

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA BEATRIZ LINARD DE CARVALHO

**INFRAESTRUTURA E FATORES FACILITADORES PARA AS PRÁTICAS DE
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

Juazeiro do Norte – CE
2020

ANA BEATRIZ LINARD DE CARVALHO

**INFRAESTRUTURA E FATORES FACILITADORES PARA AS PRÁTICAS DE
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia
apresentado à coordenação do curso de Graduação
em Enfermagem do Centro Universitário Doutor
Leão Sampaio–UNILEÃO, em cumprimento às
exigências para a obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Msc. Ana Maria Machado
Borges

Co-orientador: Carlos Vinicius Moreira Lima

Juazeiro do Norte – CE
2020

ANA BEATRIZ LINARD DE CARVALHO

**INFRAESTRUTURA E FATORES FACILITADORES PARA AS PRÁTICAS DE
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia
apresentado à coordenação do curso de Graduação
em Enfermagem do Centro Universitário Doutor
Leão Sampaio–UNILEÃO, em cumprimento às
exigências para a obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Msc. Ana Maria Machado
Borges

Co-orientador: Carlos Vinicius Moreira Lima

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof.^a Msc^a Ana Maria Machado Borges
Orientadora

Prof.^a Msc^a Ana Érica de Oliveira Brito Siqueira

Prof.^a Esp. Aline Moraes Venancio de Alencar

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus pela sabedoria e discernimento que me destes durante esta caminhada, aos meus pais, familiares, amigos e a minha orientadora pelo apoio destinado a mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela imensa generosidade para comigo, aos caminhos que o mesmo me guiaste para até aqui chegar, todas as oportunidades, livramentos e pelos obstáculos que me moldaram durante todo esse processo, a fim de me tornarem uma pessoa melhor.

Aos meus pais, Francisca Linard Silva e José Vilson Ulisses de Carvalho Junior, pela dedicação, amor, por estarem presentes e sempre me direcionarem no caminho do bem, minha eterna e imensurável gratidão, todas as conquistas serão nossas. Ao meu irmão Pedro Gabriel Linard de Carvalho por ser para mim o sinônimo de amor e proteção, tudo também é por você. Aos meus demais familiares, tios, primos e meus avós por todo carinho e voto de confiança. A família é o nosso alicerce, é onde tudo começa, serei eternamente grata a todos.

Aos meus amigos de longas datas, obrigada por serem meu refúgio e abrigo durante esses anos, por compartilharem sonhos comigo, por sempre vibrarem com a minha felicidade e por permanecerem também nos momentos de fraqueza. Ao meu namorado, obrigada por ser meu ponto de paz, pela paciência em me ouvir, me incentivar e alimentar os meus sonhos.

Aos amigos e colegas que tive o prazer de conhecer durante essa caminhada acadêmica, meu muito obrigada... Sem o companheirismo e a troca diária de saberes o percurso seria mais árduo e menos significativo, pois parte de nós como profissionais que seremos, aprendemos uns com os outros que a nossa ciência é construída a partir dos conhecimentos que adquirimos, mas principalmente por aqueles que disseminamos.

As minhas companheiras fiéis de estágio, Paula, Williane, Raiza e Renata obrigada por todas as contribuições, vivências e pela parceria, sem vocês nenhuma experiência seria tão enriquecedora.

Gostaria também de agradecer aos companheiros adquiridos através de todas as atividades de extensão, monitoria, iniciação científica e demais atividades extracurriculares que contribuíram bastante para minha formação enquanto acadêmica e futura profissional, sucesso a todos!

A minha estimada orientadora, Ana Maria Machado Borges por suas valiosas contribuições, como professora durante a disciplina de Gerenciamento e demais disciplinas que leciona, como pesquisadora desde os conhecimentos aplicados ao decorrer das aulas, pesquisas a qual tive o prazer de contribuir e aprender durante o projeto de iniciação científica até ao decorrer da construção do presente estudo, muito obrigada por todo zelo. Dedico a você

essa conquista e a realização do mesmo, pois na bagagem estão contidos todos os conhecimentos transmitidos por ti, preceitos de uma excelente profissional. Gratidão!

A banca examinadora pela disponibilidade e contribuições. Muito obrigada!

Também, meus mais sinceros agradecimentos a todo corpo docente do Centro Universitário Doutro Leão Sampaio, através dos conhecimentos adquiridos e compartilhados por cada um de vocês, consegui enxergar e amadurecer a profissional que estou me tornando, sem dúvidas contribuíram brilhantemente para a formação de uma futura enfermeira que honrará a sua profissão.

*“Seja forte e corajoso! Não se apavore nem
desanime, pois o Senhor o seu Deus, estará
com você por onde você andar.”
(Josué 1: 9)*

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são destinadas ao acolhimento de pacientes que apresentam instabilidades fisiológicas sendo considerada uma área crítica por existir fatores de riscos acentuados para as Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS), considerados evitáveis através da implantação de programas de higienização intensivas. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo principal: analisar os recursos disponíveis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para adesão à higienização das mãos. O estudo teve como proposta metodológica, uma pesquisa observacional, não participante, com abordagem quantitativa, que foi realizada em UTIN localizadas nos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha. A coleta de dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2019. Sendo um recorte da pesquisa realizada através do Programa de Iniciação Científica do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, vigente entre setembro de 2018 a agosto de 2019. Os dados foram coletados por meio de observação direta de todo ambiente da UTIN, mediante o uso de um formulário em formato de check-list. Após a coleta, os dados foram tratados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®], por meio de estatística descritiva, apresentando-se as frequências absolutas (n) e relativas (%) em tabelas. Nesse estudo foi assegurado o cumprimento das normas para pesquisas envolvendo seres humanos presente na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). No presente estudo constatou-se que dentre os recursos físicos observados, a presença e disposição dos lavatórios nas três unidades evidenciou um resultado de 100% (n=3), 66,7% (n=2) tinham lavatório com acionador de cotovelo e cuba adequada. No que diz respeito aos insumos, todas as UTIN continham dispensadores de sabão próximo aos lavatórios, de álcool em gel na entrada do setor, ao lado dos leitos e no posto de enfermagem com insumo estocado. Quando observada a presença do dispensador de papel toalha com insumo estocado e lixeira com saco branco leitoso 66,7% (n= 2) das instituições dispunham da utilização adequada desses recursos. Ademais a presença de cartazes informativos no setor acerca da técnica de higienização das mãos resultou em 100% (n=3). Em relação a proporção entre o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem e os recém-nascidos das três unidades, foi possível observar que durante os 45 dias, o Hospital 1 obteve em média 6,3 RN, um enfermeiro e 3,1 técnicos de enfermagem por dia. O Hospital 2 apresentou em média 8,7 RN, um enfermeiro e 3,4 técnicos de enfermagem por dia, Já o Hospital 3 evidenciou uma média de 7,8 RN, 1 enfermeiro e 3,6 técnicos de enfermagem por dia. Dessa forma foi observado que o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem encontrou-se adequada, mediante as informações vigentes na Portaria nº 930/2012, exceto quando relacionado aos profissionais técnicos de enfermagem, que no hospital 2 o seu quantitativo não se ajustou as necessidades levando em consideração a média de RN admitidos durante os dias de observação. Conclui-se que adotando uma visão geral, observou-se que as instituições tinham como ponto positivo a presença dos lavatórios, dispensadores em locais estratégicos e cartazes informativos, sendo satisfatórias de acordo com os requisitos vigentes por meio do Ministério da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Lavagem das Mãos. Assistência de Enfermagem. Prevenção.

ABSTRACT

The Intensive Care Units (ICU) are intended for the reception of patients who present physiological instability, being considered a critical area because there are marked risk factors for Health Care Related Infections (HAIs), considered preventable through the implementation of hygiene programs intensive. In this sense, this research had as main objective: To analyze the resources available in the Neonatal Intensive Care Unit for adherence to hand hygiene. The study has as a methodological proposal, an observational, non-participating research, with a quantitative approach, which was carried out in NICUs located in the municipalities of Juazeiro do Norte, Crato and Barbalha. Data collection was carried out from October to November 2019. It was a clipping of the research carried out through the Scientific Initiation Program of the Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, in force between September 2018 and August 2019. Data were collected by means of direct observation of the entire NICU environment, using a checklist form. After collection, the data were treated in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)®, using descriptive statistics, presenting the absolute (n) and relative (%) frequencies in tables. In this study, compliance with the rules for research involving human beings ensured in resolution 466/2012 of the National Health Council (CNS) was ensured. In the present study, it was found that among the physical resources observed, the presence and arrangement of the washbasins in the three units showed a result of 100% (n = 3), about 66.7% (n = 2) had a washbasin with a trigger. elbow and suitable tub. With regard to inputs, about 100% (n = 3) of the NICUs contained soap dispensers close to the washbasins, with alcohol gel at the entrance to the sector, next to the beds and at the nursing station with stored supplies. When observing the presence of the paper towel dispenser with stored input and trash with a milky white bag, 66.7% (n = 2) of the institutions have the appropriate use of these resources. In addition, the presence of informative posters in the sector about the hand hygiene technique resulted in 100% (n = 3). Regarding the proportion between the number of professionals in the nursing team and the newborns in the three units, it was possible to observe that during the 45 days, Hospital 1 obtained an average of 6.3 newborns, a nurse and 3.1 technicians from nursing per day. Hospital 2 had an average of 8.7 NB, one nurse and 3.4 nursing technicians per day, while Hospital 3 showed an average of 7.8 NB, 1 nurse and 3.6 nursing technicians per day. It is concluded that adopting an overview, it was observed that the institutions had as a positive point the presence of washbasins, dispensers in strategic locations and informational posters, being satisfactory according to the requirements in force through the Ministry of Health.

KEYWORDS: Neonatal Intensive Care Units. Handwashing. Nursing care. Prevention.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de controle de infecção hospitalar
CE	Ceará
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HM	Higienização das Mãos
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Msc	Mestre
MS	Ministério da Saúde
NR	Normas Regulamentadoras
OMS	Organização Mundial da Saúde
Prof ^a	Professora
RN	Recém-Nascido
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	14
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA....	16
3.3 PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	18
3.4 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....	20
4 MÉTODO	23
4.1 TIPO DE PESQUISA E NATUREZA DO ESTUDO	23
4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA	23
4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	24
4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	25
4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA.....	25
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	27
6 CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	34
APÊNDICES.....	43
APÊNDICE A.....	44
APÊNDICE B.....	45
ANEXO (S).....	47
ANEXO A- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	48

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são destinadas ao acolhimento de pacientes que apresentam instabilidade hemodinâmica e com necessidade de monitorização constante considerada uma área crítica. Em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), existem fatores de riscos acentuados para infecções, os quais se destacam: o tempo de internação, procedimentos invasivos, características da pele, baixo peso ao nascer, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade dos recém-nascidos (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015; LORENZINI; COSTA; SILVA, 2013).

Essas unidades são ambientes distintos das demais áreas hospitalares, por conterem recursos tecnológicos e rotinas minuciosas. As práticas de enfermagem estão voltadas para pacientes dependentes dos seus cuidados, além das peculiaridades físicas do setor, a intensa dinâmica do trabalho no que se refere a demanda assistencial, devido as situações imprevistas que requerem a necessidade de agilidade e o cuidado livre de danos (VASCONCELOS, et al., 2019).

As Infecções Relacionadas a Assistência à Saúde (IRAS) são um grave problema pois constituem uma das causas mais incidentes dentre os eventos adversos relacionados à assistência, podendo estar associadas a escassez de recursos humanos ligados a estrutura física inadequada, mesmo com os instrumentos normativos que ressaltam a importância das ações preventivas. Cerca de 20 a 30% das IRAS são consideradas evitáveis através da implantação de programas de higienização intensivas, podendo interferir de forma positiva na segurança do paciente (MAGNAGO, et al., 2019; ANVISA, 2016).

As mãos são consideradas a principal via de disseminação de microrganismos, afirmação essa evidenciada a partir da manifestação das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). A baixa adesão a prática de higienização das mãos favorece a possibilidade de ocorrência das infecções, comprometendo a segurança do paciente e expondo-o ao risco. Para garantir a segurança dos mesmos, os profissionais envolvidos na assistência devem utilizar de boas práticas, principalmente a equipe de enfermagem na qual essa atua de maneira ininterrupta (FELDHAUS, et al. 2018).

A higienização das mãos é imprescindível para evitar danos relacionados a saúde, ainda definida como a melhor forma para prevenção de infecções mesmo com as novas tecnologias. É considerada uma prática simples, eficaz, de baixo custo e um forte indicador de qualidade para uma assistência adequada (LLAPA-RODRÍGUEZ et al., 2018).

Embora os profissionais reconheçam a importância dessa prática, ainda assim não é realizada de acordo com as indicações exigidas no seu cotidiano assistencial, tornando um grande empecilho para o controle das IRAS. A tecnologia utilizada na rotina assistencial é um elemento necessário e comprometedor para o desenvolvimento adequado do cuidado. Manifestando-se atrás do conhecimento, habilidade, recursos físicos e humanos adequados utilizados durante a sua prática. A inovação tecnológica influencia no processo de trabalho interferindo na qualidade da assistência (OLIVEIRA, et al., 2018; CARGNIN, et al. 2016).

São muitos os elementos influentes na realização da higienização das mãos pelos profissionais. As condições estruturais das instituições com instalações ergonomicamente incorretas, ausência de manuais nos setores, insumos, fatores que levam a satisfação no ambiente de trabalho, que estão relacionados a salários, benefícios e segurança no trabalho, dificultando o acesso a realização dessa prática (GIORDANI, et al., 2016; PRADO; HARTMANN; FILHO, 2013).

Segundo Raimondi et. al (2017), pesquisar sobre a higienização das mãos é relevante, pois as mãos dos profissionais são um dos principais veículos para transmissão de agentes infecciosos por serem um instrumento de realização das atividades laborais, tendo em vista a segurança do paciente, trabalhador e o cuidado de qualidade. Nesse aspecto a equipe de enfermagem é um fator impactante pois a mesma atua de forma contínua no cuidado hospitalar, principalmente nas UTI, ambiente esse de maior incidência das IRAS e que direcionam a assistência para pacientes em estados críticos, tornando esse estudo relevante pelo enfoque científico e social.

Diante do que foi exposto, tem-se como objeto de estudo dessa pesquisa a observação da infraestrutura que propicie a adesão da equipe de enfermagem às práticas de higienização das mãos em UTIN.

A escolha da temática deu-se pelo fato da pesquisadora inquietar-se com algumas lacunas ainda existentes no contexto da temática em estudo, percebidas durante a participação da mesma em um projeto de iniciação científica que contempla a mesma linha de pesquisa abordada no presente estudo. Destacando que existem vários fatores que possam interferir na adesão dos profissionais da equipe de enfermagem às práticas de higienização das mãos, desde a infraestrutura atribuída pelo MS, relações culturais, demanda de trabalho e insumos.

Ademais, mesmo com o desenvolvimento da estratégia multimodal e os desafios lançados pela OMS, as evidências científicas mostram que cerca 70% dos profissionais de saúde não realizam a prática de higienização das mãos de maneira habitual nos cinco momentos preconizados (BRASIL, 2013). O presente estudo irá contribuir principalmente

para população profissional e acadêmica, como uma forma de reconhecer ainda mais fatores contidos no seu ambiente de atuação que possam ser um ponto de partida para a interferência nos índices de infecção, além de servir como embasamento teórico para o desenvolvimento de futuras pesquisas afim de disseminar conhecimento para a comunidade científica. Pretende-se que essa pesquisa impulse o pensamento crítico e reflexivo nos profissionais da equipe de enfermagem sobre o quanto essa prática reflete na qualidade da sua assistência devido ao seu caráter preventivo. Espera-se ainda que a mesma contribua com enfoque na discussão acerca do funcionamento adequado do processo de infraestrutura e motivação nas UTI para realização dessa prática reduzindo assim custos e mantendo a segurança dos envolvidos, tendo em vista que muito se discute sobre a temática de higienização das mãos, mas os recursos dos serviços voltados para essa prática ainda são pouco investigados.

Diante ao exposto tem-se como pergunta de partida, as Unidades de Terapia Intensiva possuem recursos físicos adequados e insumos disponíveis para a realização da higienização das mãos? A proporção entre a equipe de enfermagem e o quantitativo de RN admitidos é adequada e de acordo com as resoluções vigentes?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os recursos disponíveis em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para adesão à higienização das mãos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os recursos físicos disponíveis para a prática de higienização das mãos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- Identificar os insumos utilizados para higienização das mãos presentes na UTIN pesquisadas.
- Observar a proporção entre recém-nascidos e o número de profissionais de enfermagem.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As primeiras Unidades de Terapia Intensiva surgiram em 1970, com a finalidade de suprir as necessidades dos pacientes críticos, a partir da utilização de ferramentas tecnológicas mais avançadas que proporcionem monitoração contínua, infraestrutura e materiais disponíveis para o diagnóstico e tratamento, além dos recursos humanos para possibilitar o desenvolvimento do trabalho de forma adequada. É considerada um ambiente de inovações, impondo como relevante a atualização dos conhecimentos dos profissionais da área, a fim de proporcionar uma harmonia entre a assistência e à alta tecnologia ofertada (ABRÃO, 2010; CAMELO, et al., 2013).

O surgimento das UTI se deu no auge do milagre econômico, utilizando um modelo financeiro centrado na renda e política direcionada para a modernização, repercutindo no âmbito da saúde por meio da ação do estado (GERMANO, 1983).

O delineamento do sistema de saúde a partir desse período era representado por avanços tecnológicos de primeiro mundo, possibilitando o aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos e terapêuticos, por meio dos recursos refinados disponíveis, favorecendo a assistência nos níveis secundários e terciários, diminuindo a morbimortalidade dos pacientes graves (IDE, 1989).

Os pacientes graves necessitam de um suporte avançado que favoreça a sua recuperação. As Unidades de Terapia Intensiva são distintas das outras unidades, principalmente pelo aparato tecnológico que portam e pelos procedimentos que são desenvolvidos considerados de alta intensidade e invasivos (SIMONI; SILVA, 2012).

É considerada ainda um local de dor e sofrimento por conter um vasto arsenal de recursos tecnológicos, prevalecendo a técnica e a atividade voltada para os equipamentos, envolvendo conhecimentos específicos e ágeis (PASSOS, et al., 2015).

A UTI deve ser localizada em um hospital regulamentado junto ao órgão de vigilância sanitária, devendo garantir o fornecimento de recursos humanos e materiais necessários a segurança do paciente, deve conter também registros das normas institucionais e rotinas relacionadas a biossegurança. Além disso deve dispor de uma equipe legalmente habilitada para a atuação nesse ambiente, com dimensionamento quantitativamente e qualitativamente, de acordo com a demanda da unidade, e participar frequentemente de educações continuadas (BRASIL, 2010a).

Para ter o suporte necessário para o atendimento de pacientes graves, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), determina a existência da UTI, porém os hospitais capazes de conter esse serviço, são as unidades de nível secundário e terciário, com capacidade igual ou superior a 100 leitos. Tornando ainda obrigatório a presença de leitos da UTIN em hospitais que atendem a gestantes de alto risco (BRASIL, 1998).

As tecnologias utilizadas nas UTI podem ser classificadas em leves quando aborda as relações, acolhimento e gestão de serviços, e podem ser denominadas como leve-duras quando relacionadas a conhecimentos bem elaborados, como a sistematização da assistência de enfermagem. E como tecnologia dura, quando envolve os procedimentos tecnológicos e normas instituídas que orientam a realização de um cuidado (ROCHA, et al., 2008).

A utilização de máquinas e equipamentos modernos são instrumentos que fazem parte da realidade dessas unidades. Aparelhos com inúmeras funções e utilidades específicas, como os monitores cardíacos, bombas de infusão, ventiladores mecânicos, compressores de membros inferiores, até mesmo as camas elétricas. Elementos que executam as atividades sob a supervisão dos trabalhadores, cobrando deles um aperfeiçoamento profissional e mais eficiência, auxiliando os profissionais nas suas atividades laborais (LOURO; SILVA; MOURA, MACHADO, 2012).

O ambiente de cuidado em saúde/enfermagem deve ser conhecido para que atinja a dimensão sistêmica, através de um processo contínuo, levando em conta o indivíduo que está sob cuidados, assim como as condições em que esse é realizado, recursos humanos e materiais disponíveis, interação com o local, os profissionais e familiares (BACKES; ERDMANN; BUSCHE, 2015).

Os odores, iluminação, confortabilidade, sons, morfologia, privacidade e temperatura, influenciam nos sentidos dos sujeitos e no desenvolvimento de suas atividades laborais. A maioria dos serviços de saúde disponibilizam condições inadequadas desses elementos expondo os trabalhadores a riscos químicos, biológicos, ergonômicos, físicos, mecânicos, psicológicos e sociais, pois esses favorecem o trabalho em equipe e o desenvolvimento da assistência (CHAVAGLIA, et al., 2011).

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um dos tipos de UTI existente, dispõe de serviços destinados à atenção ao recém-nascidos de 0 a 28 dias de alto risco, conforme aponta na portaria nº 930 de 10 de maio 2012, a qual trata de diretrizes e objetivos para a organização de um cuidado humanizado e integral e os critério para classificação dos leitos dessa unidade de acordo com o Sistema Único de saúde (BRASIL, 2012).

Em decorrência dos índices elevados de infecções contraídas pelo recém-nascidos, as UTIN devem dispor de recursos humanos e materiais para manter as funções vitais desses, bem como a prevenção desses eventos, pois no Brasil as taxas de mortalidade desses pacientes variam entre 18,9% a 57,7% com maior predominância das infecções sanguíneas. Nessa perspectiva contesta-se as condições reais desses ambientes em virtude da vulnerabilidade e aos bens de serviço de saúde, por ser esse período de vida de maior risco de morte (MUNIZ, et al., 2018; ARAÚJO; BELÉM, 2010).

É necessário voltar a atenção não apenas para a qualificação dos profissionais, mas também para a quantificação desses para o desenvolvimento da assistência prevista. Dessa forma a quantidade de profissionais deve ser avaliada, pois quando inadequada pode interferir nos indicadores de qualidade (INOUE; MATSUDA, 2009).

No Brasil apesar de ser regulamentada a assistência neonatal, ainda existem empecilhos para atender aos requisitos mínimos definidos pelo Ministério da Saúde, bem como o pouco conhecimento a respeito da estrutura e organização desses serviços (BITTENCOURT; GAIVA; ROSA, 2010).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

A partir da década de 80 foi afirmado acerca da preocupação sobre o local onde o paciente deveria estar, tendo como base as suas necessidades, para que o mesmo desfrutasse de uma infraestrutura organizada de tal maneira que resultasse em um cuidado de qualidade (TRANQUITELLI; CIAMPONE, 2007).

Durante o desenvolvimento da assistência é necessário utilizar um componente essencial para sua execução adequada, o acolhimento, esse é denominado como ato que remete a compreensão do indivíduo assistido, possibilitando o surgimento de um vínculo entre os envolvidos no processo (FORMOZO, et al., 2012).

Acolher significa um posicionamento que cada profissional envolvido na assistência deve assumir no seu protagonismo, estando aberto a proporcionar uma posição de escuta e compromisso. O trabalho deve favorecer a difusão desse acolhimento, articulando a equipe para o desenvolvimento das ações, a fim de facilitar a execução dos projetos propostos, bem como garantir as necessidades dos profissionais para execução adequada das suas atividades (BRASIL, 2006).

O trabalho da equipe de enfermagem na UTI é considerado complexo e composto por inúmeras ações para a construção do cuidado. A dinâmica do processo de trabalho nesse

ambiente requer dos profissionais de enfermagem um conhecimento variado tanto nas questões relacionadas ao manuseio dos recursos empregados ao atendimento do paciente grave, quanto para o desenvolvimento do cuidado multiprofissional (MASSAROLI, et al., 2015).

Ao decorrer dos anos as atuações dos enfermeiros já estavam sendo voltadas para diversos âmbitos além da assistência, como controle, organização e planejamento de recursos humanos e materiais, o fluxo desses da compra até a utilização, principalmente nos serviços de maior densidade tecnológica que atendem a pessoas com maiores complexidades (OLIVEIRA; CHAVES, 2009).

Para atuar de maneira adequada nas Unidades de Terapia Intensiva o enfermeiro precisa ter e desenvolver algumas competências inerentes ao que o ambiente exige. Dentre elas está o conhecimento científico e técnico, a liderança, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, planejamento, organização e equilíbrio emocional. O conjunto das atribuições necessárias que compõe o enfermeiro intensivista vai além do saber fazer isolado, pois o ambiente proporciona o constante aprendizado e o aprender juntos. Sendo assim ao desenvolver essas condições o cuidado passa a ser ainda mais seguro (CORREIO, et al., 2015; MARQUES; SOUZA, 2009).

A Organização Mundial de saúde define segurança do paciente como a redução de riscos evitáveis e intimamente relacionados ao cuidado destinado ao paciente. É influenciada na maioria dos casos, pelas iatrogenias executadas pelos profissionais, refletindo diretamente na qualidade de vida do paciente. Os profissionais de enfermagem realizam grande parte das ações assistenciais encontrando-se em uma posição importante para reduzir os danos e reverter as complicações precocemente (SILVA, et al., 2016).

O dimensionamento do pessoal de enfermagem é definido como o processo inicial para determinação do quantitativo de pessoas a desenvolver atividades assistenciais diretas ou indiretas ao cliente, que irá depender da carga horária de trabalho e do padrão de cuidado pretendido (GAIDZINSKI, ET AL., 2009).

Pesquisas realizadas na área de dimensionamento do pessoal de enfermagem demonstram que as instituições de saúde apresentam uma insuficiente quantidades de trabalhadores nessa área de atuação. O serviço de enfermagem representa um papel fundamental nesse processo assistencial por constituir uma boa parcela do quadro do seu pessoal na atividades assistenciais. Quando o dimensionamento não é realizado de acordo com o preconizado, reflete no desenvolvimento de um trabalho seguro e qualificado e na implantação de estratégias voltadas para a segurança do paciente (REIS, et al., 2019).

Nesse contexto é de responsabilidade do enfermeiro prestar assistência ao paciente, família e a coletividade, livre de danos que podem ser causados por meio da negligência, imprudência e imperícia. A enfermagem deve garantir o fornecimento de informações sobre os direitos, riscos, potenciais intercorrências que venham a surgir e benefícios da sua assistência (BRASIL, 2017).

3.3 PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Em 1865 na guerra da Criméia, Florence Nigthingale inovou a assistência de enfermagem, introduzindo os cuidados básicos aos pacientes, como a realização de higienização do ambiente, a separação dos pacientes entre leitos, defendendo o argumento de que o hospital seria um ambiente para promover a saúde. Tais momentos possibilitaram além da prevenção das IRAS a qualidade do serviço (PADILHA; MANCIA, 2005).

A cultura de segurança é definida com base na manifestação do comportamento de indivíduos e grupos baseado nos seus valores, crenças, atitudes, as quais irão nortear a suas práticas. Permite o compartilhamento de opiniões sobre a importância da segurança e confiabilidade nas medidas preventivas, sendo assim um passo inicial para a minimização de eventos adversos (TOMAZONI, et al., 2015).

A segurança do paciente tornou-se um dos principais objetivos do sistema de saúde tanto em virtude das perdas financeiras como em relação aos danos sofridos pelo os pacientes em decorrência da assistência prestada. É necessário que as equipes multiprofissionais principalmente os enfermeiros, devido o mesmo ofertar um cuidado contínuo, entenderem a dinâmica das IRAS nas UTIN, incluindo as principais infecções, fatores de risco associados, taxas de morbimortalidade que ocasionaram, métodos de prevenção e controle (PIMENTEL, et al., 2018).

Uma das preocupações mais alarmantes aos pacientes internados nas Unidade de Terapia Intensiva são as infecções, sendo apontada como principal causa de aumento dos índices de morbimortalidade (SILVA; PALU; BRUSAMARELLO, 2018).

As infecções relacionadas à saúde (IRAS) são frequentes nas UTIN, essas afecções são comumente desenvolvidas como consequência da realização dos procedimentos, trazendo impacto negativos para o RN, a família, os profissionais e para a instituição (SILVA, et al., 2013).

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatal são locais que atendem a demandas complexas, tornando necessário a investigação da presença de casos de infecções bem como da utilização de medidas preventivas. Pode ser avaliado alguns fatores determinantes para o seu surgimento, como a susceptibilidade dos recém-nascidos para o seu desenvolvimento, meios para utilização de antibióticos levando em consideração a resistência bacteriana e a falta de um processo de trabalho sistematizado (OLIVEIRA, et al., 2013).

De acordo com a ANVISA as IRAS dividem-se em transplacentárias precoces, de origem materna, e tardias, de origem hospitalar. As IRAS tardias são consideradas mais prevalentes por serem originadas a partir da manipulação e procedimentos realizados nos recém-nascidos após 48 horas da internação enquanto o paciente estiver internado na UTIN. As principais infecções tardias são classificadas como primárias da corrente sanguínea laboratorial e clínica, infecções respiratórias, do sistema nervoso central, do trato urinário, gastrointestinal e do sítio cirúrgico, merecendo uma maior atenção caso não haja diagnóstico precoce e tratamento adequado (ANVISA, 2017a).

A atuação do enfermeiro na prevenção das Infecções Relacionadas à assistência à saúde torna-se complexa quando analisada através do ponto de vista ético, devido à falta de recursos humanos, financiamento específico para prevenção dessas infecções e dificuldades de algumas instituições hospitalares em instituírem um programa de prevenção. A dimensão desse programa não se reduz apenas na implantação da comissão de controle de infecção hospitalar e sim na construção de indicadores de qualidade e vigilância das atividades realizadas (ANVISA, 2016; LAMBLET; PADOVEZE, 2018).

Meneguetti et al. (2015) comprovaram que os enfermeiros da CCIH realizam treinamento da equipe multidisciplinar sobre a temática de prevenção de infecção hospitalar, avaliando periodicamente as atividades e pós-treinamento, porém os enfermeiros não apresentavam os relatórios comprobatórios dos treinamentos. Busca-se parcerias entre os administradores das instituições de saúde com a disposição de materiais adequados e os cumprimentos dos profissionais aos protocolos poderão minimizar o índice de infecções.

A prevenção das infecções deve ser realizada visando a redução de danos. Através da implantação de políticas públicas e da padronização da assistência, pode ser obtida essa meta, além da adoção do fornecimento de indicadores de resultados e avaliação criteriosa das estruturas, alcançando assim resultados mais favoráveis. A vigilância epidemiológica atua nessa perspectiva, buscando fornecer as instituições informações para a atualização contínua de estratégias de prevenção e controle de infecções. Dentre essas ações estão inclusas o treinamento da equipe da unidade de internação em conjunto com a Comissão de Controle de

Infecção Hospitalar (CCIH), também com os profissionais que prestam a assistência a pacientes em ventilação mecânica e a higienização das mãos, que deve fazer parte de todas ações educativas, reforçando aos profissionais as informações relacionadas a periodicidade e a realização da técnica correta (ANVISA, 2017b).

3.4 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A higienização das mãos no ambiente hospitalar é uma prática relevante por atuar na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. É uma ação prática e de baixo custo, que ainda necessita ser realizada com maior frequência entre os profissionais, em decorrência da baixa adesão da realização dessa prática, devido os fatores culturais e relacionados ao ambiente de trabalho que os mesmos vivenciam. Para que ela seja efetiva também é necessário que a instituição disponha de matérias, estrutura física adequada e incentivo para o seu desenvolvimento de forma adequada e nos momentos preconizados (MAGNAGO, et al., 2019).

A campanha de higienização das mãos foi inserida pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente em que o Brasil adotou essa iniciativa em 2007, representando o compromisso de melhorar a qualidade na assistência e reduzir os riscos para o surgimento das IRAS (ANVISA, 2007).

As mãos são veículos de transmissão de infecções tendo em vista que elas entram em contato direto com o paciente durante toda a assistência. Dessa forma a não adesão dos profissionais as técnicas de higienização comprometem a segurança assistencial prestada (PRIMO, et al., 2010).

As Unidades de Terapia Intensiva, são os locais mais pesquisados em relação a análise da higienização das mãos. A complexidade clínica dos pacientes, elementos estressores no ambiente de trabalho e a inadequação da infraestrutura e recursos materiais, podem vir comprometer na adesão dessa prática (ZOTELLE, et al., 2017).

Durante as atividades assistenciais existem indicações e oportunidades para higienização das mãos que surgem à medida que os procedimentos são executados. Com o intuito de aumentar a adesão profissional a essa prática foi preconizado cinco momentos para sua realização: antes de tocar o paciente, antes de realizar um procedimento asséptico, após o

risco de exposição a fluidos corporais, após tocar o paciente e após tocar superfícies próximas do paciente (ANVISA, 2008).

Para realizar a higienização das mãos são solicitadas quatro formas diferentes de execução: higiene simples com água e sabão, fricção antisséptica com preparações alcoólicas a 70%, considerada padrão ouro nas unidades, higiene antisséptica das mãos e antisepsia cirúrgica das mãos. A escolha da técnica deve ser avaliada com base no procedimento que irá ser realizada e a presença ou não de sujidade nas mãos, sendo realizada após a remoção de todos os adornos (CASTRO, 2018).

Entre os fatores relacionados para a não adesão as práticas de higienização das mãos estão presentes a falta de motivação no ambiente de trabalho e ausência ou inadequação da infraestrutura para a realização dessa prática. A ausência de pias, dispensadores de papel, sabonete líquido, álcool em gel, papel toalha e lixeiras próximo aos locais de realização representam a presença de condições inadequadas que dificultam o desenvolvimento da higienização (COELHO; SILVA; FARIA, 2011).

A presença da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) atua na prevenção das infecções nosocomiais. Proporciona a vigilância a respeito do desenvolvimento das técnicas de prevenção, procedimentos, manutenção dos dispositivos utilizados, conscientização quanto sobre os padrões de higienização e análise dos prontuários de cada paciente (CAIRES, et al., 2016).

Alguns fatores direcionados para o processo de trabalho também podem influenciar na adesão à higienização das mãos. A categoria profissional levando em consideração as demandas assistenciais é um dos desses, assim como a falta de pessoal, a superlotação e até o esquecimento (SANTOS, et al., 2019).

Um dos pontos prioritários no contexto da saúde é a promoção do cuidado seguro. Para atingir esse objetivo, tanto no território Brasileiro como internacional os gestores e os próprios profissionais da área têm investigado e debatido a respeito da implantação de estratégias para que esse procedimento seja realizado nos momentos preconizados (DERHUN, et al., 2018).

Dentro os métodos de higiene das mãos o mais utilizado é a fricção com solução alcoólica a 70 %. Seu uso frequente pode ser explicado pelas vantagens que esse método dispõe, como a eliminação da maioria dos germes, a redução do tempo para realização da técnica, facilidade da disponibilidade do produto nos pontos de atenção, melhor tolerabilidade da pele e quase nenhuma mudança nas instalações físicas para implantação dos dispensadores. Essa solução deve estar localizada nos locais de assistência e tratamento, em locais visíveis, e

de fácil acesso, para que os profissionais não se ausentem do local do desenvolvimento das suas atividades, buscando assim maior adesão a sua utilização (BRASIL, 2010b).

A negligência em seguir os protocolos institucionais para higienização das mãos compromete a segurança e aumenta o risco de transmissão de infecções entre o paciente e ele mesmo, para o profissional e para outros pacientes. A educação permanente também deve ser realizada, sendo de competência do enfermeiro, e deve ser direcionada aos profissionais, familiares e visitantes, a respeito da conscientização da higienização das mãos, influenciando na prevenção e controle de infecções (SILVA, et al., 2014).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA E NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, não participante, com abordagem quantitativa.

A pesquisa observacional traz como embasamento que o pesquisador observa o evento sem interferir ou modificar o material que esteja sendo estudado. Oferecem uma indicação mais precisa do que é realizado na prática clínica e a partir de então observam os resultados que podem ser relacionados entre si (HOCHAMAN; NAHAS; FILHO; FERREIRA, 2005; MALTA, et al., 2010).

O método observacional é considerado como sendo em partes impreciso, porém por outro lado dito como moderno e de elevado grau de precisão nas ciências sociais (GIL, 2008).

A abordagem metodológica quantitativa é aquela que coleta e analisa por meio da quantificação das variáveis, tanto no processo de coleta quanto no tratamento dos dados, sendo esse tipo de pesquisa capaz de identificar a real natureza e correlação entre as variáveis por meio de técnicas estatísticas de forma confiável. Além do estudo da associação, essa abordagem utiliza de mecanismos de deduções sobre o por que os eventos acontecem ou não, e ainda consiste em realizar a observação dos fenômenos, separando o observador do objeto observado. (LUZ, et al., 2015; ESPERÓN, 2017).

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal localizadas nos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha. Os campos de estudo estão localizados na região metropolitana do Cariri cearense.

A UTIN do Hospital 1 dispõe de 8 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 14 leitos da Unidade de Cuidado Intermediários Neonatal Convencional, considerando que a unidade é integrante da Rede Cegonha do estado do Ceará.

A UTIN do hospital 2 dispõe de 10 leitos de UTIN e seis leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal para o atendimento aos que necessitam de assistência especial ao nascer, com equipe especializada em neonatologia e ainda dispondo de um leito de isolamento.

A UTI do Hospital 3 dispõe de 10 leitos tanto na Unidade de Terapia intensiva neonatal quanto na Unidade de Cuidado Intermediários Neonatal Convencional.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de outubro e novembro de 2019. Em tempo, esse projeto é um recorte da pesquisa realizada através do Programa de Iniciação Científica do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, vigente entre setembro de 2018 a agosto de 2019.

4.3 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de observação direta de todo ambiente da UTIN, mediante o uso de um formulário em formato de check-list (APÊNDICE B), elaborado a partir da RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 do Ministério da saúde, que retrata a respeito da prevenção e controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. O instrumento foi composto por quatro colunas, a primeira contendo os pontos a serem avaliados referentes a estrutura física e insumos utilizados para higienização das mãos. A segunda e a terceira coluna com as opções de respostas sim e não, respectivamente, sendo preenchidas de acordo com a presença ou ausência dos materiais. E a quarta coluna foi utilizada para anotações referentes ao número de profissionais da equipe de enfermagem, ao número de recém-nascidos e outras anotações pertinentes à observação.

As observações ocorreram durante 15 dias em cada hospital, nos três turnos (manhã, tarde e noite), com duração de uma hora de observação em cada período. Os dias e horários para observação foram assim disponibilizados, para que fosse possível identificar a quantidade e qualidade de insumos pesquisados, bem como, para ter uma avaliação mais ampla do número de RN em internação e do número de profissionais de enfermagem.

De acordo com Hair Jr et al. (2005), quando uma lista inicial de questões é desenvolvida, ela será um norteio para chegar a conclusões, interpretar problemas e tomar decisões, tendo em vista que será analisado se as respostas obtidas conterão informações necessárias.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), o formulário é um instrumento que possibilita que a coleta de dados seja realizada pelo entrevistador. É uma lista de questões que serão anotadas de acordo com a observação do pesquisador ou através de respostas obtidas pelo entrevistado. E tem como vantagem, que pode-se obter informações mais complexas do

objeto estudado, devido a facilidade no canal de comunicação entre entrevistador e entrevistado.

Portanto, esse instrumento tem o potencial de contribuir para a identificação de fragilidades e potencialidades do serviço, colaborando para o planejamento de ações com vistas à promoção da qualidade da assistência em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

4.4 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tratados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*[®], por meio de estatística descritiva, apresentando-se as frequências absolutas (n) e relativas (%) em tabelas.

A tabulação consiste em organizar os dados em tabelas, possibilitando maior facilidade na associação dos mesmos. É uma parte do processo de análise estatística que consiste em reduzir os dados da observação em categorias representadas graficamente, reunidos de modo que as hipóteses sejam comprovadas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

O estudo atendeu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A resolução destaca a respeito da autonomia dos participantes na contribuição ou não na pesquisa, buscando atentar para os riscos e benefícios que os mesmos possam usufruir estando fundamentados em fatos científicos. É ainda importante a bioética que traz consigo a autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2013), é preciso garantir o sigilo, proteção da imagem e privacidade, assegurando a não utilização de informações que venham a causar prejuízos as pessoas ou comunidade, respeitando os valores culturais, sociais, religiosos e éticos. Vale ressaltar que é de fundamental importância que os benefícios adquiridos perpassem mesmo após a conclusão do estudo, podendo gerar mudanças e posteriormente o compartilhamento de resultados aos envolvidos.

Foi enviada solicitação para realização da coleta de dados, obtendo-se, assim, anuência para a coleta de dados. Não houve necessidade de apresentação do TCLE e TCPE, por se

tratar da observação da estrutura física, insumos e contagem do número de profissionais de enfermagem e RN. Mesmo assim, considerou-se os riscos, como, o desconforto dos profissionais por estarem no ambiente em que ocorreram as observações, divulgação de informações e os riscos relacionados a divulgação da estrutura física por meio de descrição.

Para a minimização dos riscos, adotou-se uma postura neutra durante a observação, garantindo que não haveria observação de procedimentos ou outros cuidados. Também, não houve identificação das instituições pelo seu nome e, sim, adotou-se números para a identificação dos mesmos (Hospital 1, Hospital 2 e Hospital 3).

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, com parecer de aprovação nº 2.789.097.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o formulário aplicado através da abordagem observacional, foram obtidos dados acerca dos recursos físicos e insumos para a higienização das mãos disponíveis em UTIN de três unidades, referente as indicações propostas pela resolução nº 7/2010 e de nº 50/2002 que estão expostos nas Tabelas 1 e 2. Bem como foram obtidos resultados sobre a proporção do número entre recém-nascidos e o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem das instituições de saúde, a partir dos preceitos que regem a portaria de nº 930/2012, representados na Tabela 3.

No presente estudo constatou-se que dentre os recursos físicos observados, no que diz respeito a presença e disposição dos lavatórios nas três unidades avaliadas, obteve-se um resultado de 100% (n= 3). Em contrapartida apenas duas, dentre as instituições pesquisadas, continham lavatório com acionador de cotovelo e com cuba adequada (66,7%, n=2) (Tabela 1).

Tabela 1. Recursos físicos disponíveis nas UTIN das instituições do Cariri cearense. 2019.

RECURSOS FÍSICOS	n	%
Presença e disposição adequada dos lavatórios	3	100
Lavatório com acionador de cotovelo	2	66,7
Lavabo com cuba adequada	2	66,7

A disposição dos lavatórios observados encontra-se de acordo com a RDC nº 7. A mesma reforça que os lavatórios devem estar localizados na entrada da unidade, no posto de enfermagem e em outros locais estratégicos definidos pela CCIH (BRASIL, 2010).

Um estudo realizado em um hospital público brasileiro avaliou a infraestrutura de 7 unidades de internação. Foi observado que, dentre as inadequações identificadas, 3 unidades não continham lavatórios, demonstrando um problema em relação ao desenvolvimento da higienização das mãos, tendo em vista que esse é um equipamento básico para a realização da prática (MOURA; TRISTÃO; ECHEVARRIA-GUANILO; PORTO, 2017). Resultado esse que diverge dos dados averiguados nessa análise, no qual foi evidenciado que havia a disposição de lavatório nas três unidades (100%, n=3).

Ainda levando em consideração os lavatórios, a RDC nº50 traz informações a respeito da adequabilidade desse recurso, a fim de favorecer a execução adequada da lavagem das mãos, estabelecendo a profundidade, formatos e dimensões dos lavabos de maneira que permita que as mãos e antebraços não toquem no equipamento. Ademais, devem possuir torneiras ou acionadores que dispensem o contato das mãos no fechamento e abertura da água (BRASIL, 2002).

Tendo em vista as recomendações vigentes, o presente estudo evidenciou que a arquitetura da estrutura física estava adequada nas unidades. Cerca de 66,7% (n=2) tinham lavatório com acionador de cotovelo e cuba adequada, sendo assim, de acordo com as observações qualitativas foi possível observar que, apenas o Hospital 2 mantinha uma cuba inadequada com profundidade menor que 50 cm, sendo este o valor mínimo preconizado. Já no Hospital 1 havia três pias, sendo uma dessas, especificadamente localizada no ambiente externo ao posto de enfermagem, não disponibilizava o acionador por cotovelo, sendo assim interdita.

Já os dados relacionados aos insumos, a Tabela 2 mostra que 100% (n= 3) das UTIN continham dispensadores de sabão próximo aos lavatórios, de álcool em gel na entrada do setor, ao lado dos leitos e no posto de enfermagem com insumo estocado. Quando observado a presença do dispensador de papel toalha com insumo estocado e lixeira com saco branco leitoso 66,7% (n= 2) das instituições dispõem da utilização adequada desses recursos. Ademais a presença de cartazes informativos no setor acerca da técnica de higienização das mãos resultou em 100% (n=3).

De acordo com os dados observados, as UTIN das três unidades hospitalares possuem dispensadores de álcool em gel na entrada do setor, no posto de enfermagem e também entre os leitos, bem como a presença de cartazes informativos que retratam sobre a realização adequada da técnica de higienização das mãos. Ambos os itens avaliados com um percentual de 100% (n=3).

Esses dados corroboram com o estudo realizado em um hospital universitário no sul do Brasil em que no mesmo todos os dispensadores possuíam preparação alcoólicas e cerca de 93,8% eram substituídos quando vazios. Na mesma pesquisa, os cartazes informativos eram escassos em algumas pias e a presença dos dispensadores de álcool em gel entre os leitos foi de apenas 6,3% (n=1) em 16 unidades de internação, tendo apenas na UTI Adulto frascos à

beira do leito (MAGNAGO, et al., 2019). Fato este que contrapõe a efetividade dos resultados obtidos no presente estudo de 100% (n=3).

Tabela 2. Insumos disponíveis nas UTIN das instituições hospitalares do cariri cearense. 2019.

INSUMOS	n	%
Dispensador de sabão próximo ao lavatório com insumo estocado	3	100
Dispensador de papel toalha com insumo estocado	2	66,7
Dispensador de álcool em gel na entrada do setor com insumo estocado	3	100
Dispensador de álcool em gel no posto de enfermagem com insumo estocado	3	100
Cartaz informativo no setor sobre a técnica de higienização das mãos	3	100
Dispensador de álcool em gel ao lado dos leitos com insumo estocado	3	100
Lixeira com saco branco leitoso	2	66,7

Estudos contemporâneos explicam a associação entre a falta de motivação dos profissionais somada a infraestrutura inadequada das instituições como fator comprometedor na adesão à higienização das mãos, podendo citar como incidente a necessidade de dispensadores de álcool a 70% devidamente instalados e abastecidos a beira do leito e/ou setores (LLAPA-RODRÍGUEZ, et al., 2018; RAIMOND, et al., 2017).

No entanto, durante o período de observação, alguns dados qualitativos foram obtidos, percebendo-se que, dentre os insumos utilizados para a higienização das mãos, o álcool em gel é o meio mais escasso nas unidades, sendo no Hospital 1 a ausência durante 3 dias aleatórios de observação, no Hospital 2, 14 dias também aleatórios e considerando apenas um turno, já no Hospital 3 obedeceu ao preconizado com estoque disponível.

Um estudo demonstra mais ainda a importância do álcool a 70% nas UTI, ressaltando ser uma opção prática para os profissionais desse setor, por esse insumo permanecer sempre nos pontos de assistência ao paciente crítico (ALVIM, et al., 2019). Sendo um fator preocupante em relação aos dados mencionados anteriormente acerca da falta do álcool em

gel em duas unidades do presente estudo, mesmo com a presença dos dispensadores em locais estratégicos.

É obrigatório a disponibilidade da solução alcoólica a 70% nos serviços de saúde e deve ser disponibilizado à beira do leito do paciente, em um lugar de fácil acesso visual e manual e em demais áreas preestabelecidas pela CCIH (BRASIL, 2010).

Contrapondo a Resolução de nº 42 que retrata sobre a eficácia da solução a 70%, um estudo evidenciou através de relatos profissionais que, inadequações relacionadas ao fornecimento de materiais para a realização da higiene das mãos em unidades emergenciais, internação e pediátricas poderiam estar refletindo na baixa adesão da higienização, assim como a demora da reposição desses, um exemplo disso o papel toalha evidenciado nesse estudo, sendo um fator para baixa adesão a HM, já que a secagem das mãos é uma das etapas da técnica (SANTOS, 2014).

Ademais, em relação a mais um insumo utilizado para a prática em estudo, uma pesquisa realizada em duas unidades de clínica médica em um hospital de ensino da capital cearense traz que o produto mais utilizado para a higienização das mãos foi o sabonete líquido (62,0%) (NERI, et al., 2019).

Demonstrando assim um ponto positivo nos dados obtidos no presente estudo em comparação a pesquisas recentes, levando em consideração a presença do dispensador com sabonete líquido próximo aos lavatórios com insumo estocado em todos os dias de observação nas três unidades (100%, n=3).

Ainda relacionado aos insumos necessários nas unidades, a Resolução nº 306 e a NR32 trazem informações a respeito do sistema adequado de descarte dos resíduos, salientando sobre a necessidade dos lixos com saco branco leitoso em ambientes que exista a possibilidade de exposição à agente biológicos (BRASIL, 2011; BRASIL 2004). Diante do exposto, a presente pesquisa evidenciou que 66,7% (n=2) das instituições pesquisadas estavam de acordo com o preconizado. Sendo assim, apenas o Hospital 1 não aderiu ao indicado, que seria a utilização dos lixos com saco branco leitosos.

Um resultado positivo é que a maioria dos itens compostos tanto na Tabela 1 quanto na Tabela 2 demonstraram um percentual satisfatório dentro das exigências que promovem o ideal desenvolvimento da higienização das mãos.

A adesão à higienização das mãos teve um efeito positivo a partir da mudança de uma das principais barreiras para a sua realização, as mudanças na infraestrutura e fornecimento de produtos, entre eles os indispensáveis para higienizar as mãos (ALLEGIANZI, et al., 2013).

A importância de conhecer a infraestrutura das unidades hospitalares se direciona para o âmbito de identificar as fragilidades existentes e com base nelas identificar quais seriam as estratégias a serem adotadas a fim de sanar esses problemas. É imprescindível avaliar quanto a presença de gestores de risco nas unidades, pois esses profissionais podem evitar a falta de insumos, equipamentos e adequação da estrutura física das unidades (MOURA; TRISTÃO; ECHEVARRIA-GUANILO; PORTO, 2017).

Em relação a proporção entre o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem e os recém-nascidos das três unidades, exposta na Tabela 3, foi possível observar que durante os 45 dias, o Hospital 1 obteve em média 6,3 RN, um enfermeiro e 3,1 técnicos de enfermagem por dia. O Hospital 2 apresentou em média 8,7 RN, um enfermeiro e 3,4 técnicos de enfermagem por dia. Já o Hospital 3 evidenciou uma média de 7,8 RN, 1 enfermeiro 3,6 técnicos de enfermagem por dia. Os hospitais apresentam uma proporção adequada quando levado em consideração o enfermeiro. Já o Hospital 2 é limítrofe quando direcionado aos técnicos de enfermagem, tendo em vista a proporção vigente pelo Ministério da Saúde de 1 enfermeiro para cada 10 leitos e 1 técnico de enfermagem para cada 2 leitos.

Diante do quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem foi possível observar que a proporção de enfermeiros para o número de RN encontra-se adequada, porém o quantitativo de técnicos de enfermagem permanece com uma realidade semelhante nos três hospitais quando comparada à média, tendo em vista que mesmo com um número maior de pacientes admitidos o quadro de pessoal não se ajustou as necessidades.

A Portaria nº 930/2012 elucida a organização da assistência ao recém-nascido e a equipe mínima para prestação da assistência, descrevendo como adequado pelo menos um enfermeiro assistencial para cada dez leito e 1 técnico de enfermagem para cada dois leitos (BRASIL, 2012).

Vale ressaltar que os profissionais da equipe de enfermagem, principalmente os técnicos, são expostos com maior frequência a microrganismos isolados e passam a maior parte do tempo em contato com os recém-nascidos, quando comparado aos demais membros da equipe de saúde (SOARES, et al., 2019). Podendo justificar ainda mais a necessidade da distribuição adequada do quadro de pessoal de acordo com o preconizado, evitando a

sobrecarga laboral e proporcionando assim a realização de práticas seguras, como exemplo primordial, a higienização das mãos de maneira adequada.

Tabela 3. Proporção entre o número de recém-nascidos e profissionais da equipe de enfermagem nas UTIN das instituições do Cariri cearense. 2019.

HOSPITAL 1			
	MÉDIA	MEDIANA	Min – max
RN	6,3	6	5 – 8
ENFERMEIROS	1	1	-
TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	3,1	3	3 – 4
HOSPITAL 2			
RN	8,7	9	7 – 10
ENFERMEIROS	1	1	-
TÉCNICOS DE ENF	3,4	3	1 – 5
HOSPITAL 3			
RN	7,8	8	3 – 10
ENFERMEIROS	1	1	-
TÉCNICOS DE ENF	3,6	3,5	2 – 7

6 CONCLUSÃO

A pesquisa demonstra, entre os seus achados, que os recursos disponíveis para proporcionar a higienização das mãos nas UTIN eram disponíveis na maioria das unidades e estão de acordo com o que rege as resoluções, exceto quando direcionado principalmente a disponibilidade dos insumos, adequabilidade dos lavatórios e a proporção de profissionais de acordo com o número de RN admitidos que em algumas situações não se ajustava as necessidades. Porém adotando uma visão geral, observou-se que nas instituições tinham como ponto positivo a presença dos lavatórios, dispensadores em locais estratégicos e cartazes informativos.

Em relação a proporção entre o quantitativo de profissionais da equipe de enfermagem, o número de enfermeiros assistencialistas encontrou-se adequado nas três UTIN avaliadas. Porém em relação a proporção entre técnicos de enfermagem e os RN, foi observado que no hospital 2 o quantitativo desses profissionais não se adequou as necessidades evidenciadas através da média de RN admitidos durante o período de observação.

É importante evidenciar que fatores relacionados a infraestrutura também são relevantes para o desenvolvimento adequado da prática de higienização das mãos em todos os momentos preconizados e o dimensionamento adequado dos profissionais da equipe de enfermagem, tendo em vista a demanda de trabalho e como os mesmos desempenham suas funções de forma integral e contínua.

Apesar dos resultados terem sido satisfatórios, levando em consideração os quesitos avaliados nas três unidades hospitalares com diferentes condições de trabalho e entidades mantenedoras, é necessário que as instituições de saúde promovam continuamente melhorias para a higienização das mãos. Essas ações podem prevenir a disseminação das IRAS, através da adequabilidade do ambiente e do quadro de pessoal da equipe de enfermagem, a fim de favorecer a realização dessa prática e zelar pela segurança dos pacientes e profissionais envolvidos.

Novos estudos devem ser realizados para o aprimoramento dessa prática nos serviços de saúde, tendo em vista que a temática higienização das mãos é complexa e multicausal, para que assim haja intervenções nas possíveis barreiras para a adesão da higienização das mãos e problemas relacionados às IRAS.

REFÊRENCIAS

ABRAHÃO, A. L. C. A unidade de Terapia Intensiva. In: A. L. Cheregatti & C. P. Amorim (Orgs.), **Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva**. 1ª ed. P. 16-39, São Paulo: Martinari, 2010.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Critérios diagnósticos de infecções relacionados à assistência à saúde: neonatologia**. Brasília: ANVISA; 2017a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+3+->. Acesso em: 08 out. 2019.

ANVISA. **Medidas de prevenção de infecção relacionado à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA 2017b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+->. Acesso em: 08 out. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa Nacional de Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (2016-2020)**. Brasília: Anvisa; 2016. Disponível: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/426/515>. Acesso em: 08 out. 2019.

ANVISA. Organização Pan-Americana da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia para implementação: um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para melhoria da higienização das mãos**. Brasília; 2008. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/guia_de_implement.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). **Segurança do paciente: higienização das mãos** [Internet]. Brasília, (DF); 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

ALLEGIANZI, B; GAYET-AGERON, A; DAMANI, N; BENGALY, L; MCLAWS, M. L; MORO, M. L. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. Volume 13, issue 10, p843-851, october 01, 2013. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(13\)70163-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(13)70163-4/fulltext). Acesso em: 22 mar. 2020.

ALVIM, A. L. S; REIS, L. C; COUTO, B. R. G. M; STARLING, C. E. F; VAZ, R. Avaliação das práticas de higienização das mãos em três unidades de terapia intensiva. **Rev. Epidemiol. Controle Infecç.** Santa Cruz do Sul, 2019 Jan-Mar;9(1):55-59. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/11605/7911>. Acesso em: 23 mar. 2020.

ARAÚJO, S. A. N; BELÉM, K. F. O processo de morte na unidade de terapia intensiva neonatal. **ConScientiae Saúde**, 2010;9(2):290-299. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92915260017.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 23, n. 3, p. 411-8. maio-jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf. Acesso em: 23 agos. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Programa nacional de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3074175/PNPCIRAS+20162020/f3eb5d51-616c-49fa-8003-0dcb8604e7d9>. Acesso em: 22 agos.2019.

BRASIL, Resolução nº 306 de 7 de dezembro de 2004. Brasília:MS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL, NR32. Portaria GM n.º 1.748, de 30 de agosto de 2011. Disponível em: <http://trabalho.gov.br/images/Documentos/SST/NR/NR32.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012** [internet]. Brasília: MS; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012 /prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 07 out. 2019.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 564/2017**[internet]. Brasília: MS 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília (DF): Editora MS; 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Amostra Populacional**. Censo 2010a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/2098-np-censo-demografico/9662-censo-demografico-2010.html>. Acesso em: 03 set. 2019.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0042_25_10_2010.html. Acesso em: 13 ou. 2019.

BRASIL, **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Brasília: MS; 2010. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_07_2010_COMP.pdf/7041373a-6319-4251-9a03-0e96a72dad3b. Acesso em: 08 out. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos/Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2019.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 466/MS/SVS, de 04 de junho de 1998**. Brasília (DF); 1998. Disponível em: [http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Legisla%C3%A7%C3%A3o UTI completa junho %20de%201998.htm](http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20UTI%20completa%20junho%20de%201998.htm). Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº50, de 21 de fevereiro de 2002**. Brasília(DF); MS 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html. Acesso em: 23 mar. 2020.

BITTENCOURT, R. M; GAIVA, M. A; ROSA, M. K. O. Perfil dos recursos humanos das unidades de terapia intensiva neonatal de Cuiabá, MT. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. 2010;12(2):258-65. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ree/v12n2/05.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

CASTRO, A. F; RODRIGUES, M. C. S. Infraestrutura e indicadores de adesão à higiene das mãos em unidade de terapia intensiva. **Rev baiana enferm** (2018); 32:e26099. Disponível em:[https://www.researchgate.net/publication/329405950_infraestrutura_e_indicadores_de_adesa o a higiene das maos em unidade de terapia intensiva](https://www.researchgate.net/publication/329405950_infraestrutura_e_indicadores_de_adesa_o_a_higiene_das_maos_em_unidade_de_terapia_intensiva). Acesso em: 13 out. 2019.

CAIRES, M. S; NETO, J. T; MUNIZ, P. A; FILHO, V. S; SANTANA, A. C. Avaliação das Práticas de Higienização por Estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia (Brasil) durante Atendimento Clínico. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 411 40 (3) : 411-422; 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n3/1981-5271-rbem-40-3-0411.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

CARGNIN, M. C. S.; OTTOBELLI, C.; BARLEM, E. L. D.; CEZAR-VAZ, M.R. Tecnologia no cuidado da enfermagem e a carga de trabalho em UTI. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.10, n.2, p. 903-7, fev. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11035/12431>. Acesso em: 03 set. 2019.

CAMELO, S. H. H; SILVA, V. L. S; LAUS, A. M; CHAVES, L. D. P. Perfil profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Cience Enferm**. 2013; 19 (3), p. 454-62. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v19n3/art_06.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

CHAVAGLIA, S. R. R; BORGES, C. M; AMARAL, E. M. S; IWAMOTO, H. H; OHL, R. I. B. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 dez;32(4):654-61.. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a03.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

COELHO, M. S; SILVA, A. C; FARIA, S. S. M. Higienização das mãos como estratégia fundamental no controle de infecção hospitalar: um estudo quantitativo. **Enfermeira Global**. nº 21, enero 2011. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/pt_clinica2.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

CORREIO, R. A. P. P. V; VARGAS, M. A. O; CARMAGNANI, M. I. S; FERREIRA, M. L; LUZ, K. R. Desvelando competências do enfermeiro de terapia intensiva. **Enferm. Foco** 2015; 6 (1/4): 46-50. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/576/258>. Acesso em: 12 out. 2019.

DERHUN, F. M; SOUZA, V. S; COSTA, M. A. R; HAYAKAWA, L. Y; INOUE, K. C; MATSUDA, L. M. Uso da preparação alcoólica para higienização das mãos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(2):320-8, fev., 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23095/27798>. Acesso em: 13 out. 2019.

ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Esc Anna Nery**. v. 21 n. 1 :e20170027. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170027.pdf>. Acesso em: 03 agos. 2019.

GAIDZINSKI, R. R; Fugulin, F. M. T; PERES, H. H. C; CASTILHO, V; MASSAROLLO, M. C. K. B; MIRA, V. L; PEREIRA, I. M; TSUKAMOTO, R. Dimensionamento informatizado de profissionais de enfermagem: inovação tecnológica. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43(Esp 2):1314-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a29v43s2.pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

GERMANO, R. M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1983. cap. 1. p.39-40. Hucitec, 2007.

FELDHAUS, C.; LORO, M. M.; RUTHKE, T. C. B.; MATTER, P. S.; KOLANKIEWICZ, A. C. B.; STUMM, E. M. F. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem e fisioterapia sobre higiene das mãos. **Rev Min Enferm.** v. 22: e-1096, 2018. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1234>. Acesso em: 22 agos. 2019.

FORMOZO, G. A; OLIVEIRA, D. C; COSTA, T. L; GOMES, A. M. T. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev enferm UERJ**. 2012; 20:124-7. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4006/2775>. Acesso em: 08 out. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>.

GIORDANI, A. T.; SONOBE, H. M.; EZAIAS, G. M.; VALÉRIO, M. A.; ANDRADE, D. Adesão da enfermagem à higienização das mãos segundo os fatores higiênicos de Herzberg. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 10, n. 2, p. 600-7, fev. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10995/12351>. Acesso em: 03 de setem. 2019.

HAIR JR, JOSEPH, F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração. Porto Alegre: BOOKMAN, 2005.
IDE, C. A. C. prática de enfermagem em uti e contexto de saúde. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 1989, vol.23, n.1, pp.91-98. Disponível:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v23n1/0080-6234-reeusp-23-1-091.pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

INOUE, K. C; MATSUDA, L. M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(1):55-63. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>. Acesso em: 13 out. 2019.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; FILHO, R. S. O.; FERREIRA, L. M. Desenho de pesquisa. **Acta Cirúrgica Brasileira**. v. 20, n. . 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>. Acesso em: 02 setem. 2019.

LAMBLET, L. C. R; PADOVEZE, M. C. Comissões de Controle de Infecção Hospitalar: perspectiva de ações do Conselho Regional de Enfermagem. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, 7(1):29-42, jan./mar, 2018. Disponível: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/426/515>. Acesso em: 08 out. 2019.

LLAPA-RODRÍGUEZ, E. O, et al. Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1578-85, jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/230841/29186>. Acesso em: 03 de setem. 2019.

LORENZINI, E; COSTA, T. C; SILVA, E. F. Prevenção e controle de infecção em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Gaúcha Enferm.**v. 34, n. 4, p. 107-113, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400014. Acesso em: 21 agos. 2019.

LOURO, T. Q; SILVA, R. C. L; MOURA, L. F; MACHADO, D. A. A TERAPIA INTENSIVA E AS TECNOLOGIAS COMO MARCA REGISTRADA. **R. pesq.: cuid. fundam. online** 2012. jul./set. 4(3):2465-82. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2034/pdf_580. Acesso em: 13 out. 2019.

LUZ, A. L. A.; OLIVEIRA, E. A. R.; TORRES, C. R. D.; CARVALHO, K. M.; MONTEIRO, C. F.; MOURA, M. E. B. Abordagens quantitativa e qualitativa nas pesquisas em saúde. **Rev Enferm UFPI**. v. 4, n. 1, p. 129-34, 2015 Jan-Mar.

MAGNAGO, T. S. B. S.; ONGARO, J. D.; GRECO, P. B. T.; LANES, T. C.; ZOTTELE, C.; GONÇALVES, N. G.; ANDOLHE, R. Infraestrutura para higienização das mãos em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 40. 2019;40(esp):e20180193, p. 01-07. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200404. Acesso em: 21 agos. 2019.

MALTA, M.; CARDOSO, L. O.; BASTOS, F. I.; MAGNANINI, M. M. F.; SILVA, C. M. F. P. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública**. v. 44, n. 3, p. 559-65, 2010.. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300021. Acesso em 02 setem. 2019

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/at_download/file.

MARQUES, I. R; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 jan-fev; jan-fev; 63(1): 141-4. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24>. Acesso em: 12 out. 2019.

MASSAROLI, R; MARTINI, J. G; MASSAROLI, A; LAZZARI, D. D; OLIVEIRA, S. N; CANEVER, B. P. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Esc Anna Nery** 2015;19(2):252-258.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0252.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

MENEGUETI, M. G; CANINI, S. R. M. S; RODRIGUES, F. B; LAUS, A. M. Avaliação dos Programas de Controle de Infecção Hospitalar em serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jan.-fev. 2015;23(1):98-105. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00098.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

MOURA, P. M. M; TRISTÃO, F. S. A; ECHEVARRIA-GUANILO, M. E; PORTO, A. R. Avaliação da infraestrutura hospitalar para a higienização das Mãos. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 11(Supl. 12):5289-96, dez., 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22884/25480>. Acesso em: 22 mar. 2020.

MUNIZ, D. W. R; MIRANDA, M. G; LIMA, G. W. F; COSTA, A. P; VALE, E. A. perfil epidemiológico dos óbitos neonatais da unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 12(9):2393-8, set., 2018. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230758/29928>. Acesso em: 13 out. 2019.

NERI, M. F. S; NETO, N. M. G; SAMPAIO, C. L; MEDINA, L. A. C; BARROS, L. M; CAETANO, J. A. Comportamento sobre prática de higiene das mãos de acompanhantes em enfermarias de internação. **Rev. Rene**. vol.20 Fortaleza 2019 Epub 14-Out-2019.

Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-38522019000100345. Acesso em: 22 mar. 2020.

OLIVEIRA, J. K. A.; LLAPA-RODRIGUEZ, E. O.; LOBO, I. M. F.; SILVA, L. S. L.; .GODOY, S.; SILVA, G. G. Segurança do paciente na assistência de enfermagem durante a administração de medicamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 26, e3017, 2018. 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692018000100333&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso 22 agos. 2019.

OLIVEIRA, C. O. P; SOUZA, N. L; SILVA, E. M. M; SILVA, J.B; SARAIVA, E. M; RANGEL, C. T. Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enf UERJ** [internet] 2013. 21(1):90-4. Disponível

em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6370>. Acesso em: 07 out. 2019.

OLIVEIRA, N. C; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 19-27, out./dez.2009. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4842/3572>. Acesso em: 08 out. 2019.

PASSOS, S. S. S; SILVA, J. O; SANTANA, V. S; SANTOS, V. M. N; PEREIRA, A; SANTOS, L. M. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015 mai/jun; 23(3):368-74. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6259>. Acesso em: 08 out. 2019.

PADILHA, M. I. C. S; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm** 2005 nov-dez; 58(6):723-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

PIMENTEL, C. S; NUNES, D. C; BITTENCOURT, I. S; SILVA, R. S; SANTOS, I. C. M; PEREIRA, R. C. D. Infecção relacionada à assistência à saúde em unidade de terapia intensiva. **Rev Enferm UFPI**. 2018 Jul-Sep;7(3):61-6. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6277>. Acesso em: 08 out. 2019.

PRADO, M. F; HARTMANN, T. P. S; TEIXAIRA FILHO, L. A. Acessibilidade da estrutura física hospitalar para a prática da higienização das mãos. **Esc. Anna Nery [online]**. 2013, v. 17, n. 2, p. 220-226. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a03.pdf>. Acesso em: 22 agos. 2019.

PRIMO, M. G. B; RIBEIRO, L. C. M; FIGUEIREDO, L. F. S; SIRICO, S. C. A; SOUZA, M. A. Adesão à prática de higienização das mãos por profissionais de saúde de um Hospital Universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 abr./jun.;12(2):266-71. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a06.htm>. Acesso em: 13 out. 2019.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2020.

RAIMONDI, D. C, et al. Higienização das mãos: adesão da equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátricas. **Rev cuid** 2017. v. 8, n. 3, p. 1839-48. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v8n3/2216-0973-cuid-08-03-1839.pdf>. Acesso em: 21 agos. 2019.

REIS, G. A.X; OLIVEIRA, J. L.C; FERREIRA, A. M. D; VITURI, D. W; MARCON, S. S; MATSUDA, L. M. Dificuldades para implantar estratégias de segurança do paciente: perspectivas de enfermeiros gestores. **Rev Gaúcha Enferm**. 2019;40(esp):e20180366. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v40nspe/1983-1447-rgenf-40-spe-e20180366.pdf>. Acesso em: 02. Jul. 2020.

ROCHA, P. K; PRADO, M. L; WAL, M. L; CARRARO, T. E. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 jan-fev; 61(1): 113-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/18.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

SANTOS, C. G; BRANDÃO, E. S; SANCHEZ, M. C. O; AZEVEDO, S. L. Estratégias para a adesão à higienização das mãos. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 13(3):763-72, mar., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/238374/31577>. Acesso em: 13 out. 2019.

SANTOS, T. C. R; ROSEIRA, C. E; PIAI-MORAIS, T. H; FIGUEIREDO, R. M. higienização das mãos em ambiente hospitalar: uso de indicadores de conformidade. **Rev Gaúcha Enferm**. 2014 mar;35(1):70-77. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n1/pt_1983-1447-rgenf-35-01-00070.pdf. Acesso em: 22 mar. 2020.

SILVA, B. V; CARDOSO, C. M; NASCIMENTO, S. M.C; MADEIRA, M. Z. A. Adesão da higienização das mãos por profissionais de saúde em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFPI** [internet]. 2013 2(1):33-37. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/863/pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

SILVA, A. T; ALVES, M. G; SANCHES, R. S; TERRA, F. S; RESCK, Z. M. R. Assistência de enfermagem e o enfoque da segurança do paciente, no cenário brasileiro. **REVISÃO • Saúde debate** 40 (111) Out-Dez 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40n111/292-301/>. Acesso em: 08 out. 2019.

SILVA, T. M; PALU, L. A; BRUSAMARELLO, T. Prevenção de complicações evitáveis em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Saúde e Pesquisa, Maringá (PR)**. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6547/3301>. Acesso em: 08 out. 2019.

SILVA A. C. et al. A enfermagem frente à educação permanente na prevenção e no controle da infecção hospitalar. **Revista Pró-UniverSUS**, v.5, n.2, p. 05-10, 2014. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/514>. Acesso em: 13 out. 2019.

SIMONI, R.C.M; SILVA, M. J. P. O impacto da visita de enfermagem sobre as necessidades dos familiares de pacientes de UTI. **Rev esc enferm USP**, 2012 46:65-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/10.pdf>. Acesso em: 08 out. 2019.

SOARES, M. A; RODRIGUES, M. N; MENEZES, M. R. O; GERACE, D. N; DUARTE, C. M; BRANDÃO, P. M; BORGES, L. F. A. Microrganismos multirresistentes nas mãos de profissionais de saúde em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Epidemiol. Controle Infecç.** Santa Cruz do Sul, 2019 Jul-Set;9(3):187-192. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12674/8241>. Acesso em: 22 mar. 2020.

TOMAZONI, A; ROCHA, P. K; KUSAHARA, D. M; SOUZA, A. I. J; MACEDO, T. R. Avaliação da cultura de segurança do paciente em terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 161-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00161.pdf. Acesso em: 08 out. 2019.

VASCONCELOS, L. S.; CAMPONOGARA, S.; DIAS, G. L.; BONFADA, M. S.; COLOMÉ, C. L.; RODRIGUES, I. L. Prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev Min Enferm**. v. 23:e-1165. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1307>. Acesso em: 21 agos. 2019.

ZOTTELE, C; MAGNAGO, T. S. B. S; DULLIUS, A. I. S; KOLANKIEWICZ, A. C. B; ONGARO, J, D. Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro. **Rev Esc Enferm USP** · 2017;51:e03242. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03242.pdf. Acesso em: 02 jul. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo de ofício de solicitação para coleta de dados

Da: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Para: XXX

Juazeiro do Norte - CE, ____ de _____ de 2019.

Ilmo. (a) Sr. (a)

Ao cumprimentá-lo (a), o (a) aluno (a), _____, matrícula nº _____, portador do RG nº _____ SSP-CE, CPF _____ do 10º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, juntamente com seu orientador (a) professor (a) _____, portador do RG nº _____ SSP-CE e do CPF nº _____, solicitam autorização para início da coleta de dados da pesquisa intitulada: “ _____
_____.

Ao tempo em que antecipamos agradecimentos por sua acolhida, aproveitamos a oportunidade e expressamos nossos protestos de elevada e distinta consideração e nos colocamos a inteira disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof.(a)._____

Orientador (a)

XXXX

Aluno (a) do Curso de Graduação em Enfermagem

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

INSUMOS E INSTALAÇÕES	SIM	NÃO	OBSERVAÇÕES
Presença e disposição dos lavatórios			
Lavatório com acionador de cotovelo			
Dispensador de sabão próximo ao lavatório com insumo estocado			-
Dispensador de papel toalha com insumo estocado			-
Dispensador de álcool em gel na entrada do setor com insumo estocado			
Dispensador de álcool em gel no posto de enfermagem com insumo estocado			
Cartaz informativo no setor sobre a técnica de higienização das mãos			
Lixeira com saco branco leitoso			
Dispensador de álcool em gel ao lado dos leitos com insumo estocado			
Lavabo com cuba adequada			

NÚMERO DE PACIENTES

NÚMERO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

ANEXOS

ANEXO- Parecer do CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ÀS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: Ana Maria Machado Borges

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 91526418.8.0000.5048

Instituição Proponente: Instituto Leão Sampaio de Ensino Universitário Ltda.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.789.097

Apresentação do Projeto:

O PROJETO É INTITULADO ADESÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ÀS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Objetivo da Pesquisa:

Verificar a taxa de adesão da equipe de enfermagem às práticas de higiene das mãos em UTINs da Região Metropolitana do Cariri Cearense.

Avaliar o número de oportunidade de higienização das mãos e número ações de higiene das mãos realizada pelos profissionais;

Identificar a adesão da equipe de enfermagem frente aos diferentes tipos de indicações para a higienização das mãos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco para esta pesquisa será mínimo, pois, não irá implicar em modificações intencionais em variáveis fisiológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos que participaram do estudo.

Os profissionais observados poderão se sentir constrangidos com a presença do observador durante a observação. Para minimização desse constrangimento, o observador manterá postura neutra e uma distância dos observados visando não influenciar na assistência, além de garantir maior privacidade e maior comodidade para com o

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 2.789.097

participante. Será esclarecido ao participante que o mesmo poderá interromper a observação ou desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que ocorra nenhum prejuízo ao mesmo.

Quanto aos Benefícios: A pesquisa permitirá conhecer a adesão à prática de higiene das mãos da equipe de enfermagem da UTIN, permitindo desenvolver medidas para promover e aperfeiçoar as práticas de higienização das mãos, contribuindo para redução das IRAS e dos custos desnecessários em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática é relevante, os objetivos estão coerentes com a metodologia, além do comum acordo com as resoluções éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos se encontram dentro dos padrões éticos solicitados pelo CEP e pelas resoluções 466/12 e 510/16.

Recomendações:

O projeto em execução pode iniciar a etapa de coleta de dados pois se encaixa nos padrões éticos exigidos pelo CEP e pelas resoluções 466/12 e 510/16

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado para a etapa de coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1105480.pdf	07/06/2018 19:00:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/06/2018 18:59:57	Ana Maria Machado Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	07/06/2018 18:59:35	Ana Maria Machado Borges	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SAO_VICENTE.jpg	11/05/2018 17:17:11	CARLOS VINICIUS MOREIRA LIMA	Aceito
Declaração de	ANUENCIA_SAO_FRANCISCO.jpg	11/05/2018	CARLOS VINICIUS	Aceito

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n
Bairro: Planalto **CEP:** 63.010-970
UF: CE **Município:** JUAZEIRO DO NORTE
Telefone: (88)2101-1033 **Fax:** (88)2101-1033 **E-mail:** cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DR.
LEÃO SAMPAIO - UNILEÃO**



Continuação do Parecer: 2.789.097

Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SAO_FRANCISCO.jpg	17:16:54	MOREIRA LIMA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_SAO_LUCAS.pdf	11/05/2018 17:16:32	CARLOS VINICIUS MOREIRA LIMA	Aceito
Folha de Rosto	fr.pdf	18/04/2018 17:05:03	Ana Maria Machado Borges	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	06/04/2018 19:51:21	CARLOS VINICIUS MOREIRA LIMA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUAZEIRO DO NORTE, 28 de Julho de 2018

Assinado por:

MARCIA DE SOUSA FIGUEREDO TEOTONIO
(Coordenador)

Endereço: Av. Maria Leticia Leite Pereira, s/n

Bairro: Planalto

CEP: 63.010-970

UF: CE

Município: JUAZEIRO DO NORTE

Telefone: (88)2101-1033

Fax: (88)2101-1033

E-mail: cep.leaosampaio@leaosampaio.edu.br

