

RELATOS DE EXPERIENCIA

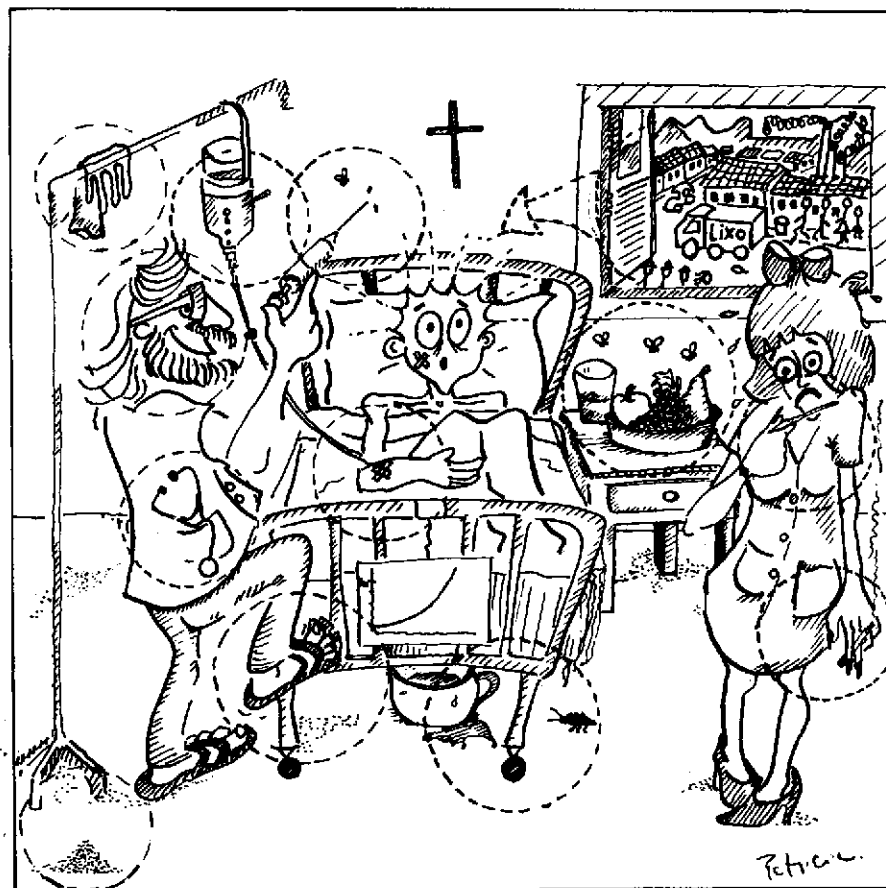
Infecção hospitalar: uma leitura nas entrelinhas do poder¹

Vladimir Kotilevski de Carvalho *

1. Monografia apresentada ao Departamento de Microbiologia do Instituto de Ciências Biológicas da UFMG, como requisito parcial para obtenção do diploma de Bacharelado, sob orientação do professor Eduardo Osório Cisalpino.

* aluno do Instituto de Ciências Biológicas da UFMG.

Patrícia Cisalpino



JOGO DOS SEM MAIS QUE OITO ERROS

A IDÉIA

*"Quem não sabe o que é a verdade é somente estúpido. Mas quem sabe o que é a verdade e diz que é mentira – é criminoso."*²

A pretensão desta monografia não é tanto a de produzir um relato acadêmico, detalhado e sintético, quanto a de expor e problematizar sobre algumas instâncias do trabalho de pesquisa científica em geral e do trabalho realizado por mim, no período de março a junho do corrente ano. As instâncias de que falo são algumas idéias e posturas que me foram inevitáveis. E a razão de falar delas é que as considero como as descobertas mais importantes que fiz no correr do meu estágio. Nota-se que, dessa forma, proponho um método e tomo uma direção e um raciocínio um tanto divergentes do cotidiano das monografias. Espero conseguir ser fiel a esse método. Sei, entretanto, que, derivando por tal caminho, corro o risco de um fracasso científico e de um afastamento excessivo do meu campo de especificidade. Aceito correr o risco.

Fica, pois, óbvio que não se verá nesta monografia artifícios estatísticos tais como tabelas e gráficos. Aqui não se precisa dessas justificativas. Não pretendo tampouco, nesta exposição, tornar-me exato ou quantitativo (mesmo porque o tipo de trabalho não o permite), mas apenas sugestivo. Esta talvez seja a primeira postura que tive a oportunidade de aprender no estágio: não afirmar, e sim questionar e sugerir.

A partir do objetivo do estágio propriamente dito (acho que devo dizê-lo: o controle da infecção hospitalar em uma maternidade de médio porte em Belo Horizonte), chega-se ao objetivo da monografia. Entre eles há uma diferença de caráter filosófico que procurarei explicar mais claramente no decorrer desta introdução. Não se trata aqui de relatar apenas o que foi feito em termos práticos (aliás, isso me parece o menos importante), mas realizar uma arqueologia das idéias oriundas da ação prática. Em outras palavras: contar o que aprendi de fato. Mais do que um trabalho de ciência, este é um trabalho de consciência e é ela que me move por estas linhas. Devo acrescentar que este escrito pode ser tomado como uma reflexão morfológica sobre a própria modalidade – monografia.

Por que escolhi o tema da infecção hospitalar para o meu estágio? Por que

decidi sair dos laboratórios da universidade e partir para um campo aberto e descontrolado, muitas vezes tido como pouco científico e desprestigiado? Foi talvez seguindo o ensinamento de Nietzsche: "Os grandes problemas estão na rua", que sempre tomei ao pé da letra. Havia, é claro, um outro motivo menos aventureiro. É que enxerguei a pesquisa científica em estreita relação com a estrutura de poder dentro de uma sociedade. Mais do que isso: vejo-a hoje como um dos sustentáculos dessa estrutura.

De nada adianta a crença ingênua no pesquisador "puro", dissociado do processo político. A prática da dita "ciência pura" é uma das maiores criadoras de ilusões. Mas, como qualquer outra coisa, o saber possui um outro lado, que depende de sua manipulação, localização, distribuição. Retirar o saber acadêmico de dentro dos departamentos e levá-lo à comunidade significa recriá-lo e redistribuir o poder, dando à nossa pesquisa um valor histórico. Não é só de política estudantil que se faz a historiografia da universidade, e essa foi uma outra idéia que coletei ao longo do meu trabalho. Mesmo que não seja original, vale a pena repeti-la.

Redistribuir o saber implica modificar as situações vigentes, e nessa redistribuição, nessa troca, nesse debate vivo encontramos o indivíduo, a chave das estruturas. E é dele que eu estava ávido. De participar, de modificar pelo saber e ser modificado por ele. Estava ávido da descoberta das diferentes classes do saber-poder (mesmo em um espaço tão limitado quanto um hospital) e dos seus respectivos discursos. Como esse contato real ensina! Como ensina à pesquisa a necessidade de ser plástica, maleável, dinâmica. Aprendemos a modificar os métodos, as abordagens e, por vezes, até os objetivos. Sim, a ciência real, a ciência que pretende ser e estar do lado do homem, deve reaprender esse movimento de retroalimentação pelo sócio-político que a cerca. É uma lufada de ar fresco que deve entrar nos nossos laboratórios e salas de aula para espantar as moscas que lá se encontram. É um lembrete: trabalhamos para o homem, esteja onde estiver, e é esse o nosso compromisso.

Tendo justificado, nesta abordagem geral, tanto a minha escolha de tema, quanto a direção que pretendo dar a esta monografia, quero passar à discussão do problema específico da infecção hospitalar. Obviamente, dentro dos moldes a que me propus.

O que é a infecção hospitalar todos nós, como microbiologistas, sabemos.

Pelo menos no que diz respeito à sua face puramente técnica. Por isso, abster-me-ei em descrever esse aspecto aqui na introdução. Ele será abordado mais adiante e de maneira específica para o hospital em questão. Por outro lado, quantas faces tem a infecção hospitalar? Como e por que esse processo-problema? Será que a sua solução radical se encontra apenas no campo técnico, biomédico? Quais são os culpados, ou melhor, os responsáveis? Seria possível eliminá-la, ou ela é inerente a qualquer processo hospitalar? Quem seria o mais competente para lidar com esse teratoma da medicina? Essas foram algumas das perguntas que me fiz ao contemplar pela primeira vez o problema como um todo concreto, que eu queria modificar, não em termos teóricos, mas práticos.

Sim, ali estava eu, o microbiólogo, de frente para o "meu" hospital. Uma maternidade com 120 leitos, 11 apartamentos, uma média de 450 pacientes internados por mês (fora os em circulação, que chegavam à cifra de 1000), 2 salas de cirurgia, 2 de parto, 2 de triagem, 1 ambulatório de triagem, 5 consultórios e 1 berçário dividido em estufa normal, berço aquecido, isolado e retido. Quarenta médicos (o número não era fixo), uma enfermeira de nível superior, 22 auxiliares de enfermagem (cerca de 40 estagiárias para esse cargo) e 25 funcionários de limpeza. Com diversos convênios e especializada em clientela de classe média-baixa. Ah, sim, isso tudo sem contar com os visitantes que, no caso desse ecossistema, têm enorme importância.

Por onde começar? Cadê o fio de Ariadne? Antes de tudo, o lógico: ler. Entretanto, a literatura especializada, além de pouca, não explica como se introduzir no sistema de um hospital. Diz somente que técnica se aplica aqui e que outra ali, não conta como convencer as pessoas (que são o mais importante do processo) e aplicar tais técnicas. Parece simples, contudo não o é tanto.

Eu precisava de uma estratégia, de um esquema de penetração no processo hospitalar. Precisava, falando mais suscitantemente, de uma postura política (falo em política no sentido de participação). Tinha que estudar a história desse processo, sua origem, sua evolução e sua distribuição interna de poder. Tanto teórica quanto praticamente. Claro! Pois se o evento da infecção hospitalar é resultado de um processo hospitalar, e este por sua vez é resultado de uma determinada tela de relações sociais internas, somente pela análise

² Brecht. Galileu Galilei.

do poder, de sua distribuição e de seus discursos é que eu poderia detectar as respostas às perguntas que formulei. Isso já era uma arqueologia.

Diz ALBERT CAMUS que se houvesse uma história do pensamento humano, ela seria, sem dúvida, a história de seus fracassos e impotências. Eu diria que seria a história da perda gradativa das ilusões filosóficas, ideológicas e — por que não? — científicas. Sem dúvida, a consciência da limitação de cada método é indispensável à pesquisa. O que quero dizer é que o problema, tal como eu o tinha em mãos, não poderia ser resolvido apenas apelando para as soluções técnicas. Mesmo porque muitos dos ideais são impossíveis: todos conhecem a realidade do nosso sistema de saúde e as suas poucas palavras. Esta foi uma das ilusões que perdi. De nada adiantava chegar ao processo hospitalar e dizer: o que se deve fazer é isto e aquilo e aquilo outro, o que se deve usar é tal ou tal desinfetante. Seria tão útil quanto tentar abater um novilho a golpes de figos maduros. Não, eu devia era penetrar nas malhas intrincadas desse sistema, entendê-las e tentar modificá-las pela lenta conscientização, provocação e manipulação de cada classe do hospital.

Assim perdi mais uma ilusão. Sabia agora que jamais conseguiria levar a termo tudo a que me tinha proposto. A tarefa era grande demais e eu e o tempo muito pequenos. Mas, por outro lado, sabia o que fazer e como fazer. Eu tinha a minha estratégia.

Para terminar esta introdução, gostaria de reafirmar que nada do que foi dito até agora e do que vem pela frente pretende ser original. Não, pelo menos em termos de idéias. Todas são de conhecimento geral. Contudo, prometi estabelecer uma arqueologia das minhas posturas e das conclusões a que fui chegando, com a maior sinceridade e, nesse ponto, reivindico uma certa originalidade de forma. Não relato os eventos, mas as idéias que os causaram e as de que foram causa. Relato também a forma pela qual comeci a ver a pesquisa científica depois deste trabalho. As questões que porventura forem levantadas neste escrito não pretendo resolver de forma conclusiva nem destacar em absoluto. Afinal, o objetivo desta monografia é apenas ser sugestiva.

Bem, eu disse que há pouco tinha uma estratégia. Vamos a ela.

A ESTRATÉGIA

A estratégia é, por definição, a escolha, primeiro dos objetivos que desejamos alcançar e, segundo, das maneiras de realizá-los. Escolhi a palavra estratégia para o meu trabalho exatamente por causa dessa sua fácil decomposição e, também, por sua conotação política, quase militar. Pois, quando se deseja modificar um sistema, deve-se tomar uma postura de guerra, ou melhor ainda: de guerrilha. Digo isso, pois imagino os sistemas como todos em constante batalha.

Quanto à minha estratégia, decomponhamo-la.

— OBJETIVOS

Como já dei a entender anteriormente, os objetivos que fiz meus eram extremamente práticos. Diria até que prosaicos cientificamente. Não pretendi, de forma alguma, um estudo microbiológico de flora do hospital, nem tampouco uma catalogação das falhas do processo hospitalar. Minha ambição era a de realizar mudanças reais, evidentes e visíveis nas rotinas hospitalares e nas mentalidades pertinentes ao controle das infecções. Queria promover uma redução real da infecção hospitalar. Digo redução, pois, a essa altura, já sabia da impossibilidade de eliminá-la.

Sabendo, por outro lado, das dificuldades (que facilmente se transformam em impossibilidades) monetárias de um trabalho de controle no plano físico, tive que eleger como prioridade da minha estratégia o material humano envolvido no processo. Sim, se fosse possível fazer alguma coisa, seria por ali.

Sendo agora mais metódico, enumerarei os meus objetivos estratégicos, na ordem em que os concebi quando comeci o trabalho de estágio. São eles (talvez seja melhor dizer que foram):

— Demonstrar a todos os setores hospitalares (principalmente aos donos do hospital e à classe médica) a possibilidade e a necessidade da realização de um controle sobre a infecção hospitalar. Jogando longe do ideal, mostrar que esse controle poderia ser efetuado por procedimentos relativamente simples.

— Criar uma consciência realista e permanente em todos os setores, no que diz respeito ao problema da infecção hospitalar, tanto em geral como no particular.

— Envolver no controle o maior número possível de pessoas, como participantes ativos e esclarecidos.

— Modificar, na prática, os procedimentos, comportamentos, posturas e rotinas pertinentes ao controle da infecção hospitalar,

— criando uma Comissão de Controle real e operante e, com isso,

— elevar ao máximo possível, dentro das condições existentes, a qualidade do trabalho e do atendimento hospitalar no que toca o problema das infecções.

Todo esse quadro de objetivos foi traçado seguindo a diretiva da redistribuição do saber-poder. Mesmo que esses objetivos, agora descritos e não mais possíveis de mistificar, possam parecer modestos e superficiais, eles se revelaram, no correr do trabalho, complexos e até pretensiosos. Sim, desde as técnicas de lavar as mãos, explicar o que é uma bactéria, tudo foi extremamente difícil, contudo gratificante. Mas sobre isso falarei mais tarde.

Conforme prometido, a história da realização desses objetivos (ou de sua não realização) é o que pretendo contar agora, com o máximo de detalhes sobre as minhas impressões. Af está o que fazer. Tendo definido isso, conversemos um pouco sobre o como fazer.

— MÉTODOS

Por tudo que se disse até agora, fica fácil perceber que seria impossível me ver entrando no referido hospital, com uma pilha de placas de Petri, e as espalhando aqui e ali. Obviamente, esse não poderia ser um dos meus métodos (que me perdoem os que têm bríos de purista). Eu não espalharia placas, mesmo porque, só de olhar para certos cantos e aparelhos, já sabia de antemão os prováveis resultados de tal técnica. Para quê evidenciar algo que você já sabe que está ali? A questão era a de eliminar aquilo dali, e não mostrar ao eventual leitor que nas pias havia *Salmonella* e no desinfetante Germekill uma cultura de *E. coli*.

Já foi dito, também, que a pretensão era a de esquadrihar aquele espaço, como um todo, para poder nele atuar de dentro. Logo, os métodos deveriam ser de um esquadrihamento não somente epidemiológico, mas epistemológico. Tal esquadrihamento, eu o resolvi em duas instâncias básicas, por necessidade de método apenas.

— A problemática física em que seria realizado:

a) a descoberta e a anotação de todos os procedimentos, instalações, rotinas e meios do hospital;

b) a catalogação dos problemas e ineficiências de cada um desses itens;

e, finalmente,

c) o relato de tais problemas à diretoria do hospital, tentando dela obter o apoio indispensável para a elaboração das soluções.

Feito isso, passar-se-ia à elaboração das soluções e à tentativa de sua implantação prática.

- A problemática humana (minha prioridade) em que seria feito:

a) a verificação dos graus de instrução e conhecimento do pessoal de cada setor, no que diz respeito ao problema das infecções. Isso seria feito por método de entrevista com questionários especialmente elaborados e flexíveis;

b) a conscientização e o treinamento dos vários setores humanos, por meio de palestras e aulas, tanto teóricas quanto práticas, sempre no sentido da redistribuição do saber (com ênfase nas classes mais baixas do hospital); e

c) a seleção de pessoas ou grupos com componentes de diversos setores, que se tornariam responsáveis pela realização das práticas estabelecidas e pela vigilância (grupos de controle de infecção).

Quando, hoje, olho de novo para meus métodos e objetivos, sorrio involuntariamente. Talvez faça o mesmo o meu leitor. Mas o que fazer? É claro que tudo poderia ter sido muito diferente e muito mais bem pensado, obtendo resultados bem mais convincentes. É tarde, entretanto. O trabalho já foi feito (quase todo, eu diria) e não há tempo para recomençar. E, sendo otimista, talvez esta história dos erros conduza um outro aos acertos.

Eis aí a estratégia, só nos resta partir para a ação.

A AÇÃO

ESQUADRINHANDO O ESPAÇO

Eis, então, o microbiologista, munido de seus objetivos e de seus métodos, numa manhã de abril, o coração aos trancos, entrando pela porta envidraçada do hospital. O prédio é de uma cor creme suja, as alas se distribuem irregularmente dos dois lados do bloco da portaria. As dependências vão amontoando-se em andares, rampas e escadas, feito um enorme cogumelo. No saguão de entrada, as abstratas noções, tais como "paciente", se desdobram em rostos curiosos, amedrontados, risinhos e tristes. Aquilo que nos livros se desenha com a precisão de um mapa se transforma em labirintos e enigmas. O mais simples pano de chão, a banal autoclave, a caixa d'água, a sonda ure-

tral, todos esses pequenos objetos e situações criam uma vida, uma cor própria e assaltam o pequeno microbiologista, com seus perigos e contradições. Aqueles que eram os "auxiliares de enfermagem", o "pessoal de limpeza", "os médicos", "a diretoria" se tornam gestos, obstáculos a superar, mentalidades, discursos, enfim: pessoas.

Sim, senti uma enorme angústia. Uma semana, duas semanas rondando o hospital. Batendo cabeça em cada coisinha, cada rotina, até aprender a ir nos lugares certos e ver as coisas certas. Mais de trinta diferentes discursos e visões daquele mundo. Como colocar isso em tabelas ou gráficos? Seria desvirtuar o processo.

Abril inteiro eu esquadrinhei aquele espaço tão pequeno de aparência. E, de tanto enfiar o nariz nas lixeiras, de tanto perguntar e anotar, comecei a entender um pouco daquilo que antes tinha um belo e sintético nome: processo hospitalar. E mais ainda: percebi, dessa vez com bem mais clareza, onde tinha-me metido.

Devo, aqui, abrir um parêntese para dizer algo que talvez venha a desencantar aquele que porventura leia este trabalho. Confesso que venho chorando o tempo todo sobre as dificuldades, sobre as complicações e angústias que senti. E pode ser que quem tente realizar um trabalho semelhante se veja em lençóis muito piores. O que quero dizer é que, apesar de tudo, tive uma sorte invejável. Não vou entrar em detalhes, que temo possam ferir alguma ética, mas direi que, por uma série de circunstâncias pessoais favoráveis, recebi carta branca para entrar no hospital, olhar e sugerir o que bem desejasse. Disse isso para evitar algum futuro mal-entendido e não me colocar em posição de charlatão, aproveitando para agradecer àqueles que me deram a rara oportunidade de estar aqui chorando as mágoas e contando a minha história. Fecho o parêntese.

Como, então se apresentava meu hospital por dentro? O que era ele em termos de infecção hospitalar? Qual quer um que já tenha estado em um hospital médio de Belo Horizonte sabe que o quadro que passarei a relatar não é nenhuma excessão e nem constitui novidade.

De início, falarei um pouco da problemática física do hospital, que começa com o próprio edifício: uma disposição aleatória de blocos e salas, feita com materiais de construção dos mais impróprios. A planta física é tão complexa e intrincada que não consegui desenhá-la e, por outro lado, não houve

meios de obter uma planta por parte da administração. Parece que os blocos foram sendo anexados aos poucos; de quando em quando, construíam-se alguma coisa nova, de acordo com as necessidades. Tal planta física, de cara, impedia muitas soluções de controle (tais como fluxos, corredores limpos e sujos, etc).

O aparelhamento dos quartos e salas, extremamente precário, antigo e, muitas vezes, deteriorado (colchões forrados de pano, mesas e cadeiras roídas por cupim, roupas de cama e aventais podros, etc) completava o quadro. O lixo, antes de ser cremado (havia um crematório esporádico), permanecia a céu aberto, atraindo moscas que circulavam por todo o hospital. E aí vai: falta de mudas de roupa, o que não permitia à lavanderia um trabalho eficiente; falta de desinfecção das roupas sujas e/ou contaminadas (as contaminadas, é verdade, sofriam um tratamento por formol antes da lavagem). As roupas das equipes cirúrgicas não eram esterilizadas.

Todo o bloco cirúrgico era apenas lavado com água e sabão, sem nenhum tipo de desinfecção (o que é verdade para todas as áreas críticas, com exceção do berçário, que era desinfetado por soluções de formol). Os próprios médicos circulavam por todo o hospital vestindo as roupas de cirurgia. Aliás, a circulação de pessoal, pacientes e visitantes, era constante por todas as áreas, sem nenhum controle (visitantes entrando com frutas e doces para os pacientes, sentando nas camas, etc). A área de expurgo da Central de Esterilização era servida por pessoal sem luvas nem máscaras, que lavava o material contaminado antes de esterilizá-lo previamente.

Nenhum tipo de controle havia nas estufas e autoclaves, para não falar nas geladeiras da cozinha ou nas soluções de limpeza. O esterilizante químico usado, o Germekill, se apresentou como um caldo de cultura de *Staphylococcus*. O álcool iodado, usado como desgermante e antisséptico da equipe cirúrgica e dos pacientes operados, ficava em uma bacia aberta, coberto com uma nata bacteriana. As caixas d'água (onde, pelo visto, ninguém nunca havia subido, quanto mais pensado em lavar, segundo o rapaz responsável) eram verdadeiros viveiros, com lodo e lama na altura de um palmo, detritos boiando, sem tampa, a céu aberto. A roupa suja era carregada pelo pessoal de limpeza com as mãos nuas (muitas vezes contaminadas), as mesmas mãos que eram usadas para recolocar a roupa

limpa. Nos armários se misturavam aventais, toalhas de banho, roupas de rua, marmittas de todos os setores do hospital. A limpeza dos quartos, corredores e enfermaria era feita por varredura seca.

O único lugar que funcionava mais ou menos dentro dos conformes era o berçário, cujas roupas eram esterilizadas, as salas desinfetadas e a circulação controlada. Isso tinha sido uma conquista da enfermeira-chefe do hospital. Contudo, mesmo ali as técnicas usadas eram, muitas vezes, obsoletas e pouco funcionais. Os únicos procedimentos de desinfecção de áreas ocorriam em casos de óbitos, pacientes infecciosos e cirurgias contaminadas; eles se limitavam à queima de formol e fechamento do local por 24 horas (e todos sabemos o tanto que isso funciona). E eu deixo, por falta de espaço e de tempo, de descrever os banheiros, os tetos, as paredes internas e externas, os paninhos úmidos nas soleiras das portas e outras coisinhas que dariam para levantar os cabelos de LUZ DEL FUEGO.

Com esse quadro alucinante e caótico, pode parecer espantoso, mas o fato é que o hospital possuía uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar. É, aquela mesma, a exigida pela nossa augusta lei, formada de quatro membros: dois médicos, um bioquímico (dono do laboratório outrora anexo ao hospital) e uma enfermeira de nível superior (a enfermeira-chefe). É verdade que o bioquímico só foi visto por mim uma vez, de relance, em quatro meses de hospital, e que a Comissão não chegou a se reunir nenhuma vez. Mas que ela existia, isso existia. Existiam até as atas da Comissão.

E o que mais tinha a me revelar essa Comissão com as suas atas? Primeiro: não havia qualquer estatística de infecção hospitalar, nenhum tipo de notificação de ocorrência. Todos os pacientes, infectados ou não, recebiam antibioterapia e antibioticoprofilaxia (e isso nas combinações mais bizarras). Houve, em dias remotos, alguma tentativa de controle (espalharam-se placas aqui e ali, com resultados dos mais imprevisíveis), mas hoje tudo estava abandonado e esquecido: a Comissão deixou de se reunir em meados de 1985. Não consta das atas nem dos discursos da Comissão nenhum tipo de avaliação crítica ou prática das condições de higiene do hospital (os casos de ocorrência de infecção são vistos apenas intuitivamente). Apenas um dos membros — a enfermeira — travava uma luta hercúlea naquele caos, defendendo seu ber-

çário e tentando conseguir, da diretoria financeira, uma meia dúzia de tesouras novas. Enfim, era a famosa "Comissão Para Inglês Ver", tão difundida nos meios hospitalares.

Os horizontes eram negros para o pequenino microbiologista, ele sentia o rochedo de Sísifo pesar-lhe às costas. Mas isso ainda não era tudo. Venha comigo, leitor, venha comigo e eu lhe mostrarei mais e mais.

Tomarei agora a minha instância humana, aquela que, de fato, mais tempo me tomou e onde se centrou a minha ação. Disse há pouco que entrevistei mais de trinta pessoas de todos os setores. Para facilitar a compreensão, dividirei tais setores em: pessoal de limpeza (faxineiras, pessoal de lavanderia, Central de Esterilização, etc.), enfermagem, médicos e diretoria. Trata-se apenas de uma divisão didática, embora corresponda em ordem crescente às classes hospitalares.

Primeiramente, vamos analisar como se apresentava o pessoal de limpeza. O nível médio de instrução era primário (com alguns semi-analfabetos). Sua exigência em termos de saúde e a compreensão dessa noção eram praticamente nulos. O mesmo é verdade com relação à limpeza e higiene pessoal. Quase ninguém tinha uma noção, mesmo aproximada, do que sejam germes ou infecção hospitalar, ou como isso poderia afetá-los. Entretanto, notava-se o interesse em aprender. A maioria nunca tinha recebido um treinamento ou informações sobre a questão da infecção hospitalar e quase todos, pela sua baixa exigência, estavam satisfeitos com o tipo de limpeza e com as rotinas existentes no hospital.

Alguns (duas pessoas, para ser mais exato) percebiam algumas das falhas existentes e tinham uma visão surpreendentemente crítica de seus próprios procedimentos. Entretanto, tal crítica nunca passava a ser ativa, ou mesmo discursiva, na prática. Existia alguma consciência da necessidade de cooperação, de mudanças, de divisão de trabalho para que houvesse essa melhora, mas a responsabilidade era, apaticamente, transferida para os níveis superiores: enfermagem, médicos, diretoria, governo. Sua parca consciência como classe lhes ditava a imutabilidade do quadro existente, se essa mudança fosse necessitar de sua colaboração. Representavam, em suma, a classe dominada do hospital (ou assim eu

acreditei na época), que não possuía nenhum poder de ação ou decisão.

A essa altura, ficou óbvio para mim que esse era um material humano certo para se atuar. Receptivo, interessado em aprender, passível de modificação. O que eles precisavam era da informação, do conhecimento, precisavam ser instrumentalizados. Precisavam dessas armas de deslocamento do poder para então atuar dentro do sistema como membros responsáveis. E de seu crescimento pessoal surgiria a modificação do equilíbrio de forças e, em consequência, a mudança do sistema. Seus discursos eram, muitas vezes, belos e comoventes; eles queriam o saber e o poder dentro de suas áreas de ação. Eu talvez pudesse ser o elemento que tornaria isso possível. Era uma luz no fim do túnel. Mas esse túnel era muito mais longo do que eu então suspeitava.

Vamos agora passar à situação do corpo de enfermagem. Este, todo composto de auxiliares de enfermagem e estagiários, é formado profissionalmente em pequenas escolas que dão um treinamento e uma instrução extremamente precários. Tanto no ponto da instrução geral quanto no que toca o treinamento específico para problemas de infecção hospitalar, a situação do corpo de enfermagem era idêntica àquela do pessoal de limpeza (inclusive foi completamente inútil introduzir mudanças nos meus questionários), o que me pareceu completamente absurdo. A diferença existente em nível de qualificação era a cor do uniforme.

Nessa linha de pensamento havia ainda uma diferença básica a ser notada entre o comportamento da enfermagem e do pessoal de limpeza. Enquanto estes, como classe completamente dominada, se mostravam receptivos e, algumas vezes, críticos, aqueles, na posição intermediária do quadro distributivo do poder, exibiam uma postura mais cautelosa e conivente com o estado geral das coisas. Dir-se-ia um cuidado com o próprio status de cargo mais alto (o que era mais verdadeiro para as chefes de setor). Acredito que tal tendência seja sempre observável nas classes médias de todos os sistemas (os ideais do poder são absorvidos por essas classes como se fossem seus próprios). Tal dificuldade só pode ser superada por adaptações hábeis do discurso informativo.

Novamente aqui apareceu a transferência da responsabilidade para cima, com uma vontade muito menor de aprender (aparentemente baseada na crença corporativista de que o poder confere o saber automaticamente, crença que existe entre os médicos). Contudo, a vontade ainda existia.

A amostragem que aqui relato levou-me à conclusão de que esse setor era o que mais precisava de esclarecimento técnico, uma vez que se tratava de indivíduos responsáveis pela maior parte do atendimento. Mas, teria-se que tomar cuidado com as implicações políticas dessa classe.

No que diz respeito à classe médica, quem quer que a conheça sabe de seu discurso sofisticado e escorregadio eticamente. A sua situação prática era de um total e completo relaxamento com relação ao problema da infecção hospitalar (relaxamento muitas vezes sustentado pela ignorância, não admitida, de seus mecanismos e implicações). Pode-se adivinhar a sua insensibilidade, a sua tendência a transferir as responsabilidades para cima e para baixo, e a sua pouquíssima vontade de aprender ou deixar aprender (e vejam que a minha situação era privilegiada). Essa classe, nitidamente, não desejava a redistribuição do poder hospitalar, poder este que, historicamente, demorou a conquistar.

Não descreverei aqui, detalhadamente, a situação de perplexidade e impotência da categoria do paciente: existem trabalhos interessantíssimos sobre o assunto. Direi somente que essa categoria foi abordada e que a sua importância será discutida no final da presente monografia. Faço isso para manter-me fiel à minha arqueologia das idéias, já que, no tempo do qual estou falando, a importância do paciente me passou despercebida (eu ainda pensava nos termos do poder).

Pois bem, tinha eu então (como o tem o leitor) o quadro descritivo da situação do hospital. O espaço havia sido esquadrihado. Foi com esses resultados que, numa palestra, me apresentei à diretoria do hospital, levando um projeto que indicava os pontos a abordar numa possível mudança do quadro da infecção. Qual não foi a minha surpresa (o ingênuo microbiologista ainda não conhecia a flexibilidade dos sistemas de dominação, nem a sua capacidade de absorver o perigoso) quando a diretoria

se prontificou a colaborar e apoiar as idéias que eu lhe trouxe.

É claro que isso não se passou no curto tempo de um parágrafo. Foi preciso muito papo e esclarecimento de que muita coisa podia ser feita com pouco dinheiro e que a questão mais importante era a da administração, etc. Confesso, entretanto, ter pintado para eles um quadro mais alegre do que aquele que sabia ser o real, no que diz respeito às dificuldades do meu programa, mas...

Com tudo isso, e apesar de muitas coisas, eu tinha na mão a oportunidade de remexer naquele espaço. Bem ou mal, eu poderia agora realizar algo de concreto. Minhas mãos coçavam.

Vamos então ver o que foi feito e o que disso resultou.

REMEXENDO O ESPAÇO

É pena que seja impossível traduzir neste escrito todas as nuances e pequenos detalhes que foram ocorrendo durante o trabalho. Por mais que se tente passar a experiência de uma forma viva, a vibração da realidade se transforma em uma pálida reprodução feita com a minha pouca habilidade. Peço, pois, perdão ao meu leitor pelo esquecimento, muitas vezes voluntário, de coisas que talvez tenham uma importância bem maior do que a que lhes atribuo. Creio, no entanto, que isso deve ser um defeito incorrigível na maioria dos relatos.

Quanto a remexer no espaço, para a minha sorte logo percebi que tinha um aliado útil e sem o qual muitas das coisas que foram feitas tornariam-se impossíveis. Tal aliado era a enfermeira-chefe do hospital, a quem quero, aqui, prestar um singelo agradecimento. Juntos, eu e ela elaboramos um projeto de mudanças que compreendiam a introdução de novas técnicas de limpeza, novos desinfetantes, esterilizantes, a lavagem das caixas d'água, as tampas para as lixeiras, a esterilização das roupas de cirurgia, a desinfecção das áreas críticas, a introdução de estatísticas de níveis de infecção e de normas para uso de antibióticos, mudanças de fluxo de materiais e uma série de outros pequenos detalhes pertinentes à problemática física do hospital, tais como controle de soluções, das autochaves, estufas, geladeiras, etc. Juntos, também, elaboramos o programa de um pequeno curso de microbiologia e treinamento em técnicas

hospitalares para o pessoal de serviço.

Quanto às soluções da problemática física, algumas ocorreram, outras estão em processo e outras foram totalmente esquecidas pela impossibilidade. daquelas que conseguimos realizar falarei mais tarde, mas não vou deter-me nos processos de sua implantação. Mesmo porque nem esse mérito nem a competência está nas mãos de quem escreve: neste ponto eu me limitei a apenas indicar e sugerir. Mas vou deter-me, com maiores detalhes, na nossa abordagem da problemática humana. Primeiro, porque foi a mais importante; segundo, a mais esclarecedora; terceiro, porque deu os melhores resultados; mesmo que o julgamento desses resultados seja um tanto intuitivo.

Essa abordagem do setor humano consistiu principalmente no curso de que falei e em algumas palestras com a classe médica. O curso foi dirigido aos funcionários de limpeza e aos auxiliares de enfermagem, embora houvesse uma frequência esporádica do pessoal administrativo. Programado inicialmente para dez (10) horas de aula, acabou desdobrando-se em mais de vinte. No início, as aulas duravam cerca de uma hora para cada turma (havia duas), mas a partir da terceira aula, passaram a se estender a duas, duas horas e meia. Do programa inicial constava uma introdução à microbiologia, noções sobre microorganismos, higiene, limpeza, desinfecção e esterilização, técnicas de lavagem das mãos, de limpeza de áreas críticas e não críticas, rotinas de enfermagem (no que diz respeito ao controle de infecção), preenchimento de fichas de notificação, debates sobre a infecção hospitalar, sobre qualidade e produtividade, etc. Isso era o programa inicial. Contudo, como o método se desdobra em contato com o objeto! Como é necessário o nosso famoso "jogo de cintura"!

Pois sim, começava-se com as bactérias, seguia-se pela imunologia afora, e acabava-se caindo em direito trabalhista, reivindicações, política. Histologia, anatomia, botânica, de tudo queriam saber aquelas pessoas sentadas diante de mim, muitas vezes não dormidas, pegando três ônibus para ali estar. Que diferença dos médicos que compareciam às palestras em número de quatro ou cinco! Queriam saber porque usar dois baldes, porque não queimar formol, porque o álcool iodado, porque fenol

sintético. Deslumbravam-se ao poder visualizar nas cotidianas placas de Pétri aquelas bolhinhas coloridas que eu chamava de colônias bacterianas. Pode imaginar o leitor a gratificação deste microbiólogo, sentindo-se no alto de um olímpo de conhecimentos onde, de repente, chegava um outro discurso, um outro conhecimento? O aprendizado de uma nova língua? Sim, ensinamos a lavar as mãos e a desinfetar uma sala de curetagem contaminada, mas aprendemos que a ilusão da ciência é o fato dela estar e não se movimentar. Aprendemos o valor de uma redistribuição do saber, aprendemos que cada passo no caminho da sabedoria é um passo no caminho da liberdade.

Era incrível ver como para aquele pessoal o cotidiano de trabalho tomava uma outra conotação (é claro que eu talvez esteja muito entusiasmado e exagerando um pouco nestes parágrafos. Para que tudo corresse às mil maravilhas, seria preciso muito mais do que fiz. Mas há de me perdoar o leitor, pois compreenderá o que tudo isso significou para mim), abria-se em outro espaço. Quando, ao esfregar o chão, me diziam, encontrando-me nos corredores, que estavam a eliminar formas vegetativas, ou, numa simples lavagem de mãos, paravam para contemplar longamente o efeito daquilo, dir-se-ia que viam aquelas bactérias.

Sim, alguma coisa realmente mudamos ali. Nos gestos mais banais de pedir aos visitantes para que deixassem as frutas na portaria, nas posturas que refletiam uma certa autoridade oriunda do saber. Mesmo no relacionamento com os médicos, uma menor subserviência começou a se mostrar. É claro que isso não ocorreu com todo mundo, é claro que a maioria continuava a encarar tudo aquilo como uma espécie de magia nova, é claro que as mudanças passariam despercebidas a olhos desavisados. Mas alguma coisa, mas algumas pessoas, ah, estas sim, nós conseguimos movimentar.

Paralelamente a tudo isso iam sendo feitas as modificações físicas: um verdadeiro trabalho de detetive. Fluxos, pessoas, objetos, tudo sendo revisto e passado a limpo. Porém, como veremos adiante, o que foi feito parou muito longe do inicialmente concebido. Mas, como esta é uma história das desilusões, não fiquemos nem tristes nem excessivamente contentes; apenas sóbrios para mudar as nossas idéias.

OS RESULTADOS

Agora, acho que se torna necessário, tanto para poder terminar formalmente esta monografia, quanto para satisfazer uma eventual curiosidade, relatar o que foi possível conseguir em termos de resultado prático no nosso hospital. Este relato servirá bem a uma comparação entre o ideal e o real num trabalho do gênero.

No campo da referida problemática física, conseguimos até agora: lavar as caixas d'água, colocar as tampas nas lixeiras, introduzir a desinfecção nas áreas críticas do hospital. Começamos a desinfetar as roupas usadas, esterilizamos (ou melhor: estamos quase a fazê-lo) as roupas das equipes cirúrgicas, regulamos a autoclave (embora falte a implantação dos testes de esterilidade), introduzimos as técnicas de limpeza e desinfecção recomendadas pelo Ministério da Saúde, estabelecemos fluxos de movimentação de materiais limpos e contaminados (extremamente precários, devido à planta física muito confusa e pouco manobrável do hospital), estamos em vias de implantar o uso de fichas de notificação de ocorrência de infecção (para criar as primeiras estatísticas) e... é tudo.

Muito pouco, dirão muitos. É pouco sim, reconheço, diante do volume real que citei antes. Mas foi tudo que era possível fazer, e com um grande esforço e aplicação. E devo dizer mais ainda: muitas das coisas que relacionei acima me parecem até pouco sinceras quando olho o hospital em sua realidade atual. Nada de normas para uso de antibióticos, nada de regras para os visitantes, nada de controle dos aparelhos, nada de controle das soluções, nada de roupas novas para a lavanderia, nada de colchões novos, nada de controle de água, muito precário controle dos alimentos e muitos, mas muitos mesmo, outros nada. Claro que não há mais paninhos úmidos nas soleiras das portas, mas nos faltam máscaras, toucas, aventais, autoclaves, desinfetantes, pessoal, lavadoras, seccadoras, baldes, escovas, panos, rodos, material cirúrgico, sondas descartáveis, etc. Me parece, quando vou ao hospital, que mal chegamos a tirar uma gota de um oceano de problemas.

Do lado humano, é verdade, conseguimos alguma motivação, algumas mudanças. Há semanas que não vejo os médicos circulando pelas de-

pendências com aventais da cirurgia. Alguns deles (mais exatamente três) prometem a formação de uma futura Comissão de Controle real e operante. Há negociações para reatar o contato com um laboratório que irá controlar os aparelhos e as soluções. O pessoal, em média, anda mais interessado pelo problema da infecção hospitalar. Circula a idéia de continuar com o curso que preparei, e até estendê-lo para resolver o problema da reciclagem constante de pessoal. O material de limpeza mais necessário está sendo comprado aos poucos. Dir-se-ia que impera uma certa euforia novidadeira no processo hospitalar.

Mas quanto tempo vai durar essa euforia? Meu trabalho está quase terminando, logo não vou mais estar lá. Fico pensando: será que o ritmo vai-se manter? Será que haverá mesmo o laboratório ou as novas roupas? Ou será que, em poucos meses, os médicos estarão comendo sanduíches com as roupas usadas em cesarianas? Infelizmente, tendo a acreditar mais na segunda opção. Mesmo porque já vejo alguns sinais de retrocesso: sinto a necessidade de, muito mais, reforçar as sugestões velhas (que aos poucos vão sendo negligenciadas) do que de dar novas. Talvez eu esteja enganado (mas isso é apenas um sonho), talvez a minha estratégia tenha tocado em pontos essenciais e apareçam, entre os membros do processo, pessoas que queiram continuar o trabalho. Contudo, sinto-me pouco inclinado para sonhar.

São esses os resultados obtidos neste meu trabalho. Decepcionantes, poucos e, aparentemente, pouco duradouros. E eu que sonhei uma mudança real, eficaz, de base! Mas é como disse no início: essa arqueologia das idéias não deixa de obedecer à lei da constante perda de ilusões. Tenho uma certa esperança de que pelo menos esta monografia obtenha alguns resultados, embora mesmo essa ilusão já seja muito frágil.

Mas o que realmente aconteceu? O que estava errado para que os resultados fossem tão diferentes do idealizado? A idéia? A estratégia? A ação? Um cálculo muito ingênuo das forças em jogo (pois que se trata de um jogo)? Ou será que todo processo se vê condenado a um relativo fracasso desde o início, como sugere CAMUS? Vamos prosseguir mais um pouco e tentar entender ainda isso. Vamos ver se conseguimos sugerir

algumas outras possíveis soluções. Acho que é hora de limitar o método e, talvez, mudar os objetivos.

UMA ANÁLISE

Tentarei, nesta análise, abordar ponto por ponto o esquema que vim delineando até agora na minha monografia, e, assim, detectar onde se localiza o erro (se é que se pode usar essa palavra no caso em questão) que evidenciei no item anterior. Tomarei as seguintes prerrogativas: se foi um erro de valor, deverá localizar-se, obviamente, no cerne de todo o esquema, na idéia de que a problemática da infecção hospitalar deve ser abordada mais politicamente do que tecnicamente. Se foi uma falha de método, deverei procurá-la na minha estratégia do deslocamento do saber para as classes dominadas da relação, provocando uma redistribuição do poder e, com isso, uma mudança das relações entre as variáveis do sistema. Se, entretanto, o erro foi um erro de fato, será na minha ação propriamente dita que acharei o defeito que me conduziu ao não cumprimento dos meus objetivos.

Quanto à idéia, acho difícil atacá-la por qualquer ponto, pois que se trata de uma postura filosófica bastante bem fundamentada. Como espero ter provado na minha introdução, qualquer atividade de pesquisa científica tem uma instância política de alto peso. Por outro lado, uma atividade em que a ciência é o fator de mudança de um sistema pode ser considerada uma atividade "revolucionária" e, portanto, imantada por uma enorme carga política. Em outra linha de raciocínio, posso dizer que em um sistema que é um todo dinâmico, não importam tanto os componentes quanto a relação em que se encontram, um com outro. E posso dizer também que uma atividade que, ao invés de lidar com os componentes de um sistema, lida com as suas relações, é uma atividade política.

Como, na nossa atual situação, não é possível modificar os componentes em seu conteúdo, resta-nos a tentativa de modificar as suas relações (em outras palavras: mudar os valores dos componentes). Aliás, essa é a única possibilidade de ação. E, se chamei essa postura de uma postura política, concluo que a postura política é a única eficaz em nossa realidade hospitalar. E, se chamei o

elemento de modificação política de ciência, posso concluir que ela se encaixa no raciocínio que escolhi.

É claro que não pretendo desdenhar o conhecimento técnico como um fator indispensável, muito antes pelo contrário. Mas o que digo é que se deve saber onde colocá-lo. Creio que de tudo isso fica claro que estou disposto a tomar a minha categoria "idéia" como livre da falha que busco aqui. Portanto, devo concluir que não se tratou de um erro de valor. Contudo, pela própria forma da monografia e pela sua destinação, quero deixar em aberto a discussão desse tópico, já que, como todo o resto, ele não passa de sugestão. Digo isso porque sei que mesmo esta análise não é nada mais do que um método, o qual, conseqüentemente, possui seus limites. Afinal, a idéia pode não estar livre de falhas de lógica, ou ter partido de premissas erradas. Acredito que se possa imaginar inúmeras outras abordagens, mas já que escolhi esta, tentarei, até o final, provar-lhe a justeza.

Se seguirmos a mesma lógica (e devemos fazê-lo por método), deveremos concluir que a categoria "estratégia" não pode comportar um erro, por definição, pois que é derivada diretamente da postura filosófico-política indicada antes. É um simples desenvolvimento dela. Sim, tanto os objetivos quanto os métodos que relatei seguem fielmente a direção da redistribuição do saber no sistema e, portanto, são políticos. Sendo políticos, são eficazes, em princípio. Seu limite não é um limite de valor, é um limite de fato: como disse antes, eles foram incompletos, apressadamente concebidos e imaturamente avaliados no momento da concepção. Mas como categoria permanecem imbatíveis logicamente. Para dar um exemplo material, diria que trata-se de um soberbo automóvel muito mal dirigido e, no caso, o motorista fui eu.

E é exatamente esse raciocínio que me conduz ao ponto onde vejo a maior parte da falha que existiu no meu trabalho. Digamos, a princípio, que não se tratou de um erro de método. É assim que eu explico a defasagem que apareceu entre o objetivo e o resultado: a ineficácia da categoria da "ação".

Este é um tópico mais complexo do que os anteriores, tanto para a prática quanto para esta análise e, por isso, deter-me-ei mais detalhadamente aqui. Também não poderei

aqui seguir o mesmo rigor lógico, mesmo porque para mim muita coisa permanece nebulosa. Por outro lado, todos sabem como é difícil fazer uma avaliação realista da prática.

A própria ação, quando a analiso, se desdobra em diversas instâncias e dificulta a análise, mas hoje (guiado por uma afirmação do meu orientador) acho que o primeiro erro cometido no meu raciocínio prático foi um erro de escolha. Achei que deveria redistribuir o poder dentro do sistema, e estava certo. Achei que tal redistribuição passava pela consciência e pelo conhecimento; estava certo. Achei que o conhecimento deveria ser distribuído, preferencialmente, às classes dominadas do processo hospitalar, e, aí também, estava certo. Contudo, defini essas classes como "pessoal de limpeza" e "auxiliares de enfermagem" e, dessa vez, errei.

Sim, a chave esteve sempre à minha frente e eu não a via. Estava deitada nas camas, nas mesas de operação, andando nos corredores. Cheguei a entrevistá-la, notando a sua famosa perplexidade, mas não notei o mais importante: eram eles que estavam com os elementos responsáveis pela mudança radical do sistema. Sei que isso pode parecer paradoxal; sempre temos em mente que os que são responsáveis pela manutenção de um sistema são também responsáveis pela sua mudança (o que não passa de uma ilusão do poder). Foi nesta armadilha que eu caí. Achei que os que realizavam o trabalho hospitalar deveriam controlar esse trabalho (claro que isso está certo, em parte), sem enxergar que os maiores interessados e os mais dominados eram os pacientes.

Agora podemos responder à última pergunta. Depois de imaginado, é realmente muito simples: o paciente. Por isso aquela constante do sistema tentar transferir a iniciativa para algum lugar (lembrem-se das entrevistas). Mas ele sempre pensa o acima, como qualquer outra ideologia se lança a categorias transcendentais: governo, sistema de saúde, Deus, etc. Devemos pensar em uma ideologia do sistema hospitalar, uma ideologia que produz um discurso oriundo do poder que nela impera. Esse discurso, apesar de lacunar, mostra-se coerente e tende a catequizar e absorver elementos e informações novas. Nós, contudo, de dentro das entrelinhas do poder, percebemos que "o buraco é mais embaixo". E sempre mais embaixo.

Assim, a classe do paciente, ao mesmo tempo fora do mecanismo técnico do hospital, fora de seu discurso do poder, ao mesmo tempo chave das relações de poder, é a classe mais dominada. É a classe com a mais íntima participação política. É ela que, depois de devidamente instrumentalizada (e entendo aí o saber para o poder), pode abrir o círculo e recomeçá-lo, de dentro dele. O processo hospitalar tem uma história, é a história da tomada do poder pela classe médica no período da hospitalização da medicina, nos séculos XVIII e XIX. É a história da distribuição desse poder em finas malhas de dominação, coação, engodo, infecção hospitalar, impunidade e marginalização do paciente.

Para mudar esse quadro histórico, somente uma nova tomada de poder: a tomada de poder, pelo paciente, do espaço do hospital, o esquadramento desse espaço pelo habitante dele, pelo usuário, por aquele que pode boicotar o sistema e modificá-lo. Isso tudo, é claro, desde que haja uma transferência do saber para essa classe. Acho que assim definimos algumas possibilidades de novas estratégias e abordagens práticas do problema e, simultaneamente, livramos-nos de mais uma ilusão universitária.

Quero, entretanto, discutir mais alguns aspectos que, acredito, tenham colaborado para que o meu trabalho não se realizasse em todos os seus objetivos. Além do erro de escolha que expliquei acima, vejo que houve outro de minha parte que foi completamente técnico. Eu diria que se tratou de uma má avaliação da extensão da problemática técnica envolvida em um processo de infecção hospitalar.

Venho falando, desde o início, em esquadramento do espaço hospitalar, sem, contudo, explicar o que significa este esquadramento. Disse, agora mesmo, que o paciente deve esquadramar o espaço, mas não indiquei por quais instâncias ele deve passar. Creio que, para desnudar e solucionar o controle de infecção em um hospital, sejam necessários muito mais tipos de profissionais do que pode parecer à primeira vista. São necessários aí engenheiros, arquitetos, bioquímicos, microbiologistas, enfermeiros, médicos e, final e principalmente, administradores. Este foi o meu segundo erro: tentar abarcar espaços de conhecimento nos quais eu não tinha a devida

competência. Novamente um erro de ação. Assim, fica novamente esclarecida a necessidade de uma comissão interdisciplinar, que possa realmente abranger todo o espaço físico e humano do hospital.

Acho que agora deixei claro o como e o porquê das falhas que apareceram numa abordagem final do meu trabalho. Procurei analisar, com a maior imparcialidade possível, todo o movimento das minhas idéias, em contraste com o movimento do sistema hospitalar, nos pontos em que cheguei a tocar no cerne do problema, e nos pontos onde dele me afastei por inexperiência e erros de julgamento. Acho, também, que posso agora (pois fundamentei o meu raciocínio pela experiência e pela análise) traçar uma proposta de controle real de infecção hospitalar.

Em termos teóricos, seriam dois projetos muito simples: uma Comissão interdisciplinar, que trabalhasse para o paciente e a partir dele, ou simplesmente, como propõem alguns, uma deshospitalização do sistema. Na minha opinião, os próprios hospitais, como sistemas políticos descritos, jamais formarão comissões de controle eficazes. Isso é um trabalho dos pacientes, da comunidade como um todo. Como já foi dito antes: homem, ajude-se a si mesmo.

É claro que em termos de implantação real, ambas as propostas não passam de utopias muito belas, porém longínquas (sei que posso disso ser acusado). Mas a estratégia dessa utopia é o saber redistribuído para a comunidade e, nesse aspecto, posso achar que o meu trabalho teve algum resultado que não o paliativo já descrito. Afinal, muitos daqueles serventes são pacientes em potencial e, talvez, pacientes com mais ferramentas de transformação. Mas isso já é ir longe demais e sonhar alto demais e, ademais, eu já estou mesmo terminando.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde - *Manual de Controle de Infecção Hospitalar*. Brasília, 1985.
- BRITTO, Antônio. *Assim Morreu Tancredo*. 28 ed. Porto Alegre, L & PM, 1986.
- CHAVES, Mário M. *Saúde; uma estratégia de mudança*. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
- Comissão de Controle de Infecção. s. l. UFPE, jul., 1983. (Relatório)
- FOUCAULT, Michel, *Microfísica do poder*. 3 ed. Rio de Janeiro, L. ed., 1982. v. 7 (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências).
- . *A História da loucura*. Petrópolis, Vozes, 1983.
- . *Vigiar e punir*. Petrópolis, Vozes, 1983.
- HAES, Laes. *Caderno Especial de Infecções Hospitalares*, s. l., (S), abr./maio, 1985.
- MAZZÁFERO, Vicente E. & SAUBERT, Leslie B. *Infecções Hospitalares*. Argentina, Libreria el Ateneo Editorial, 1978.
- PIMENTA, Aluísio. *Qualidade e produtividade*. Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro, 1985.
- Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares. s. l., Darrow Laboratórios S.A., s. d. (Manual)
- PURITA, Fernando. *Práticas de Medicina Hospitalar*. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1981.
- SILVA, Maria das Graças. *Estudo da flora fúngica do ar e do piso hospitalar das clínicas da UFMG*. Belo Horizonte, 1982 (tese, Mestrado).