Eliminação de barreiras à prática da higiene na África Austral

Resumo de conclusões de investigação formativa em cinco países

Maio de 2020

WaterAid/Chileshe Chanda

WaterAid/Eliza Powell

WaterAid/Jenny Lewis

WaterAid

Índice

▲ Ernesta Culpa, enfermeira obstetra, 25 anos, diante das enfermarias do Centro de Saúde de Matibane na aldeia de Chicoma, distrito de Mossuril, província de Nampula, Moçambique.

1 Comportamentos de higiene essenciais 3

2 Lavagem das mãos com sabão 5

3 Utilização de latrinas 7

4 Higiene alimentar 8

5 Tratamento e armazenamento de água potável 9

6 Gestão de resíduos de cuidados de saúde 10

7 Recomendações 11

8 Conclusão 12

Fotos da capa
Imagem principal: Molia Abdallah, 47 anos, lava as mãos num fontanário em Chicoma, Moçambique.
Direita: Beatriz (à esquerda), 9 anos, assiste a uma aula com a sua amiga Belita, 10 anos, na escola primária da aldeia de Nacoto, distrito de Mossuril, província de Nampula, Moçambique.
Em baixo: Saboneteira com pequeno sabonete, na sala de partos do Centro de Saúde de Simulemba, Malawi.

Comportamentos de higiene essenciais

A prática da boa higiene é nuclear para a concretização do objectivo de desenvolvimento sustentável da água limpa e do saneamento, juntamente com outros objectivos de desenvolvimento fundamentais que incluem a saúde, a nutrição e a educação. Tal como demonstra a pandemia do coronavírus de 2020, a higiene é também uma primeira linha de defesa vital contra as crises sanitárias.

▲ As mãos de Tandzile, visíveis num posto de lavagem de mãos.

Os comportamentos de higiene essenciais incluem:

Lavagem das mãos com sabão
Lavagem das mãos com sabão (LMCS) na comunidade, bem como em contextos de cuidados de saúde, como um comportamento essencial para a eficácia da prevenção e do controlo de infecções (PCI).

Utilização de latrinas
Utilização de latrinas por todos e em todas as ocasiões – evitar a urinação e a defecação ao ar livre (DAL).

Higiene alimentar
Salvaguardar a segurança dos alimentos em casa através de higiene na preparação, na conservação e no reaquecimento dos restos.

Tratamento e armazenamento de água potável
Armazenamento seguro e protecção da água potável em casa para evitar a contaminação pós-recolha.

Gestão de resíduos de cuidados de saúde
Para proteger os trabalhadores de cuidados de saúde (TCS), os tratadores de resíduos, os doentes e suas famílias e a comunidade contra infecções, efeitos tóxicos e lesões.

Sem boas práticas de higiene, como a LMCS, a higiene alimentar, a eliminação de resíduos humanos, o tratamento da água e a gestão da higiene menstrual (GHM), os benefícios de outras estratégias de redução da pobreza serão prejudicados e os direitos humanos ficarão em risco.

Entre 2018 e 2019, a WaterAid conduziu investigação formativa em cinco países da África Austral (Madagáscar, Malawi, Moçambique, Essuatíni e Zâmbia), a fim de examinar os factores de motivação e as barreiras à higiene nas comunidades urbanas e rurais, nas escolas e nas unidades de cuidados de saúde (UCS).

Este resumo apresenta uma análise combinada das conclusões da investigação formativa da WaterAid, identificando barreiras comuns e vias para a mudança, bem como as motivações com o maior potencial para serem relevantes, eficientes, eficazes, determinantes e sustentáveis.

Recomendações principais resumidas

Trabalho com parceiros, incluindo o sector privado

Segundo as conclusões da investigação formativa quanto à LMCS e ao tratamento e armazenamento de água potável (TAAP), é evidente que tem de haver um reposicionamento do sabão e do cloro como "produtos essenciais do quotidiano" ou "produtos de boa higiene", em vez de produtos de luxo ou de uso limitado. O sector privado pode ser um parceiro poderoso ao nível regional para ajudar a mudar essa percepção.

Atender à higiene das mãos dos TCS

A higiene das mãos é uma pedra basilar da PCI nos cuidados de saúde e um aspecto crucial da protecção contra a propagação de doenças infecciosas, como a COVID-19. É necessária uma parceria entre as partes interessadas do sector da saúde para adoptar medidas colaborativas que dêem resposta às barreiras físicas e às motivações comportamentais da boa higiene por parte dos trabalhadores da saúde identificados na investigação formativa.

Convocar a colaboração intersectorial, o planeamento conjunto e a definição de metas de higiene

Os doadores e as agências de água, saneamento e higiene (ASH) têm de utilizar o seu poder de convocação e parcerias com influenciadores regionais, como a Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC), para se envolverem numa colaboração intersectorial em matéria de higiene.

Tal deverá incluir o planeamento conjunto e a definição de metas para a LMCS, a higiene alimentar e a utilização de latrinas como elementos críticos dos efeitos para a saúde, a nutrição e a educação.

▲ Instalação para lavagem das mãos no Centro de Saúde de Benga em Nkhotakota, Malawi, como resposta de emergência para prevenir a propagação da COVID-19.

Partilhar as conclusões da investigação formativa

Os resultados da investigação da WaterAid facultam conhecimento e entendimento sobre as barreiras e os motores das práticas de higiene na região. A partilha dessas conclusões com uma vasta audiência a diferentes níveis, por meio de grupos de coordenação nacionais e subnacionais ou através de comunicações de patrocínio direccionadas, apoiará a tomada de decisões baseada em dados concretos na programação para a mudança dos comportamentos. Tal é particularmente crucial agora, na resposta de planeamento à COVID-19, e na reconstrução de sociedades resilientes à doença.

LMCS na comunidade

Metas comportamentais: o problema

- A LMCS não é praticada em situações críticas, falhando em muitos momentos fulcrais.
- A lavagem das mãos é efectuada apenas com água, o sabão é considerado caro e fica reservado para a roupa e o banho.

No Malawi, 88% das pessoas que saíam de uma latrina lavavam as mãos, mas apenas 25% usavam sabão.

Na Zâmbia, a LMCS acontecia em menos de 10% das ocasiões.

As barreiras à LMCS

Existem barreiras físicas à LMCS, incluindo a falta de instalações para lavagem das mãos (ILM) ou a localização das instalações existentes fora dos lugares onde são necessárias. A disponibilidade de água e sabão também tem um impacto negativo na prática da boa higiene das mãos, uma vez que o sabão é um produto caro e, por conseguinte, nem sempre está disponível nas ILM.

Socialmente, não existem estruturas para apoiar a LMCS, registando-se expectativas muito baixas das comunidades ou das famílias quanto à higiene das mãos.

Os motores da LMCS

Todos os cinco estudos concluíram que existe um bom nível de **consciencialização** sobre porquê e quando a LMCS é importante. A construção de ILM em cerca de 50% das habitações também indica que existe uma **intenção** de lavagem das mãos.

Foram identificadas várias motivações para a lavagem das mãos, que vão da **repugnância** por ter algo sujo ou causador de doenças nas mãos ao desejo de **nutrir** os filhos para os manter seguros e saudáveis, passando pelo **sentido de pertença** e vontade de merecer uma opinião positiva por parte dos pares.

▲ Vahia Nurdine, 20 anos, feliz por ter água limpa, lava as mãos no furo instalado na aldeia de Mucocorone, distrito de Mossuril, província de Nampula, Moçambique.

2 LMCS nas unidades de cuidados de saúde

Metas comportamentais: o problema

- Apesar de a LMCS ser um comportamento essencial da PCI, os trabalhadores dos cuidados de saúde (TCS) que estão em contacto com os doentes, quando observados, falham mais de metade dos pontos críticos de lavagem das mãos.

34-50% dos trabalhadores de cuidados de saúde não lavavam as mãos ao aplicarem uma técnica asséptica.

As barreiras à LMCS nas UCS

A maior barreira física à prática da LMCS é a ausência de ILM onde são necessárias, ou seja, nas salas onde tem lugar o contacto com os doentes. A oferta de sabão ou gel para as mãos como alternativa é errática, o que significa que muitas vezes não estão disponíveis nos pontos de lavagem das mãos.

As barreiras sociais à LMCS também estão associadas à carga de trabalho do pessoal da saúde, que é frequentemente muito elevada, o que conduz a pressões para avançar com o trabalho sem "perder tempo" com a lavagem das mãos.

▼ Estevão Manuel Davido, 27 anos, diante do Centro de Saúde de Etatara, distrito de Cuamba, província do Niassa, Moçambique.

WaterAid/Chieshe Chanda

Os motores da LMCS nas UCS

Tal como se espera num contexto de cuidados de saúde, todos os estudos sublinham um nível elevado de **conhecimento** dos TCS acerca da higiene das mãos e a crença de que a LMCS é o método mais eficaz de PCI.

Os motivos expressos para que os TCS lavem as mãos com sabão estão geralmente em linha com a sua formação sobre PCI: prevenir a propagação de doenças ou infecções de um doente para outro.

A LMCS é também motivada pela **repugnância** e o desejo de evitar a contaminação potencial dos doentes, juntamente com a possibilidade de serem considerados "seguros", influencia a decisão de lavagem das mãos dos TCS.

A LMCS pode ser originada por meio de **pistas comportamentais** inconscientes. No Malawi, o estudo concluiu que a presença de uma ILM na enfermaria aumentava a frequência da prática da LMCS. Pistas visuais sob a forma de cartazes estrategicamente colocados como lembretes para a lavagem das mãos também podem ser eficazes.

Mais de 50% dos TCS não lavavam as mãos antes ou depois de examinarem um doente.

Utilização de latrinas – por todos e em todos os lugares

Metas comportamentais: o problema

- A DAL persiste inclusive em lugares onde existe uma cobertura bastante elevada de latrinas, em especial quando as pessoas estão longe de casa.
- As fezes das crianças não são tratadas de forma higiénica.
- Cerca de metade das latrinas existentes não são mantidas em condições higiénicas.

As barreiras à utilização de latrinas

Apesar do elevado acesso a infra-estruturas de latrinas, há barreiras físicas e sociais que limitam a sua utilização consistente. As pessoas podem ter uma latrina em casa, mas não há instalações disponíveis quando estão nos campos, no mercado ou em trânsito para a recolha de água.

A qualidade da construção afecta os comportamentos de higiene: muitas vezes, as latrinas mal construídas, que carecem de privacidade, não são utilizadas e os métodos de construção local, como o recurso a pavimentos de lama, também dificultam a limpeza das latrinas existentes.

33-77% das crianças que estudam praticam a DAL, mas os cuidadores só eliminam as fezes das crianças por meio de latrinas 50% das vezes.

Inclusividade

As crianças de tenra idade, os idosos e as pessoas com deficiência enfrentam barreiras físicas e económicas à utilização de latrinas que necessitam de respostas específicas.

As barreiras à utilização de latrinas

Verifica-se que a **regulamentação** e as **sanções** estabelecidas ao nível local, com penalizações pelo incumprimento como multas e confiscação de gado, incentivam a construção e a utilização de latrinas. Além disso, a participação em actividades anteriores, incluindo o saneamento total liderado pelas comunidades (STLC), estimula a consciencialização das comunidades, conduzindo a um alto nível de **conhecimento** sobre a importância da existência de uma latrina.

As motivações intrínsecas que promovem a utilização de latrinas incluem a **repugnância** pela presença de fezes no ambiente e pela transmissão potencial de doenças. Outros factores de motivação incluem o desejo de **pertença**, a aprovação da comunidade e o **prestígio** conferido pela posse de uma latrina.

As **pistas comportamentais** identificadas pela não-utilização de uma latrina, por exemplo, uma latrina suja ou fétida que origina a preferência pela DAL, podem ser invertidas para estimular o comportamento de utilização de latrinas.

Em Madagáscar, cerca de 30% das pessoas relataram que praticavam a DAL, apesar de 83% terem uma latrina em casa.

4 Higiene alimentar

Metas comportamentais: o problema

- Os utensílios de cozinha não são higienicamente limpos e arrumados; em 43-63% das habitações, os utensílios não são lavados com sabão.
- Os restos de comida não são devidamente cobertos, o que permite o acesso de moscas e outros insectos durante a sua conservação.
- Após a conservação, os restos de alimentos não são reaquecidos de facto a uma temperatura suficientemente elevada para matar agentes patogénicos.

As barreiras à boa higiene alimentar

Tal como acontece com a LMCS, a principal barreira à manutenção dos utensílios limpos é o facto de o sabão ser considerado um produto de luxo, privilegiado apenas para a roupa e o banho. As habitações também não estão equipadas para a higiene alimentar, carecendo de objectos como escorredores ou recipientes com tampas herméticas, e o combustível para reaquecer a comida é uma comodidade cara.

A carga de trabalho doméstico das mães é muito elevada – o tempo de que dispõem pode ser uma barreira à higiene alimentar adequada.

▲ Carita Hassane mostra o escorredor que construiu em resultado da sensibilização sobre práticas de higiene na comunidade de Namatinde, distrito de Mossuril, província de Nampula, Moçambique.

Os motores das boas práticas de higiene alimentar

Embora os estudos tenham concluído que o **conhecimento** sobre higiene alimentar é elevado, as observações revelaram que as boas práticas relatadas estão acima das reais. A **repugnância** pela utilização de pratos por lavar ou a contracção de doenças constituem um motor fulcral dos comportamentos de higiene alimentar.

Nutrição, **sentido de pertença** e **prestígio** são também aspectos importantes, embora a nutrição e a pertença possam igualmente desmotivar as boas práticas; por exemplo, se uma criança não gostar de comida quente, esta será amornada, mas não reaquecida devidamente.

Animais convidados e não convidados

Segundo as conclusões da investigação sobre a utilização de latrinas e a higiene alimentar, os animais daninhos e domésticos transportam agentes patogénicos das fezes para os espaços de habitação e as áreas de preparação de alimentos.

Para além do transporte de fezes humanas, as fezes de animais domésticos no ambiente podem ser um reservatório para agentes patogénicos, incluindo a *campylobacter*, a salmonela não tifóide, o *cryptosporidium* e a toxoplasmose.

TAAP nas habitações

Metas comportamentais: o problema

- Em todos os cinco países estudados, pelo menos alguma da água para beber é recolhida de uma fonte desprotegida.
- A recolha e o armazenamento seguros da água para beber não são praticados. Os contentores utilizados não impedem a contaminação pós-recolha e não são mantidos limpos.
- O tratamento da água para beber recolhida é limitado.

Numa percentagem de casos que atinge os 81%, a água é armazenada sem cobertura e os reservatórios estão visivelmente sujos.

As barreiras aos comportamentos de TAAP

Mesmo nos casos em que há infra-estruturas de água limpas e protegidas, existem barreiras à sua utilização consistente, incluindo o tempo, a distância, as filas e o custo relativo. A posse pelas famílias de contentores com tampa adequados é a principal barreira física à recolha e ao armazenamento seguros de água para beber.

O tratamento eficaz da água após a recolha não é consistente, sendo as principais barreiras citadas os custos associados ao tratamento por cloragem ou ao combustível para fervura e o facto de os produtos de cloragem nem sempre estarem disponíveis ao nível comunitário.

Os motores das boas práticas de TAAP

Existe um bom nível de **conhecimento** acerca da importância das fontes de água seguras e da ligação entre a qualidade da água e a doença diarreica na maioria dos países. Porém, o conhecimento parece centrar-se na qualidade da água na fonte e não na protecção da água armazenada contra a contaminação pós-recolha.

O principal factor de motivação da higiene da água é o **medo** da doença, embora este seja temporário, com o tratamento da água a aumentar em tempos de maior percepção de ameaça; por exemplo, durante surtos de cólera.

▲ Jelsio Quioma lava as mãos num fontanário na aldeia de Ampivine, distrito de Mossuril, Moçambique.

Gestão de resíduos de cuidados de saúde

Metas comportamentais: o problema

- Os resíduos das UCS não são eliminados em segurança de uma forma que proteja os trabalhadores, os doentes e as comunidades de infecções, toxinas e lesões.
- O pessoal de limpeza não é protegido da exposição a resíduos das unidades de saúde.

▲ Utensílios lavados com água suja e preparados para utilização no doente seguinte, no Centro de Saúde de Etatara, distrito de Cuamba, província do Niassa, Moçambique.

As barreiras aos comportamentos de gestão de resíduos nos cuidados de saúde

A segregação de resíduos perigosos é limitada pela disponibilidade de materiais; por exemplo, recipientes claramente rotulados e equipamento como carrinhos de mão, recipientes e esfregonas. Os trabalhadores não dispõem do equipamento de protecção individual (EPI) correcto.

O tratamento e a eliminação adequados dos resíduos devem assegurar um afastamento completo dos materiais perigosos em relação aos trabalhadores da saúde, à comunidade e ao ambiente. Todos os estudos identificaram UCS em que as incineradoras não estão funcionais ou em que não está disponível combustível para o seu funcionamento. Em consequência, os resíduos infecciosos são lançados à vala do lixo e queimados, ou queimados num campo aberto sem vedação que impeça o contacto animal e humano.

As crenças locais em torno do parto e do destino dado à placenta também podem constituir uma barreira à eliminação higiénica em algumas culturas.

Os motores das boas práticas de gestão de resíduos de cuidados de saúde

Os principais factores de motivação para que os trabalhadores de limpeza das UCS pratiquem a boa higiene são a **repugnância** pela ideia de lidarem com resíduos que os podem deixar doentes ou o **medo** de se lesionarem ao efectuarem o seu trabalho, o que motiva o pessoal a utilizar EPI, incluindo luvas de alta resistência e sapatos de protecção.

Há também uma motivação relacionada com o **sentido de pertença** e um sentimento de dever de manter os outros seguros exercendo adequadamente as tarefas.

Os resíduos indevidamente contidos são um perigo para a comunidade

Sempre que os resíduos de cuidados de saúde não são contidos com eficácia, seja por incineração ou numa vala selada, o risco de exposição a agentes patogénicos, materiais contaminados ou lesões nas comunidades circundantes é elevado. A investigação formativa concluiu que os resíduos indevidamente contidos ficam acessíveis a pragas (como moscas e outros insectos), animais selvagens ou domésticos e até seres humanos em busca de materiais.

7 Recomendações

Governos

1. Promover uma monitorização melhorada da higiene das mãos – os dados robustos são uma pedra basilar do planeamento e do financiamento.
2. Publicar e definir padrões de referência para relatórios sobre higiene das mãos para as áreas administrativas da saúde. Os relatórios devem combinar o acesso a instalações com auditorias dos comportamentos de higiene das mãos em vários contextos.
3. Eliminar as barreiras ao tratamento da água, tais como o abastecimento de produtos de cloragem a nível local e o incentivo dos parceiros da saúde e do sector privado com vista ao desenvolvimento de cadeias de abastecimento para tratamento da água que possam estender-se até ao nível das aldeias.
4. Remover barreiras à participação do sector privado e motivá-lo para a identificação de soluções destinadas às comunidades rurais mais pobres.
5. Iniciar medidas colaborativas com os departamentos responsáveis pelos mercados e espaços públicos a fim de combater a DAL com soluções adequadas e sustentáveis.
6. Incluir a higiene alimentar na monitorização de rotina ou em inquéritos periódicos e assegurar a atribuição de prioridade às conclusões. Promover o planeamento conjunto de saúde, nutrição e ASH e a definição de metas para a higiene alimentar.
7. Incluir metas para a higiene ao nível das UCS e as práticas do pessoal nas análises estratégicas e sectoriais dos cuidados de saúde.

Nível comunitário

1. Potenciar a actual consciencialização resultante da pandemia de COVID-19 sobre a importância da lavagem das mãos, para a mudança dos comportamentos de higiene holística e de prazo mais longo.
2. Reposicionar o sabão como uma necessidade de protecção familiar e higiene alimentar, em vez de um produto de luxo.
3. Abordar os comportamentos dos cuidadores e a eliminação higiénica das fezes infantis.

Doadores e parceiros do desenvolvimento

1. A pandemia de COVID-19 abre novas oportunidades para a canalização de dotações financeiras destinadas à mudança de comportamentos de LMCS a longo prazo.
2. Convocar e facilitar parcerias com influenciadores regionais, como a SADC, para participar em colaboração intersectorial em matéria de higiene. Assegurar o planeamento conjunto e a definição de metas para a LMCS, a higiene alimentar e a utilização de latrinas como elementos críticos da saúde, do desenvolvimento e da integração regional.
3. Trabalhar com os governos para combater as barreiras físicas aos comportamentos seguros de gestão de resíduos das UCS.

Nível das UCS

1. Os agentes do sector da saúde devem privilegiar o apoio à facilitação da higiene das mãos entre os TCS e combater as barreiras comportamentais nas unidades de saúde. Por exemplo, melhorando o acesso a água e sabão nas UCS.
2. Incluir ferramentas de auditoria da higiene das mãos como parte das metas de desempenho dos TCS e publicar relatórios de higiene das mãos das UCS.
3. Assegurar a formação normalizada básica para todos os TCS e pessoal auxiliar em matéria de segregação de resíduos, eliminação de resíduos perigosos e limpeza ambiental.
4. Promover uma monitorização melhorada da gestão de resíduos nas UCS – os dados robustos são uma pedra basilar do planeamento e do financiamento.

Conclusão

▲ Simphiwe, 18 anos, e Thobile, 17 anos, num posto de lavagem das mãos providenciado pela WaterAid, na escola secundária de Mpolonjeni, província de Lubombo, Essuatíni.

As práticas de higiene deficientes contribuem significativamente para a propagação de várias doenças endémicas e epidémicas, incluindo a COVID-19.

A região da África Austral continua a relatar surtos recorrentes de cólera, febre tifóide e hepatite E; além disso, considera-se que, em quatro dos países da região, o tracoma é endémico.

A melhoria das práticas de higiene com programas multissectoriais de longa duração para a mudança de comportamentos é uma estratégia fundamental para o controlo de várias doenças de elevada carga sanitária, incluindo a COVID-19.

Uma abordagem holística ao financiamento, à coordenação, à liderança e à monitorização por parte dos governos de toda a África Austral é essencial para implementar e promover boas práticas de higiene que ajudem a melhorar a qualidade de vida, prevenir doenças e salvar vidas.

@WaterAid

A WaterAid é uma organização internacional sem fins lucrativos determinada a fazer da água limpa, das retretes adequadas e da boa higiene algo de normal para todos, em todos os lugares, no prazo de uma geração. Somente lidando com esses três aspectos de forma duradoura será possível mudar a vida das pessoas para sempre.

A WaterAid é uma organização de beneficência registada: Austrália: ABN 99 700 687 141. Canadá: 119288934 RR0001. EUA: a WaterAid América é uma organização sem fins lucrativos nos termos da alínea 501(c) (3). Índia: U85100DL2010NPL200169. Japão: 特定非営利活動法人ウォーターエイド ジャパン(認定NPO法人) A WaterAid Japão é uma organização sem fins lucrativos especificada (organização sem fins lucrativos certificada). Reino Unido: números de organização de beneficência registada 288701 (Inglaterra e País de Gales) e SC039479 (Escócia). Suécia: org. n.º: 802426-1268, PG: 90 01 62-9, BG: 900-1629.

WaterAid