena e com torneira inadequada, onde corremos riscos de nos contaminar. Nos quartos dos pacientes não têm pias apropriadas para lavagem das mãos (TE6.1). [...] Tudo bem que a unidade de internação não tem estrutura física para isolamento, mas nós já chegamos a ter seis quartos em isolamentos, agora estamos com dois e os quartos continuam inadequados [...] (TE 7.2).

*Trabalhando com provisionamento quantitativo inadequado de materiais para higienização das mãos (B4)* é um contexto que frequentemente expõe os profissionais quando a instituição adquire materiais de baixa qualidade ou em quantidade insuficiente e, portanto, os profissionais ficam vulneráveis a riscos ocupacionais e os pacientes à disseminação de microrganismos hospitalares. Esses materiais apresentam defeitos que impossibilitam seu uso em pouco tempo, como é o caso dos *dispensers* de álcool gel ou de soluções antissépticas degermantes para higienização das mãos e até a falta de papel-toalha para secar as mãos (Quadro 14), como relatam os enfermeiros:

[...] Trabalhamos com *dispensers* de pouca qualidade, vira e mexe pedimos para trocar, porque quebra. Então são várias pessoas fazendo força para o antisséptico degermante cair nas suas mãos e esses dias [...] pedimos para trocar novamente, não ficou uma semana e quebrou outra vez [...]. Ficamos com a clorexidina parada no *dispenser* e precisamos passar a usar a clorexidina degermante em frasco [...] (E1.8). [...] Conto apenas com dois *dispensers* de álcool gel no corredor da enfermaria [...], pouco para 16 leitos (E2.2). [...] Quando os *dispensers* quebram, o conserto é demorado. Houve um período que ficamos um tempo grande sem álcool gel para as mãos, mediante a morosidade para o reparo [...] (E3.2). [...] O papel toalha teria que ser adquirido de qualidade, porque, às vezes, as pessoas deixam de lavar as mãos, mediante as experiências negativas: tentando pegá-lo vem um tufo, um monte de papel [...], tendo que desprezar o excesso de papel no lixo, outras vezes despedaça e ainda pode ficar pedaços grudados nas mãos, quando não é um papel demasiadamente áspero [...] (E.7.7).

*Seção de educação continuada não se responsabilizando por atividades de ensino relativas à infecção hospitalar (B5)* é uma dificuldade porque, nem sempre, o enfermeiro da unidade de internação tem disponibilidade para promover treinamentos envolvendo temas relativos à infecção hospitalar. Ademais, percebem-se enfermeiros da unidade e responsáveis pelo treinamento dos técnicos de enfermagem com relação à prevenção de infecção não se sentindo suficientemente capacitados para oferecerem treinamentos e, portanto, necessitando ser atualizados com novas normas e procedimentos (Quadro 15), como contam:

[...] Os funcionários teriam que ser melhor orientados e não só pelos enfermeiros das unidades de internação, pois eles também precisam estar fundamentados para orientar os

técnicos de enfermagem (E7.8). [...] Nós somos obrigados a oferecer um treinamento a cada três meses. [...] Podemos trabalhar com infecção hospitalar ou não [...]. Eu tento trabalhar uma vez com um tema relativo à infecção hospitalar e, nas outras, com temas variados (E4.3). [...] O enfermeiro da unidade de internação é quem faz isso: propõe um programa, envia para a equipe de educação continuada, a qual se incumbirá da reserva de salas e de apoiar os enfermeiros nas inscrições dos funcionários, assim como nas atividades didáticas, inclusive no fornecimento de certificados [...] (E8.8).

*Despertando para a higienização das mãos e do ambiente, por meio de sensações sensíveis à sujidade, para se autoprotger (C)* denota que o movimento da pessoa para lavar as suas mãos ou realizar a limpeza concorrente do ambiente associa-se às condições aparentes de sujidade, mediante a percepção visual, tátil ou olfativa de não limpeza, assim como em situações de estar sendo observado quanto à realização do procedimento ou para se autoprotger de microrganismos patogênicos reconhecidos ou de represálias. Esse subprocesso é sinalizado pelo encadeamento de cinco categorias: *defrontando-se com talco nas mãos depois da retirada das luvas (C1)*; *deparando-se com resíduos do álcool gel nas mãos (C2)*; *associando contaminação das mãos a material biológico aparente (C3)*; *constatando que está sendo observado (C4)*; *considerando a higienização das mãos como autoproteção (C5)*.

*Defrontando-se com talco nas mãos depois da retirada das luvas (C1)* é um estado de alerta à necessidade de higienização das mãos, mediante a evidência aparente de sujidade pela equipe de enfermagem. No uso de luvas sem talco, recentemente, observa-se diminuição da frequência da higienização (Quadro 16), conforme relatam os membros da equipe de enfermagem:

[...] Eu penso que o fato de não enxergar ou sentir sujidades nas mãos [...] não desperta preocupação no indivíduo. Se você perceber que as mãos estão sujas, você não tem coragem de pegar ou realizar nada. Um exemplo é as mãos impregnadas de talco, após retirar as luvas, se você não as lavar, sairá marcando tudo. O fato de você não perceber sujidade nas mãos leva ao esquecimento de que é necessário lavá-las [...] (E2). [...] Quando as luvas eram entalcadas, as pessoas se dirigiam automaticamente ao lavatório para higienizar as mãos, hoje as luvas estão vindo sem talco e já não se vê mais esse hábito como antes [...] (E6). [...] Da equipe de saúde, a enfermagem é a que mais lava as mãos, porque é quem mais usa luvas e o pozinho delas nos faz lavar as mãos imediatamente ao retirá-las (TE3.2). [...] Ao invés de usar álcool gel, eu prefiro lavar as mãos com sabão, para retirar o talco das luvas que fica impregnado após desprezá-las (TE8.2).

*Deparando-se com as mãos com resíduos do álcool gel e ressecadas (C2)* decorre da percepção tátil de sujidade nas mãos secas, mediante o resíduo do álcool, induzindo os membros da equipe de enfermagem imediatamente à higienização das mãos, assim como ao ressecamento da pele e, conseqüentemente, afastando-os do

uso do antisséptico por não conferir-lhes o bem-estar de limpeza e de maciez da pele, mesmo sabendo sobre os benefícios no controle da propagação de microrganismos (Quadro 17), conforme conta a equipe de enfermagem:

[...] Eu acho que o álcool gel é pouco utilizado, mesmo os técnicos de enfermagem tendo sido orientados para sua utilização e os *dispensers* nos quartos e corredor. O uso se perdeu desde a sua implantação porque, além dos técnicos não terem o hábito de usá-lo, no início ele deixava resíduo e uma sensação ruim nas mãos depois de seco, parecendo que elas estavam meladas, sujas. Mesmo tendo mudado a marca do álcool gel, percebe-se que os técnicos lavam mais que passam o álcool [...] (E4.4). [...] Temos álcool gel espalhados pelo corredor e o que observo no dia a dia é que utilizamos pouco [...]. [...] As pessoas preferem lavar as mãos a usar o álcool. Eu, particularmente, tenho hábito de lavar muitas vezes as mãos, [...] durante o plantão [...] e sempre com clorexidina sabão [...] (E1). [...] Eu prefiro lavar as mãos ao invés de usar álcool gel, pois sua qualidade nem sempre é boa, ficando coalhado nas mãos e, mesmo sabendo que não deveria lavá-las imediatamente ao uso do álcool gel, eu prefiro (TE3.1). [...] Se eu usar concomitantemente o álcool gel e a lavagem das mãos, elas ficam ressecadas, porque daí eu tenho que lavar as mãos várias vezes [...] (TE4.1).

*Associando a contaminação das mãos e do ambiente a material biológico aparente (C3)* constitui-se erro de interpretação do indivíduo, pela dificuldade de os órgãos de sentidos perceberem perigo de se contaminarem em situações não sensíveis, como exemplo na ausência de sangue ou outras secreções aparentes no paciente ou no ambiente (Quadro 18), relata a equipe de enfermagem:

[...] Tem pessoas que prestam atenção, mas outras não estão preocupadas, como as que dizem: “Ah, eu só fui lá e apertei somente a barriga de um paciente e aproveitei para ver a barriga do outro. Eles não tinham nada, não têm nenhuma secreção.” Então, eu acredito que, dependendo da pessoa, a contaminação só será interpretada na presença de secreções [...] (E3). [...] Eu tento estimular os técnicos de enfermagem a higienizarem suas mãos, assim como a realizarem limpeza concorrente durante o plantão, mas eu percebo neles e em mim mesma que, às vezes, perdemos a consciência de contaminação na ausência de sangue ou uma secreção, por estar aparentemente limpo (E7). [...] Eu vejo que quando as pessoas estão com sujidade nas mãos, tendem a caprichar na lavagem das mãos [...] (TE1.2). [...] Quando você vê as mãos sujas ou acha que está contaminada. Por exemplo, entrei no quarto e só mexi no lençol, aí você não imagina que sua mão está igual quando toca no paciente e, às vezes, nem lava as mãos só porque relou, só lava se o paciente estiver sudoreico, grudento, daí a pessoa vai lavar as mãos porque acha que estão sujas [...] (TE5.2).

*Constatando que está sendo observado (C4)* é um momento em que o seu comportamento habitual é desvelado, passando a realizar a higienização das mãos enquanto está sendo supervisionado, não representando a realidade do cotidiano, ou seja, é aquele indivíduo que ainda não assumiu a responsabilização pelo procedimento recomendado (Quadro 19), conforme relatam:

[...] Também tem aquela estória “não lavei as mãos, mas ninguém está vendo” [...] (E2.2). [...] Observo que quando estou perto, realiza-se a higienização das mãos e, de longe, percebo que não se lava as mãos [...] (E4.5). [...] Você percebe que o indivíduo só lava as

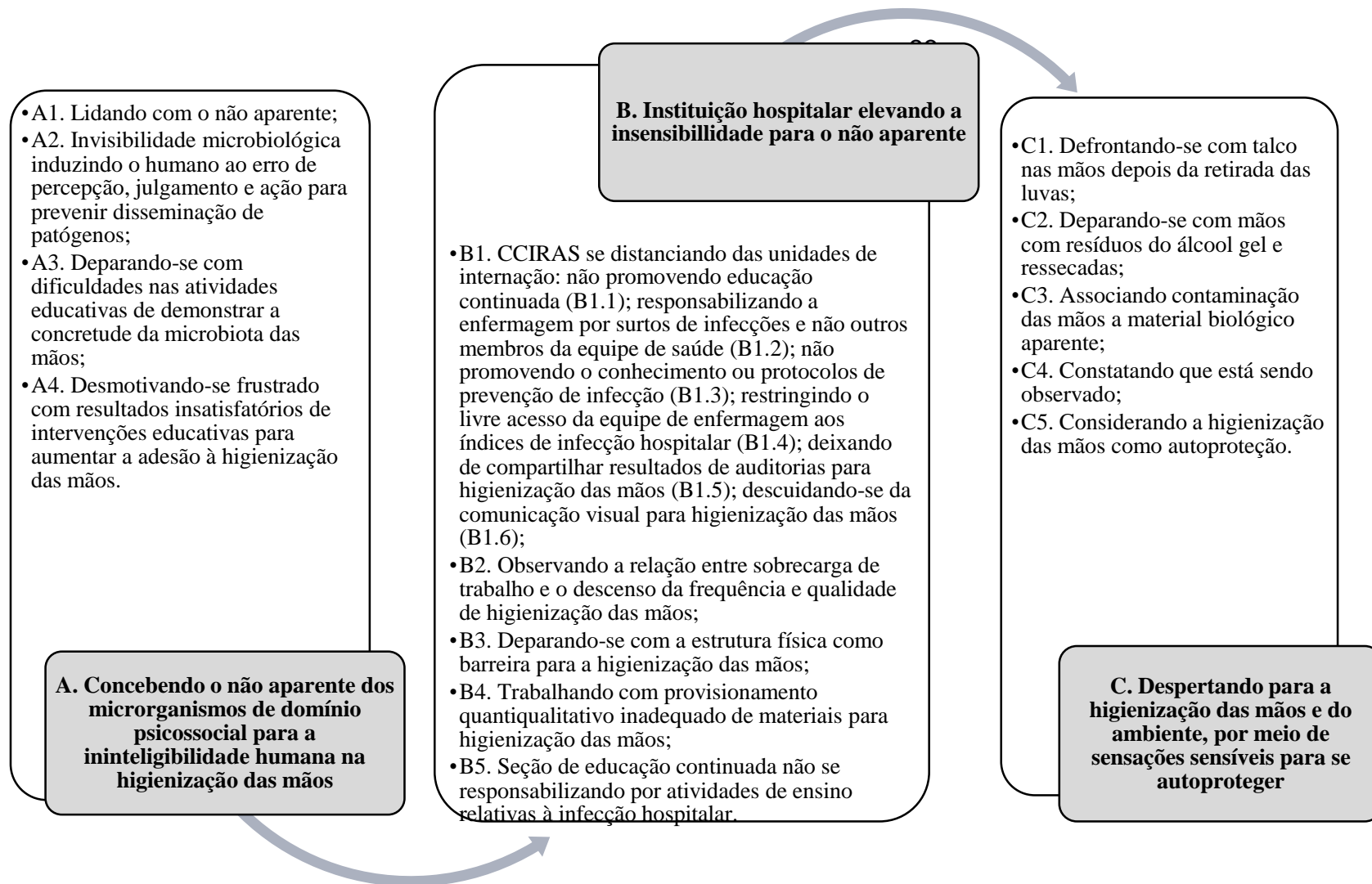
mãos porque está sendo observado, no entanto, não tem essa prática no cotidiano [...] (E6.2).

*Considerando a higienização das mãos como autoproteção (C5)* expressa preocupação dos profissionais em adquirir uma doença proveniente da assistência prestada e esse sentimento de medo suscita as pessoas a realizarem a higienização das mãos (Quadro 20), a equipe de enfermagem relata:

[...] Tenho o cuidado de lavar as mãos quando eu saio do hospital, antes de pegar no volante do meu carro [...] porque sei que as pessoas da minha casa não têm nada a ver com isso, mas eu não sei se são todas as pessoas que têm esse cuidado com as roupas, com tudo que utilizamos no ambiente hospitalar [...] (E1.5). [...] Eu lavo muito bem as mãos [...], lavo a todo momento e utilizo álcool gel [...] (E5.2). [...] Eu tenho preocupação em lavar as mãos quando tenho a impressão que estão sujas, pois mesmo nós acabamos por colocar as mãos no cabelo, coçar o rosto. Desta forma, acho importante para não pegarmos infecção [...] (TE 8.2). [...] Como nós prestamos cuidados diretos ao paciente, sempre dá certa repulsão das nossas próprias mãos. Eu tenho um bebezinho de dois anos, não deixo ele nem chegar perto de mim enquanto não retirar essa roupa, tomar banho me esfregando. Não estou vendo os microrganismos em mim, mas tenho medo que ele chegue perto e se contamine [...] (TE 9.2).

#### **4.3. O modelo teórico**

Mediante o realinhamento dos componentes nos subprocessos, descobriu-se uma categoria designada central que os abarcou, constituindo então o processo da experiência (modelo teórico), denominado: *“Higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente: experiência da equipe de enfermagem”* (Figura 5):



**Figura 5. Diagrama – Categoria central –** Higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente: experiência da equipe de enfermagem. Hospital público do estado de São Paulo, 2020

## 5. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo corroboram sua suposição inicial acerca do fenômeno ininteligibilidade humana para o não aparente, ou seja, a invisibilidade como componente interveniente na interação humana, especificamente com objetos não cognoscíveis aos órgãos de sentidos, perpassando a saúde individual e coletiva, assim como o exercício da prática profissional.

O modelo teórico emerso desta pesquisa, acerca da experiência interacional da equipe de enfermagem hospitalar com a microbiota de suas mãos, sinaliza a higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente, ou seja, este é considerado, pelos atores entrevistados, como uma das principais barreiras para o seu movimento à higienização das mãos. Essa invisibilidade do mundo microbiológico induz o humano ao erro de percepção, julgamento e ação para prevenir a disseminação de patógenos pelas mãos e superfícies e, portanto, provavelmente acomete procedimentos de descontaminação ou esterilização em estabelecimentos de saúde.

A contento, os resultados desta pesquisa caracterizaram a higienização das mãos como procedimento sinestésico, evidenciando a dificuldade de o humano lidar com o não aparente, ou seja, o microscópico. Mesmo com preparo profissional, a inteligibilidade humana para a higiene das mãos desperta por meio de sensações sensíveis e de autoproteção. O movimento da pessoa para higienização das mãos ou realizar limpeza concorrente no ambiente associa-se às condições aparentes de sujidade, mediante a percepção visual, tátil ou olfativa de não limpeza (símbolo = sujidade), assim como em situações de se perceberem observados quanto à realização do procedimento ou para se autoprotegerem de microrganismos patogênicos reconhecidos ou de represálias.

Analisando esse movimento, à luz do Interacionismo Simbólico<sup>(30)</sup>, verificaram-se símbolos com características sinestésicas que contribuem para evocar os atores à higienização das mãos, sendo eles: a sensação de sujidade nas mãos e descobrirem-se observados na realização do procedimento.

Considerando os símbolos pertencerem a uma classe de objetos sociais empregados para representar algo, o modelo teórico apontou, primeiramente, autoproteção ante os riscos de autocontaminação e represálias por ser surpreendido não realizando o procedimento ou fazendo-o de forma errada.

Para o Interacionismo Simbólico, a mente é ação que usa símbolos e dirige-os em relação ao *self*. É o indivíduo tentando fazer algo, agir em seu mundo. É a comunicação ativa com o *self*, por manipulação de símbolos. O mundo é transformado em um mundo de definições por causa da mente; a ação é resposta não a objetos, mas à interpretação ativa do indivíduo desses objetos<sup>(30)</sup>.

O *self* é um objeto social em relação ao qual o indivíduo age, sendo este configurado na interação com os outros, podendo ser definido e redefinido na interação, como todo objeto social. O *self* surge na infância, inicialmente da interação com os pais e outros relativos, mudando constantemente à medida que a criança vivencia novas experiências, interagindo com outros<sup>(30)</sup>.

Culturalmente, o humano se desenvolve ouvindo: você já lavou as suas mãos? Suas mãos estão sujas, precisa lavá-las antes das refeições! Sejam as mãos caracterizadas como sujas, com sujidades ou com sujeira, a mensagem arremete à interpretação de que há algo concreto, visível nas suas mãos, como se fosse uma mancha, nódoa de poeira, barro, graxa ou qualquer substância grudenta. De forma que o modelo teórico emerso nesta pesquisa concebe o não aparente dos microrganismos de domínio psicossocial para a ininteligibilidade humana na higienização das mãos e, assim, os humanos não são preparados para lidar com o não aparente, ou seja, com o não cognoscível, como o mundo microbiológico requer.

Para orientar intervenções para adesão da equipe de enfermagem ao procedimento de higienização das mãos, adotou-se a Teoria do Comportamento Planejado, tendo em vista que esse referencial sugere que sejam eleitas as principais crenças antecedentes às intenções comportamentais, que podem ser classificadas em: comportamentais, normativas e de controle.

Escolheram-se duas, por considerá-las desfavoráveis à intenção comportamental de higiene das mãos e pelo fato de a segunda crença fomentar a primeira: ininteligência humana para o não aparente e instituição hospitalar elevando a insensibilidade do não aparente.

Considerou-se ininteligibilidade humana para o não aparente uma crença comportamental, por esta induzir atitudes desfavoráveis dos atores e, conseqüentemente, influenciar negativamente a intenção de realizar a ação, ou seja, a higienização das mãos.

Para a TCP, as pessoas tomam suas decisões de forma eminentemente racional e utilizam sistematicamente as informações que estão disponíveis,

considerando as implicações de suas ações antes de decidirem se devem ou não se comportar de determinada forma. Contudo, em relação à experiência da equipe de enfermagem com a higienização das mãos, a invisibilidade da microbiota a induz ao erro de percepção, julgamento e ação para prevenir a disseminação de patógenos pelas mãos e superfícies e, portanto, provavelmente a acometer procedimentos de descontaminação ou esterilização em estabelecimentos de saúde.

A contento, pressupõe-se que estratégias cognoscíveis possam amenizar o fenômeno ininteligibilidade humana para o não aparente, aumentando a eficácia de intervenções para adesão à higienização das mãos e descenso das IRASs. Contudo, são escassas as pesquisas com alto poder de evidência para intervenções que utilizaram essas estratégias.

Revisão sistemática, publicada em 2017, avaliou três pesquisas que utilizaram estratégias cognoscíveis, cujos resultados demonstraram ligeira melhora na adesão ao procedimento, contudo, classificando-as com baixo poder de evidência, em razão de os delineamentos não terem analisado a efetividade dessas intervenções sobre as taxas de infecção ou colonização<sup>(34)</sup>.

O primeiro estudo observou aumento de 8,5% na adesão à higienização das mãos em unidades onde um cartaz exposto com mensagem relacionada às consequências para o paciente foi exibido, em comparação com uma ligeira diminuição de 0,29% nas unidades onde o cartaz veiculava mensagem relacionada às consequências à equipe de saúde<sup>(35)</sup>.

A segunda pesquisa investigou estratégias cognoscíveis olfativas (*dispenser* com sabonete com fragrância cítrica, escolhido anteriormente pela equipe dentre outras, por despertar sensações de limpeza e frescor) e visuais (um *dispenser* com sabonete gel com cartaz afixado acima com a imagem dos olhos castanhos de um homem idoso e sério e o outro *dispenser* com a imagem dos olhos azuis de uma mulher mais jovem). Em um nível de 5%, houve evidência significativa de que uma fragrância cítrica melhora significativamente a adesão à higienização das mãos, assim como o uso do *dispenser* com sabonete em gel com imagem dos "olhos masculinos"<sup>(36)</sup>.

A terceira pesquisa avaliou um estímulo visual por luz em uma unidade de internação com duas antessalas adjacentes para higienização das mãos. Em uma, os médicos foram expostos a um lembrete do procedimento, que consistia em uma luz acesa sobre a pia quando eles entravam, comparada a uma sala controle, onde não havia a intervenção. Observou-se, no primeiro dia, na sala com a intervenção, 23%

dos médicos realizando a higienização das mãos, e elevando-se, no 14º dia, para 30%, enquanto na sala controle, iniciou com 7% e, no 14º dia, passou para 16%, sendo que no 21º dia, as observações realizadas nas salas intervenção e controle se igualaram em 23%<sup>(37)</sup>.

Nessa linha, desde 2012, a indústria internacional especializada em desenvolver produtos tecnológicos para aumentar a adesão à higienização das mãos em estabelecimentos de saúde tem proposto estratégias cognoscíveis, associando luzes e coleta de dados para diminuir as IRASs em tempo real. A exemplo, o BioVigil® configura-se em um dispositivo comercializado e de uso na forma de crachá, denominado sistema de adesão à higiene das mãos automatizado. Ele tem a finalidade de alertar os cuidadores para realizarem o procedimento. A luz amarela e, em seguida, a luz vermelha no dispositivo brilham até que a higienização seja realizada, ponto em que a luz verde passa a brilhar, garantindo aos pacientes e a qualquer pessoa ao lado do leito que a higiene das mãos foi realizada. O dispositivo valida o procedimento por meio de sensor químico para detecção de álcool nas mãos dos cuidadores, assim como pode validar a higienização das mãos com água e sabonete por detecção da proximidade e do tempo de permanência na pia<sup>(38)</sup>.

Em 2018, o BioVigil® foi avaliado quanto ao seu impacto nas IRASs, contudo, novamente sem utilizar ensaio clínico randomizado como delineamento da pesquisa. Dessa forma, conduziu-se um estudo quase-experimental não randomizado pré- e pós-intervenção em um hospital comunitário nos Estados Unidos. Verificou-se redução significativa na taxa de infecções do trato urinário associada ao cateter durante a intervenção: IRR, 0,55; IC de 95%, 0,35-0,87. Da mesma forma, observou-se redução significativa na taxa de infecções da corrente sanguínea associadas ao cateter central: IRR, 0,45; IC de 95%, 0,23-0,89. Os autores sugeriram que o monitoramento das práticas de higienização das mãos com um sistema automatizado, além de outras medidas de controle de infecção, podem se configurar em meios eficazes de reduzir as IRASs, contudo, reconhecem a limitação do estudo por ser quase-experimental e não um ensaio clínico<sup>(39)</sup>.

A segunda crença antecedente às intenções comportamentais eleita para intervenções, segundo a TCP, configurou-se de controle: “instituição hospitalar elevando a insensibilidade do não aparente”, a qual a equipe de enfermagem julga influenciar desfavoravelmente o comportamento de higienização das mãos, por ações

que fomentam a invisibilidade dos microrganismos hospitalares, potencializando a primeira crença comportamental já discutida.

Segundo a TCP, a percepção de controle diz respeito à percepção da presença de fatores que podem facilitar ou impedir a performance do comportamento. Assume-se que as crenças de controle, combinadas com a habilidade para controlar a situação, determinam a percepção de controle que irá prevalecer<sup>(31)</sup>.

Dessa forma, a percepção dos atores de que a crença de controle da instituição hospitalar eleva a insensibilidade para o não aparente é avaliada por eles como de baixo controle, portanto, reduzindo a intenção pessoal para fomentar a adesão à higienização das mãos.

Dentre as atitudes desfavoráveis à intenção comportamental de higienização das mãos encontra-se a gestão autocrática e não compartilhada adotada pela instituição/CCIRAS. Esta foi apontado pelo modelo teórico, especificamente nas subcategorias pertencentes à categoria B1, intitulada: *CCIRAS se distanciando das unidades de internação*: não promovendo educação continuada (B1.1); responsabilizando a enfermagem por surtos de infecções e não outros membros da equipe de saúde (B1.2); não promovendo conhecimento ou protocolos de prevenção de infecção (B1.3); restringindo o livre acesso da equipe de enfermagem aos índices de infecção hospitalar (B1.4); deixando de compartilhar os resultados de auditorias para higienização das mãos (B1.5); descuidando-se da comunicação visual para higienização das mãos (B1.6).

Uma intervenção demandaria a mudança de estilo de gestão da instituição/CCIRAS, de gestão autocrática para participativa e cogestão, conforme proposta na Política HumanizaSUS, em que a transversalidade da PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS<sup>(28)</sup>.

Essa política considera, a gestão participativa como instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e nas práticas de saúde, contribuindo para tornar o atendimento mais eficaz/efetivo e motivador para as equipes de trabalho. A cogestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, sendo, portanto, uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde. Para a realização dos objetivos da saúde (produzir saúde; garantir a realização profissional e pessoal dos trabalhadores; reproduzir o SUS como política democrática e solidária) é necessário incluir trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em um pacto de corresponsabilidade. A gestão participativa reconhece que não

há combinação ideal prefixada desses três pontos, mas acredita que é no exercício do próprio fazer da cogestão que os contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema de saúde vão sendo construídos. O modelo de gestão que a PNH propõe se fundamenta no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente<sup>(28)</sup>.

Outros quatro símbolos apontados pelo modelo intitulado “higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente” foram: sobrecarga de trabalho, estrutura física como barreira para a higienização das mãos, provisionamentos quantitativo e qualitativo inadequados de materiais para higienização das mãos e seção de educação continuada não se responsabilizando por atividades de ensino relativas à infecção hospitalar.

Apesar de a infraestrutura constituir um dos itens de avaliação e retroalimentação entre os cinco componentes-chave da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos, estudo demonstra barreiras estruturais que afetam a implementação efetiva de programas e reestruturações para se prevenir IRASs. Especialistas em controle de infecção e qualidade e legisladores na área, majoritariamente de Vancouver, Canadá, manifestaram suas concepções acerca das consequências que as barreiras estruturais, físicas, de recursos humanos, educação, variações de políticas e autoridade têm em sua capacidade de prevenir infecções associadas à saúde. Eles apontaram a necessidade de maior apoio financeiro para medidas preventivas, como a contratação de profissionais destinados à melhoria da prevenção de infecções, maior participação em programas de qualidade e maior disponibilidade de quartos de isolamento para se reduzir IRASs. Além disso, liderança e recursos são necessários para expandir: (a) o oferecimento de atividades educacionais anuais obrigatórias sobre prevenção de infecção para todos os funcionários do hospital, com acompanhamento deles nos cenários de prática e (b) a adoção de diretrizes e políticas de prática clínica de manejo antimicrobiano padronizado e baseado em evidências<sup>(40)</sup>.

As barreiras estruturais e o déficit do quadro de pessoal são fatores relevantes que afetam a incorporação da prática higienização das mãos no cotidiano do trabalho, o que é corroborado por vários estudos apontando que a quantidade insuficiente de pias, de materiais de insumo e de degermantes são os principais elementos

evidenciados pelos profissionais para justificarem a baixa adesão ao procedimento (41-44).

A manutenção de recursos humanos em enfermagem reduz as infecções hospitalares, portanto, os gestores e formuladores de políticas precisam valorizar o recrutamento e a retenção da força de trabalho de enfermagem qualificada(45). Também, o alto nível de carga de trabalho de enfermagem aumenta a possibilidade de eventos adversos para o paciente(46).

É incontestável que a adesão à higienização das mãos pelos profissionais se configure em um dos maiores desafios dos gestores hospitalares, perante os inúmeros obstáculos estruturais e comportamentais que influenciam diretamente a atitude pessoal do indivíduo biopsicossocial não preparado para lidar com o não aparente/cognoscível.

Estudo mostra que os enfermeiros, em suas atividades, atribuem significados às suas mãos, tal como de instrumento de controle de infecção e de cuidar. O que se percebe é que entendem a importância das mãos no processo de prevenção do controle de infecção hospitalar(47).

A implementação de treinamentos para aumentar a adesão da higienização das mãos é de grande importância. Este estudo mostra que não existe um planejamento de treinamento constante. Alguns funcionários foram treinados na admissão; outros tiveram algum treinamento ao longo dos anos de atividade laborativa e outro nunca foi treinado em 11 anos de trabalho. Estudos mostram que as avaliações sobre os treinamentos são satisfatórias e contribuem para a conscientização da importância dessa prática(48-49).

É inquestionável que o treinamento programado e constante fomenta mudança de comportamento no indivíduo. Nesse sentido é relevante atentar para uma questão pouco discutida, ainda que a psicologia cognitiva compreenda como os indivíduos percebem, aprendem, lembram e representam suas experiências vividas e como todos esses fatores influenciam o processo de aprendizagem.

Essa perspectiva é corroborada por Fontana, o qual ressalta que o aprendizado consiste em uma mudança relativamente persistente no comportamento do indivíduo, devido à experiência, e enfatiza, de modo particular, a maneira como cada indivíduo interpreta e tenta entender o que acontece. O indivíduo não é um produto relativamente mecânico do ambiente, mas um agente ativo no processo de

aprendizagem que procura, de forma deliberada, processar e categorizar o fluxo de informações recebidas<sup>(50)</sup>.

Assim, pode-se afirmar que a aprendizagem é decorrente da construção de um esquema de representações mentais que se dá a partir da participação ativa do sujeito que acaba, conseqüentemente, impactando o processamento de informações que serão internalizadas e transformadas em conhecimento<sup>(51)</sup>.

A aprendizagem é a fase de aquisição da memória, que se refere ao processo mediante o qual adquirimos, formamos, conservamos e evocamos informações, expressões e lembranças. Os seres humanos utilizam a linguagem para adquirir, codificar, guardar e evocar memórias e isso é proveniente das emoções, do nível de consciência e do estado de humor, ou seja, é mais fácil evocar ou aprender algo novo quando estamos em alerta e de bom humor e é difícil aprender qualquer coisa quando estamos cansados, deprimidos e muito ansiosos<sup>(52)</sup>.

Esse conhecimento elucida a dificuldade da eficácia dos treinamentos oferecidos à equipe de enfermagem quando se depara com a categoria – *observando relação entre sobrecarga de trabalho e o descenso da frequência e qualidade de higienização das mãos*. Uma equipe cansada, sobrecarregada de trabalho, devido ao provisionamento inadequado de profissionais, acaba por ter dificuldade de aprendizado e de memorização do conteúdo. A experiência descrita no estudo mostra que os treinamentos são realizados pelos enfermeiros responsáveis pela unidade de internação, no local de trabalho, o que também não favorece o aprendizado, tendo em vista a dificuldade de ausência do indivíduo das suas atividades laborativas diante da escassez de profissionais.

A percepção a respeito de ameaças à saúde influencia as tomadas de decisão relacionadas ao comportamento, tal como a suscetibilidade percebida a uma ameaça à saúde; a gravidade percebida de doença ou condição e benefícios e barreiras para tratamento. O indivíduo se preocupa constantemente com sua vulnerabilidade de saúde, quanto maior sua suscetibilidade percebida, maior a motivação para praticar comportamentos de promoção à saúde e de segurança. Os benefícios percebidos se baseiam na efetividade da ação e na sua percepção e as barreiras pautadas no custo-benefício da ação, considerando esforços empreendidos, tempo perdido e aborrecimento<sup>(53-55)</sup>.

Quando se tem forte intenção de agir, as atitudes em relação ao comportamento em questão são consideradas positivas e, portanto, apropriadas a

outras pessoas, conforme pressupõe a TCP. Ademais permitem aprofundar o conhecimento sobre a complexidade humana quando se trata de dimensões cognitivas e comportamentais que devem ser consideradas para a adesão a processos educativos, os quais dependem de recursos e tecnologias educativas para incentivar tal prática.

Como mostra-se sinalizado na experiência, *concebendo o não aparente dos microrganismos de domínio psicossocial para a ininteligibilidade humana na higienização das mãos*, existem desafios nas atividades educativas para a efetividade de processos educativos, ante à dificuldade que se tem de trabalhar a “concretude latente” dos microrganismos patogênicos, para despertar, por meio de lembranças, as memórias do vivenciado em treinamentos. Sem esse desdobramento, os enfermeiros acabam se desmotivando e frustrando-se com as intervenções educativas propostas para aumentar adesão à higienização das mãos.

Todavia, a invisibilidade microbiológica levando a erros de percepção, julgamento e ação para prevenir a disseminação de patógenos pode ser constatada em alguns estudos que apontam a substituição da higienização das mãos por luvas de procedimento, por não a considerarem importante antes e após a utilização destas<sup>(56)</sup>.

Nesse sentido, outros estudos também constataram que os profissionais negligenciam a higienização das mãos, especialmente antes e após o contato com os pacientes. Estudo realizado em cuidado intensivo neonatal mostrou que higienização das mãos foi ignorada por 27% dos médicos e por 51,8% dos técnicos de enfermagem, principalmente após contato com superfícies próximas aos pacientes, sendo também constatado o uso somente de 35% do álcool em gel mensal esperado<sup>(57-58)</sup>.

Esses estudos demonstraram o quanto é difícil a percepção da concretude do não aparente e que, por não visualizarem sujidade, acabam negligenciando a higienização das mãos.

No entanto, pode-se perceber que a experiência *despertando para a higienização das mãos e do ambiente, por meio de sensações sensíveis para se autoprotger* dá-se quando o indivíduo consegue perceber, pelos órgãos de sentido, alguma forma de sujidade aparente nas mãos. A presença de talco, de resíduo de álcool gel, material biológico e a observação dos colegas ou da CCIH fazem com que seja remetida à lembrança a percepção da necessidade de higienização das mãos, o

que também ocorre pelo sentimento instintivo de medo de adquirir alguma doença e contaminar seus familiares.

Nesse contexto, outros autores também confirmam que a percepção é preditora relevante para a intenção e adesão à higienização das mãos, assim como a percepção de ser um modelo para os colegas; a presença e observação de outras pessoas também influenciam a intenção de realizar a higienização das mãos. Sendo assim, o desempenho autorrelatado de higienização das mãos, do *self*, está associado à percepção de intenção<sup>(59-60)</sup>.

Em estudo realizado na Austrália, enfermeiros são instigados em relação à intenção de higienização das mãos quando ocorre associação potencialmente forte de risco de infecção, ou seja, o risco percebido de desenvolver um problema de saúde influencia significativamente a intenção de higienização das mãos<sup>(60)</sup>.

Pode-se perceber que a intenção comportamental do indivíduo de realizar uma ação pode estar associada a fatores internos e externos. Os fatores internos podem ser referentes ao conhecimento e às habilidades e, competências que o indivíduo traz consigo. Dessa forma, as intenções comportamentais refletem somente a motivação da intenção de agir, enquanto que a execução de uma determinada ação não depende exclusivamente desta, mas também do controle sobre o comportamento<sup>(61)</sup>.

Argumenta-se que aumentar o conhecimento do indivíduo não tem muita contribuição na mudança de comportamento, assim como programas/treinamentos que se baseiam somente nas explicações sobre a relevância de algo não terão o sucesso desejado, visto que é necessário persuadir a pessoa a mudar as próprias intenções, de acordo com as atitudes, as normas subjetivas e o controle percebido sobre o comportamento<sup>(62-63)</sup>.

Nesse contexto, a experiência nos mostra o despertar dos profissionais para a necessidade da concretude de sujidade nas mãos para arremetê-los a higienizá-la, mesmo com conhecimento da necessidade do procedimento nos cinco momentos preconizados pela OMS. Contudo somente com treinamentos e a utilização de cartazes como lembretes, ainda não foram capazes de mudar, a contento, o comportamento percebido. Por fim, esta pesquisa pressupõe que a associação de estratégias cognoscíveis poderá elevar a adesão à higienização das mãos, conforme os resultados deste estudo mostraram.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa permitiu, pela primeira vez, a construção de modelo teórico intitulado: *higienização das mãos como precaução sinestésica, por ininteligibilidade humana e institucional para o não aparente* e a demonstração do processo explicativo e analítico das ações e interações referentes à experiência interacional da equipe de enfermagem com a microbiota de suas mãos e as mensagens veiculadas por cartazes para higienizá-las.

O modelo sinalizou o fenômeno ininteligibilidade humana para o não aparente como um dos maiores desafios psicossociais em arremeter a equipe de enfermagem à higienização das mãos, uma vez mais suscetível a realizá-la quando exposta a sensações sensíveis (sinestésicas). O modelo, também apontou que a instituição hospitalar/CCIRAS pode elevar essa insensibilidade para o não aparente, quando: a instituição/CCIRAS adota um estilo autocrático de gestão/liderança, ao não incluir a equipe de enfermagem como cogestora e corresponsável; a equipe de enfermagem está exposta à sobrecarga de trabalho; não promove estrutura física apropriada para a lavagem das mãos; o provisionamento quantiquantitativo de insumos é inadequado para higienização das mãos; não oferece processos educativos contínuos sobre o procedimento e suas especificidades com as IRASs.

Por fim, para amenizar o fenômeno ininteligibilidade humana para o não aparente, aumentando a eficácia de intervenções para adesão à higienização das mãos e contribuir com o descenso das IRASs, esta pesquisa pressupõe associar às estratégias educativas para higienização das mãos, as estratégias cognoscíveis imediatas, de forma que o profissional, logo ao finalizar uma intervenção e antes de passar para a próxima, seja lembrado que deve higienizar suas mãos. Nessa perspectiva são escassas as pesquisas com alto poder de evidência para avaliar eficácia desse tipo de intervenção. Contudo, no mercado e na literatura científica, a tecnologia BioVigil<sup>®(38)</sup> tem essa finalidade, mas ainda é preciso conduzir ensaios clínicos para avaliar a sua eficácia na adesão à higienização das mãos e no descenso das IRASs. Faz-se também necessário desenvolver tecnologias de ensino para trabalhar a ininteligibilidade humana para o não aparente.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde Brasil. Organização Mundial da Saúde. No Dia Mundial de Higienização das Mãos, OMS alerta para prevenção da sepse nos cuidados de saúde. Brasília: OPAS Brasil, OMS; 2018.
2. Souza ES, Aparecida Belei R, Dantas CM, Carrilho M, Matsuo T, Fumie Yamada-Ogatta S, et al. Mortalidade e riscos associados a infecção relacionada à assistência à saúde. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 11];24(1):220-8.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde-GGTES. Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (2016-2020). Brasília: Anvisa; 2016.
4. World Health Organization. Health care-associated infections Fact Sheet [Internet]. Geneva: WHO; [s. d.] [cited 2020 Mar 11]. Available from: [https://www.who.int/gpsc/country\\_work/gpsc\\_ccisc\\_fact\\_sheet\\_en.pdf](https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_ccisc_fact_sheet_en.pdf)
5. World Health Organization. Health care without avoidable infections. Geneva: WHO; 2017.
6. Padoveze MC, Fortaleza CMCB, Padoveze MC, Fortaleza CMCB. Healthcare-associated infections: challenges to public health in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2020 Mar 12];48(6):995-1001. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000600995&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600995&lng=en&tlng=en)
7. Oliveira de Paula A. Impacto da estratégia multimodal na adesão a higiene de mãos entre a equipe multiprofissional. Belo Horizonte: Escola De Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
8. Organização Mundial da Saúde. 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 da higienização das mãos [Internet]. Brasília: OMS, ANVISA; 2008 [cited 2020 Mar 11]. Available from: [http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao\\_oms/guia\\_de\\_implement.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/guia_de_implement.pdf)
9. Belela-Anacleto ASC, Peterlini MAS, Pedreira MLG. Hand hygiene as a caring practice: a reflection on professional responsibility. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];70(2):442-5. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672017000200442&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000200442&lng=en&tlng=en)
10. Organização Pan-Americana da Saúde Brasil. Organização Mundial da Saúde. Uma assistência limpa é uma assistência mais segura [Internet]. Brasília: OPAS Brasil, OMS; [s. d.] [cited 2020 Mar 11]. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=883:uma-assistencia-limpa-e-uma-assistencia-mais-segura&Itemid=685](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=883:uma-assistencia-limpa-e-uma-assistencia-mais-segura&Itemid=685)
11. World Health Organization. Save lives: clean your hands [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 Mar 22]. Available from: <https://www.who.int/gpsc/5may/en/>
12. Oliveira de Paula A, Oliveira AC. A percepção dos profissionais de saúde em relação à higienização das mãos Healthcare workers perception regarding hand

- hygiene. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 29];9(2):321. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3832>
13. Dutra G, Dutra GG, Costa MP, Bosenbecker EO, Lima LM, Siqueira HCH, et al. Nosocomial infection control: role of the nurse. Rev Pesqui Cuid Fundam [Internet]. 2015 [cited 2020 Mar 22];7(1):2159-68. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3571>
  14. Oliveira AC, Oliveira de Paula A, Sarmento Gama C. Monitorização da higienização das mãos: observação direta versus taxa autorreportada. Enfermería Glob [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2019 Apr 25];16(4):324. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/277861>
  15. Jezewski GM, Loro MM, Gehrke Herr GE, Fontana RT, Aozane F, Santos FP, et al. Conhecimento de profissionais de enfermagem de um hospital privado acerca da higienização das mãos. Rev Cuid (Bucaramanga) [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 29];8(3):1777. Available from: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/419>
  16. OPAS. Guia para a implementação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higiene das mãos. Genebra: WHO Press; 2009. Disponível: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/guia-para-a-implementacao-da-estrategia-multimodal-da-oms-para-a-melhoria-da-higiene-das-maos>
  17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Higienização das mãos [Internet]. Brasília: Anvisa; 2009 [cited 2020 Oct 19]. Available from: [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)
  18. Abela N, Borg MA. Impact on hand hygiene compliance following migration to a new hospital with improved resources and the sequential introduction of World Health Organization recommendations. Am J Infect Control [Internet]. 2012 [cited 2019 Apr 25];40(8):737-41. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196655311012454>
  19. Carvalho CJA, Bocchi SCM. Idoso reconhecendo-se vulnerável a quedas na concretude da fratura do fêmur. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 [cited 2020 Mar 22];70(2):296-303. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200279&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000200279&script=sci_arttext&tlng=pt)
  20. Souza LB, Mazeto GMFS, Bocchi SCM. Self-managing osteoporosis treatment for well-being recovery mediated by the (in)visibility of the disease signs. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(3):398-405.
  21. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Heal Care [Internet]. 2007 Dec 1;19(6):349–57. Available from: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
  22. Holloway I, Wheeler S. Qualitative research in nursing and healthcare [Internet]. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010 [cited 2020 Mar 22]. Available from: [https://books.google.com.br/books/about/Qualitative\\_Research\\_in\\_Nursing\\_and\\_Heal.html?id=8AP3sCg1kdYC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.br/books/about/Qualitative_Research_in_Nursing_and_Heal.html?id=8AP3sCg1kdYC&redir_esc=y)
  23. Strauss A, Corbin J, A. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada [Internet]. Porto Alegre: Artmed; 2008.
  24. Cassiani SH, Caliri MH, Pelá NT. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. Rev Lat Am Enfermagem. 1996;4(3):75-

- 88.
25. Glaser B, Strauss A. Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research [Internet]. Abingdon: Routledge; 2017 [cited 2020 Mar 22]; Available from: [https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=GTMrDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=Js0fECqji-&sig=AEhKQ7EMrGMtxij2DF3HsOT\\_nSk](https://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=GTMrDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&ots=Js0fECqji-&sig=AEhKQ7EMrGMtxij2DF3HsOT_nSk)
  26. Chenitz W, Swanson J. From practice to grounded theory: qualitative research in nursing. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1986.
  27. Ajzen I. From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In: Action Control [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1985 [cited 2019 May 21]. p. 11–39. Available from: [http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-3-642-69746-3\\_2](http://www.springerlink.com/index/10.1007/978-3-642-69746-3_2)
  28. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização B. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão [Internet]. 2004 [cited 2020 Oct 19]. Available from: <http://www.saude.gov.br/editora>
  29. Haguette T. Metodologias qualitativas na sociologia [Internet]. Petropolis: Vozes; 1992 [cited 2020 Mar 22]; Available from: <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IisScript=BIBA.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expression=mfn=009890>
  30. Charon J. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10 ed. Upper Saddle River, NJ : Pearson Prentice Hall; 2010.
  31. Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Decis Process [Internet]. 1991 Dec 1 [cited 2019 May 21];50(2):179–211. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074959789190020T?via%3Dihub>
  32. Ajzen I. Constructing a TpB Questionnaire: Conceptual and Methodological Considerations. undefined. 2002;
  33. Ajzen I, Fishbein M. Attitudes and the Attitude-Behavior Relation: Reasoned and Automatic Processes. Eur Rev Soc Psychol. 2000 Jan 1;11(1):1–33.
  34. Gould DJ, Moralejo D, Drey N, Chudleigh JH, Taljaard M. Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care. Cochrane Database of Syst Rev [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 19];9(9):CD005186. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28862335/>
  35. Grant AM, Hofmann DA. It's not all about me: Motivating hand hygiene among health care professionals by focusing on patients. Psychol Sci [Internet]. 2011 [cited 2020 Oct 19];22(12):1494-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22075239/>
  36. King D, Vlaev I, Everett-Thomas R, Fitzpatrick M, Darzi A, Birnbach DJ. “Priming” hand hygiene compliance in clinical environments. Health Psychol [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 19];35(1):96-101. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26214075/>
  37. Diegel-Vacek L, Ryan C. Promoting hand hygiene with a lighting prompt. HERD 2016;10(1):65-75. DOI: 10.1177/1937586716651967
  38. BioVigil. Por que estamos aqui [Internet]. Ann Arbor: BioVigil; 2020 [cited 2020 Oct 19]. Available from: <https://biovigil.com/about-us/company/>
  39. McCalla S, Reilly M, Thomas R, McSpedon-Rai D, McMahan LA, Palumbo M. An automated hand hygiene compliance system is associated with decreased rates of health care-associated infections. Am J Infect Control [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 19];46(12):1381-6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30509358/>

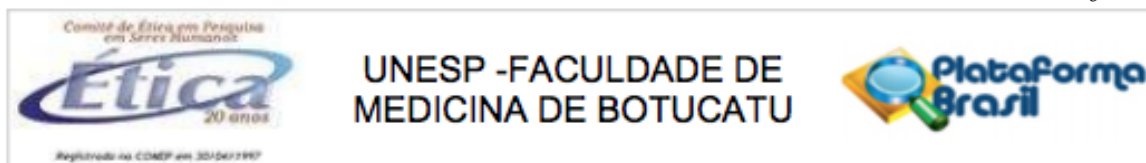
40. Zuberi DM, Ptashnick MB, Collet JC, Lau TTY, Mirzanejad Y, Thomas EE. Mobilising for safer care: addressing structural barriers to reducing healthcare-associated infections in Vancouver, Canada. *Health Sociol Rev* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 19];24(2):137-51. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14461242.2015.1004799>
41. Magnago TSBS, Ongaro JD, Greco PBT, Lanes TC, Zottele C, Gonçalves NG, et al. Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 25];40(spe):e20180193. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472019000200404&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200404&lng=pt&tlng=pt)
42. Salmon S, McLaws M-L. Qualitative findings from focus group discussions on hand hygiene compliance among health care workers in Vietnam. *Am J Infect Control* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 29];43(10):1086-91. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196655315006525>
43. Forrester LA, Bryce EA, Mediaa AK. Clean Hands for Life™: results of a large, multicentre, multifaceted, social marketing hand-hygiene campaign. *J Hosp Infect* [Internet]. 2010 [cited 2019 Apr 25];74(3):225-31. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0195670109004976>
44. Zellmer C, Blakney R, Van Hoof S, Safdar N. Impact of sink location on hand hygiene compliance for *Clostridium difficile* infection. *Am J Infect Control* [Internet]. 2015 [cited 2019 May 9];43(4):387-9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196655314014230>
45. Uchida-Nakakoji M, Stone PW, Schmitt SK, Phibbs CS. Nurse workforce characteristics and infection risk in VA community living centers: a longitudinal analysis. *Med Care* [Internet]. 2015 [cited 2020 Oct 19];53(3):261-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25634087/>
46. Kang JH, Kim CW, Lee SY. Nurse-perceived patient adverse events depend on nursing workload. *Osong Public Health Res Perspect* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 19];7(1):56-62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26981344/>
47. Yoo HJ, Suh EE, Shin YH, Choi JS, Park KH, Kim JY, et al. The meanings of hands among clinical nurses in a tertiary hospital. *J Korean Crit Care Nurs*. 2019;12(3):50-60.
48. Alves CA. Adesão à higienização das mãos: um olhar sobre a edificação do treinamento no processo de cuidar [relatório de pesquisa] [Internet]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2017 [cited 2020 Jun 20]. Available from: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yq766>
49. Herrera-Usagre M, Pérez-Pérez P, Vázquez-Vázquez M, Santana-López V. Profesionales de salud ante la mejora de la higiene de las manos: estrategias clásicas versus estrategias avanzadas. *Rev Chil Infectol* [Internet]. 2014 [cited 2019 Apr 25];31(5):534-41. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182014000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
50. Fontana D. *Psicologia para professores* [Internet]. 2a ed. São Paulo: Loyola; 1998 [cited 2020 Jun 22]. Available from: [https://books.google.com.br/books?id=mqjGWDJrTAIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=mqjGWDJrTAIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
51. Lakomy AM. *Teorias cognitivas da aprendizagem* [Internet]. Curitiba: IBPEX; 2008 [cited 2020 Jun 22]. Available from: <https://pt.scribd.com/document/261818775/Teorias-Cognitivas-Da-Aprendizagem-Ana-Maria-Lakomy>

52. Lent R. Neurociencia da mente e do comportamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019. Aprendizado e memória; p. 241-52.
53. Straub RO. Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial [Internet]. Porto Alegre: Artmed; 2014 [cited 2020 May 14]. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=aIWaAgAAQBAJ&pg=PA148&dq=teoria+do+comportamento+planejado&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiigZ6An8bpAhUHlBkGHRZaDIIQ6AEIQzAD#v=onepage&q=teoria do comportamento planejado&f=falseBR&sa=X&ved=0ahUKEwiigZ6An8bpAhUHlBkGHRZaDIIQ6AEIQzAD#v=onepage&q=teoria do comportamento planejado&f=false>
54. Pires CGDS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Cienc Saude Colet. 2008;13 Suppl 2:2257-67.
55. Barletta JB. Comportamentos e crenças em saúde: contribuições da psicologia para a medicina comportamental. Rev Psicol IMED [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 22];2(1):307-17. Available from: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/42>
56. Baloh J, Thom KA, Perencevich E, Rock C, Robinson G, Ward M, et al. Hand hygiene before donning nonsterile gloves: Healthcareworkers' beliefs and practices. Am J Infect Control [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 25];47(5):492-7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0196655318311076>
57. Cortêz Raimondi D, Zandonadi Bernal SC, Soares de Souza V, Campos de Oliveira JL, Matsuda LM. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. Rev Cuid [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];8(3):1839. Available from: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/437>
58. Silva DS, Dourado AAG, Cerqueira CRE, Romero FH, Amaral NA, Pearce PF, et al. Hand hygiene adherence according to World Health Organization Recommendations in a Neonatal Intensive Care Unit. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2017 [cited 2019 Apr 25];17(3):551-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292017000300551&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000300551&lng=en&tlng=en)
59. Oh HS. Knowledge, perceptions, and self-reported performance of hand hygiene among registered nurses at community-based hospitals in the Republic of Korea: a cross-sectional multi-center study. J Prev Med Public Health [Internet]. 2018 [cited 2019 May 2];51(3):121-9. Available from: <http://jpmph.org/journal/view.php?doi=10.3961/jpmph.17.188>
60. White KM, Starfelt LC, Jimmieson NL, Campbell M, Graves N, Barnett AG, et al. Understanding the determinants of Australian hospital nurses' hand hygiene decisions following the implementation of a national hand hygiene initiative. Health Educ Res [Internet]. 2015 [cited 2019 Apr 25];30(6):959-70. Available from: <https://academic.oup.com/her/article-lookup/doi/10.1093/her/cyv057>
61. As teorias da ação racional e da ação planejada: relações entre intenções e comportamentos [Internet]. Aval Psicol. 2010 [cited 2020 May 14];9(2):279-87. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712010000200012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000200012)
62. Ajzen I. Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. J Appl Soc Psychol. 2002;32(4):665-83.
63. Buzo Martins EC, Serralvo FA, João BDN. Teoria Do Comportamento Planejado: Uma Aplicação No Mercado Educacional Superior. Gestão Reg

[Internet]. 2014 Apr 29 [cited 2020 Nov 10];30(88). Available from: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_gestao/article/view/2292](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/view/2292)

## ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Página 04 de



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** INTERAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR COM MICROBIOTA DE SUAS MÃOS E MENSAGENS NO CENÁRIO PARA HIGIENIZÁ-LAS

**Pesquisador:** SILVIA HELENA MENEGUIN BRAVIN

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 15786719.7.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.448.724

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa qualitativa que visa compreender como ocorre a experiência de profissionais de enfermagem ( enfermeiros e técnicos de enfermagem ) com a microbiota de suas mãos, e com mensagens sobre higienização das mesmas, afixadas como lembretes e cartazes no cenário de trabalho.

O projeto é justificado pela necessidade de compreender e enfrentar os diferentes obstáculos e barreiras comportamentais na adesão dos profissionais à higienização das mãos. É descrito que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a implementação de ações com diferentes estratégias para adesão dos profissionais na higienização das mãos, considerada uma das principais medidas de prevenção e controle de infecções na assistência à saúde. OMS indica que deve haver garantia de infraestrutura; formação e educação dos profissionais para procedimentos corretos; retroalimentação das ações, lembretes sobre a prática, ambiente de sensibilização sobre as questões de segurança do paciente. O projeto propõe o grupo focal com técnica de coleta e análise de dados, cada grupo deverá ser composto de 4 a 6 profissionais, sendo os profissionais de unidades de diferentes complexidades assistenciais (unidades de internação e unidades de intensivas) com mais de um ano de atividade na Instituição. Na metodologia são descritos os procedimentos da entrevista e questões norteadoras sobre a experiência dos profissionais na prevenção e controle de infecções; com a não concretude da microbiota de suas mãos e com os cartazes sobre higienização das mãos. O

**Endereço:** Chácara Butignolli , s/n

**Bairro:** Rubião Junior

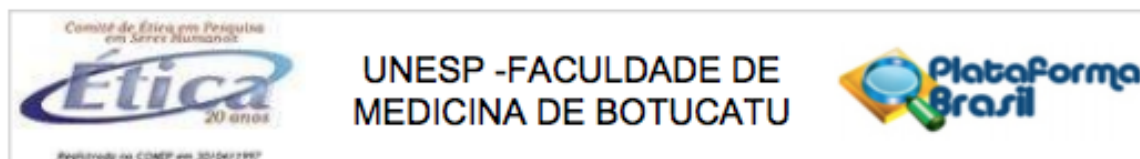
**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1609

**E-mail:** cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.448.724

conteúdo será gravado, transcrito e analisado de acordo com a Teoria Fundamentada dos dados, e os modelos teóricos serão interpretados a partir do Interacionismo Simbólico.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Compreender a experiência interacional de enfermeiros e técnicos de enfermagem com a microbiota de suas mãos, e com mensagens afixadas como lembretes e cartazes no cenário de trabalho sobre higienização das mesmas.

Elaborar modelos teóricos representativos das experiências avaliadas deste estudo

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos da pesquisa estão associados ao desconforto em descrever as percepções solicitadas na pesquisa. Os benefícios podem ser diretos, quando houver a motivação dos participantes nas práticas de prevenção da infecção hospitalar, e indiretos a partir do conhecimento sobre os processos para conhecer as barreiras para essa prática e assim estabelecer possíveis estratégias para melhor controle e prevenção de infecções hospitalares.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de pós graduação em Enfermagem, orientado pela profa Sílvia C Bocchi e submetido à FAPESP para suporte financeiro .

Pesquisa qualitativa , descrita detalhadamente em sua metodologia para obter e analisar informações. Os sujeitos da pesquisa serão enfermeiro (20) e técnicos de enfermagem (20) com atividade na entidade a mais de um ano.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto, Termo de anuência da Instituição, e do HC da FMB são apresentados adequadamente; o cronograma compatível com início em agosto 2019 e o TCLE está redigido de forma clara, e como um convite aos participantes, explicita os objetivos, os procedimentos e o tempo necessário para a realização das atividades previstas, o sigilo e não prejuízo em caso de não participar da pesquisa. No final do TCLE, constam espaços para dados do pesquisador e orientador a serem preenchidos manualmente.

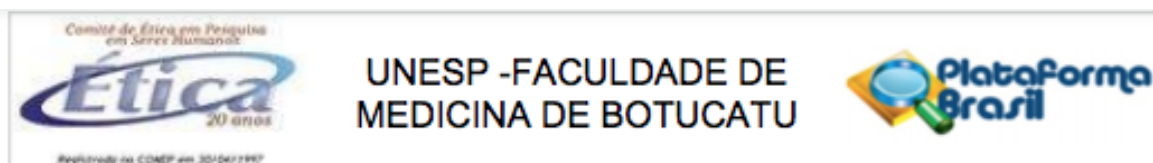
#### **Recomendações:**

Antes da aplicação do Termo (TCLE) aos participantes, deverá ser preenchido nos espaços destinados, os dados do pesquisador e orientador (nome completo, telefone e e-mail).

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa

Endereço: Chácara Butignolli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.448.724

apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Conforme deliberação do Colegiado em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 1º de JULHO de 2019, o projeto de pesquisa encontra-se APROVADO.

No entanto, ao final da execução do projeto de pesquisa, é necessário enviar o "Relatório Final de Atividades", na forma de "NOTIFICAÇÃO", via sistema Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

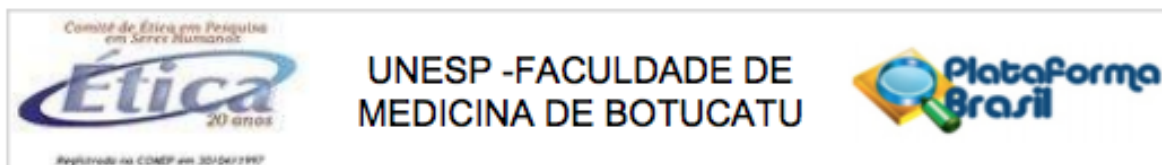
**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1314520.pdf	04/06/2019 19:03:22		Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	30/04/2019 12:50:36	SILVIA HELENA MENEGUIN BRAVIN	Aceito
Outros	AnuenciaHcfmbSipe.pdf	30/04/2019 12:47:39	SILVIA HELENA MENEGUIN BRAVIN	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	30/04/2019 12:35:55	SILVIA HELENA MENEGUIN BRAVIN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.PDF	22/03/2019 01:49:34	Silvia Cristina Mangini Bocchi	Aceito
Orçamento	custo.docx	19/03/2019 17:12:07	Silvia Cristina Mangini Bocchi	Aceito
Cronograma	execucao.pdf	19/03/2019 17:00:36	Silvia Cristina Mangini Bocchi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/03/2019 17:00:20	Silvia Cristina Mangini Bocchi	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Chácara Butignolli, s/n  
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
 UF: SP Município: BOTUCATU  
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.448.724

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 10 de Julho de 2019

---

**Assinado por:**  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador(a))

## **APÊNDICE 1. TERMO CONSENTIDO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA**

CONVIDO o(a) Senhor(a) para participar do projeto de pesquisa intitulado **“INTERAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM HOSPITALAR COM A MICROBIOTA DE SUAS MÃOS E MENSAGENS NO CENÁRIO PARA HIGIENIZÁ-LAS”**, que será desenvolvido por mim, Silvia Helena Meneguim Bravin, com orientação da profissional (enfermeira) e Professora Adjunta Silvia Cristina Mangini Bocchi, da (Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP).

Com este estudo, visamos compreender como a equipe de enfermagem interage com os microrganismos de suas mãos, assim como com a higienização destas. Para que possamos aprofundar essa compreensão, neste momento, precisamos que nos conceda uma entrevista orientada pelas perguntas norteadoras: Como tem sido a experiência de vocês na prevenção e controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde? Como é lidar, no cotidiano, com a não concretude da microbiota de suas mãos? Como tem se configurado a sua experiência, ao longo do tempo, com cartazes sobre higienização das mãos?

A entrevista terá a duração entre 40 e 60 minutos; será audiogravada e todo o material deletado depois de transcrito, com o cuidado de eliminar qualquer informação que poderá identificá-lo(a). As transcrições serão guardadas sob sigilo e anonimato.

Declaro que esta pesquisa isentará de qualquer risco a sua pessoa, e o relato de suas experiências poderá nos ajudar a propor intervenções educacionais mais apropriadas para a concepção interacional dos profissionais com os microrganismos de suas mãos, assim como com a higienização destas.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a sua pessoa.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias de igual teor, das quais uma via será entregue ao Senhor(a), devidamente rubricada, e a outra será arquivada e mantida pelos pesquisadores, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida adicional, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa pelos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609. O Comitê de Ética em Pesquisa funciona de 2ª a 6ª feira, das 08h00 às

11h30min e das 14h00 às 17h00, na Chácara Butignolli s/nº, em Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO EM PARTICIPAR de forma voluntária, estando ciente de que todos os meus dados estarão resguardados por meio do sigilo com que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente de que os resultados deste estudo poderão ser publicados em revistas científicas, sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Botucatu, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Pesquisador

---

Participante da Pesquisa

**Nome (Pesquisador):** Silvia Helena Meneguín Bravin

**Endereço:** Rua Lázaro de Toledo, 91, Colinas do Paraíso

**Telefone:** (14)981354828

Email: shmeneguín@hotmail.com

**Nome (orientadora):** Silvia Cristina Mangini Bocchi

**Endereço:** Faculdade de Medicina - Câmpus de Botucatu, Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n - UNESP - Câmpus de Botucatu - Botucatu/SP - CEP 18618687

**Telefone:** (14)997116766

**E-mail:** silvia.bocchi@unesp.br

## APÊNDICE 2. Quadros com códigos relativos ao processo de análise

**Quadro 2 – Categoria A1.** Lidando com o não aparente: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando a atitude de higienização das mãos pessoal (E5.3)</li> <li>• Percebendo que a higienização das mãos é uma atitude individual (E8.8);</li> <li>• Entendendo que a lavagem das mãos está relacionada à consciência da concretude dos microrganismos (E2.3).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acreditando que a higienização das mãos está relacionada à consciência das pessoas diante da gravidade da infecção cruzada (TE1.2);</li> <li>• Considerando que, apesar dos cartazes lembrarem a importância da higienização das mãos, esta depende do comportamento individual das pessoas e da relação que elas estabelecem com as mãos estarem sujas quando há algo aparente, incomodando (TE4.3);</li> <li>• Percebendo que a higienização das mãos está relacionada à atitude individual, do nível de consciência e costume de cada pessoa (TE 8.2);</li> <li>• Percebendo que algumas pessoas lavam as mãos rapidamente, sem técnica (TE1.1);</li> <li>• Percebendo que alguns profissionais higienizam menos as mãos ou realizam a higienização das mãos sem técnica, de forma rápida, como se faz em casa, sem dar importância ao procedimento para eliminar microrganismos hospitalares (TE 8.3);</li> <li>• Percebendo que a higienização das mãos é realizada rapidamente e sem técnica (TE6.1).</li> <li>• Considerando o uso do álcool gel para procedimentos pouco sujos (TE3.1);</li> <li>• Utilizando o álcool gel na ausência de sujidade aparente (TE1.2);</li> <li>• Percebendo que as pessoas consideram as mãos limpas antes e após a utilização das luvas e não higienizam as mãos (TE1.2);</li> <li>• Percebendo que muitas pessoas substituem a higienização das mãos por luvas, considerando-a suficiente para prevenção de infecção (TE7.1);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Percebendo que, algumas vezes, não é possível realizar a higienização das mãos antes de enluvá-las e após o procedimento realizado (TE6.1).</li></ul>
--	---

**Quadro 3 – Categoria A2.** Invisibilidade microbiológica induzindo o humano ao erro de percepção, julgamento e ação para prevenir a disseminação de patógenos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

**Códigos das entrevistas. Grupo amostral: enfermeiros**

- Considerando a dificuldade de lidar com a invisibilidade, a não concretude dos microrganismos nas mãos (E1.4);
- Percebendo a complexidade das pessoas em admitir a concretude dos microrganismos nas mãos (E1.4);
- Percebendo que, por causa da invisibilidade dos microrganismos, os profissionais podem não ter a percepção do risco de infecção (E2.1);
- Percebendo que a não concretude dos microrganismos na microbiota das mãos interfere na prática de higienização das mãos (E4.3);
- Relacionando a falta de higienização das mãos com a não concretude dos microrganismos na microbiota (E6.3);
- Demonstrando preocupação com ignorância de algumas pessoas com relação à transmissão de infecção e da presença dos microrganismos (E8.6);
- Percebendo a não responsabilização dos membros da equipe de saúde do hospital com a transmissão e prevenção de infecção (E8.5);
- Percebendo que as pessoas não têm a percepção da concretude dos microrganismos quando as mãos estão com ausência de sujidade ou material orgânico (E7.4).

**Quadro 4 – Categoria A3.** Deparando-se com dificuldades nas atividades educativas de demonstrar a concretude da microbiota das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

**Códigos das entrevistas. Grupo amostral: enfermeiros**

- Considerando a realização de uma atividade prática de coleta de cultura das mãos dos funcionários para mostrar a presença dos microrganismos (E1.5);
- Considerando que tornar as bactérias visíveis e contáveis nas mãos pode contribuir para melhorar a conscientização dos profissionais (E1.5);
- Realizando a intervenção de treinamento com luz negra para mostrar a concretude dos microrganismos nas mãos (E4.3);
- Percebendo que a higienização das mãos é maior quando existe concretude dos microrganismos (E4.3);
- Observando que os profissionais da saúde não têm a consciência de contaminação nas dependências internas do hospital, como no caso dos elevadores, em que as pessoas apertam os botões com as luvas contaminadas (E8.5);
- Percebendo que é muito difícil as pessoas terem a conscientização da presença dos microrganismos (E8.5).

**Quadro 5 – Categoria A4.** Desmotivando-se frustrado com resultados insatisfatórios de intervenções educativas para aumentar adesão à higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

**Códigos das entrevistas. Grupo amostral: enfermeiros**

- Percebendo que algumas pessoas não estão preocupadas com a prevenção de infecção cruzada (E3.3);
- Percebendo que nem todos os enfermeiros estão engajados na cobrança e controle da prevenção de infecção (E8.3);
- Considerando que os enfermeiros que cobram a higienização das mãos são considerados chatos e repetitivos. Isso gera exaustão e cansaço do profissional, que acaba deixando de cobrar e monitorar a realização de higienização das mãos (E8.3);
- Percebendo que o funcionário antigo tem menos preocupação com a higienização das mãos e com a prevenção de infecções (E8.5);
- Percebendo que outros profissionais, apesar de serem orientados, não aderem à higienização das mãos (E7.8);
- Percebendo que a orientação sobre a higienização é exaustiva e não muda o comportamento (E5.4);
- Percebendo que, como o comportamento das pessoas não muda em relação à higienização das mãos, os profissionais vão perdendo o entusiasmo por cobrar e orientar (E5.4).

**Quadro 6 - Subcategoria B1.1.** Não promovendo a educação continuada: elementos e códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

Elementos e códigos do grupo amostral: enfermeiros	Elementos e códigos do grupo amostral: técnicos de enfermagem
<b>Elemento B1.1.1. Oferecendo treinamento somente na admissão do funcionário</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funcionários passando, recentemente, por treinamento admissional com o médico infectologista explicando sucintamente sobre a higienização das mãos (E1.2);</li> <li>• Sendo abordada, em treinamento admissional a diferença entre higienização convencional das mãos com uso de clorexidina sabonete, com álcool gel e tempo necessário de fricção (E1.2);</li> <li>• Treinamento admissional esclarecendo os funcionários sobre microrganismos hospitalares multirresistentes (E1.2);</li> <li>• Considerando recente o tempo de sua admissão e o treinamento para higienização das mãos (E1.2);</li> <li>• Funcionários antigos não passando por treinamento com o médico infectologista (E1.2);</li> <li>• Percebendo que a dinâmica de higienização das mãos com tinta favorece a percepção e a conscientização das pessoas com relação à concretude dos microrganismos (E1.9);</li> <li>• Considerando importante ter treinamento permanente para intensificar a orientação da higienização das mãos na prevenção das infecções hospitalares com técnicas de guache (E2.4);</li> <li>• Considerando que, se existisse treinamento permanente, os funcionários não teriam o pretexto do esquecimento e atentariam à necessidade da higienização das mãos (E2.4);</li> <li>• Considerando que todos os profissionais têm conhecimento prévio sobre a higienização das mãos, mas que a falta de treinamento contribui para a não realização adequada da higienização das mãos (E2.4);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificando a falta de treinamento e de cobrança de higienização das mãos no hospital (TE6.2);</li> <li>• Percebendo que falta treinamento para reforçar a prática da higienização das mãos (TE2.2).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que o comportamento dos funcionários com relação à prática de higienização vai diminuindo com o passar do tempo (E4.3);</li> <li>• Considerando que os treinamentos sobre higienização das mãos devem ser permanentes (E4.3);</li> <li>• Realizando intervenção de treinamento com luz negra para mostrar a concretude dos microrganismos nas mãos (E4.3);</li> <li>• Considerando que não existe treinamento sobre higienização das mãos no hospital (E7.3);</li> <li>• Recordando que, no hospital, nunca houve treinamento sobre higienização das mãos (E7.3);</li> <li>• Considerando importante ter treinamento continuado de higienização das mãos para atualização da técnica (E7.7).</li> </ul>	
<b>Elemento B1.1.2 - Não se responsabilizando pela educação continuada</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que não existe rotina de comunicação entre os setores de internação, os serviços de educação continuada e a CCIH para atuar de maneira conjunta na prevenção das IRASs (E2.4);</li> <li>• Considerando que a CCIH não tem uma rotina de treinamento da equipe de saúde (E4.3);</li> <li>• Percebendo que a CCIH realiza, às vezes, intervenção de observação da prática de higienização das mãos, mas não atua na orientação junto aos funcionários (E4.3);</li> <li>• Considerando que a CCIH devesse trabalhar em conjunto com as unidades de internação, em prol da prevenção e controle de infecção (E4.5);</li> <li>• Percebendo que os treinamentos não são ministrados pela CCIH (E5.3);</li> <li>• Percebendo, periodicamente, somente a função de cobrança da CCIH (E5.3);</li> <li>• Entendendo que a CCIH devesse realizar o papel de orientação da equipe médica (E7.8).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo a presença da CCIH somente para observação no setor, não havendo intervenção de orientação ou treinamento para os funcionários sobre prevenção de infecção hospitalar (TE7.2);</li> <li>• Percebendo a presença da CCIH como intervenção observacional, sem falar com a equipe e sem orientar, somente fazendo anotações (TE 9.3).</li> </ul>

**Quadro 7 - Subcategoria B1.2.** Responsabilizando a enfermagem por surtos de infecções e não outros membros da equipe de saúde. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Códigos do grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Códigos do grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que alguns médicos entram em contato físico com pacientes e não realizam a higienização das mãos antes de abordar outros pacientes (E3.4);</li> <li>• Percebendo que a equipe de enfermagem é sempre considerada a responsável pela transmissão de microrganismos (E3.4);</li> <li>• Percebendo que alguns médicos não têm a percepção da concretude dos microrganismos e de sua transmissão na ausência de secreções/material biológico (E3.4);</li> <li>• Considerando que dentre os profissionais, a enfermagem é a que tem maior supervisão da higienização das mãos (E4.4);</li> <li>• Percebendo que os outros profissionais não têm supervisão das práticas realizadas (E4.5);</li> <li>• Percebendo que a prática de não higienizar as mãos é passada de um profissional para outro (E4.5);</li> <li>• Percebendo que a não concretude da microbiota das mãos faz com que os médicos também não percebam a transmissão cruzada (E7.2);</li> <li>• Percebendo que a equipe médica de especialistas não higieniza as mãos antes de examinar o próximo paciente (E7. 2);</li> <li>• Precisando chamar a atenção de residente ao vê-lo desprezando lixo em local errado (E3.4).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando importante a higiene das mãos na prevenção de infecção, mas identificando que alguns médicos e docentes não têm o comprometimento de seguir as preconizações de paramentação e higienização das mãos e, posteriormente, os índices de infecção são atribuídos somente aos cuidados de enfermagem (TE4.2);</li> <li>• Percebendo que somente a enfermagem é responsabilizada pela infecção cruzada, apesar de outros profissionais, como os médicos, não higienizarem as mãos no atendimento dos pacientes (TE3.2).</li> </ul>

**Quadro 8 – Subcategoria B1.3.** Não promovendo conhecimento ou protocolos de prevenção de infecção: elementos e códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Elementos e códigos do grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Elementos e códigos do grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<b>Elemento B1.3.1. Não possuindo informações sobre a coleta de SWAB de vigilância</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que a infecção hospitalar poderia ser mais bem controlada se houvesse protocolo de controle e prevenção (E1.7);</li> <li>• Percebendo a ausência de protocolo de coleta de SWAB para diagnóstico de infecção (E1.7);</li> <li>• Demonstrando insegurança e desconhecimento quanto à coleta de SWAB nas enfermarias (E1.7);</li> <li>• Constatando que não existe protocolo de prevenção de infecção (E4.2);</li> <li>• Percebendo o treinamento como eventual, conforme a necessidade, e não existindo um protocolo definido de prevenção e controle de infecção (E6.2).</li> </ul>	
<b>Elemento B1.3.2. Deparando-se com a inexistência de protocolos de higienização das mãos de funcionários e visitantes</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando importante o envolvimento dos visitantes com a prática de higienização das mãos para redução da disseminação de microrganismos (E3.2);</li> <li>• Orientando visitantes para a lavagem das mãos (E3.2);</li> <li>• Percebendo que o comportamento assistencial dos funcionários é observado e reproduzido pelos visitantes (E3.3);</li> <li>• Considerando que não existe protocolo de orientação para os visitantes, ficando a cargo da enfermagem a orientação diária (E4.5);</li> <li>• Considerando que, para uma orientação efetiva, seria necessária a existência de um protocolo de orientação (E4.5);</li> <li>• Considerando que, para uma orientação efetiva, seria necessária a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo a necessidade de treinamento para acompanhantes sobre prevenção de infecção, infecção cruzada e precaução para prevenção da infecção hospitalar no hospital (TE 9.3);</li> <li>• Percebendo que a dificuldade de compreensão dos riscos de infecção pelos visitantes se dá pela invisibilidade dos microrganismos (TE3.2);</li> <li>• Percebendo ser importante a comunicação audiovisual na conscientização sobre a importância da higienização das mãos, tanto para a equipe de saúde quanto para visitantes, na prevenção de infecção (TE 1.2);</li> <li>• Considerando importantes a orientação e o treinamento dos acompanhantes para a higienização das mãos antes de estes adentrarem os quartos (TE 7.2).</li> </ul>

<p>existência de um protocolo de orientação (E4.5);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando que essa dificuldade com a não concretude afeta também o comportamento dos visitantes, que não têm o conhecimento sobre a presença e a propagação dos microrganismos (E6.3);</li> <li>• Entendendo ser importante a educação dos visitantes, pela equipe do setor, na prevenção de infecção (E7. 5).</li> </ul>	
---	--

**Quadro 9 – Subcategoria B1.4. Restringindo o livre acesso aos índices de infecção aos enfermeiros: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019**

<p><b>B1.4.1. CCIRAS restringindo aos enfermeiros o livre acesso aos índices de infecção</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecendo que os índices de infecção não são divulgados pela CCIRAS (E2.2);</li> <li>• Reconhecendo que a unidade de internação não tem a rotina de controle dos casos de infecção hospitalar (E2.2);</li> <li>• Percebendo que a unidade de internação não tem conhecimento dos índices de infecção do setor e que esses dados não são divulgados para conhecimento dos profissionais (E4.2);</li> <li>• Percebendo a dificuldade de ter acesso aos índices de infecção (E4.2);</li> <li>• Considerando que as unidades de internação não têm conhecimento dos índices de infecção (E5.4).</li> </ul>
<p><b>B1.4.2. Técnicos de enfermagem desconhecendo os índices de infecção das unidades de internação onde estão lotados</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconhecendo os índices de infecção da unidade de internação (TE3.2);</li> <li>• Percebendo que há pouca informação sobre a infecção do setor (TE 7.2);</li> <li>• Percebendo que os índices de infecção não são informados aos profissionais das unidades onde trabalham (TE 8.3);</li> <li>• Não tendo conhecimento dos índices de infecção da unidade onde trabalha (TE 9.3).</li> </ul>

**Quadro 10 – Subcategoria B1.5.** Deixando de compartilhar resultados de auditorias para higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

- Médico infectologista não dando retorno à equipe sobre os resultados das observações (E1.3);
- Considerando a intervenção de observação da lavagem das mãos ineficaz pelo fato de não se ter a devolutiva dos resultados (E4.3);
- Reconhecendo que a CCIH não dá *feedback* das observações. Observam, mas não dão retorno dos resultados (E5.3).

**Quadro 11 - Categoria B1.6.** Descuidando da comunicação visual para higienização das mãos: elementos e códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Elementos e códigos do grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Elementos e códigos do grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<b>Elemento B1.6.1. Percebendo cartazes sobre higienização das mãos antigos e desbotados</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que os cartazes sobre higiene das mãos são antigos e depreciados (E3.2);</li> <li>• Considerando os cartazes sobre higienização das mãos antigos e desbotados (E4.4).</li> </ul>	
<b>Elemento B1.6.2. Observando que somente os cartazes não são suficientes para dar visibilidade aos microrganismos hospitalares</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando que somente os cartazes com o passo a passo da técnica da lavagem das mãos não contribuem para a realização da higienização das mãos (E1.6);</li> <li>• Acreditando que só os cartazes, isoladamente, não são suficientes para conscientizar os profissionais (E1.6);</li> <li>• Considerando que os cartazes existentes, com orientação da técnica correta de higienização das mãos, não são atrativos para os profissionais, devendo conter situações mais impactantes para chamar a atenção (E1.6);</li> <li>• Entendendo que os cartazes sobre higienização das mãos, isoladamente, não intensificam a percepção da necessidade da higienização das mãos (E2.3);</li> <li>• Percebendo que os cartazes sobre higienização das mãos não trazem a lembrança de realizar a higienização das mãos (E2.3);</li> <li>• Considerando que a comunicação visual devesse ter uma abordagem mais chamativa, associada a estímulo sonoro (E2.3);</li> <li>• Considerando que a presença isolada dos cartazes não conscientiza a prática de higienização das mãos (E4.4);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que cartazes espalhados pelo hospital, de certa maneira, ajudam na higienização das mãos (TE3.2);</li> <li>• Considerando importante a presença de cartazes de orientação para ajudar a consciência a recuperar a importância da higienização das mãos, por ser um instrumento visual com maior eficiência para a memorização da técnica correta do que somente a orientação verbal isolada (TE 1.2);</li> <li>• Percebendo que os cartazes auxiliam para a realização correta da higienização das mãos (TE4.3);</li> <li>• Percebendo que os cartazes também contribuem para a educação dos acompanhantes, que também se interessam em realizar higienização das mãos (TE5.2);</li> <li>• Percebendo que os cartazes sobre higienização das mãos afixados no setor podem auxiliar tanto a equipe quanto os acompanhantes, que também se interessam pelos cartazes, como forma de conhecimento e educação (TE 9.3).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerando que os cartazes educativos de higienização das mãos devem ser mais “agressivos” (E7. 5).</li> </ul>	
<p><b>Elemento B1.6.3. Sugerindo a troca com periodicidade de cartazes sobre higienização das mãos por novos e com informações atualizados</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que os cartazes de higienização das mãos devem ser trocados por novos e maiores com orientações da técnica (E3.2);</li> <li>• Percebendo que os cartazes sobre higienização das mãos são visualizados pela equipe multiprofissional e pelos acompanhantes (visitantes) (E3.2);</li> <li>• Considerando que, recentemente, os cartazes estão sendo substituídos por novos (E4.4);</li> <li>• Percebendo que, depois de muito tempo, os cartazes estão sendo trocados por novos e disponibilizados em mais lugares (E4.4);</li> <li>• Considerando importante a presença dos cartazes (E4.4);</li> <li>• Considerando que os cartazes chamam a atenção das pessoas (E6.4);</li> <li>• Considerando importante a fixação de cartazes com a técnica da higienização das mãos (E6.4);</li> <li>• Considerando que os cartazes deveriam estar próximos às pias e aos <i>dispensers</i> de álcool gel (E7. 5);</li> <li>• Considerando que o cérebro é visual e que a utilização de cartazes caracterizando a presença de bactérias assustadoras nas mãos causa impacto positivo na adesão à higienização das mãos (E8.7);</li> <li>• Percebendo que os cartazes representam uma função importante de conscientização sobre a higienização das mãos, mas que devem ser trocados periodicamente para que as pessoas não se acostumem com eles e estes deixem de ter a função educativa (E8.7);</li> <li>• Considerando que os cartazes devem ser trocados a cada dois meses para atrair a atenção das pessoas (E8.7).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que os cartazes sobre higienização das mãos devem ser trocados periodicamente, para não caírem no esquecimento, passando despercebidos no dia a dia (TE8.2).</li> </ul>

**Quadro 12. Categoria B2.** Observando a relação entre sobrecarga de trabalho e o decenso da frequência e qualidade de higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Códigos do grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Códigos do grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecendo que a prática de higienização das mãos deveria ser um procedimento realizado com frequência (E2.2);</li> <li>• Tentando justificar que a prática da higienização das mãos não é realizada devido à grande demanda de trabalho e ao quadro de pessoal reduzido (E4.2);</li> <li>• Percebendo que, quando a unidade está superlotada, não conseguem fazer a higienização das mãos adequadamente. (E7.2);</li> <li>• Relacionando o aumento dos casos de infecção hospitalar com o quadro deficitário de pessoal da enfermagem (E8.1);</li> <li>• Associando a não higienização das mãos à sobrecarga de atividades da equipe de enfermagem deficitária de RH, induzindo a não parar (perder tempo) para realizar o trabalho (E8.1).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que higienizam as mãos esporadicamente antes de enluvá-las devido à demanda de trabalho (TE6.2);</li> <li>• Considerando que a grande demanda de trabalho inviabiliza a correta higienização das mãos (TE5.1);</li> <li>• Percebendo que a alta demanda de trabalho influencia o comportamento das pessoas com relação à não higienização das mãos (TE 1.2);</li> <li>• Percebendo que a lavagem adequada das mãos é comprometida na rotina de trabalho, devido à grande demanda de trabalho. Lavam as mãos, mas não como é preconizado pela teoria (TE 9.2).</li> </ul>

**Quadro 13 – Categoria B3.** Deparando-se com a estrutura física como barreira para higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Códigos do grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Códigos do grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constatando que o número de pias no setor é insuficiente e inadequado (E2.2);</li> <li>• Percebendo que a estrutura física inadequada (número reduzido de pias) contribui para a disseminação dos microrganismos no ambiente hospitalar (E3.2);</li> <li>• Considerando que a estrutura física não favorece a higienização das mãos, por ter poucas pias e poucos <i>dispensers</i> de álcool, em relação aos leitos disponíveis (E7. 8);</li> <li>• Considerando que a estrutura física do setor dificulta a supervisão das atividades desenvolvidas pelas pessoas (E8.6).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo a falta de pias para higienização das mãos nos quartos e que as existentes se apresentam com tamanho e volume de água inadequados (TE6.1);</li> <li>• Percebendo que a estrutura física com poucas pias dificulta a higienização das mãos (TE7.2);</li> <li>• Percebendo que a estrutura física disponibiliza poucas pias, dificultando a higienização das mãos pela enfermagem, mas principalmente pelos médicos, que acabam não as higienizando quando passam para avaliar os pacientes (TE1.1).</li> </ul>

**Quadro 14 – Categoria B4.** Trabalhando com provisionamento quantiquantitativo inadequado de materiais para higienização das mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2016

<b>Códigos das entrevistas. Grupo amostral: enfermeiros</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que materiais de baixa qualidade influenciam a prática da higienização das mãos (E1.8);</li> <li>• Percebendo que, algumas vezes, precisam improvisar recipientes para poder lavar as mãos com a clorexidina (E1.8);</li> <li>• Percebendo que o material de uso permanente de álcool gel é frágil e quebra com frequência (E1.8);</li> <li>• Reconhecendo que a estrutura física inadequada, materiais de má qualidade e quadro de pessoal reduzido são motivos para justificar a não realização da higienização das mãos (E2.2);</li> <li>• Entendendo que a quantidade de <i>dispensers</i> de álcool gel é insuficiente para a quantidade de leitos do setor (E2.2);</li> <li>• Percebendo que a higienização das mãos pode estar comprometida se o material disponibilizado para uso (<i>dispenser</i>) não for de boa qualidade (E3.2);</li> <li>• Considerando que a estrutura física não favorece a higienização das mãos, por ter poucas pias e poucos <i>dispensers</i> de álcool em relação aos leitos disponíveis (E7.8);</li> <li>• Considerando que o material disponível para higienização das mãos é de baixa qualidade e que as pessoas deixam de realizar a higienização das mãos (E7. 7).</li> </ul>

**Quadro 15 – Categoria B5.** Seção de educação continuada não se responsabilizando por atividades de ensino relativas à infecção hospitalar: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Códigos das entrevistas. Grupo amostral: enfermeiros</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entendendo que a orientação e treinamento sobre higienização das mãos deveriam ser ministrados por profissionais de outro serviço (E7.8);</li> <li>• Considerando que os enfermeiros do setor são responsáveis pelos treinamentos de pessoal do setor (E4.3);</li> <li>• Considerando que o serviço de educação continuada do hospital não realiza treinamentos, somente dá suporte estrutural de local e materiais para que os enfermeiros responsáveis pela unidade o façam (E8.8).</li> </ul>

**Quadro 16 - Categoria C1 - Defrontando-se com talco nas mãos depois da retirada das luvas: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019**

<b>Grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemplificando com o talco das luvas impregnado nas mãos após retirá-las, por representar sujidade (E2.2);</li> <li>• Entendendo que, se as pessoas estão com as mãos com sujidade visível, têm mais cuidado em não as colocarem em outras superfícies (E2.2);</li> <li>• Reconhecendo que, como as mãos estão aparentemente limpas, não as higienizam (E2.2);</li> <li>• Percebendo que a higienização das mãos é maior quando existe alguma concretude, como resíduos de talco após retirar as luvas. Ao cuidarem de pacientes em isolamento percebe-se isso (E4.3);</li> <li>• Percebendo que a higienização das mãos está relacionada à concretude do microrganismo nas mãos (talco das luvas) (E6.3).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que a enfermagem lava mais as mãos em virtude do pó presente nas luvas (TE3.2);</li> <li>• Percebendo que, pela presença do talco nas luvas, as pessoas acabam higienizando as mãos (TE6.1);</li> <li>• Percebendo que os profissionais higienizam as mãos preferencialmente com água e sabão, devido à presença de talco nas luvas (TE 8.2).</li> </ul>

**Quadro 17. Categoria C2.** Deparando-se com resíduos do álcool gel e ressecamento nas mãos: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que, apesar de o álcool gel estar disponível nos corredores, este é pouco utilizado cotidianamente (E1.2);</li> <li>• Observando que as pessoas preferencialmente lavam as mãos com clorexidina comparando-se ao uso do álcool gel (E1.2);</li> <li>• Percebendo que os funcionários lavam mais as mãos, comparando-se ao uso do álcool gel (E4.4);</li> <li>• Verificando que o fato de o técnico de enfermagem perceber resíduo em suas mãos, após uso do álcool gel, contribui para que ele lave as mãos imediatamente, abandonando-o como medida preventiva, ao associá-lo a mãos sujas (E4.4);</li> <li>• Percebendo que a troca de fornecedor do álcool gel não alterou o comportamento das pessoas (E4.4);</li> <li>• Considerando a quantidade de <i>dispensers</i> de álcool em gel suficiente (E4.4).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que o álcool gel deixa as mãos melada (TE3.1);</li> <li>• Percebendo a preferência à higienização das mãos com água e sabão (TE6.2);</li> <li>• Percebendo ressecamento das mãos após a higienização das mãos com álcool gel (TE4.1).</li> </ul>

**Quadro 18. Categoria C3** - Associando a contaminação das mãos a material biológico aparente: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que alguns profissionais não têm a percepção da não concretude dos microrganismos e de sua transmissão na ausência de secreções/material biológico (E3.4);</li> <li>• Percebendo que as pessoas não têm a percepção da concretude dos microrganismos quando as mãos estão com ausência de sujidade ou material orgânico (E7.4);</li> <li>• Considerando que os profissionais não realizam a higienização das mãos após os procedimentos (E7.4).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que a higienização das mãos está relacionada à presença de sujidade aparente nas mãos (TE1.2);</li> <li>• Considerando que as pessoas não higienizam as mãos quando não percebem a sujidade aparente nestas e que isso está associado a um comportamento intrínseco, arraigado nas pessoas (TE4.2);</li> <li>• Percebendo que a visualização de sujidade nas mãos está associada ao entendimento de contaminação e está atrelada à visualização e à sensação de sujidade aparente (TE5.2);</li> <li>• Associando a higienização das mãos à presença de secreção e após procedimentos de enfermagem (TE 2.2);</li> <li>• Percebendo que higienizam mais as mãos devido à presença de material orgânico (TE 9.2).</li> </ul>

**Quadro 19. Categoria C4** - Constatando que está sendo observado: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Códigos das entrevistas. Grupo amostral: enfermeiros</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que os profissionais realizam a higiene das mãos quando supervisionados (E2.2);</li> <li>• Percebendo que os profissionais só realizam a higienização das mãos quando estão sendo observados (E4.5);</li> <li>• Percebendo que as pessoas lavam as mãos porque estão sendo observadas (E6.2);</li> <li>• Percebendo que não existe a prática de higienização das mãos no cotidiano, somente quando observada (E6.2).</li> </ul>

**Quadro 20. Categoria C5.** Considerando a higienização das mãos como autoproteção: códigos. Hospital público do estado de São Paulo, 2019

<b>Códigos do grupo amostral: enfermeiros</b>	<b>Códigos do grupo amostral: técnicos de enfermagem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que os profissionais tocam muito as superfícies e utilizam a luva para autoproteção (E1.6);</li> <li>• Mostrando preocupação com a transmissão de infecção para si e para seus familiares (lavando as mãos antes de sair do hospital, pegar no volante do automóvel e ir para casa com as bactérias hospitalares (E1.5);</li> <li>• Avaliando que nem todas as pessoas têm o cuidado de não levar microrganismos hospitalares para fora do ambiente de trabalho (E1.5);</li> <li>• Superestimando a sua atitude de cuidado com os seus objetos pessoais utilizados no ambiente de trabalho (E1.5);</li> <li>• Superestimando a higienização das mãos (E5.2).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percebendo que a lavagem das mãos está relacionada à percepção de sujeira pessoal do profissional e ao medo de adquirir alguma doença (TE 8.2);</li> <li>• Tendo a percepção da presença de microrganismos não visíveis nas mãos, devido ao medo de transmissão para familiares (TE 9.2);</li> <li>• Percebendo que a higienização das mãos é muito mais para proteção pessoal do que para a do paciente, relacionada ao medo de adquirir uma doença transmissível (TE 2.3).</li> </ul>