



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ana Alves Ramos

Avaliação de Implementação: adesão ao protocolo de estratégia multimodal para
higienização das mãos em uma UTI neonatal do Distrito Federal

Brasília

2022

Ana Alves Ramos

Avaliação de Implementação: adesão ao protocolo de estratégia multimodal para higienização das mãos em uma UTI neonatal do Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância e Avaliação em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Moreira dos Santos.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Egléubia Andrade de Oliveira.

Brasília

2022

Título do trabalho em inglês: Implementation Evaluation: adherence to the Multimodal Strategy Protocol for Hand Hygiene in a Health Service in the Federal District.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

R175a Ramos, Ana Alves.
Avaliação de Implementação: adesão ao protocolo de estratégia multimodal para higienização das mãos em uma UTI neonatal do Distrito Federal / Ana Alves Ramos. -- 2022.
73 f. : il. color. ; tab.

Orientadora: Elizabeth Moreira dos Santos.
Coorientadora: Egléubia Andrade de Oliveira.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília-DF, 2022.

1. Higiene das Mãos. 2. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 3. Desinfecção das Mãos. 4. Prevenção de Doenças. 5. Pessoal de Saúde. 6. Avaliação em Saúde. I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.48098174

Ana Alves Ramos

Avaliação de Implementação: adesão ao protocolo de estratégia multimodal para higienização das mãos em uma UTI neonatal do Distrito Federal

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Vigilância e Avaliação em Saúde.

Aprovada em: 16 de março de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a. Dra. Michele Souza e Souza

Universidade Estácio de Sá – Membro externo

Prof.^a. Dra. Marcela Alves de Abreu

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a. Dra. Egléubia Andrade de Oliveira (Coorientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a. Dra. Elizabeth Moreira dos Santos (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Brasília

2022

Dedico essa Dissertação aos meus filhos: Mariana, Lucas, Samuel Phelipe, Daniel Phelipe, Thiara e Bruno, memórias sempre vivas do amor materno, que sempre me encorajam, apoiam, acreditam em mim e me influenciam sempre.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tantas bênçãos e milagres diários em minha vida.

À minha família;

Meus filhos: Mariana, Lucas, Samuel, Daniel, Thiara e Bruno, amores da minha vida que me estimularam a participar do Mestrado Profissional, me acompanharam na realização da pesquisa desde o ventre, me dando força para querer continuar sendo luz e amor em dias difíceis;

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Elizabeth Moreira dos Santos e Co-orientadora: Prof.^a Dra. Egléubia Andrade de Oliveira que abriram as portas deste sonho ao aceitar a orientação, com paciência e ensinamentos que foram passados tanto na sala de aula, como na luta diária para a Dissertação.

À FIOCRUZ (Fundação Oswaldo Cruz), ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), SESDF (Secretaria de Saúde do Distrito Federal), pelo convênio firmado entre as instituições e aos coordenadores, professores, pelo auxílio na minha formação e realizações de sonhos por meio do Mestrado Profissional em Saúde Pública.

Ao IGES-DF pelo apoio e liberação do espaço para realização da pesquisa na Unidade de Terapia Intensiva do Distrito Federal sob sua gestão.

Aos amigos do Mestrado Profissional em Saúde Pública, obrigado pelos almoços, intervalos das aulas, pela companhia e torcida.

Aos amigos do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar pela amizade, escuta ativa e força.

A Equipe Multiprofissional da UTIN (Unidade de Terapia Intensiva) do IGES-DF/HRSM (Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal- Hospital Regional do Distrito Federal) por viabilizar a concretização da pesquisa.

A todos os colegas, inclusive os do UDIP/HMIB pela compreensão, apoio e estímulo para que participasse desse Mestrado Profissional em Saúde Pública.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.

(Paulo Freire)

RESUMO

Esse estudo avaliou o grau de implementação da estratégia multimodal para higienização das mãos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Distrito Federal. Usou parcialmente um instrumento desenvolvido para apreciação das diretrizes da OMS. A avaliação aconteceu entre os meses de abril a junho de 2021 tendo como objetivo geral caracterizar a conformidade das ações de higienização das mãos às Diretrizes. Foi realizada uma avaliação normativa baseada em abordagem qualitativa, compreendendo a revisão bibliográfica, a análise documental, a observação direta com utilização de lista de verificação. Os achados indicaram que a estratégia multimodal está parcialmente implantada, sendo que os insumos alcançaram as metas de execução programadas e as recomendadas. As atividades relacionadas a elaboração e a utilização de protocolos para adesão às boas práticas foram as com menor grau de implantação. Foram identificados, por análise descritiva, alguns fatores facilitadores e de barreiras ao processo de implementação. O contexto da pandemia potencializou a disponibilização de insumos para a higienização das mãos, a preocupação dos profissionais com a transmissão do Coronavírus pode ter contribuído para a adesão ao protocolo de higienização das mãos. Entre as barreiras identificam-se a interrupção das capacitações específicas, dos processos de manutenção de infraestrutura e equipamentos.

Palavras Chave: Avaliação em saúde. Higiene das mãos. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

This study evaluated the degree of implementation of the multimodal strategy for hand hygiene in a Neonatal Intensive Care Unit in the Federal District. Partially used an instrument developed to assess the guidelines of the World Health Organization. The assessment took place between April and June 2021 with the general objective of characterizing the compliance of hand hygiene actions with the Guidelines. A normative evaluation was carried out based on a qualitative approach, comprising a literature review, document analysis, and direct observation using a checklist. The findings indicated that the multimodal strategy is partially implemented, with the inputs reaching the programmed and recommended execution goals. Activities related to the development and use of protocols for adherence to good practices were those with the lowest level of implementation. Through descriptive analysis, some facilitating factors and barriers to the implementation process were identified. The pandemic context enhanced the availability of supplies for hand hygiene; the concern of professionals with the transmission of Coronavirus may have contributed to adherence to the hand hygiene protocol. Among the barriers are identified the interruption of specific training, infrastructure and equipment maintenance processes.

Keywords: Health assessment. Hand hygiene. Neonatal Intensive Care Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Linha do Tempo da Estratégia Multimodal.....	22
Figura 2 -	Modelo Lógico da Intervenção	28
Figura 3 -	Diagrama da teia: Critérios e dimensões da avaliação - Contexto Externo	35
Quadro 1 -	Perfil dos Stakeholders.....	30
Quadro 2 -	Matriz de Informação: Componente INSUMOS	37
Quadro 3 -	Matriz de Informação: Componente ATIVIDADES	39
Quadro 4 -	Matriz de Relevância.....	42
Quadro 5 -	Parâmetros de classificação da implementação	43
Quadro 6 -	Matriz de julgamento: Componente INSUMOS	44
Quadro 7 -	Matriz de Julgamento: Componente ATIVIDADES	46
Quadro 8 -	Síntese dos índices de Implementação (Conformidade) do componente INSUMOS.....	53
Quadro 9 -	Síntese dos índices de implementação (Conformidade) das ATIVIDADES	58
Quadro 10 -	Síntese do grau de implantação da estratégia multimodal na UTIN: Insumos e atividades	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Apreciação da Conformidade da Disponibilidade dos Insumos	49
Tabela 2 -	Apreciação da Conformidade da Disponibilidade dos Insumos	52
Tabela 3 -	Apreciação da Conformidade da Disponibilidade das Atividades.....	54
Tabela 4 -	Apreciação da Conformidade da Disponibilidade Atividades	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise documental
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BDENF	Base de dados de enfermagem
BINACIS	<i>Bibliografía Nacional en Ciencias de la Salud Argentina</i>
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAESB	Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CL	<i>Checklist</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID 19	Coronavirus Disease- Coronavirus
EAD	Educação a distância
EM	Estratégia Multimodal
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
EP	Educação Permanente
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GDF	Governo do Distrito Federal
GGTESS	Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
GI	Grau de Implementação
GVIMS	Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviço de Saúde
HIPAC	Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee
HM	Higienização das mãos
HRSM/IGES-DF	Hospital Regional de Santa Maria/ Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal
IBECS	<i>Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud</i>
IGES-DF	Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal
IRAS	Infecção Relacionada à assistência à Saúde
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
ML	Modelo Lógico

MS	Ministério da Saúde
MVPEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
NCIH	Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar
NQSP	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente
NUCIH	Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PE	Pontuação esperada
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PO	Pontuação observada
POP	Procedimento Operacional Padrão
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SEI	Sistema Eletrônico de Informação
SES-DF	Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIS	Unidades de Terapias Intensivas
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	19
2.1	OBJETIVO GERAL	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1	BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL.....	20
3.2	HIGIENE DAS MÃOS	23
3.3	ESTRATÉGIA MULTIMODAL.....	24
3.4	DESCRIÇÃO DO MODELO DA AVALIAÇÃO.....	26
3.5	PESQUISA AVALIATIVA E A IMPORTÂNCIA DA MODELIZAÇÃO	26
4	IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DE <i>STAKEHOLDERS</i>	29
5	PERGUNTAS AVALIATIVAS	31
6	MATERIAIS E MÉTODOS	32
6.1	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	32
6.2	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	33
6.3	LINHA DO TEMPO	33
6.4	MODELO LÓGICO	33
6.5	DESENHO DA AVALIAÇÃO.....	33
6.6	COLETA DE DADOS.....	34
6.7	DIAGRAMA DA TEIA.....	34
6.8	MATRIZ DE INFORMAÇÃO	36
6.9	MATRIZ DE RELEVÂNCIA.....	41
6.10	PLANO DE ANÁLISE: MATRIZ DE JULGAMENTO	43
7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
8.1	CARACTERIZAÇÃO DOS COMPONENTES ESTRUTURAIS (INSUMOS E ATIVIDADES) E GRAU DE CONFORMIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO	49
8.2	DESCRIÇÃO E APRECIÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO (CONFORMIDADE) DO COMPONENTE INSUMOS.....	49
8.3	DESCRIÇÃO E APRECIÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO (CONFORMIDADE) DO COMPONENTE ATIVIDADES.	53
9	DISCUSSÃO	59
10	RECOMENDAÇÕES	62
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64

REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS TEMÁTICOS.....	69
APÊNDICE B – CHECKLIST DA UTIN – IGESDF/HRSM.....	71
ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD).....	73

1. INTRODUÇÃO

Esse estudo visa avaliar a implantação da Estratégia Multimodal em um serviço de saúde, localizado no Distrito Federal, com essa avaliação pretende-se identificar se a intervenção se encontra em conformidade técnica de acordo com o que foi preconizado pelas Diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esse tipo de avaliação é de fundamental importância para difundir e consolidar as boas práticas do controle de infecções relacionadas à assistência à saúde; bem como disseminar a cultura de biossegurança entre os profissionais que atuam na área de saúde.

O interesse por este tema surgiu durante a atuação como estudante de especialização. Depois, como coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, que se iniciou em 2010 e, atualmente, como participante da equipe do Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar. Minha atuação profissional abrange a participação em treinamentos com os profissionais da equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar, que atuam na assistência direta na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde também aplico o instrumento de avaliação de adesão à Higienização das Mãos (HM) proposta pela OMS. Senti a necessidade de identificar como se encontra a implantação da estratégia multimodal nesse setor e com isso contribuir para os serviços de saúde do Distrito Federal.

Este estudo, uma avaliação de implementação ou implantação teve como foco “a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços e ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, contingencial e com múltiplos componentes (HARTZ; SILVA, 2005, p.11)”.

Trata-se de uma avaliação normativa da implementação da estratégia multimodal para higienização das mãos em um em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, serviço de saúde do Distrito Federal. A coleta de evidências ocorreu no período de abril a junho de 2021 no Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal/Hospital Regional de Santa Maria-DF (SES-DF/HRSM).

A dissertação está organizada em Introdução e nove capítulos. Na Introdução são abordados um breve histórico da estratégia multimodal, a importância desta estratégia para segurança do paciente e para o controle de infecções hospitalares. Na introdução é ainda problematizada a baixa adesão dos profissionais de saúde às recomendações da OMS, reforçando a relevância deste estudo. O segundo capítulo descreve os objetivos gerais e específicos do estudo. O terceiro apresenta uma organização cronológica dos eventos que

demarcaram a elaboração da estratégia atual de higiene das mãos. Ainda neste capítulo é apresentada a descrição e a importância da modelização da intervenção e da avaliação (Modelo Lógico da intervenção). No quarto capítulo buscou-se caracterizar os principais atores envolvidos na intervenção e na avaliação descrevendo os diversos interesses e no quinto capítulo, são descritas as perguntas avaliativas. No capítulo “Materiais e Métodos” são apresentados os passos metodológicos envolvidos neste estudo. Este capítulo é seguido das considerações éticas e do capítulo dos resultados e discussão. Os dois últimos capítulos descrevem as recomendações e as considerações finais enfatizando-se os limites do estudo.

A estratégia multimodal para a melhoria da adesão à higienização das mãos é composta por cinco eixos fundamentais e visa conscientizar os profissionais a respeito da importância da adesão à higiene das mãos: mudança do sistema; treinamento/instrução; observação e retorno (*feedback*); lembretes no local de trabalho e clima de segurança institucional. Dentre estes componentes, destaca-se o treinamento, uma vez que este permite a atualização e o aperfeiçoamento do conhecimento dos profissionais (RIBEIRO *et al.*, 2017, p.579).

Comprovado que a HM, se realizadas conforme as normas da OMS, reduz em larga escala as Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), dessa forma avaliar a sua implementação pode contribuir para aumentar a adesão à HM pelos profissionais de saúde, conforme estabelecido pela OMS (BRASIL, 2007).

Para o monitoramento da adesão dos profissionais à HM, a OMS no documento *My Five Moments for Hand Hygiene* aconselha que as observações ocorreram em cinco momentos principais: 1. antes do contato com o paciente; 2. antes de realizar procedimento limpo; 3. após riscos de contato com fluidos corpóreos; 4. após tocar o paciente; e, 5. após tocar superfícies próximas ao paciente (OMS *apud* OLIVEIRA; PAULA, 2011, p.408).

Em serviços de assistência à saúde, hábitos de higiene contribuem para a prevenção de doenças, promoção da saúde, bem-estar e segurança do binômio profissional-paciente. Ao cuidar, os profissionais utilizam as mãos como instrumento de trabalho que é o elo de contato físico com os pacientes. Por outro lado, as mãos constituem reservatório e veículo de transmissão de microrganismos diversos, e podem representar riscos, tanto aos profissionais quanto aos usuários, quando não higienizadas com frequência e qualidade adequadas (CRUZ *et al.*, 2009).

A Aliança Mundial para Segurança do Paciente reforça o objetivo ético de não causar dano ao paciente. Em 2005, em um evento internacional promovido pela OMS, a higienização das mãos foi priorizada como um desafio global para a segurança do paciente, sob o tema

“Cuidado limpo é cuidado seguro” (PITTET; DONALDSON, 2005). Como cuidado seguro, apontava-se como objetivos a redução das IRAS, o aumento da conscientização do impacto das infecções associadas ao cuidado, a construção do compromisso dos países em dar prioridade à redução das infecções e a realização de iniciativas piloto para implementação das diretrizes (*Guidelines*) da OMS para a HM.

A técnica de HM é conhecida mundialmente, como a principal medida para evitar infecções relacionadas à assistência à saúde. A mão é um dos instrumentos utilizados durante à assistência à saúde, sua prática deve ser uma constante e minuciosa entre um cuidado e outro (OMS, 2009; MOURA *et al.*, 2017) reforça a HM como uma prática de baixo custo e de fácil aplicabilidade pelos profissionais que prestam a assistência em saúde.

Desde 1846, para os profissionais de saúde, esta prática vem sendo reconhecida e recomendada, com base na constatação de sua efetividade em reduzir infecções e suas consequências para os pacientes, inclusive o óbito. Devido à realização inadequada ou inexistência da HM pelos profissionais de saúde, tem acontecido o aumento das IRAS com consequente aumento da mortalidade de crianças e adultos, da elevação dos custos na saúde (OMS, 2009, p.408).

A HM é uma das recomendações da OMS, mas sua adesão ainda é baixa. Mesmo com as campanhas de conscientização dessa boa prática, ainda ocorre o aumento das IRAS em diversos países e as mudanças nas práticas profissionais ainda deixam a desejar (JCI, 2009). No entanto, apesar dos esforços empreendidos pelos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), o cumprimento das práticas de adesão a HM pelos profissionais de saúde ainda permanece aquém do preconizado, geralmente inferior a 60% (BATHE *et al.*, 2013). Para Paula *et al.* (2017), a taxa de adesão à HM é variável mundialmente e no Brasil. Conforme a autora, no mundo, a taxa média é de 40,5%. No Brasil, esses valores são maiores, isto é, de 58% a 60% e no Distrito Federal estão em 50% a 60% (BRASIL, 2013a). Em 2019, o valor informado do percentual de adesão a HM, em torno de 58% a 60% na unidade em que foi realizado o estudo. Este valor foi obtido por meio da observação dos profissionais que monitoram a EM na UTIN durante o momento da prestação dos cuidados pelos profissionais de saúde (DF, 2019), a fragilidade identificada no processo formativo dos profissionais de saúde, desfavorecendo a cultura de segurança nas práticas assistenciais (RODRIGUEZ; OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

Boyce e Pittet (2012) refere que mundialmente, estes percentuais costumam ser baixos. Os profissionais de saúde cumprem o procedimento em cerca de 30% a 50% das vezes

em que o executam. Com frequência, quando prestam assistência ao paciente o substitui pelo uso das luvas, gerando uma falsa sensação de segurança para o paciente.

A estratégia multimodal (EM) inclui ações para enfrentar diferentes obstáculos e barreiras comportamentais baseada nas evidências e recomendações das diretrizes da OMS. Estudos mostram que uma maior adesão a esta prática está associada a uma redução nos indicadores de infecções em serviços de saúde. Apesar disso, a prática de higienização das mãos ainda é um desafio ao controle das infecções hospitalares (ARMOND, 2013).

A adesão à higienização tem como elementos chave a capacitação permanente da equipe, os programas de motivação, a utilização de produtos alcoólicos para higienização, o uso de indicadores de desempenho que considerem esta intervenção e o forte comprometimento de todas as partes interessadas, desde a equipe operacional, até gerentes e líderes (BRASIL, 2009; GOULD *et al.*, 2017). Torna-se necessário observar, capacitar e educar estes profissionais sobre a importância deste ato durante a assistência, provocando reflexão e conquistando, por conseguinte, o aumento na adesão à HM (SCHERER *et al.*, 2017).

As infecções relacionadas à assistência à saúde na atenção neonatal são as principais causas de doenças graves e morte nesta faixa etária. As taxas de prevalência de infecções no Brasil são de 30%, nos países europeus de 7 a 19%, e nos EUA (Estados Unidos da América), a taxa é de 14%. De acordo com dados da OMS, no Brasil e na Indonésia, mais da metade dos neonatos admitidos em unidades neonatais adquirem infecções associadas à assistência à saúde, com uma taxa de letalidade entre 12% e 52%. Em países desenvolvidos, por sua vez, a taxa de infecções hospitalares nesta faixa etária é 12 vezes menor (OMS, 2009).

Assume-se que o monitoramento e a avaliação da HM são fundamentais para a difusão e consolidação das boas práticas do controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e para a disseminação da cultura de biossegurança. Nesse sentido, ao caracterizar o grau de implantação da estratégia multimodal em uma unidade de terapia intensiva neonatal localizada no Distrito Federal espera-se que esse trabalho contribua para o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos na execução da EM nos serviços da Secretaria de Saúde do DF (SES-DF).

A situação problema identificada foi a baixa adesão a HM pelos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Distrito Federal. Apesar da relevância desta prática há a constatação do baixo valor dado à higienização das mãos pelas equipes de saúde. “Os profissionais de saúde continuam subestimando a importância desta prática e não

compreendem os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão de micro-organismos que podem provocar o desenvolvimento de infecções” (MENDONÇA *et al.*, 2003, p.150).

As principais causas da baixa adesão a HM podem ser decorrentes de fatores individuais ou coletivos. As causas individuais são: irritação e ressecamento da pele, ceticismo a respeito da importância da HM, discordância em relação às recomendações e esquecimento. Como motivos coletivos podem ser citados: pias não acessíveis, falta de insumos, excesso de atividades, tempo insuficiente, uso de luvas ou a crença de que o uso de luvas torna desnecessária a higienização das mãos. Ainda são referidas a falta de sanções administrativas para os não aderentes, as premiações para os que realizam adequadamente a HM e a prática contínua pelos profissionais do clima de segurança institucional. (BRASIL, 2009, p.81-83)

A intervenção analisada é a Estratégia Multimodal.

É importante mencionar que o que se monitora e avalia são intervenções. Pode-se conceituar intervenção como um sistema organizado de ações visando, em determinados contextos e períodos de tempo, modificar o curso previsível de um fenômeno, a fim de corrigir a situação problemática em saúde (CONTANDRIOPÓULOS *et al.*, 1997, p.61).

A EM foi elaborada para ser adotada em qualquer instituição de saúde. Ela envolve os seguintes itens: adequação da estrutura da instituição com a disponibilização de pias, sabonete, papel toalha e solução alcoólica; o treinamento e a educação regular das equipes; avaliações periódicas da HM com *feedback* para os profissionais; a utilização de cartazes atuando como lembretes para os profissionais e informativos para pacientes e visitantes; e a criação de um clima de segurança institucional no qual os sujeitos de todos os setores agem para promover a HM (OMS, 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a implantação da estratégia multimodal em uma unidade de terapia intensiva neonatal em um hospital público do Distrito Federal/IGES-DF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Definir o grau de implantação da estratégia multimodal;
- b) Identificar os fatores que facilitam ou dificultam a implementação da estratégia multimodal.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 BREVE HISTÓRICO DA ESTRATÉGIA MULTIMODAL

A visibilidade para a questão do cuidado com a higienização das mãos como procedimento importante para alcançar a redução da taxa de infecções, foi identificada pela iniciativa do médico húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), que conseguiu reduzir a taxa de mortalidade de 12,2% para 1,2% em Viena, entre as puérperas da época a partir da higienização das mãos com o uso de cloro pelos médicos assistentes, entre a realização dos procedimentos de autópsia e atendimentos obstétricos (BRASIL, 2007).

A enfermagem que teve como precursora Florence Nightingale (1820-1910), que atuou na Guerra da Criméia prestando assistência aos feridos da Guerra e utilizou fatores ambientais como saneamento, ventilação, iluminação para a introdução de medidas de higiene preventivas, reduzindo a mortalidade dos feridos (BRASIL, 2007).

A descoberta de micro-organismos como (bactérias, fungos e protozoários, no século XVII, por Anton van Leeuwenhoek (1632-1723), favoreceu pesquisas posteriores como as desenvolvidas entre 1822-1895, por Louis Pasteur, que culminou entre outros feitos no desenvolvimento da Teoria Microbiana da Fermentação (1850) e na Teoria Microbiana da Doença, formulada por Robert Koch (1843-1910), que associou os micro-organismos aos processos de adoecimento. Concomitante a isso, pesquisas conduzidas por Joseph Lister (1827 a 1912) aplicou a adoção de processos de antisepsia pelo uso de fenol para inativar bactérias em salas cirúrgicas, diminuindo o risco de amputações de 46% para 15% (MACDONALD *et al.*, 2004).

Entre os anos de 1975 e 1985 foram criados alguns guias para difundir as práticas que envolvem a higienização das mãos, orientando os produtos e locais seguros para sua utilização (JCI, 2009; CDC, 2002).

No período de 1988 e 1995 criaram-se as normas para lavagem e antisepsia das mãos, publicado pela Associação para Profissionais de Controle de Infecções (ARMOND, 2013).

Nos anos 1990, já estava instituído o Comitê consultivo em Práticas de Controle de Infecções HIPAC (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee*) que orienta a importância de associar o sabonete a antissépticos ou a um agente não hidratado para higienização, após o contato com pacientes que apresentem microrganismos multirresistentes (BRASIL, 2013b).

Em 1998 essa prática foi regulamentada por meio da Portaria N° 2616/98 do Ministério da Saúde, que institui o programa de controle de infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde no país, inclusive incluindo a lavagem das mãos (BRASIL, 1998).

A publicação do “Guia para higiene de mãos em serviços de assistência à saúde” se deu em 2002 e houve a alteração do termo Lavagem das mãos para Higiene das mãos, que inclui os três tipos: higiene das mãos com água e sabão, álcool gel e degermação cirúrgica das mãos, onde foi difundida a nomenclatura entre os profissionais de saúde (BRASIL, 2017).

Em 2002 foi publicado o manual Higiene das mãos em serviços de saúde, que busca atualizar o tema e estimular a adesão dos profissionais de saúde (CORREA; NUNES, 2011).

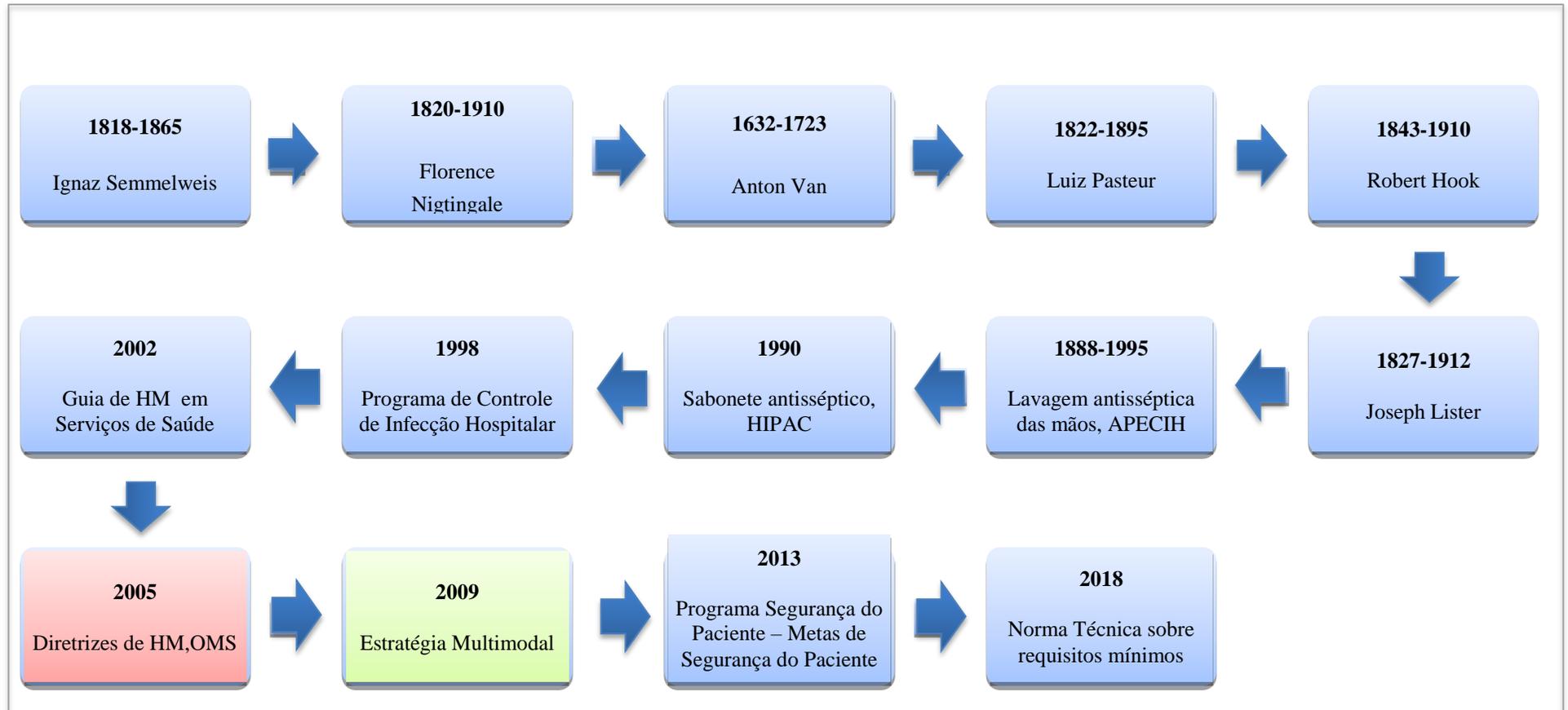
A elaboração das diretrizes e estratégias para implantação de medidas que visavam aumentar a adesão dos profissionais à HM, foi criada em 2005 pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (BRASIL, 2013c).

A estratégia multimodal foi criada em 2009, pela OMS, e conseguiu avanços importantes na adesão dos profissionais a esse procedimento. A estratégia é composta por cinco componentes críticos: instrução para a equipe, monitoramento e avaliação do desempenho, lembretes no local de trabalho, a cultura institucional de segurança e a mudança do sistema (BRASIL, 2009).

O monitoramento acontece por meio da observação dos profissionais nos cinco momentos da assistência, onde é usado um instrumento com sistema de pontuação que consegue medir o hábito do profissional para realizar esse procedimento nos seguintes momentos da assistência: antes de contato com o paciente, antes da realização de procedimentos, após risco de exposição a fluídos biológicos, após contato com o paciente e após contato com áreas próximas ao paciente, mesmo que não tenha tocado o paciente. (BRASIL, 2009).

Em 2018, foi publicada a Nota Técnica 01/2018-GVIMS/GGTES/ANVISA, que traz os requisitos necessários para a seleção de produtos de HM, visando à aplicação das boas práticas estabelecidas para esse procedimento.

Figura 1 - Linha do Tempo da Estratégia Multimodal



Fonte: Elaboração própria, 2021

3.2 HIGIENE DAS MÃOS

A higiene das mãos é considerada uma das formas de reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde, considerada a principal medida que pode bloquear as infecções cruzadas, porque a mão é o método de acesso do profissional ao paciente.

O controle das IRAS depende essencialmente de criar barreiras para evitar a transmissão de microorganismos, que ocorre principalmente por meio das mãos dos profissionais de saúde que prestam atendimento aos pacientes, pois essas são os principais veículos responsáveis por disseminação de infecções cruzadas que ocorrem entre o cuidado de um paciente e outro (RODRÍGUEZ; OLIVEIRA; MENEZES, 2014, p.45).

A higiene das mãos é um procedimento simples, de baixo custo que tem como objetivo remover a sujidade e pode ser realizado das seguintes formas: higiene das mãos com água e sabão, álcool gel e degermação cirúrgica.

No passado, chamada lavagem das mãos, que devido à sua complexidade e suas formas de realização passou a denominar-se higiene das mãos.

Essa conduta feita com água e sabão é considerada uma limpeza antisséptica na qual se associa o uso do sabão, esse produto consegue agir diretamente na camada da pele, apresentando ação emulsificante, que é capaz de unir moléculas que normalmente não ficariam unidas, agindo como ponte para que elas sejam carregadas pela água.

Já o álcool gel é um antisséptico composto de substância alcoólica de fácil uso por não necessitar de enxágue, papel toalha, tendo apenas como recomendação não usar em caso de sujidade visível.

A antisepsia cirúrgica ou degermação cirúrgica deve ser realizada antes dos procedimentos invasivos e conforme técnica recomendada pela OMS.

A HM deve ser usada em todos os momentos da assistência como nos seguintes casos:

antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimentos e manipulação de dispositivos invasivos, antes e após a utilização de luvas de procedimento, após risco de exposição a fluídos corporais, ao mudar a superfície corporal avaliada do paciente, de um local contaminado para um local limpo e após contato com objetos e superfícies próximas ao paciente (BRASIL, 2010, p. 48).

Para execução do procedimento de higiene de mãos a estrutura física da unidade deve estar adequada e dividida em estações. Cada estação é composta dos seguintes itens: água de qualidade, lavatórios e pias, torneiras de acionamento automático, *dispenser* de sabão líquido, porta-papel toalha, com toalhas na cor clara e sem perda de fragmentos, cartazes com

identificação da técnica de higiene das mãos e lixeira com tampa de acionamento automático ou com os pés.

Para que os profissionais de saúde possam executar a higienização das mãos conforme o preconizado pelas instituições normatizadoras, o estabelecimento de saúde deve garantir uma infraestrutura adequada e assegurar um “fornecimento permanente, acessível e contínuo dos produtos necessários para execução desse procedimento” (OMS, 2009, p.7).

A estrutura física exigida nas unidades de terapias intensivas envolve a distribuição de lavatórios para HM de um para cada quatro leitos, água de qualidade, torneiras de acionamento automático para evitar o contato com as mãos, sabonetes líquidos, antissépticos, (papéis) toalha e lixeiras de acionamento automático.

Todos os leitos devem ter preparações alcoólicas ao alcance dos profissionais, que podem ser colocadas em dispensadores fixados nas paredes, recipientes beira-leito e/ou de bolso. Também faz se necessário o uso de cartazes que contenham a técnica correta da HM, para auxiliar os profissionais a executar esta técnica de forma correta. Essas estratégias são importantes para estimular as boas práticas nos serviços de saúde (WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, p.3).

Em neonatologia as estações (são os pontos de HM completos com todos os insumos necessários para realizar a técnica correta) devem ser alocadas uma para cada quadro leitos e como adicionais, aquelas com álcool gel que devem ser bem sinalizadas. Da mesma forma que àquelas adicionais com álcool gel devem ter *dispensers* de fácil manuseio e cartazes orientando a técnica de higiene das mãos com esse produto. Dispositivos adicionais podem que devem estar à disposição dos profissionais são as almotolias ou frascos beira-leito.

Adicionalmente, “o uso combinado de preparações alcoólicas em apresentação ‘de bolso’ e dispensadores à beira dos leitos pode aumentar a adesão à HM pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde” (OMS, 2009, p.11). A adequação da infraestrutura para HM é importante para estimular e garantir adesão a essa prática por todos que participam do cuidado. A garantia de condições de infraestrutura adequada e insumos estimulam aos profissionais realizarem esse procedimento.

3.3 ESTRATÉGIA MULTIMODAL

A estratégia multimodal é o método educativo que pode ser aplicado em diferentes contextos com o objetivo de estimular melhorias organizacionais para motivar os profissionais a higienizar as mãos adequadamente, “reduzir infecções associadas à assistência à saúde e orientar a implementação desse método nas unidades de saúde de acordo com as diretrizes da OMS” (OMS, 2009, p.11).

Esta proposta possui cinco eixos que são os seguintes: “mudança no sistema, capacitação e educação, avaliação e *feedback*, sinalizações ou lembretes nas estações de higiene das mãos e segurança” (OMS, 2009, p. 12). Essa intervenção foi criada em 1995 pelo Professor Médico Didier Pittet no Hospital Universitário de Genebra.

O autor do método utilizou a analogia da comparação do EM com um carro em movimento no trânsito e para cada elemento do projeto ele explicou esta comparação:

Mudança de sistema: Foi proposta a substituição do álcool por sabão como alternativa à higienização das mãos. Como se oferecêssemos um carro melhor do que a pessoa tem sem obrigação de usar, mas incentivando a melhoria, Treinamento e educação: Vários treinamentos foram realizados, ou seja, eles explicam como usar o carro novo, abordando o trânsito. Assim, no hospital deve haver treinamento contínuo, incentivando a higienização das mãos, principalmente com gel hidroalcoólico. Avaliação e feedback: Quanto mais somos informados, mais tendemos a seguir as instruções. Em caso de trânsito, evite multas. E, por exemplo, precisamos saber o quão rápido estamos dirigindo para ajustá-lo ao limite permitido. O mesmo vale para o uso do gel hidroalcoólico, quanto mais informações o profissional tiver sobre seu uso, maior será seu consumo. Lembretes: A mídia é uma ferramenta importante para nos lembrar dos gestos corretos, tanto no trânsito quanto na Higiene das Mãos e Clima de Segurança Institucional: A gestão deve apoiar e incentivar a segurança do paciente por meio do uso de produtos de HM adequados, assim como o governo deve financiar carros novos, instalar mais sinais de trânsito, etc (WHO, 2009, p.40).

Os componentes desse método constam no Manual como passos para implantação da Estratégia Multimodal. Além disso, o Manual enfatiza a participação ativa de todos da instituição, com melhorias constantes e o envolvimento do paciente e seus familiares quando se refere ao conceito de segurança institucional (WHO, 2009).

Somente em 2005 após o lançamento da Conferência de Segurança do Paciente, houve uma maior difusão dessa estratégia pelo mundo. Após essa divulgação, o precursor da estratégia em conjunto com outros profissionais conseguiu criar um Manual para observadores da Estratégia Multimodal da OMS, “cujo objetivo era aumentar a adesão a HM pelos profissionais de saúde e reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde” (OMS, 2009, p.38).

As diretrizes da OMS sobre a HM em serviços de saúde trazem evidências que o aumento e melhoria dessa prática podem reduzir as IRAS. Contudo, sua implementação se mostra um grande desafio, tendo em vista a diversidade de culturas, as instalações hospitalares e diferentes realidades políticas, econômicas e sociais. “O guia de implementação possui o objetivo de apoiar as diretrizes, indicando passo a passo a implementação da Estratégia Multimodal na diversidade de contextos” (OMS, 2009, p.15).

3.4 DESCRIÇÃO DO MODELO DA AVALIAÇÃO

A construção do modelo de avaliação foi realizada determinando a situação problema, o objetivo da intervenção, o desenho do estudo, a definição dos atributos (dimensões pelas quais a estratégia multimodal foi avaliada), bem como as técnicas e a logística que foram utilizadas para a obtenção de evidências relacionadas com a implantação da intervenção e de seus aspectos essenciais.

Trata-se de uma avaliação normativa, que “consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processos) e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes” (FIGUEIRÓ *et al.*, 2010, p.10).

A avaliação identifica os fatores que dificultaram ou facilitaram o processo de implementação, tais como: desenvolvimento, tomada de decisão, novas ações e superação. A avaliação incorpora o que foi monitorado durante o processo de desenvolvimento da intervenção e compara se o que foi observado corresponde ao planejado.

3.5 PESQUISA AVALIATIVA E A IMPORTÂNCIA DA MODELIZAÇÃO

As intervenções são postas em prática para corrigir situações problemáticas, agindo sobre algumas das suas causas ou determinantes. A intervenção é um conjunto de cadeias e ações que mobilizam recursos (insumos) para produzir serviços, a fim de obter mudanças no problema inicial. Para representá-las utiliza-se o modelo lógico uma vez que ele torna explícito *links* articulados, muitas vezes complexos, ao longo do tempo de execução entre os componentes de um programa.

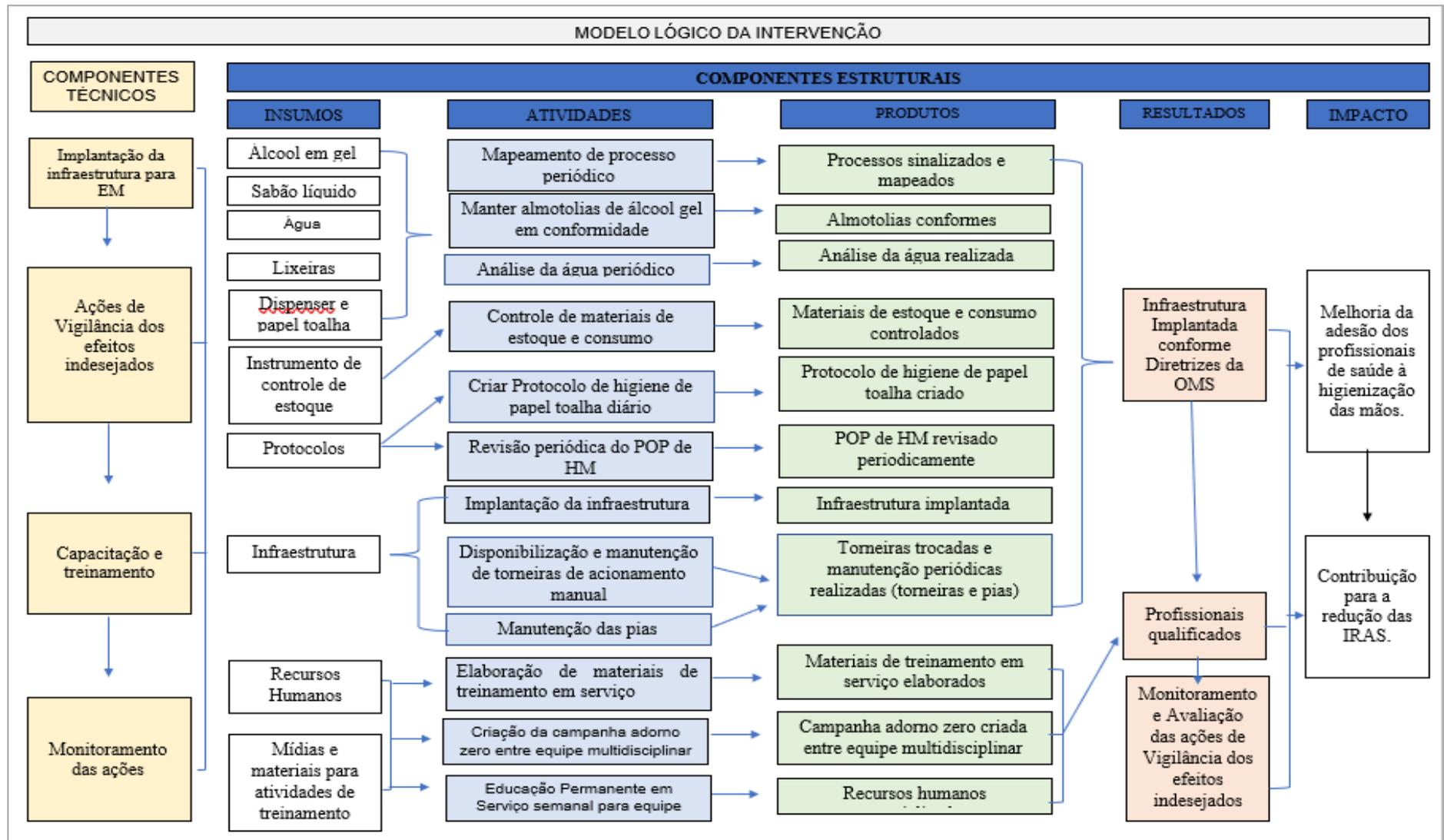
O modelo lógico de uma intervenção consiste num diagrama visual que permite observar o funcionamento da intervenção. Assim ele descreve “as relações entre os seus componentes estruturais, tais como: insumos, atividades e efeitos (saídas e resultados), conseguindo induzir a mudança esperada no problema” (CHAMPAGNE, CONTANDRIOPÓULOS; BROUSSELLE *et al.*, 2013, p.41).

O modelo lógico permite definir claramente o trabalho a realizar e especifica o que deve ser "medido, sugere a frequência desta medição, deste acompanhamento e permite identificar o contributo da intervenção para a mudança a ser realizada" (MEDINA *et al.*, 2005, p.53).

A modelização da intervenção otimiza o tempo disponível para a sua execução viabiliza a utilização adequada de recursos alocados para o programa, e facilita a definição

dos indicadores que serão monitorados e contribui para a elaboração de perguntas avaliativas mais pertinentes (BEZERRA *et al.*, 2012).

Figura 2 - Modelo Lógico da Intervenção



Fonte: Elaboração própria, 2021

4 IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE DE *STAKEHOLDERS*

Para a avaliação da implementação da EM é de suma importância identificar os principais interessados, tanto na execução das ações previstas, como no monitoramento e avaliação das mesmas. Neste estudo, os *stakeholders* (atores sociais) ou organizações que interagem no âmbito interno, ou externo da intervenção são entendidos como tendo interesses, e expectativas diversas que afetam ou são afetados pela escolha da intervenção e da estratégia de implementação. É de suma importância para melhor definir a orientação e o desenho do estudo, considerar os diversos interesses envolvidos (BROUSSELLE, 2011).

Como usuários potenciais dessa avaliação destacam-se, inicialmente: gestores, profissionais de saúde local, NCIH (Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar), NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente), gerência da UTIN, manutenção, setor de compras e setor de limpeza, conforme quadro 1 (Perfil dos *Stakeholders*).

Os atores que foram mobilizados são: alta gestão (Diretor, Superintendente, Gerente de Enfermagem e gestora da Unidade). Com esse movimento buscou-se avaliar os insumos e atividades que são executados nesta unidade, conforme a intervenção. Ainda foram incluídos o NCIH, o NQSP, os profissionais multidisciplinares, a manutenção, o setor de compras e os serviços gerais, conforme descrito no Quadro 1 Perfil de *Stakeholders*.

Quadro 1 - Perfil dos Stakeholders

Usuários	Interesse	Envolvimento	Responsabilidade no monitoramento	Conflito de interesses	Papel na utilização dos achados
Gestores					
Gestores (diretor administrativo, superintendente de saúde, gerente de enfermagem)	Prestação de contas	Gestão técnica e administrativa	Utilizar as informações para direcionar o cumprimento das metas ou objetivos da intervenção	Compromisso com gestão central e usuários	Redirecionar as ações para alcançar os objetivos
Ministério da saúde	Normativas	Exigências legais e éticas	Reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde	Órgão que coordena o programa	Promover ações para aumentar a adesão a hm e reduzir as iras
Anvisa	Normativa	Exigências legais	Direcionamento	Regulamentação o suporte técnico	Informação
Executores					
Supervisores	Fiscalizar	Devolutiva aos órgãos competentes	Estimular adesão a hm	Qualidade	Gestão da equipe
NCIH	Fiscalizador normativo	Exigências legais	Direcionamento	Regulamentação o suporte técnico	Informação
NQSP	Fiscalizador normativo qualidade	Exigências legais	Direcionador	Coordenar o programa	Informativo
Profissionais de saúde	Executor	Exigências legais	Adesão às normativas	Qualidade	Aplicação na assistência ao paciente
Manutenção	Manutenção corretiva	Manutenção preventiva	Manutenção clínica	Manutenção clínica na unidade	Diagnóstico da unidade (infraestrutura)
Setor de compras	Compras e abastecimento de insumos	Dispensação de insumos necessários	Abastecimento	Fornecer insumos	Organizar o abastecimento
Empresa de serviços gerais (apecê)	Abastecimento	Abastecimento conforme exigências legais	Abastecimento na unidade	Contrato	Reorganização do abastecimento na unidade

Fonte: Elaboração própria, 2021

5 PERGUNTAS AVALIATIVAS

O uso das perguntas avaliativas é a base direcionadora do processo avaliativo. A partir do modelo lógico da intervenção, elas estabelecem limites sobre o que deve ser avaliado, o foco e os usos previstos para os achados da avaliação. Nesse estudo foi realizada avaliação de implementação e pretendeu-se responder às seguintes perguntas.

- A estratégia multimodal já está implantada? Sim ou não?
- Qual o grau de implantação da estratégia multimodal na instituição?
- Que fatores, que facilitam ou dificultam a implantação?

A etapa de formulação e seleção das perguntas avaliativas é fundamental para que a avaliação tenha êxito. A determinação das perguntas avaliativas é responsável pelo alicerce e direcionamento do processo avaliativo, servindo para delimitar o que vai ser avaliado, articulando o foco da avaliação.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho metodológico da pesquisa foi composto por: revisão bibliográfica, análise documental (Portarias, RDC - Resolução da Diretoria Colegiada, normativas, etc), linha do tempo, modelo lógico, desenho da avaliação, coleta de evidências, análise de resultados e o julgamento. Foi concebido a partir da análise de dados secundários e da observação em serviço.

6.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica envolveu o levantamento da literatura relacionada ao problema escolhido. “Essa análise da literatura científica é indispensável para a delimitação do problema em uma pesquisa e para obter uma ideia precisa sobre o estado atual do conhecimento sobre um tema, sobre suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p.210).

Foi realizada consulta à base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que possui um conjunto de fontes bibliográficas e informações em saúde, possibilitando acessar também bases de dados internacionais como: Medline e Lilacs. Utilizou-se, como critérios de inclusão, os artigos com texto completo disponíveis, em português, entre 2009 a 2021. Os critérios de exclusão foram: artigos não disponíveis na íntegra ou de acesso restrito. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: Avaliação em saúde *and* Higiene das mãos *or* Unidade de Terapia Intensiva Neonatal obteve-se como resultado 32 (trinta e dois) artigos relacionados à higiene das mãos e nenhum específico sobre a estratégia multimodal, 1(um) artigo sobre Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, associado à higiene das mãos e outro sobre Unidade de Terapia Intensiva Neonatal associado à estratégia multimodal. A busca na BVS ocorreu nas seguintes bases de dados: Lilacs (10 artigos), BDENF-Enfermagem (09 artigos), Medline (4 artigos), Who Iris (2 artigos), Coleciona SUS (2 artigos), BINACIS (1 artigo), IBECS (4 artigos) e 12 artigos com repetição, que não foram usados. Após o uso dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 20 (vinte) artigos, que foram analisados e resultaram na seleção de 9 (nove) artigos e 2 (dois) manuais sobre a temática que foram encontrados nesse banco de dados conforme APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS TEMÁTICOS.

6.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental consiste no exame dos documentos relacionados ao tema, que servem como fontes de evidências. Esta abordagem permite ao pesquisador identificar se esses documentos estão compatíveis com a intervenção implantada. A partir da análise documental foi possível estruturar uma síntese com os principais eventos que marcaram a trajetória da estratégia multimodal e elaborar a linha do tempo.

Os documentos analisados foram: a RDC/ANVISA (RDC nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010, a RDC nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002, a RDC nº 36, de 25 de Julho de 2013), as Portarias/Ministério da Saúde (MS nº. 2616 de 12 de maio de 1998, nº 518, de 25 de março de 2004, nº 930, de 10 de Maio de 2012 nº 529, de 1º de abril de 2013) e documentos internos do NCIH e UTIN, tais como, Guias, Manuais, processos e contratos disponíveis no sistema SEI(Sistema Eletrônico de Informação).

6.3 LINHA DO TEMPO

A linha do tempo foi elaborada usando as informações necessárias, por meio de fontes secundárias que têm como características visualizar os fatos e processos históricos que modificaram a rota da intervenção, sinalizando-os nos contextos pertinentes.

6.4 MODELO LÓGICO

O modelo lógico foi construído com base na análise documental e a pesquisa bibliográfica realizada tomando como referência o proposto pela OMS (2005). O diagrama descritivo do modelo é apresentado na Figura 2.

6.5 DESENHO DA AVALIAÇÃO

Essa pesquisa de abordagem normativa foi realizada da seguinte forma: observação direta para coleta de evidências, análise, interpretação dos resultados e apreciação lógica. A apreciação lógica abordou como a intervenção estava sendo executada em seu contexto, isto é, como estava ocorrendo o seu funcionamento.

A escolha da avaliação de implementação decorreu da identificação da baixa adesão à higiene das mãos e do aumento das infecções relacionadas, na unidade estudada, apesar da intervenção, estratégia multimodal ter sido implantada nessa unidade em 2013. Essas evidências colocaram a necessidade de identificar os fatores que deveriam ser modificados visando contribuir para a sua solução.

Esse tipo de avaliação identifica o grau de execução da intervenção e se está em conformidade com as recomendações específicas. Descreve ainda, quais os fatores que foram primordiais para facilitar ou dificultar a implementação, bem como as orientações que possam auxiliar nas correções necessárias para adequação do setor, prestando uma assistência segura e de qualidade ao paciente.

A avaliação foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Santa Maria – Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal, com capacidade de 20 leitos. A Unidade é referência para neonatos com diversificadas patologias referenciados internamente pelo Centro Obstétrico ou por outros hospitais do GDF (Governo do Distrito Federal). Possui uma equipe multiprofissional composta por 164 profissionais que atuam na assistência direta aos pacientes. É composta pelas seguintes categorias profissionais: técnicos de enfermagem, técnico administrativo, enfermeiros, médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, residentes (enfermagem/medicina).

6.6 COLETA DE DADOS

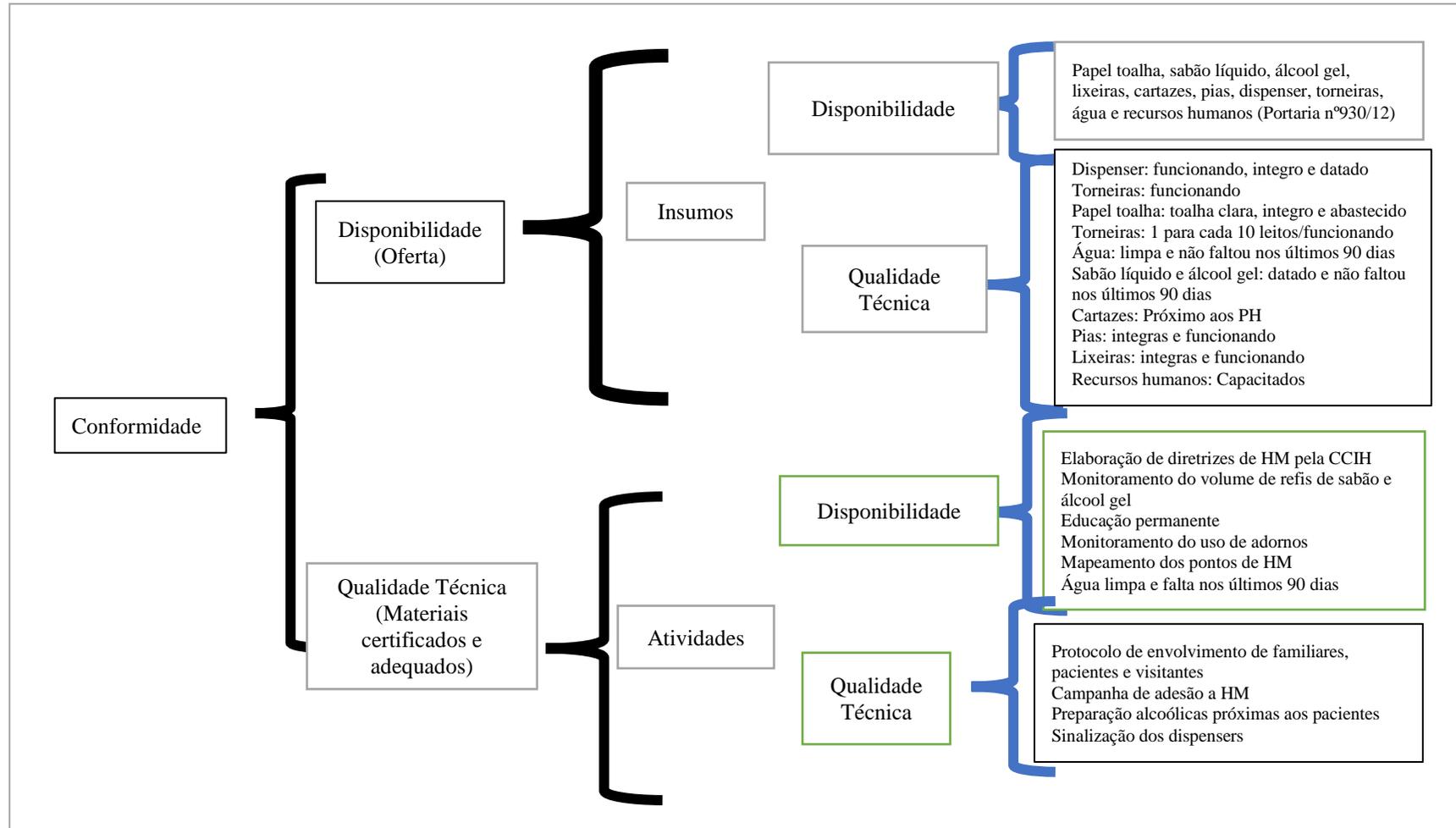
A coleta de dados foi realizada no serviço de saúde entre os meses de abril a junho de 2021, conforme cronograma ajustado com a chefia da do setor, em horários diversificados. Foi aplicado um instrumento *checklist* (APÊNDICE B – CHECKLIST DA UTIN – IGESDF/HRSM), com duração de 30 a 60 minutos em dias aleatórios.

6.7 DIAGRAMA DA TEIA

Para a avaliação de implementação foi criado um diagrama da teia, conforme Figura 3, onde foi utilizada a dimensão conformidade (aquilo pretendido ou previamente estabelecido) e as subdimensões disponibilidade que está relacionada aos insumos e/ou oferta tais como: sabonete, álcool gel, cartazes, papel toalha, recursos humanos, infraestrutura; e, a qualidade técnica científica (materiais certificados e adequados ao que está definido pela OMS, cumprindo o que determina as normas técnicas) definida como o alinhamento das ações e insumos aos protocolos estabelecidos.

O detalhamento da dimensão e das subdimensões estão apresentados no diagrama da teia. Esse esquema constitui uma ferramenta bastante útil para estruturar a relação entre os componentes a serem avaliados, as dimensões e os indicadores, ou seja, o plano de medidas dos atributos a serem aplicados.

Figura 3 - Diagrama da teia: Critérios e dimensões da avaliação - Contexto Externo



Fonte: Adaptado de Girardi (2010)

6.8 MATRIZ DE INFORMAÇÃO

Numa avaliação, esses critérios, indicadores e padrões quando estão dispostos em matrizes nos auxiliam na análise e interpretação das informações e, até mesmo, a planejar a coleta dos dados, os instrumentos, as técnicas de análise, a organização e apresentação dos mesmos (NATAL *et al.*, 2006).

Quadro 2 - Matriz de Informação: Componente INSUMOS

Dimensões	Subdimensões	Atividades	Indicadores	Observação	Fonte	Fundamentação
CONFORMIDADE	DISPONIBILIDADE	Papel toalha	Existência de porta papel toalha	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Sabão líquido	Existência de refil de sabão líquido	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Álcool gel	Existência de refil de álcool gel	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Lixeiras	Próximas ao ponto de PH (ponto de higienização)	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Cartazes	Íntegros e de fácil limpeza	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Pias	Uma para cada dez leitos	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Disperser	Íntegro e abastecido	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Torneiras	Uma para cada dez leitos	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Água	Análise química e microbiológica /Abastecimento	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Recursos humanos	Portaria nº 930, de 10 de Maio de 2012	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		

Quadro 2 - Matriz de Informação: Componente INSUMOS (Continuação)

Dimensões	Subdimensões	Atividades	Indicadores	Observação	Fonte	Fundamentação
CONFORMIDADE	QUALIDADE TÉCNICA CIENTÍFICA	Papel toalha	Existência de porta papel toalha	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
		Sabão líquido	Existência de refil de sabão líquido	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
		Álcool gel	Existência de refil de álcool gel	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
		Lixeiras	Próximas ao ponto de PH (ponto de higienização)	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
		Cartazes	Íntegros e de fácil limpeza	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
		Pias	Uma para cada dez leitos	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
		Disperser	Íntegro e abastecido	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
		Torneiras	Uma para cada dez leitos	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
		Água	Análise química e microbiológica /Abastecimento	Sim	CL	Diretrizes da OMS,2005
				Não		
Recursos humanos	Recursos humanos	0 a 10%	CL	Diretrizes da OMS,2005		
		20 a 30%				
		60 a 100%				

Fonte: Adaptado de Girardi (2010)

Quadro 3 - Matriz de Informação: Componente ATIVIDADES

Dimensões	Subdimensões	Atividades	Indicadores	Observação	Pontuação	Fundamentação
CONFORMIDADE	DISPONIBILIDADE	Elaboração de diretrizes de HM pela CCIH	Protocolo institucional	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Monitoramento do volume e refis de sabonete e álcool em gel	Formulário de abastecimento	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Educação permanente em serviço	Lista de presença de treinamentos	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Monitoramento do uso de adornos	Indicadores de processo	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Mapeamento dos pontos de higienização das mãos	Planta de mapeamento pela CCIH	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Água	Comprovante de limpeza das caixas d'água	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Protocolo de envolvimento de familiares, pacientes e visitantes	Lista de reuniões com familiares, pacientes e visitantes	Sim	AD	Portaria nº 1.377, de 9 de Julho de 2013
				Não		

Quadro 3 - Matriz de Informação: Componente ATIVIDADES (Continuação)

Dimensões	Subdimensões	Atividades	Indicadores	Observação	Pontuação	Fundamentação
CONFORMIDADE	QUALIDADE TÉCNICA CIENTÍFICA	Campanhas de adesão a HM	Lista de participação dos profissionais	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Preparação alcóolicas próximas aos pacientes	<i>Dispensers</i> íntegros, datados e próximos aos leitos com indicação	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Sinalização dos <i>dispensers</i>	Uso de lembretes de indicação de <i>dispensers</i> de sabão e álcool gel	Sim	CL	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		<i>Feedback</i> aos profissionais da taxa de adesão HM pela NCIH	Relatórios da NCIH	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		<i>Feedback</i> a alta gestão da taxa de HM das mãos pela NCIH	Relatórios da NCIH	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		

Fonte: Adaptado de Girardi (2010)

6.9 MATRIZ DE RELEVÂNCIA

Os indicadores usados estão relacionados com a intervenção e são de suma importância para aumentar a adesão à higiene das mãos, de acordo com os padrões estabelecidos pela (OMS).

Essa ferramenta é de fundamental importância, porque identifica a situação problema e com isso exige uma tomada de decisão imediata com a finalidade de evitar efeitos indesejados ou ganhos rápidos na implementação de intervenções ou melhoria dos processos institucionais.

Com esses indicadores, foi criada uma matriz de relevância, onde foi dada a valoração 10, 20 e 40, conforme o grau de importância.

A matriz de relevância (Quadro 4) foi construída de forma consistente com os componentes estruturais do programa/intervenção, as subdimensões e seus indicadores. Para se estabelecer o peso dos indicadores, consideraram-se três documentos básicos: Diretrizes da OMS (2005); o protocolo para a segurança do paciente, que inclui as práticas de HM e estão definidas na RDC nº 36, de 25 de julho de 2013, que institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde; e a Nota Técnica 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA, que traz os requisitos necessários para a seleção de insumos de HM, visando a aplicação das boas práticas estabelecidas para estes procedimentos e insumos.

Quadro 4 - Matriz de Relevância

Matriz de Relevância -Indicadores de implementação segundo componentes estruturais e níveis de relevância por dimensão de conformidade.				
		Conformidade		Observado
		Disponibilidade	Qualidade Técnica Científica	-----
INSUMOS	<i>Dispenser</i> : funcionando, íntegro, abastecido e datado;	RRR	RRR	
	Torneiras: funcionando adequadamente (1 para cada 10 leitos)	RRR	RRR	
	Papel toalha: claro, abastecido, porta papel íntegro e funcionando;	RRR	RRR	
	Pias íntegras (1 para cada 10 leitos)	RRR	RRR	
	Sabão líquido: datado, não houve falta nos últimos 90 dias;	RRR	RRR	
	Cartazes: Íntegros e de fácil limpeza e próximo aos PH	RR	RR	
	Álcool gel: datado, não houve falta nos últimos 90 dias;	RRR	RRR	
	Lixeiras: íntegras e próximas dos PH	RRR	RRR	
	Recursos humanos treinados	RRR	RRR	
ATIVIDADES	Elaboração de diretrizes de HM pela CCIH	RR	RRR	
	Planta baixa mapeada	RR	RR	
	Monitoramento do volume e refis de sabonete e álcool gel	RRR	RRR	
	Educação permanente em serviço	RRR	RRR	
	Monitoramento do uso de adornos	RR	RRR	
	Mapeamento dos pontos de higienização das mãos	RRR	RRR	
	Água: Comprovante de limpeza das caixas d'água	RRR	RRR	
	Protocolo de envolvimento de familiares, pacientes e visitantes	RR	RR	
	Campanhas de adesão a HM	RRR	RRR	
	Preparação alcoólicas próximas aos pacientes	RR	RRR	
	Sinalização dos <i>dispensers</i>	RR	RR	
	Sinalização de PH	RR	RR	
	<i>Feedback</i> aos profissionais da taxa de adesão HM pela NCIH	RRR	RRR	
<i>Feedback</i> a alta gestão da taxa de HM das mãos pela NCIH	RR	RRR		

Fonte: Elaboração própria, 2021

6.10 PLANO DE ANÁLISE: MATRIZ DE JULGAMENTO

Após a confecção da matriz de relevância, que contém o resumo que descreve os critérios (dimensões e subdimensões da avaliação) e os elementos a serem avaliados, foi identificado o seu devido valor, instrumento importante para realizar o julgamento de forma transparente.

Essa ferramenta foi criada para fazer o julgamento da intervenção, aplicando valores de acordo com o grau de importância de cada item da intervenção. Esse quadro de julgamento é muito útil para se distinguir a avaliação do grau de implantação e facilita confrontar os dados obtidos com a realidade dos documentos e da intervenção implantada.

Para o julgamento do grau de implementação foi usado o quadro 7, baseado e adaptado de Cosendey *et al.* (2003):

Quadro 5 - Parâmetros de classificação da implementação

Percentual	Grau de Implementação
75 % a 100%	Implementado
50% a 74%	Parcialmente implementado
25 % a 49%	Crítico/Incipiente
0 % a 24%	Não Implantado

Cosendey *et al.* (2003, p.401)

A matriz de julgamento é também constituída de critérios, indicadores e padrões, diferindo da matriz de monitoramento por incluir o mérito e, por isso, é chamada também de matriz final da avaliação (NATAL *et al.*, 2006).

Quadro 6 - Matriz de julgamento: Componente INSUMOS

Dimensões	Subdimensões	Atividades	Indicadores	Observação	Pontuação	GI
CONFORMIDAD E	DISPONIBILIDADE	Disperser	Funcionamento/íntegro/abastecido e datado	Sim	40	
				Não	0	
		Torneiras	Automática e adequadamente funcionando	Sim	40	
				Não	0	
		Papel toalha	Toalha clara e abastecida /porta papel toalha íntegro e funcionando	Sim	40	
				Não	0	
		Sabão líquido	Datado e houve falta nos últimos 90 dias	Sim	40	
				Não	0	
		Álcool gel	Datado e houve falta nos últimos 90 dias	Sim	40	
				Não	0	
		Cartazes	Próximo ao ponto de PH	Sim	40	
				Não	0	
		Água	Análise química e microbiológica /Abastecimento	Sim	40	
				Não	0	
		Lixeiras	Íntegras e próximas aos PH	Sim	40	
				Não	0	
		Água	Análise química e microbiológica /Abastecimento	Sim	40	
				Não	0	
Pias	Íntegras e funcionando	Sim	40			
		Não	0			
Pias	Íntegras e funcionando	Sim	40			
		Não	0			

Quadro 6 - Matriz de julgamento: Componente INSUMOS (Continuação)

Dimensões	Subdimensões	Atividades	Indicadores	Observação	Pontuação	GI
CONFORMIDADE	QUALIDADE TÉCNICA CIENTÍFICA	Papel toalha	Existência de porta papel toalha	Sim	40	
				Não	0	
		Sabão líquido	Existência de refil de sabão líquido	Sim	40	
				Não	0	
		Álcool gel	Existência de refil de álcool gel	Sim	40	
				Não	0	
		Lixeiras	Próximas ao ponto de PH (ponto de higienização)	Sim	40	
				Não	0	
		Cartazes	Íntegros e de fácil limpeza	Sim	40	
				Não	0	
		Pias	Uma para cada dez leitos	Sim	40	
				Não	0	
		Disperser	Íntegro e abastecido	Sim	40	
				Não	0	
		Torneiras	Uma para cada dez leitos	Sim	40	
				Não	0	
		Água	Análise química e microbiológica /Abastecimento	Sim	40	
				Não	0	
		Recursos humanos	Recursos humanos	0 a 10%	10	
				20 a 30%	20	
60 a 100%	40					

Fonte: Adaptado de Girardi (2010)

Quadro 7 - Matriz de Julgamento: Componente ATIVIDADES

Dimensões	Subdimensões	Atividades	Indicadores	Observação	Pontuação	Fundamentação
CONFORMIDADE	DISPONIBILIDADE	Elaboração de diretrizes de HM pela CCIH	Protocolo institucional	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Monitoramento do volume e refis de sabonete e álcool em gel	Formulário de abastecimento	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Educação permanente em serviço	Lista de presença de treinamentos	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Monitoramento do uso de adornos	Indicadores de processo	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Mapeamento dos pontos de higienização das mãos	Planta de mapeamento pela CCIH	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Água	Comprovante de limpeza das caixas d'água	Sim	AD	Diretrizes OMS/2005
				Não		
		Protocolo de envolvimento de familiares, pacientes e visitantes	Lista de reuniões com familiares, pacientes e visitantes	Sim	AD	Portaria nº 1.377, de 9 de Julho de 2013
				Não		

Quadro 7 - Matriz de Julgamento: Componente ATIVIDADES (Continuação)

Dimensões	Subdimensões	Atividades	Indicadores	Observação	Pontuação	GI
CONFORMIDADE	QUALIDADE TÉCNICA CIENTÍFICA	Campanhas de adesão a HM	Lista de participação dos profissionais	Sim	40	
				Não	0	
		Preparação alcólicas próximas aos pacientes	<i>Dispensers</i> íntegros, datados e próximos aos leitos com indicação	Sim	40	
				Não	0	
		Sinalização dos <i>dispensers</i>	Uso de lembretes de indicação de <i>dispensers</i> de sabão e álcool gel	Sim	40	
				Não	0	
		<i>Feedback</i> aos profissionais da taxa de adesão HM pela NCIH	Relatórios da NCIH	Sim	40	
				Não	0	
		<i>Feedback</i> a alta gestão da taxa de HM das mãos pela NCIH	Relatórios da NCIH	Sim	40	
				Não	0	

Fonte: Adaptado de Girardi (2010)

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisadora solicitou autorização ao Comitê de Ética da ENSP/ FIOCRUZ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Fundação Oswaldo) e obteve do CONEP o CAAE nº 40294820.1.00000.5240, com aprovação em 02/12/2020, solicitou ao IGES-DF autorização por meio de processo SEI (Sistema Eletrônico de Informação) nº 04016-00045251/20020-37, solicitando liberação ao Conselho Científico do órgão, somente aconteceu a liberação em 10/02/2021, porque as atividades encontravam suspensas devido a Pandemia.

O estudo respeitou as diretrizes e critérios estabelecidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), preservando os preceitos éticos estabelecidos no que se refere ao zelo pela legitimidade das informações, privacidade e sigilo dos participantes da pesquisa.

Foram disponibilizados o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS [TCUD]). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, não foi utilizado em função de mudanças na condução do estudo, em função da Pandemia de COVID 19.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COMPONENTES ESTRUTURAIS (INSUMOS E ATIVIDADES) E GRAU DE CONFORMIDADE DA IMPLEMENTAÇÃO

Neste capítulo serão descritas a situação e o grau de conformidade dos insumos e atividades. A primeira sessão se refere aos insumos utilizados na UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) que compreendem: álcool gel, sabão líquido, papel toalha, abastecimento de água, almotolias (frascos de álcool gel beira-leito), recursos humanos, protocolos e infraestrutura. A segunda sessão abrange a descrição e apreciação de conformidade das atividades planejadas para o setor. As tabelas 1 e 2 dos resultados foram criadas para informar as particularidades do grau de implantação e são compostas pelos seguintes itens: pontuação esperada, pontuação observada, média de três meses e índice de implementação.

8.2 DESCRIÇÃO E APRECIÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO (CONFORMIDADE) DO COMPONENTE INSUMOS

Tabela 1 - Apreciação da Conformidade da Disponibilidade dos Insumos

Insumos -Disponibilidade				
Material de Consumo	Abril	Mai	Junho	Média
Álcool em gel (ml)	49000	41250	26760	39003
Sabão líquido (ml)	30400	37600	55200	41066
Papel toalha (pacote)	180	200	200	193,3
Abastecimento de água	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Controle de qualidade da água	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Almotolia (álcool beira-leito) disponibilizada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Almotolia (álcool beira-leito) em conformidade	88,5%	70,0%	84,0%	80,8%
Recursos Humanos				
Equipe completa	100%	100%	100%	100,0%
Protocolos				
Protocolo A (Higiene das mãos)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Campanha de “adornos zero”	0,0	0,0%	0,0%	0,0%
Cartilha de orientação aos pais e acompanhantes sobre HM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Infraestrutura				
Torneira de acionamento manual (n=12)	33,3%	33,3%	33,3%	33,3%
Lixeiras	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Dispenser de álcool gel (n=12)	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%
Dispenser de sabão líquido (n=12)	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%
Pias	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Pontos de HM	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Dados coletados durante a observação no setor da UTIN, 2021

As médias mensais de consumo de álcool gel mostram uma variação que merece registro. Nos meses de abril e maio o consumo permaneceu semelhante, no entanto o mês de junho apresentou uma redução de 54,6%. Apesar disso, a média dos três meses (39.003ml) excedeu o consumo de álcool gel de 20 ml per capita, como recomendado pela OMS. Segundo os documentos do controle do consumo operado pela empresa responsável, o sabão líquido foi o produto mais consumido para HM pela equipe de saúde. Este achado é consistente com o fato de que os profissionais têm dado preferência a este produto que é considerado mais eficaz para o Coronavírus SARS-2. Sabe-se que o sabão líquido possui uma substância que quebra gordura e com isso consegue destruir o envelope viral, parte externa do vírus composta por lipídeos. Estes achados corroboram com a verificação de um consumo ascendente nos meses de abril a junho, de forma oposta ao que ocorreu com o álcool gel. Supõe-se que a capacitação ocorrida em maio para todos os setores do hospital (Dia Internacional de Higiene das Mãos) possa ter influenciado essa mudança. O consumo médio trimestral deste insumo (60.27 ml/paciente-dia) excedeu os 20 ml recomendados pela OMS.

A média de consumo de papel toalha em abril foi menor do que as duas outras médias mensais. As características de cada unidade (pacote) obedeciam às boas práticas recomendadas. Apesar de nos dias de observação não serem registrados problemas com a disponibilização do insumo, alguns profissionais relataram episódios de desabastecimento, sobretudo nos finais de semana durante o período de observação da pesquisa.

No período em questão não houve desabastecimento de água e nem relato pela equipe, quanto ao controle de qualidade (análise química e microbiológica) da água. Não há registros atualizados sobre essa conduta. A última coleta para o controle de qualidade, com registro, foi realizada em 18 de maio de 2020 pela instituição CAESB (Companhia de Saneamento Ambiental do Distrito Federal), em resposta à solicitação do NUCIH (Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar). A documentação institucional analisada refere que não existe uma empresa responsável por essa operação, que deve ser realizada semestralmente. Conforme cronograma disponibilizado pelo NUCIH e a Hotelaria Hospitalar, existem dois processos em andamento no SEI (0401600025512/2019-83 e 04016000414115/2020-17) para contratação de empresa responsável em realizar esse controle.

As almotolias, frascos de álcool gel (beira-leito), estão disponíveis em todos os leitos, porém a média de conformidade foi de 80,8%. Dados referentes ao mês de maio evidenciam uma queda na conformidade deste item, que deveriam se encontrar fechados, para cerca de 70,0%. De acordo com os profissionais, a sobrecarga de trabalho da equipe pelo grande

rodízio de pacientes, implicou em uma maior demanda de procedimentos. A sobrecarga e a urgência das respostas requeridas, segundo eles, os levaram à inobservância das boas práticas como o esquecimento de fechar o recipiente manuseado. Além disso, a movimentação extra devido ao alto índice de internação, aumentou a presença e frequência de acompanhantes no setor é desfavorável à conformidade, uma vez que os mesmos têm mais dificuldades de observar ou seguir os requisitos para boas práticas dos serviços de saúde.

A equipe de assistência da UTIN, durante o período de observação, encontrava-se completa, seguindo a Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012. Esta Portaria define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no SUS (Sistema Único de Saúde).

Quanto aos protocolos, os de Higiene das Mãos, a última revisão ocorreu em 2012. Conforme o relato da equipe, mesmo assim, não se encontra disponível em local de fácil acesso. Há referências que anteriormente à realização da pesquisa ficavam disponíveis em uma pasta virtual compartilhada no computador. Neste período, ocorreu uma renovação das máquinas e este material não foi reinserido nos equipamentos. Após a mudança de gestão do IGES-DF, esses protocolos foram inseridos na plataforma MVPEP, entretanto os profissionais do setor não foram informados sobre a localização para acesso.

Tabela 2 - Apreciação da Conformidade da Disponibilidade dos Insumos

Material de Consumo	PE	Média	PO	Índice de implementação
Álcool em gel (ml)		42,03 ml p/pac-dia	40	100,0%
Sabão líquido (ml)	40	41,37 ml p/pac-dia	40	100,0%
Papel toalha (pacote)	40	193,3	40	100,0%
Abastecimento de água	40	100,0%	40	100,0%
Controle de qualidade da água	40	0,0%	0	0,0%
Almotolia (álcool beira-leito) disponibilizada	40	100,0%	40	100,0%
Almotolia (álcool beira-leito) em conformidade	40	70,0%	28	70,0%
Índice de implementação	280	-	228	81,4%
Recursos Humanos				
Equipe completa	40	100,0%	40	100,0%
Índice de implementação	40	-	40	100,0%
Protocolos				
Protocolo A (Higiene das mãos)	40	0,0%	0%	0,0%
Campanha de “adornos zero”	40	0,0%	0%	0,0%
Cartilha de orientação aos pais e acompanhantes sobre HM	40	100,0%	40	100,0%
Índice de implementação	120	-	40	33,3%
Infraestrutura				
Torneira de acionamento manual (8/12)	40	66,6%	26,6	66,6%
Lixeiras	40	100,0%	40	100,0%
Dispenser de álcool gel (11/12)	40	91,5%	36,6	91,5%
<i>Dispenser de sabão líquido (11/12)</i>	40	91,5%	36,6	91,5%
Pias	40	100,0%	40	100,0%
Pontos de HM	40	100,0%	40	100,0%
Índice de implementação	240	-	219,8	91,5%
Índice geral de implementação de insumos	640	-	527,8	82,4%

Fonte: Elaboração própria, 2021

Para construção da matriz avaliativa foram considerados os componentes estruturais da intervenção, quais sejam: insumos, atividades e seus efeitos. Os insumos incluídos nesta apreciação foram: material de consumo, recursos humanos, protocolos e infraestrutura.

Como a equipe da Unidade, durante o período observado se manteve completa e em conformidade com o preconizado na Portaria nº 930, de 10 de Maio de 2012, considera-se que os recursos humanos estão 100,0% implementados.

Em relação à manutenção de dispensadores de álcool gel, de sabão líquido e a troca de torneiras obteve-se um índice de implementação de (55,5%). Observa-se que durante o período avaliado, conforme informado, a disponibilidade dos insumos foi de 81,4%.

No que se refere aos protocolos de boas práticas e os instrumentos de orientação educacional (campanha de adorno zero e cartilha para os pais e acompanhantes), apenas esta última estava presente e disponibilizada. Neste quesito, a implementação foi de apenas 1/3 do esperado, ou seja, 33,3%.

A infraestrutura da Unidade, indispensável para higienização das mãos, apresentou um índice de 91,5%, sendo que o principal fator que impediu a implementação completa foi a situação das torneiras de acionamento manual. O índice de implementação geral, considerando os grupos de insumos, recursos humanos, protocolos e infraestrutura foi de 82,4%. O quadro 8 abaixo apresenta a síntese dos achados referentes à implementação do componente insumo.

Quadro 8 - Síntese dos índices de Implementação (Conformidade) do componente INSUMOS

Material de consumo	81,4%	Implementado
Recursos Humanos	100,0%	Implementado
Infraestrutura	91,5%	Implementado
Protocolos	33,3%	Crítico
Índice de Implementação Geral	82,4%	Implementado

Fonte: Adaptado de Cosendey *et al.* (2003)

A disponibilidade dos insumos pode ser considerada apropriada, exceto a não existência de alguns itens dos protocolos. Já que para o componente referente aos protocolos, foi identificado que somente é ofertada a cartilha de orientação aos pais e acompanhantes.

8.3 DESCRIÇÃO E APRECIÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO (CONFORMIDADE) DO COMPONENTE ATIVIDADES.

A segunda seção refere-se às atividades realizadas na UTIN relacionadas aos insumos, recursos humanos, protocolos e infraestrutura. Na Tabela 3 apresenta-se a avaliação de implementação das atividades, tomando a conformidade como critério.

Tabela 3 - Apreciação da Conformidade da Disponibilidade das Atividades

Atividade-Disponibilidade				
Insumos				
Atividades	Abril	Mai	Junho	Média
Mapeamento de processo periódico	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Manter almotolias de álcool gel em conformidade	88,5%	70,0%	84,0%	80,8%
Análise da água periódica	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Criar protocolos de higiene do papel toalha diário	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Controle de materiais de estoque e consumo	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%
Ações educativas	Não	Sim	Sim	
Recursos Humanos				
Educação permanente em serviço semanal para equipe	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Elaboração de materiais de treinamento em serviço	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%
Protocolos				
Revisar POP de HM periódico***	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Criar campanha de adorno zero na unidade entre a equipe multidisciplinar	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Criar cartilha de HM para pais e acompanhantes **	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0%
Infraestrutura				
Troca de torneiras de acionamento manual	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Manutenção de <i>dispenser</i> de álcool gel periódico	83,0%	83,0%	83,0%	83,0%
Manutenção de <i>dispenser</i> de sabão líquido periódico	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%

Fonte: Dados coletados durante a observação no setor da UTIN, 2021

O mapeamento dos pontos de higiene (processo periódico) foi realizado em 2013. Cada estação de higiene de mãos recebeu uma numeração própria. Este processo era realizado a cada dois anos à época da gestão da SES-DF. Com a troca da gestão administrativa da unidade e da maioria dos profissionais (colaboradores) não houve a continuidade das revisões e, portanto, não ocorreram alterações no mapeamento local neste período.

A manutenção das almotolias (frascos de álcool beira-leito) apresentou no mês de abril um índice de conformidade de 88,5%, considerado o melhor índice no trimestre observado. O mês de maio apresentou uma redução de 18,5% em relação ao período anterior e em junho apresentou aumento de 14,0%. A média de conformidade foi de 80,8%, e os critérios para boas práticas utilizados foram frascos datados e tampados sem contato com o exterior, para evitar a contaminação do produto com o ambiente.

Mensalmente, a empresa que realiza o controle de materiais de estoque e consumo envia por e-mail para NUCIH o quantitativo de insumos utilizados. Essa empresa possui protocolos operacionais padrão que normatizam a conduta dos seus colaboradores. Após a

inspeção desse documento, identificou-se que não havia descrito nos protocolos os procedimentos específicos para higienização diária do *dispenser* de papel toalha. Ao questionar o responsável técnico da empresa terceirizada responsável pelos Serviços Gerais, foi informado que a equipe é orientada a realizar essa técnica. Durante o período de observação foi detectado que essa conduta não ocorre de forma constante.

A equipe da UTIN ainda não implementou a educação permanente semanal devido à sobrecarga de trabalho e pela rotatividade, geradas pelo contexto da Pandemia de COVID 19. Apesar disso, os servidores da unidade elaboraram diversos materiais educativos, como a árvore de higiene das mãos, cartazes e murais, visando a sensibilização dos profissionais de saúde e dos acompanhantes.

O protocolo de HM foi revisado em 2013, a responsável da unidade informou que o IGES-DF possui uma plataforma MVPEP (Produto Minimamente Viável-Prontuário Eletrônico do Paciente) onde serão hospedados todos os protocolos institucionais, do conjunto de unidades gerenciadas por essa organização. O objetivo é a unificação desses dados. Na época da observação a plataforma se encontrava em fase experimental, tendo sido implementada em outubro deste ano.

Para orientações de pais e acompanhantes foi criada uma cartilha específica que descreve os procedimentos envolvidos e os cuidados que os pais/acompanhantes devem adotar ao visitar seu neonato. A equipe realiza reuniões periódicas com este grupo, sendo abordados diversos assuntos, inclusive informações referentes à higiene das mãos. Além disso, o setor organiza o mural, que traz materiais educativos, destacando as medidas preventivas de infecções. A equipe também orienta os pais e acompanhantes durante o acesso às dependências da unidade, reforçando a adesão a essas boas práticas.

A manutenção das torneiras ainda é insuficiente. Existe na unidade um percentual de 33,3% de torneiras de acionamento manual. Foi localizado no SEI um memorando institucional que descreve os problemas de manutenção nas torneiras de acionamento manual e nas de acionamento automático. Além de sinalizado no memorando, durante a observação verificou-se um cartaz improvisado, impresso em folha A4, fixado em uma estação, com o texto informando a proibição do seu uso, devido ao defeito desse dispositivo.

Existem evidências de problemas com a manutenção, seja das torneiras, seja dos *dispensers* de álcool gel e sabão líquido. Em relação às torneiras obtiveram-se a informação de que o contrato foi finalizado, sem previsão de renovação.

As atividades de educação permanente em serviço, planejadas para ocorrerem semanalmente, não têm acontecido com esta periodicidade. Desta forma, não podem ser consideradas totalmente implementadas. A sobrecarga de trabalho em função da pandemia, relatada pela equipe, trouxe para a equipe a dificuldade para adequação de carga de trabalho com as atividades de capacitação. As reuniões semanais trariam prejuízo para o desempenho do processo de cuidado diário.

A cartilha de higiene das mãos disponibilizada foi elaborada pela equipe da UTIN que foi elaborada em maio de 2020. Sua distribuição aos pais e acompanhantes se dá na admissão do neonato e nas reuniões periódicas.

Tabela 4 - Apreciação da Conformidade da Disponibilidade Atividades

Atividades	PE	Média	PO	Índice de implementação
Mapeamento periódico do processo de higienização	40	0%	0,0	0,0%
Manutenção de almotolias de álcool gel em conformidade	40	80,8%	32,3	80,8%
Realizar análise periódica da água	40	0%	0,0	0,0%
Elaboração de protocolos de higiene do <i>dispenser</i> de papel toalha	40	0%	0,0	0,0%
Controle de materiais de estoque e consumo	40	100%	40,0	100%
Índice de implementação	200	-	72,3	36,10%
Disponibilidade atividades relacionadas a Recursos Humanos				
Realização de ações educativas	40	66,6	26,6	66,6%
Realização de atividades semanais de Educação permanente para equipe.	40	0	0,0	0,0%
Elaboração de materiais de treinamento em serviço	40	100%	40,0	100%
Índice de implementação	40	-	66,6	55,5%
Disponibilidade de atividades relacionadas aos Protocolos				
Revisão periódica do POP de HM **	40	0,0%	0,0%	0,0%
Institucionalização de campanha de adorno zero na unidade	40	0,0%	0,0%	0,0%
Elaboração der cartilha de HM para familiares e acompanhantes	40	100,0%	40,0	100,0%
Índice de implementação	120	-	40,0	33,30%
Disponibilidade atividades relacionadas a Infraestrutura				
Troca de torneiras de acionamento manual	40	0,0%	0,0	0,0%
Manutenção de <i>dispenser</i> de álcool gel periódico	40	83,3%	33,3	83,3%
Manutenção periódica de <i>dispenser</i> de sabão líquido	40	83,3%	33,3	83,3%
Índice de implementação	120	-	66,6	55,5%
Índice geral de implementação das atividades	560	-	245,5	43,8%

Fonte: Elaboração própria, 2021

A Tabela 4 apresenta a apreciação de conformidade das atividades envolvidas na higienização das mãos. As atividades foram divididas em quatro grupos. O primeiro deles, que diz respeito àquelas relacionadas aos insumos, a implementação foi de (36,1%) sendo que

apenas o item “controle de estoque e de consumo” obteve a pontuação máxima esperada. Além deste, a manutenção de almotolias obteve (32,3%). Os outros elementos deste grupo não foram executados. No conjunto de atividades relacionadas às ações educativas observou-se que ocorreu a elaboração de materiais educativos para capacitação em serviço. Entretanto, não foram realizadas as atividades de educação permanente previstas implicando em um índice de implementação de (55,5%).

A revisão periódica dos POP e a institucionalização da campanha de “adorno zero” na rotina da Unidade não foram executadas. Apenas a elaboração da cartilha para familiares e acompanhantes ocorreu, sendo então implementadas apenas 1/3 das atividades previstas.

As atividades relacionadas ao mapeamento periódico de processo de higienização, manutenção de almotolias de álcool gel estão em conformidade. A realização da análise periódica da qualidade da água, a elaboração dos protocolos de higiene do *dispenser* de papel toalha e o controle de materiais e estoque de consumo, obtiveram um percentual de implementação de 36,1%.

Todas as atividades associadas a capacitação e treinamento tiveram como grau de implementação um total de 55,5%.

As atividades de revisão e implantação dos protocolos relacionados à revisão periódica do POP de HM, a institucionalização de campanha de adorno zero, e a elaboração de cartilha de HM para familiares e acompanhantes alcançaram um coeficiente de 33,3%.

Na avaliação das atividades relacionadas à manutenção como: troca de torneiras de acionamento manual, manutenção periódica dos *dispensers* de álcool gel e de sabão líquido, o grau de implementação foi de 55,5%. O índice de implementação geral das atividades foi de 43,8%.

Considerando o índice geral de implantação de insumos (82,4%) estes apresentam uma situação de implementação melhor do que o observado em relação às atividades (43,8%). Com base no documento (OMS), que consideram implantados os componentes insumos dos serviços que atinjam 100% de conformidade ao preconizado, pode-se dizer que estão parcialmente implementados. Como o grau de conformidade da componente atividade é menor que 50%, pode-se afirmar que elas se encontram em uma situação crítica.

O quadro 9 apresenta a síntese dos achados referentes à implementação do componente atividades.

Quadro 9 - Síntese dos índices de implementação (Conformidade) das ATIVIDADES

Disponibilidade de atividades relacionados aos insumos	36,1%	Crítico
Disponibilidade de atividades relacionados aos recursos humanos	55,0%	Implementado parcial
Disponibilidade de atividades relacionadas a Infraestrutura	55,5%	Implementado parcial
Disponibilidade de atividades relacionados aos Protocolos	33,3%	Crítico

Fonte: Adaptado de Girardi (2010, p.97)

A disponibilidade das atividades pode ser considerada inadequada. Àquelas pertinentes a insumos e protocolos encontram-se em estado crítico, já os referentes a recursos humanos e infraestrutura estão parcialmente implementadas, verificando-se assim um índice geral de implementação crítico, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 10 - Síntese do grau de implantação da estratégia multimodal na UTIN: Insumos e atividades

Componente	Dimensão		Pontos esperados	Pontos observados	Índice de Implementação	Grau de implementação por componente
Insumos		Disponibilidade	640	527,8	82,4%	82,4% (Implementado)
		Conformidade				
Atividades		Qualidade Técnica	560	245,5	43,8%	43,8% (Crítico)
		Científica				
	Total Geral		1200	773,3	Implementação Parcial	
	Grau de Implementação Total=		63,1%			

Fonte: Adaptado de Abreu (2009) e Girardi (2010)

Calculando-se a média da implementação geral de *insumos* (82,4%) e da implementação geral de *atividades* (43,8%) obteve-se o valor de 63,1%, ou seja, o Programa de higienização das mãos se encontra parcialmente implementado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional de Santa Maria – Instituto de gestão estratégica do Distrito Federal.

9 DISCUSSÃO

A HM é reconhecida como uma das principais formas de controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. Destaca-se por ser uma medida simples e econômica, porém, de grande impacto e importância, sendo comprovadamente eficaz na prevenção e redução das infecções, uma vez que impede e/ou reduz a transmissão de microrganismos de um paciente para outro (WHO, 2009). Para tanto, é imprescindível que os recursos materiais estejam disponíveis bem como a estrutura física em conformidade, para estimular a adesão dos a esse procedimento.

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamenta o funcionamento de UTIs. Dispõe sobre a composição da equipe mínima para o cuidado que deve ser composta de um médico assistencial, um enfermeiro e um fisioterapeuta para cada 10 pacientes. Prevê um técnico de enfermagem para cada dois pacientes e também um médico diarista para apoio nos turnos da manhã e da tarde (BRASIL, 2010).

Na UTIN pela avaliação realizada nos meses de abril a junho de 2021, observa-se a equipe completa para prestar assistência com qualidade conforme a RDC que regulamenta as unidades de terapias intensivas.

As informações sobre a análise química e microbiológica da água não foram disponibilizadas com facilidade. Os vários setores procurados (Hotelaria hospitalar, Setor de Manutenção e Superintendência de Saúde Sul) não sabiam informar de quem era a responsabilidade pela manutenção da qualidade da água. Observou-se que o fluxo não estava bem estabelecido, não se identificando os responsáveis por esta atividade. Ao procurar a gestão e solicitar informação por e-mail, foi respondido que existem dois processos em curso no SEI para contratação de empresa responsável, sendo disponibilizados os números dos processos, para possível verificação.

A qualidade da água utilizada nos serviços de saúde é de fundamental importância para as práticas de higienização das mãos. Assim, a água deve ser livre de contaminantes químicos e biológicos, obedecendo aos dispositivos da Portaria GM/MS nº518, de 25 de março de 2004, que estabelece os procedimentos relativos ao controle e à vigilância da qualidade deste insumo (BRASIL, 2004).

Outro fator de primordial importância que se observa na relação entre a empresa e a instituição é que no contrato para suprimento de insumos, a quantidade de itens não está especificada. O controle de fornecimento é realizado unilateralmente pela empresa

responsável, não existindo um controle compartilhado entre esta e a instituição. A hotelaria, setor responsável pelo monitoramento do abastecimento de material de consumo, não tem registros disponíveis sobre o estoque. Apenas a empresa terceirizada realiza o controle de entrada e saída destes materiais. O setor de acompanhamento da unidade verifica se ocorreu o abastecimento.

Durante o período de observação da pesquisa, foi identificado que alguns dispositivos de álcool em gel e sabão líquido estavam danificados. Havia também torneiras com defeito, que bloqueavam totalmente a estação de HM. Esses problemas impediam ou dificultavam que a equipe higienizasse as mãos, somente sendo possível se houvesse um deslocamento para outra estação. Segundo a equipe, foi solicitada a manutenção desses equipamentos, os quais não foram recuperados até o término da pesquisa de campo.

Um dos achados da avaliação é a evidência de diferenças entre a implementação dos componentes insumos e atividades. O primeiro (insumo) tem grau de implementação superior àquele observado para atividades. Pode-se supor que a execução das atividades pelos profissionais fosse mais afetada pela crise sanitária causada pela pandemia, uma vez que a prática dos profissionais foi direcionada para operar o controle e o tratamento da COVID-19.

Para garantir a segurança e a qualidade assistencial, é fundamental dispor de pessoal de enfermagem em número adequado e com acesso aos equipamentos necessários ao exercício de suas funções. A redução de infecções nos ambientes de saúde e a proteção do quadro funcional implica na necessidade de investimentos adequados para garantir a magnitude e qualidade das ações (PAULA *et al.*, 2017).

Apesar da relevância da higienização das mãos na prevenção das infecções hospitalares, a adesão a esse procedimento tem constituído em um enorme desafio para as CCIHs das instituições de saúde. Dentre vários aspectos a serem trabalhados, inclui-se prioritariamente a capacitação dos profissionais e a conscientização sobre as estratégias de uso e racionalização dos insumos (TRANNIN *et al.*, 2016; NEVES *et al.*, 2006).

As atividades de capacitação dos profissionais foram suspensas em função da sobrecarga de trabalho das equipes no período da pandemia. O aumento da demanda de internação requereu desses profissionais a realização de procedimentos especiais relativos às medidas de precaução e de isolamento. Com isso, necessitou-se mais tempo para os processos de paramentação e desparamentação. Adicionalmente, foram acrescentadas outras atividades ao corpo de profissionais como, por exemplo, a limpeza concorrente para ser realizada pela

equipe de enfermagem três vezes ao dia. Este acréscimo nas atividades dos profissionais pode ter dificultado a realização dos processos de capacitação e/ ou educação permanente.

No período estudado, a enfermeira rotineira responsável pelas orientações da equipe e dos acompanhantes/visitantes, solicitou demissão do cargo. A CCIH, provisoriamente, tornou-se responsável pelo treinamento das equipes de todos os setores do hospital. Com a redução de parte de seus integrantes, que foram transferidos para trabalho remoto, gerou uma diminuição na oferta de treinamento por unidade.

A readaptação da unidade hospitalar para o atendimento a pacientes com COVID19, ocasionou uma alta demanda referente à higienização. Assim, nesse período foi realizada a implantação de outras unidades específicas para COVID 19 necessitando, não só a dedicação da equipe de instalação como a de manutenção das torneiras. De acordo com as diretrizes supracitadas, todos os lavatórios, pias e lavabos cirúrgicos devem possuir torneiras ou comandos do tipo que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água (RDC, 2002; WHO, 2009).

As torneiras de acionamento manual são consideradas um dificultador para a adesão do profissional à higienização das mãos, podendo levar o mesmo a recontaminação após a limpeza adequada. A pressão de demanda teve como consequência interrupções na conformidade das torneiras às recomendações da OMS. Há 1 (um) ano, o contrato de manutenção deste serviço está vencido e a informação disponibilizada era de não ter previsão da renovação. A manutenção dessas torneiras tem sido uma das barreiras, gerando questionamentos constantes pelos profissionais.

Outro fator importante para viabilizar a adesão é a proximidade das estações de higienização aos locais de execução das práticas profissionais. Na unidade analisada a distribuição de pias e as almotolias estando em conformidade aumentam a chance das boas práticas de HM, conforme o preconizado (SILVA; PORTO; ROCHA, 2013). Todos os leitos devem dispor de preparações alcoólicas ao alcance das mãos do profissional, que podem ser acondicionados em dispensadores fixados nas paredes ou aos pés dos leitos ou em frascos móveis que podem ser colocados sobre carrinhos, bancadas ou no bolso (WHO, 2009).

10 RECOMENDAÇÕES

A avaliação estimulou a reflexão quanto à importância da (HM) pelos profissionais. A identificação de fatores e/ou barreiras que interferiram na adesão destes profissionais constituiu um aprendizado sobre as Diretrizes da OMS por este grupo.

Foi de suma importância avaliar a implantação da estratégia multimodal na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, visto que a observação e descrição da situação do setor fundamentaram algumas recomendações de curto, médio e longo prazo. Observa-se que elas se referem de maneira articulada aos insumos e atividades, uma vez que o conjunto de fatores negativos identificados se refere às atividades no provimento e na manutenção de insumos. Por exemplo, sabe-se que a água que deve ser livre de contaminantes químicos e biológicos, obedecendo aos dispositivos da Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004 (BRASIL, 2004). Desta forma recomenda-se atenção de curto prazo para a regularização deste procedimento, seja via licitação ou prestação de serviços por um parceiro do setor público.

Em relação à proximidade das estações de higienização aos locais das práticas profissionais, apesar da distância entre ambas ser adequada, há problemas com a manutenção dos recipientes de sabonete líquido e álcool gel e na adequação das torneiras. Por exemplo, considerando que a higiene dos porta papel-toalha deve ocorrer diariamente, com água, sabão e desinfecção com álcool 70%, recomenda-se criar um POP (Procedimento Operacional Padrão) que deve ser inserido no manual da empresa responsável. Esta e outras evidências relatadas corroboram as dificuldades com os serviços de manutenção, sinalizando a necessidade de um monitoramento sistemático destas atividades.

A aquisição dos recipientes e materiais de consumo utilizados nos processos de HM devem seguir as recomendações da RDC 50/2002, da Anvisa, alinhadas às propostas pela OMS. Antes da compra de produtos para higienização das mãos, os dispensadores devem ser avaliados para assegurar seu correto funcionamento, facilidade de limpeza, liberação de volume suficiente do produto e existência de dispositivos que não favoreçam a contaminação do produto.

As atividades de educação permanente devem ocorrer *in loco*. É importante que o protocolo de HM deve ser de fácil acesso à equipe, não somente na rede de computadores ou na plataforma MVPEP. A equipe deve estar sempre ciente de sua localização, em uma versão impressa. Dentre as atividades de educação permanente, deve-se dar destaque a conteúdos vinculados à retirada de adornos pela equipe multiprofissional tais como joias, bijuterias e

acessórios como unhas postiças, de gel e esmaltes craquelados. As campanhas de “adorno zero” devem ser baseadas em técnicas de comunicação e fundamentadas em abordagens para modificação de atitudes e práticas tendo um profissional da equipe como responsável pela execução desta iniciativa (OMS, 2005).

Enfatiza-se a relevância de estabelecer com os profissionais e acompanhantes o manejo adequado das almotolias e/ou frascos beira-leito mantendo-os protegidos para evitar contaminação do produto interno. No caso da troca de recipiente faz-se necessária higienização com a identificação do responsável, data de acondicionamento e validade, em conformidade com a NCIH. Nesse sentido, é importante estimular a realização de reuniões multidisciplinares para intensificação das ações do Programa de Higienização das Mãos, estabelecendo uma periodicidade constante, que esteja prevista dentro do quadro de horário de atividades dos profissionais, garantindo a participação e presença de todos.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No geral, a implementação da estratégia multimodal é parcial na UTIN. Os dados coletados servem como norteadores aos gestores institucionais para que possam aplicar ações múltiplas direcionadas ao enfrentamento das barreiras sejam elas, instrucionais ou comportamentais e reorganizar os processos de trabalho.

A pesquisa apresentou alguns fatores limitantes como: a não liberação do trabalho e a sobrecarga causada pela pandemia limitaram a disponibilidade da pesquisadora para realizar as etapas previstas no projeto inicial. Um aspecto a ser considerado é a vinculação direta da autora da pesquisa com o objeto de estudo, ou seja, ela é profissional da instituição, responsável pelo monitoramento desta estratégia no local do estudo.

A coleta de evidências foi realizada durante a Pandemia (COVID 19), o que determinou adaptações na proposta inicial restringindo a replicabilidade dela, uma vez que o estudo utilizou dados secundários e a aplicação do *checklist* com observação direta. Deve-se ressaltar que se desenvolveu um esforço de verificação documentada de todas as informações fornecidas durante a aplicação do instrumento e da fase de observação.

A eliminação da etapa de investigação junto aos profissionais e aos usuários da UTIN representou uma lacuna na caracterização do processo de implementação. Sendo eles os principais atores envolvidos na estratégia, a captura da percepção sobre ela certamente seria um componente importante a ser abordado em estudos dessa natureza.

Com os resultados encontrados em diversos estudos observa-se que as taxas existentes coadunam com as identificadas neste estudo. Esses achados reforçam o desafio para o aperfeiçoamento da estratégia de higiene das mãos e com isso faz-se necessário buscar melhorias e incentivar os programas de HM entre os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. **Avaliação de implantação do Núcleo Descentralizado de Vigilância da Saúde na Região Metropolitana II**, Estado do Rio de Janeiro. 2009. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.
- ANVISA, GVIMS/GGTES. **NOTA TÉCNICA N°01/2018**: Orientações Gerais para Higiene das Mãos em Serviços De Saúde. Brasília, 2018.
- ARMOND, G. **Epidemiologia, Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à assistência à saúde**, São Paulo: Coopmed, 2013.
- BATHE, J *et al.* Infraestrutura e adesão à higienização das mãos: desafios à segurança do paciente. **Revista Gaúcha Enfermagem**, [s.l.], [s.n.], 2013.
- BEZERRA, L. *et al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], 17(4):883-900, 2012.
- BOYCE, JM; PITTET, D. **Centers for Disease Control and Prevention**. Guideline for hand hygiene in health-care settings: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *Am J Infect Control*. [s.l.], 2012; 30:S1-46.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS n° 2616 de 12 de maio de 1998**. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 13 de maio de 1998.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n° 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília; 2002. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 21 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 518, de 25 de março de 2004**. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativas ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 de março de 2004.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf Acesso em: 21 mar. 2021.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Brasília, 2009. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília; 2010. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-7-de-24-de-fevereiro-de-2010> Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1o de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos**. Anvisa, Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Anvisa, Brasília, DF, 2013c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das Mãos em Serviços de Saúde**. Anvisa, Brasília, DF, 2017

BROUSSELLE, Astrid. Capítulo 3- Modelização intervenções. *In*: BROUSSELLE, Astrid (org). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings**: recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/ APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR*, v.51, n. RR-16, p.1-45, 2002.

CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPÓULOS, AP; BROUSSELLE, A. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p.41- 6.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. **Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Hartz, ZA, p. 15-39. 1997

CORREA, I; NUNES, I. Higienización de las manos. El cotidiano del profesional de la salud en una unidad de internación pediátrica. **Invest. educ. enferm.** 2011; 29(1), p. 54-60.

COSENDEY, M. *et al.* Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. **Reports in Public Health**, [s.l.], 19(2):395-40, 2003.

CRUZ, E; PIMENTA, F; PALOS, M; SILVA, S; GIR, E. Higienização das mãos: 20 anos de divergências entre as práticas e o idealizado. **Cienc. enferm.** [s.l.], 2009;15(1), p.33-8.

FIGUEIRÓ, A. *et al.* **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e operacionais**, Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p.10.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**, São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIRARDI, M. **Avaliação da vigilância entomo-epidemiológica no Programa de Controle da Dengue no Município de Cuiabá – MT.** 2010. 158 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

GOULD, D *et al.* Impact of observing hand hygiene in practice and research: a methodological reconsideration. **J Hosp Infect.** 2017; 95(2), p.169-74. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27634563/> Acesso em: 10 out. 2021.

HARTZ, Z; SILVA, L. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, 2005.

IGES-DF, Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar. 2019 [Documento interno]

IGES-DF, Núcleo de Controle de Infecções. **Relatório de Taxa de IRAS.** Hospital da Santa Maria, Brasília, 2019.

JCI- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (org.). Technology in Patient Safety - Using Identification Bands to Reduce Patient Identification Errors. **Joint Commission Perspectives on Patient Safety**, v. 5, p. 1-10, 2009.

LAKATOS, E; MARCONI, M. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MACDONALD, A. *et al.* Performance *feedback* of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. **J. Hosp. Infect.**, v.56, p. 5663, 2004.

MEDINA M. *et al.* Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. *In:* HARTZ, Z; Vieira-da-Silva, L. **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ; 2005. p. 41-64.

MENDONÇA, A; FERNANDES, M; AZEVEDO J. *et al.* Lavagem das mãos: adesão dos profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Sci Health Sci.** n.25, p.147-153, 2003.

MOURA, P. *et al.* Avaliação da infraestrutura hospitalar para a higienização das mãos. **Revista de Enfermagem UFPE**, [s.l.], v. 11, n. 12, p. 5289-5296, dez. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22884> Acesso em: 31 ago. 2021.

NATAL, S. *et al.* **Avaliação formativa do componente de fortalecimento técnico das secretarias de Estado de saúde em monitoramento e avaliação.** Relatório executivo. Análise preliminar dos casos. ENSP/IMIP/MS-SAS-DAB. [In press], 2006.

NEVES, Z; TIPPLE, A; SOUZA, A. *et al.* Higienização das mãos: o impacto de estratégias de incentivo a adesão entre profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Latino-am Enferm**, 2006.

OLIVEIRA, A; PAULA, A. Monitoração da adesão à higienização das mãos: uma revisão de literatura. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Guidelines on hand hygiene in health care**. First global patient safety challenge, clean care is safer care. Genebra, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Diretrizes da OMS sobre Higienização das mãos na assistência à saúde** (Versão preliminar avançada: resumo); tradução de OPAS – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005. 34p.

PAULA, D. *et al.* Estratégias de adesão à higienização das mãos por profissionais de saúde. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, 2017

PITTET, D; DONALDSON, L. World Alliance for Patient Safety. American Journal of Infection Control-AJIC commentary. **American Journal Infect Control**. 2005

RIBEIRO, F. *et al.* Relato de Experiência: Estratégia Lúdica para a Melhoria de Práticas de Higienização das mãos entre os profissionais de saúde. **Rev Enferm UFPE**, Recife, 2017

RODRÍGUEZ, E; OLIVEIRA, J; MENEZES, M. *et al.* Aderência de profissionais de saúde à HM. **Rev Enferm UFPE**, Recife, 2014

SCHERER, J; GLEIT, P; NEGELISKII, C; BUENO, A. *et al.* Higienização das Mãos: Adesão dos Profissionais Antes e Após Programa de Capacitação. **Journal of Health Sciences**. [s.l.] Rio Grande do Sul, 2017

SILVA, F; PORTO, T; ROCHA, P. *et al.* Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico. In: **Ciência y Enfermería XIX**, Conceição, n. 2, p. 99-109, 2013.

TRANNIN, K. *et al.* ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS: INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 2, jun. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44246> Acesso em: 22 out. 2021.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge clean care is safer care. Genebra; 2009.

APÊNDICE A - CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS TEMÁTICOS

Caracterização dos artigos temáticos					
Autores	Publicação	Objetivo	Local do estudo	Ano	Metodologia
Silva, Maciel Porto , Talita Rocha, Patrícia Juliana , Cristina	Higienização das mãos e a segurança do paciente pediátrico	Avaliar se a HM realizada antes do preparo e da administração de medicamentos pelos profissionais de enfermagem segue as diretrizes estabelecidas pela OMS.	UFSC	2013	Estudo quantitativo exploratório descritivo
Oliveira , Cristina Werly, Andreza Ribeiro , Marilza Neves, Francelli Junior, Fabiola Junior, Francisco	Adesão à HM entre equipe multiprofissional de uma UTI infantil	Avaliar a adesão das equipes multiprofissionais à HM na UTI infantil	UFF	2005	Estudo transversal e descritivo
Trannin, Karen Campanharo, Regina , Lopes , Maria Okuno, Meiry Batista , Ruth	Adesão à HM: intervenção e avaliação	Observar a HM por profissionais de saúde em um serviço de emergência de um Hospital universitário, no estado de São Paulo	SP	2016	Pesquisa qualitativa
Giordani, Anney Sonobe, Helena Ezaías, Gabriela Valério, Maria Andrade, Denise	Adesão da equipe de enfermagem à HM: fatores motivacionais	Verificar fatores motivacionais à adesão na HM por equipe de enfermagem do Hospital público de Londrina.	UFC	2014	Estudo descritivo
Rodriguez, Eliana Oliveira, Julian Menezes, Max Silva, Luciana Almeida, Daniel Neto, David	Aderência de profissionais de saúde à HM	Analisar a aderência à HM de profissionais de saúde que prestam assistência oncológica e sua correlação com as variáveis categoria profissional, indicação, tipo de conduta e insumos utilizados.	UFPE	2014	Estudo quantitativo, de corte transversal
Moura , Pedro Tristão, Fernan da Guanilo, Maria Porto, Adrize	Avaliação da infraestrutura hospitalar para HM	Avaliar a infraestrutura de um hospital público brasileiro para HM	UFPE	2014	Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, transversal
Ribeiro, Flávia Souza, Mariana Paula, Adriana	Estratégia Lúdica para a melhoria de	Descrever um relato de experiência sobre a condução, de uma	UFPE	2014	Relato de experiência

Silva, Alanna Oliveira, Adriana	práticas de HM entre os profissionais de saúde	atividade lúdica utilizada como estratégia, para melhoria da adesão à HM entre profissionais de saúde.			
Scherer, Juliane Gleit,Patricia Negeliskii, Christian Bueno, André	HM : adesão dos profissionais antes e após programa de capacitação	Comparar a taxa de adesão à HM antes e após programa de capacitação .	UF	2017	Pesquisa transversal
Oliveira, Adriana Paula, Adriana	Monitoração da adesão à HM: uma revisão bibliográfica.	Identificar os diferentes métodos utilizados para avaliação da aderência a essa prática, referendados na literatura por meio de consulta às bases de dados.	UFMG	2011	Revisão Bibliográfica
Manual	Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos.			2017	
Manual	ORGANIZAÇÃ O MUNDIAL DA SAÚDE. Guia para implementação da estratégia multimodal da OMS para melhoria da higienização das mãos. Tradução de Sátia Marini- Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Anvisa			2008	

Fonte: Elaboração própria,2021

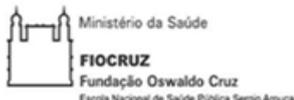
APÊNDICE B – CHECKLIST DA UTIN – IGESDF/HRSM

CHECK LIST DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL -IGESDF/HRSM						
PERGUNTAS AVALIATIVAS	SIM	QUANTAS	NÃO	QUANTAS	OBSERVAÇÃO	Data:
1. PIA						
a) Existe pia na unidade ?						
b) As pias estão em conformidade com às especificações da OMS?						
2. TORNEIRAS						
a) Existem torneiras na unidade? Quantas estão íntegras e funcionando ?						
b) Qual a proporção de torneiras para o quantitativo de leitos ativos?						
3. DISPENSERS DE SABÃO LÍQUIDO						
a) Existem dispensers de sabão líquido?						
b) Quantos íntegros?						
c) Os dispensers estão abastecidos?						
c) Existe monitoramento do volume de refs de sabão líquido?						
d) Os dispensers estão datados?						
4. DISPENSER DE ÁLCOOL GEL						
a) Existem dispensers para álcool gel?						
b) Quantos íntegros?						
c) Os dispensers estão abastecidos?						
d) Os dispensers estão localizados próximos aos leitos?						
e) Existe monitoramento do volume de refs de álcool gel?						
f) Quantos com defeito?						
g) Os dispensers estão datados?						
5. PAPEL TOALHA						
a) Existe papel toalha para Higiene das mãos?						
b) O papel toalha é claro?						
c) Os dispensers de papel toalha estão íntegros?						
d) Os dispensers estão abastecidos?						
e) Existe monitoramento do abastecimento de papel toalha ?						
6. LIXEIRAS						
a) Existem lixeiras para o acondicionamento do material utilizado na secagem das mãos? Quantas?						
b) O recipiente utilizado é de fácil limpeza?						
c) A tampa é articulada? Quantas são nesse formato?						
d) O acionamento de abertura existente é sem utilização das mãos? Quantas são nesse formato?						
e) Quantas são no formato de pedais?						
f) Estão próximas aos pontos de higienização das mãos?						
g) Quantos com defeito? Quantas estão íntegras?						
7. ÁGUA						
a) A água ofertada para Higiene das mãos é limpa?						
b) No período de observação houve interrupção no fornecimento? Quantas vezes ?						

8.PONTOS DE HIGIENE DAS MÃOS					
a) Todos os pontos de Higiene das mãos estão identificados?					
b) Os pontos de Higiene das mãos estão mapeados?					
9.PLANO OPERACIONAL PADRÃO					
a) Existe plano operacional padrão (POP)?					
b) É acessível à equipe multidisciplinar?					
10.TREINAMENTO					
a)Existe treinamento em serviço para Higiene das mão no setor/ in loco ?					
b)Com que periodicidade?					
c) Existe multiplicadores para orientar a adesão à Higienização das mãos?					
d) Quantos times?					
11.ADORNOS					
a)Existe monitoramento de adornos ?					
b)Com que periodicidade?					
12. PROTOCOLOS PARA FAMILIARES / ACOMPANHANTES/VISITANTES					
a)Existe protocolos de higiene das mãos para familiares ?					
b) Existe cartilha de orientação sobre higiene das mãos para pais e acompanhantes ou visitantes?					
c) Existe reuniões com pais , acompanhantes ou visitantes onde são abordados sobre a temática (HM)?					
d)Com que periodicidade?					
13.FEEDBACK					
a)É realizado feedback das taxas de adesão à Higiene das mãos aos profissionais ?					
b)Qual a periodicidade?					
c) realizado feedback das taxas de adesão a Higiene das mãos à alta gestão ?					
d)Qual a periodicidade?					

Fonte: Elaboração própria,2021

ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saúde Pública
 Sergio Arouca
 Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD)

Eu, Ana Alves Ramos, da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, do curso de Mestrado em Avaliação em Saúde / do Departamento de Saúde Pública, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação de Implementação: adesão ao protocolo de estratégia multimodal para higienização das mãos em um serviço de saúde do Distrito Federal.”, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no (NUCIH- Núcleo de Controle de Infecção Hospitalar do Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal-Hospital Regional de Santa Maria –Distrito Federal-DF/ NUCIH/IGES-DF), a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos **(arquivos/prontuários/banco)**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a Higiene das Mãos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, no período de 2016 até atualmente.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas à apreciação do CEP/ENSP.

(Local) _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável