APRIMORAR A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE INFECÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção

World Health Organization

Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção.
Informações sobre a versão traduzida para português do Brasil

Tradução
Suzana Gontijo.

Revisão técnica da versão traduzida:

Heiko Thereza Santana (Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS/GGTES/ANVISA)
Lilian de Souza Barros (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Luciana Silva da Cruz de Oliveira (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Magda Machado de Miranda Costa (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Mara Rúbia Santos Gonçalves (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira (GVIMS/GGTES/ANVISA)

Apoio Técnico:
Unidade Técnica de Doenças Transmissíveis e Determinantes Ambientais da Saúde (UTCDE)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

© ANVISA 2023
Essa tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não se responsabiliza pelo conteúdo ou exatidão desta tradução. A publicação original em inglês será a versão válida e autêntica. A edição original em inglês “Improving Infection Prevention and Control at the Health Facility”. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018.

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

WHO/HIS/SDS/2018.10
© Organização Mundial da Saúde 2018

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3. 0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3. 0 IGO; https://creativecommons. org/licenses/by-nc-sa/3. 0/igo).

Sob os termos desta licença, você pode copiar, redistribuir e adaptar a obra para fins não comerciais, desde que o trabalho seja citado adequadamente, conforme indicado abaixo. Em qualquer uso desta obra, não deve haver nenhuma sugestão de que a OMS endossa qualquer organização, produtos ou serviços específicos. O uso do logotipo da OMS não é permitido. Se você adaptar a obra, deverá licenciá-la sob a mesma ou licença Creative Commons ou equivalente. Se fizer uma tradução desta obra, você deve acrescentar o seguinte aviso legal junto com a citação sugerida: "Esta tradução não foi feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A publicação original em inglês será a versão válida e autêntica".

Qualquer mediação relacionada a disputas que surjam sob a licença será conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial de Propriedade Intelectual (http://www. wipo. int/amc/en/mediation/rules).

Citação sugerida. Aprimorar a prevenção e o controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.10). Licença: CC BY-NC-SA 3. 0 IGO. Dados de catalogação em publicação (CIP). Os dados CIP estão disponíveis em http://apps. who. int/iris.

Vendas, direitos e licenciamento. Para adquirir publicações da OMS, acesse http://apps.who.int/bookorders. Para enviar solicitações de uso comercial e consultas sobre direitos e licenciamento, acesse http://www.who. int/about/licensing.

Materiais de terceiros. Se você desejar reutilizar material desta obra que para atribuído a terceiros, como tabelas, figuras ou imagens, é sua responsabilidade determinar se é necessária permissão para essa reutilização e obter permissão do detentor dos direitos autorais. O risco de ações legais resultantes da violação de qualquer componente de propriedade de terceiros contidos na obra recai exclusivamente sobre o usuário.

Isenções de responsabilidade gerais. As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não implicam de forma alguma a expressão de qualquer opinião pela OMS com relação à situação legal de qualquer país, território, cidade ou região ou de suas autoridades, ou com relação à delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas para as quais ainda não há pleno acordo.

A menção de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não significa que são endossados ou recomendados pela OMS de forma preferencial em relação a outros de natureza similar que não forem mencionados. Com exceção de erros e omissões, os nomes dos produtos proprietários são diferenciados por letras iniciais maiúsculas. Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela OMS para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhum caso a OMS será responsável por danos advindos de seu uso.

Impresso na Suíça

Sumário

AGRADECIMENTOS 4
ABREVIATURAS
E SIGLAS 5

PARTE I INTRODUÇÃO..... 6
Objetivo do manual 7
Quem deve usar o manual?.....7
Como usar o manual.....9
Relevância do manual para
líderes/pessoas focais de
prevenção e controle de
infecção (PCI) e
equipes em diferentes locais 11
Estratégia Multimodal da OMS.....12

PARTE II COMPONENTES ESSENCIAIS:
O QUÊ, POR QUÊ, QUANDO, QUEM,
COMO..... 14

INTRODUÇÃO AOS
COMPONENTES ESSENCIAIS
Componente essencial 1:Programas de PCI
.....16
Componente essencial 2: Diretrizes de PCI
.....17
Componente essencial 3: Educação e
treinamento
em PCI.....18
Componente essencial 4: Vigilância de
IRAS.....19
Componente essencial 5: Estratégias
multimodais.....21
Componente essencial 6:
Monitoramento/auditoria das práticas de
PCI e feedback 22
Componente essencial 7: Carga de
trabalho, recursos humanos
e ocupação de leitos 24
Componente essencial 8: Infraestrutura,
materiais e equipamentos para PCI.....25

PARTE III IMPLEMENTAÇÃO 27

ETAPA 1. PREPARAÇÃO
PARA AÇÃO 28
Objetivo da etapa 1 29
Dicas práticas, principais considerações
e ações.....30
Barreiras de implementação e soluções.36
Ferramentas e recursos 39
Lista de verificação da etapa 2.....41

ETAPA 2 AVALIAÇÕES INICIAIS 42
A importância de realizar
uma avaliação inicial.....43
Dicas práticas, principais considerações e
ações 44
Superar barreiras em potencial
e desafios 47

Ferramentas e recursos 49
Lista de verificação da etapa 2 50

ETAPA 3. DESENVOLVER
E EXECUTAR O PLANO 51
Introdução à etapa 3 52
Dicas práticas, principais considerações
e ações.....53
**Componente essencial 1. Programas de
PCI.....56**
Amostra de plano de ação.....57
Barreiras e soluções
em potencial.....58
Ferramentas e recursos 61
**Componente essencial 2. Diretrizes de
PCI.....64**
Amostra de plano de ação.....65
Barreiras e soluções em potencial
66
Ferramentas e recursos 69
**Componente essencial 3. Educação e
treinamento em PCI 70**
Amostra de plano de ação.....71
Barreiras e soluções
em potencial.....72
Ferramentas e recursos 74
**Componente essencial 4. Vigilância de
IRAS 75**
Amostra de plano de ação.....76
Barreiras e soluções
em potencial.....79
Ferramentas e recursos 83
**Componente essencial 5.
Estratégias multimodais 84**
Amostra de plano de ação.....85
Barreiras e soluções
em potencial.....86
Ferramentas e recursos 88
**Componente essencial 6.
Monitoramento/auditoria
das práticas de PCI e feedback.....89**
Amostra de plano de ação.....90
Barreiras e soluções
em potencial.....92
Ferramentas e recursos 93
**Componente essencial 7. Carga de
trabalho, recursos humanos
e ocupação de leitos.....94**
Amostra de plano de ação.....95
Barreiras e soluções
em potencial.....96
Ferramentas e recursos 97
**Componente essencial 8.
Infraestrutura, materiais
e equipamentos para PCI.....98**
Amostra de plano de ação.....99
Barreiras e soluções
em potencial.....101

Ferramentas e recursos..... 102
Lista de verificação da etapa 3 103

ETAPA 4. AVALIAR O IMPACTO.....104
Dicas práticas, principais considerações
e ações 105
Atualizar seu plano de ação 107
Ferramentas e recursos..... 107
Lista de verificação da etapa 4 108

ETAPA 5. MANTER O PROGRAMA A
LONGO PRAZO 109
Dicas práticas, principais considerações
e ações 110
Dicas para superar barreiras
e desafios 112
Ferramentas e recursos..... 114
Lista de verificação da etapa 5 115

ANEXOS 116
1. A estratégia multimodal 116
2. Questões norteadoras
da estratégia multimodal 118
3. Marcar uma reunião
para defesa de causa de PCI 119
4. Modelo de relatório para as conclusões
da Estrutura de Avaliação de PCI
121
5. Modelos de plano de ação..... 123

AGRADECIMENTOS

O Departamento de Prestação de Serviços e Segurança da Organização Mundial da Saúde (OMS) agradece as contribuições de muitos indivíduos e organizações para o desenvolvimento deste manual prático.

Coordenação geral, redação e design do manual prático

Benedetta Allegranzi (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS) coordenou o desenvolvimento do manual prático, incluindo sua metodologia, e contribuiu para sua redação. Julie Storr (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS) conduziu a redação do manual prático e contribuiu para com sua metodologia; Sara Tomczyk (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS) fez contribuições substanciais na coleta de informações e na realização de entrevistas para exemplos em serviços de saúde e na análise dos dados e informações coletados. Rosemary Sudan forneceu assistência profissional de edição. Harri Aittasalo forneceu assistência profissional em design gráfico.

Contribuições para o desenvolvimento do conteúdo do manual prático

Os seguintes especialistas participaram de consultas técnicas, bem como de uma enquete de acompanhamento e/ou entrevistas realizadas pela OMS para o desenvolvimento do manual e para coletar contribuições para seu conteúdo, incluindo exemplos de serviços utilizados:

Ashraful Alam (Instituto de Epidemiologia, Controle e Pesquisa de Doenças, Bangladesh), April Baller (Escritório da OMS na Libéria), An Caluwaerts (Mèdecins Sans rontières/Médicos Sem Fronteiras), Catherine Cooper (Ministério da Saúde, Libéria), Ana Paula Coutinho Rehse (Escritório Regional da OMS para a Europa), Nizam Damani (Southern Health and Social Service Trust, Reino Unido), Carolina Giuffre (Hospital Britânico; Associação Argentina de Enfermeiros de Controle de Infecção, Argentina), Jonas Gonseth Garcia (Hospital Abel Gilbert Pontón, Equador), Bruce Gordon (Água, Saneamento e Higiene, OMS), Neil Gupta [Equipe Internacional de Prevenção e Controle de Infecção (PCI) dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), EUA], Yolande Hyjazi (Jhpiego, Guiné), Kushlani Jayatilleke (Hospital Geral Sri Jayewardenapura, Sri Lanka), Pierre Claver Kariyo (Escritório Regional da OMS para a África), Rana Hajjeh El Kebbi (Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental), Claire Kilpatrick (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS), Amy Kolwaite (Equipe Internacional de PCI do CDC), Mondher Letaief (Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental), Brigitta Lytsy (Rede Colaborativa Báltica de Resistência a Antibióticos; Hospital Universitário de Uppsala, Suécia), Alex McGee (Global Health eLearning Center, EUA), Kate Medlicott (Água, Saneamento e Higiene, OMS), Shaheen Mehtar (Rede de Controle de Infecção na África, África do Sul), Nadejda Morarescu (Centro Nacional de Saúde Pública, Moldávia), Babacar Ndoye (Rede de Controle de Infecção da África, Senegal), Folasade Ogunsola (Faculdade de Medicina, Universidade de Lagos, Idi Araba, Nigéria), Fernando Otaíza (Ministério da Saúde, Chile), Maria Clara Padoveze (Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil), Benjamin Park (Equipe Internacional de PCI do CDC), Didier Pittet (Hospitais da Universidade de Genebra, Suíça), Miriam Rabkin (ICAP, Universidade de Columbia, EUA), Valerie Robertson (Associação de Controle de Infecção do Zimbábue; Universidade do Zimbábue, Zimbábue), Chandrakant Ruparelia (Jhpiego, EUA), Julia Lynn Samuelson (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, OMS), Enrique Castro Sanchez (Imperial College London, Reino Unido), Mercedes Bonet Semenas (Saúde Reprodutiva e Pesquisa, OMS), Valeska Stempliuk [Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)], Shams Syed (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS), Emesi Szilagyi (Ministério da Saúde, Hungria), Maha Talaat (Programa Global de Detecção de Doenças do CDC/Unidade de Pesquisa Médica Naval dos EUA, Egito), Elizabeth Tayler (Resistência Antimicrobiana, OMS), David Tsereteli (Centro Nacional para Controle de Doenças e Saúde Pública, Geórgia), Anthony Twymann (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS), Katie Wilson (Equipe Internacional de PCI do CDC) e Walter Zingg (Hospitais da Universidade de Genebra, Suíça).

Grupo de revisão externa

Os seguintes especialistas contribuíram significativamente para a revisão do manual; Batyrbek Aslanov (North-Western State Medical University, Rússia), Gertrude Avortri (Escritório Regional da OMS para a África), Luci Correa (Universidade Federal de São Paulo, Brasil), Ana Paula Coutinho Rehse (Escritório Regional da OMS para a Europa), Arabella Hayter (Água, Saneamento e Higiene, OMS), Iman Heweidy (Hospital Universitário Ain Shams, Egito), Claire Kilpatrick (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS), Amy Kolwaite (Equipe Internacional de PCI do CDC), Anna Lubimova (North-Western State Medical University, Rússia), Nana Mensah Abrampah (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS), Margaret Montgomery (Água, Saneamento e Higiene, OMS), Josephine Okine (Hospital Municipal de Winneba, Gana), Paul Rogers (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS), Valeska Stempliuk [Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)], Shams Syed (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS), Maha Taalat (Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental), Anthony Twyman (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança, OMS), Akeau Unahalekhaka (Universidade de Chiang Mai, Tailândia), Rossitza Vatcheva-Dobrevska, [Presidente, Associação Búlgara para Prevenção de IRAS (BulNoso)].

Contribuições de fotografia

As contribuições de fotografia e ilustração foram cortesia de Adobe Stock, Jake Lyell (WaterAid), Alamy Photo Stock, Julie Storr.

Agradecimentos ao apoio financeiro O financiamento para o desenvolvimento deste manual prático foi fornecido principalmente pelo CDC, além dos fundos básicos da OMS. No entanto, as opiniões expressas no manual não refletem necessariamente as políticas oficiais do CDC.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APIC Associação de profissionais em controle e infecção e epidemiologia (do inglês *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*)

APSIC Sociedade de Controle de Infecção do Pacífico Asiático (do inglês *Asia Pacific Society of Infection Control*)

ICS infecção/ões da corrente sanguínea

CDC Centros de controle e prevenção de doenças (do inglês *Centers for Disease Control and Prevention*)

CUSP Programa abrangente de segurança baseado em unidades (do inglês *Comprehensive Unit-based Safety Program*)

ECDC Centro europeu para prevenção e controle de doenças (do inglês *European Centre for Disease Control and Prevention*)

GLASS Sistema global de vigilância de resistência aos antimicrobianos (do inglês Global *Antimicrobial Resistance Surveillance System*)

IRAS Infecção relacionada à assistência à saúde

HHSAF Instrumento de Autoavaliação para Higiene das Mãos (do *inglês Hand Hygiene Self-Assessment Framework*)

HIV Vírus da imunodeficiência humana

HSC Escala de clima de segurança hospitalar (do inglês *Hospital safety climate scale*)

HSOPSC Enquete hospitalar sobre cultura de segurança do paciente (do inglês *Hospital survey on patient survey culture*)

RSI Regulamento Sanitário Internacional

ICAN Rede de controle de infecção da África (do inglês *Infection Control Africa Network)*

INICC Consórcio internacional de controle de infecção e doenças (do inglês *International Nosocomial Infection Control Consortium*)

PCI Prevenção e Controle de Infecção

IPCAF Esquema de avaliação de prevenção e controle de infecção (do inglês *Infection Prevention and Control Assessment Framework*)

JEE avaliação externa conjunta (do inglês *joint external valuation)*

MDRO microrganismo(s) multirresistente a medicamentos

ONG organização não governamental

NHSN Rede nacional de segurança em saúde (do inglês *National Healthcare Safety Network*)

NNIS Sistema nacional de vigilância de infecção e doenças (do inglês *National Nosocomial Infections Surveillance System*)

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

EPI Equipamento de proteção individual

PPS Vigilância de prevalência pontual (do inglês *point prevalence survey*)

PSCH Clima de segurança do paciente em organizações de saúde (do inglês *Patient safety climate in healthcare organizations*)

RM resistência microbiana

RNAO Associação de enfermeiros registradas de Ontario (do inglês *Registered Nurses' Association of Ontario*)

SAQ Questionário de atitudes de segurança

SARA Avaliação da prontidão e disponibilidade de serviços (do inglês *service availability and readiness assessment*)

SDG Objetivos de desenvolvimento sustentável (do inglês *Sustainable Development Goals*)

SLMTA Credenciamento para gestão de fortalecimento de laboratórios (do inglês *Strengthening Laboratory Management Toward Accreditation*)

SMART específico, mensurável, viável, realístico, oportuno (do inglês *Specific, measurable, attainable, realistic, timely*)

SUSP Programa de segurança de unidade cirúrgica (do inglês *Surgical Unit Safety Program*)

TB tuberculose

UHC cobertura universal de saúde (do inglês *universal health coverage*)

EUA Estados Unidos da América

WASH FIT Ferramenta de aprimoramento de água, saneamento e higiene da unidade [do inglês water, sanitation and hygiene(WASH) facility improvement tool]

WISN Indicadores de carga de trabalho da necessidade de recursos humanos (do inglês *Workload Indicators of Staffing Need*)

OMS Organização Mundial da Saúde

PARTE I
INTRODUÇÃO

OBJETIVO DO MANUAL

Este manual prático foi elaborado para apoiar os serviços de saúde a conseguirem a implementação efetiva de seus programas de prevenção e controle de infecção (PCI) de acordo com as Orientações sobre os componentes essenciais 1 dos programas de PCI da Organização Mundial da Saúde (OMS) no contexto de seus esforços para melhorar a qualidade e segurança da prestação de serviços de saúde e os desfechos de saúde das pessoas que acessam esses serviços.

Os princípios e orientações fornecidos neste manual são válidos para qualquer país, mas com foco especial nos locais com recursos limitados. As orientações abordam oito áreas de PCI (Quadro 1), e um resumo das recomendações pode ser encontrado na Parte II.

As orientações descrevem o que é necessário (ou seja, recomendações) para melhorar efetivamente a PCI, de acordo com as evidências disponíveis e o amplo consenso de especialistas.

Este manual oferece orientação prática, dicas, recursos e exemplos de todo o mundo para apoiar a implementação das orientações. Também se concentra no desenvolvimento de um plano de ação sustentável que deve ser orientado pelo contexto local de modo a colocar em operação as recomendações das orientações. Por fim, o manual se concentra na integração e incorporação de PCI na estrutura e nas atividades cotidianas de um serviço de saúde.

Embora não haja uma fórmula única para a implementação das orientações, o manual baseia-se nas evidências atuais relacionadas à efetividade das intervenções para apoiar a adoção das orientações. Além disso, foram coletadas contribuições e análises externas de conteúdo de muitos profissionais de PCI em uma ampla variedade de países em todas as regiões.

O manual fornecerá:

- uma abordagem passo a passo para a implementação dos componentes essenciais dos programas de PCI na perspectiva de melhoria;
- um resumo claro das recomendações dos componentes essenciais para uma pessoa encarregada de liderar a melhoria da PCI em um serviço de saúde;
- um resumo das barreiras comuns e soluções práticas para apoiar sua jornada de implementação;
- exemplos de implementação do mundo inteiro;
- ferramentas para apoiar cada etapa da implementação, quando disponíveis, incluindo planejamento de ações, defesa de causa (desenvolvimento de uma narrativa convincente para conquistar corações e mentes)[2], avaliação, desenvolvimento de orientações, envolvimento das partes interessadas, treinamento e formação e muitos outros aspectos da implementação de PCI.

Quadro 1 Os oito componentes essenciais relevantes para os programas de PCI nos serviços de saúde

1. Programas de PCI
2. Orientações baseadas em evidências
3. Educação e treinamento
4. Vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS)
5. Estratégias multimodais
6. Monitoramento e auditoria das práticas de PCI e feedback
7. Carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos
8. Infraestrutura, materiais e equipamentos para PCI

1 http://www. who. int/infection-prevention/publications/core-components/en/.

2 O termo “conquistar corações e mentes” é usado neste contexto para se referir à garantia do apoio emocional e intelectual ou o compromisso das principais partes interessadas como parte do processo geral de motivação de pessoas e grupos para a mudança.

O manual não pretende ser uma lista rigorosa de “coisas obrigatórias”. Em vez disso, ele fornece uma abordagem passo a passo para a implementação com base em evidências e na experiência do que funcionou em uma série de locais e apresenta exemplos e ideias de serviços de saúde do mundo inteiro que podem ser usados por líderes/pessoas focais e equipes de PCI nos serviços de saúde.

Esta é uma versão provisória do manual. A OMS coletará exemplos de estudos de caso e lições aprendidas com os serviços de saúde que implementarem os componentes essenciais, os quais serão inseridos em versões futuras do manual e apoiarão o desenvolvimento de recursos adicionais e ferramentas de implementação.

Público alvo

Se você for responsável ou envolvido na implementação de PCI em um serviço de saúde, este manual fornece orientações práticas sobre como fazer as melhorias necessárias para garantir que a assistência à saúde seja mais segura, mais efetiva e de maior qualidade, reduzindo o risco de transmissão microbiana e infecções relacionadas à assistência à saúde, incluindo a propagação da resistência microbiana aos antimicrobianos.

QUEM DEVE USAR O MANUAL?

O principal público-alvo do manual são os líderes/pessoas focais e as equipes de serviços de saúde (serviços de atenção terciária ou secundária), ou seja, os responsáveis pela implementação de PCI, incluindo os gestores dos serviços de saúde. Nos lugares onde ainda não existem essas funções, o manual será do interesse de enfermeiros e outras pessoas responsáveis pela manutenção de unidades limpas, seguras e de alta qualidade. Também pode ser útil com algumas adaptações para instituições comunitárias, de atenção primária e de longa permanência à medida que desenvolvem e revisam seus programas de PCI.

É importante observar que a implementação de PCI não é responsabilidade exclusiva das equipes de PCI. As atividades descritas neste manual requerem uma ampla gama de habilidades que só podem ser alcançadas por meio do desenvolvimento contínuo de competências e colaboração, bem como da cooperação e envolvimento de uma série de partes interessadas. Portanto, o manual também é relevante para os colegas dos serviços de saúde responsáveis pela melhoria da qualidade, segurança do paciente, credenciamento/regulamentação do serviço de saúde e controle de doenças/saúde pública, inclusive aqueles envolvidos na implementação e avaliações associadas de regulamentos internacionais de saúde (RSI), água, saneamento e higiene (WASH), saúde ocupacional, programas de gerenciamento do uso de antimicrobiano, microbiologia clínica e saúde ambiental. Além disso, pode ser de valor para funcionários em nível estadual/distrital e nacional e parceiros de desenvolvimento/organizações não governamentais (ONGs) que trabalham em serviços de saúde.

COMO USAR O MANUAL

A **Parte I** do manual é uma breve introdução que descreve o propósito, o público-alvo, como usar o manual, sua relevância para as equipes em diferentes locais e uma introdução à estratégia multimodal da OMS.

A **Parte II** lembra o leitor dos oito componentes essenciais, enfocando ***o quê, por que, quando, quem e como*** e concluindo com uma representação visual de como os componentes essenciais de PCI se interconectam. Um requisito para o sucesso da implementação é obter uma compreensão sólida de cada um dos componentes essenciais, ou seja, o que significa a recomendação da orientação, por que é importante, quem deve estar envolvido, quando a ação deve ocorrer e como os componentes essenciais podem ser operacionalizados. É importante se familiarizar com a Parte II antes de prosseguir para a Parte III.

A **Parte III** do manual é baseada em um ciclo de cinco etapas de melhoria para apoiar a implementação das orientações[3,4] e é baseada nos princípios de mudança bem-sucedida e melhoria na assistência à saúde.[5,6] A estrutura do manual é apresentada na Figura 1. As cinco etapas estão resumidas no Quadro 2.

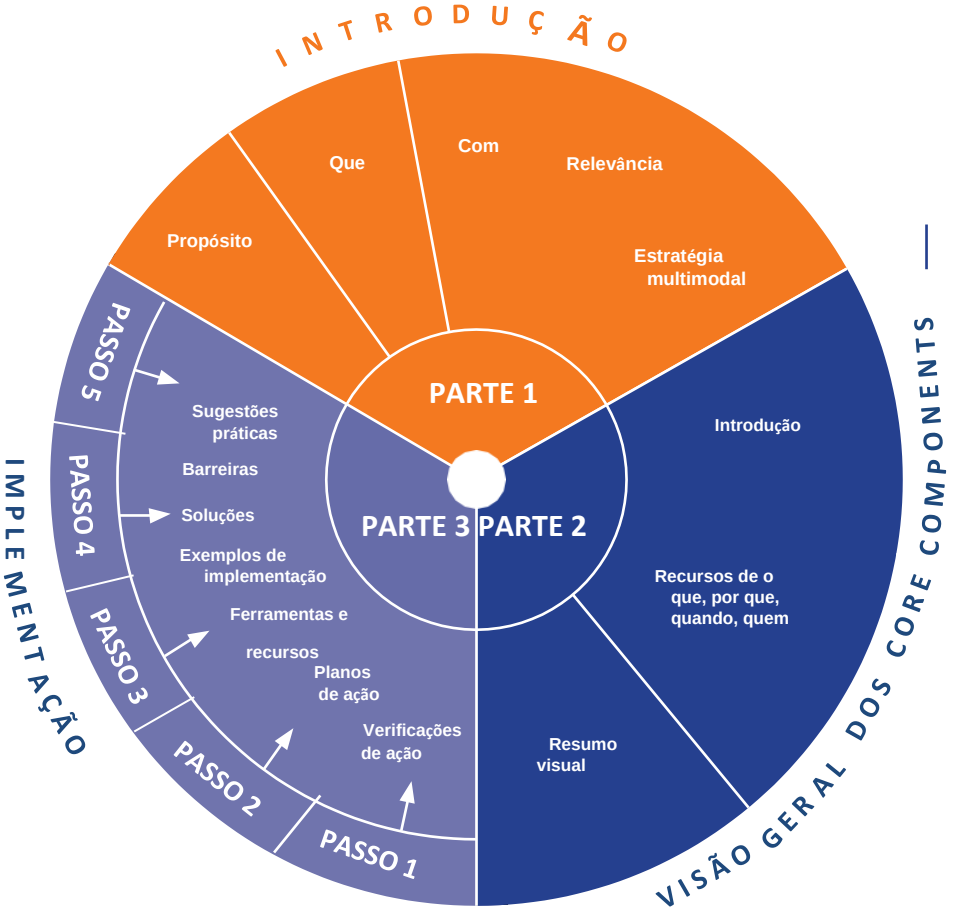
3 An introductory guide to implementation. Dublin: Centre for Effective Services; 2012 (http://www.effectiveservices.org/downloads/Guide_to_implementation_concepts_and_frameworks_Final.pdf acessado em 20 de abril de 2017).

4 Com base no Guia para a implementação da estratégia multimodal de higiene das mãos da OMS. Genebra: OMS; 2009 (http:// www.who.int/gpsc/5may/tools/WHO_IER_PSP_2009.02_eng.pdf?ua=1 acessado em 19 de dezembro de 2017).

5 Kotter JP. Leading change: why transformation efforts fail. Harvard Business Review. 2007; January 1. 2–9.

6 Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Overcoming challenges to improvement. London (UK): Health Foundation; 2011

Figura 1. Resumo do esboço do manual



Quadro 2. A abordagem de cinco etapas para a melhoria da PCI

Etapa 1. Preparar-se para a ação: Esta etapa garante que todos os pré-requisitos que precisam estar em vigor para o sucesso sejam cumpridos, incluindo os recursos necessários (humanos e financeiros), infraestruturas, planejamento e coordenação de atividades e a identificação de funções e responsabilidades (incluindo líderes de opinião e defensores) Os gestores/líderes do serviço de saúde desempenham um papel fundamental nessa etapa.

Etapa 2. Avaliação inicial: É fundamental a realização de uma avaliação inicial exploratória da situação atual, incluindo a identificação dos pontos fortes e fracos existentes, para o desenvolvimento de um plano de ação feito sob medida e que aborde a realidade do serviço de saúde. Uma ferramenta de avaliação pronta para uso com base nos componentes essenciais de PCI da OMS está disponível para a etapa 2 [Esquema de Avaliação de PCI da OMS (IPCAF)]. Idealmente, poderiam ser usadas ferramentas adicionais para avaliação de PCI [por exemplo, a Estrutura de Autoavaliação da Higiene das Mãos (HHSAF) e/ou as ferramentas baseadas em observação para avaliação das práticas de PCI].

Etapa 3. Desenvolver e executar um plano de ação: Os resultados da avaliação inicial apoiam o desenvolvimento e a execução de um plano de ação baseado em uma estratégia de melhoria multimodal.

Etapa 4. Avaliação do impacto: É fundamental a realização de uma avaliação de acompanhamento que utilize as mesmas ferramentas da etapa 2 para determinar a efetividade do plano. O foco está no impacto, na aceitabilidade e na relação custo-benefício.

Etapa 5. Manter o programa a longo prazo: Uma etapa importante do ciclo de melhoria é desenvolver um plano de ação contínuo e revisar o cronograma de modo a apoiar o impacto e os benefícios de longo prazo do programa de PCI, contribuindo assim para seu impacto geral e sustentabilidade.

Seu contexto local determinará a melhor forma de usar o manual. Algumas equipes de PCI podem decidir começar pela etapa 1 e trabalha cada etapa sequencialmente. Em alguns serviços de saúde onde um programa de PCI já foi estabelecido,
pode ser tomada a decisão de consultar a etapa 3 do manual e revisar as amostras de planos de ação para cada componente.

Cada etapa descreve dicas práticas, as principais considerações e ações e, quando apropriado, descreve barreiras comuns e soluções associadas à implementação com base nas lições aprendidas com colegas que trabalham em serviços de saúde. Onde houver, exemplos de implementação são incluídos juntamente com as ferramentas e recursos para apoiar a implementação. Cada etapa termina com uma “lista de verificação”, que pode ser preenchida antes de passar para a próxima etapa.

A ênfase em cada etapa está no contexto local e na adaptação.

RELEVÂNCIA DO MANUAL PARA OS LÍDERES/PESSOAS FOCAIS E EQUIPES DE PCI DE DIFERENTES LOCAIS

Cada etapa é relevante para o processo de melhoria. No entanto, dependendo da situação local, algumas etapas podem já ter sido alcançadas, ao passo que outras podem precisar de um desenvolvimento gradual ou ser revisadas porque podem não ter sido usadas anteriormente as recomendações dos componentes essenciais de PCI da OMS. Também podem ter surgido novos desafios ou mudanças em seu serviço de saúde. Quatro exemplos são descritos no Quadro 3 para ilustrar como o manual pode apoiar as atividades de PCI em uma variedade de serviços de saúde.

Quadro 3. Exemplos de como o manual pode ser usado

Exemplo 1. Um serviço de saúde sem programa de PCI formalmente estabelecido. Consulte o manual do início ao fim. Preste atenção à etapa 1 (Parte III), de modo a construir uma base sólida para a implementação do programa de PCI. O IPCAF da etapa 2 ajudará a identificar lacunas e áreas a serem abordadas por meio de planos de ação a serem desenvolvidos na etapa 3.

Exemplo 2. Um serviço de saúde com um programa de PCI, mas com implementação e apoio limitados em todo o serviço. O serviço de saúde pode se beneficiar ao se concentrar inicialmente nas etapas 1 e 2. A Etapa 1 apresenta uma série de sugestões para fortalecer o apoio à PCI por parte dos gestores e líderes e contém uma série de exemplos úteis de implementação. A Etapa 3 fornece exemplos de planos de ação para fortalecer a implementação e alcançar um progresso real.

Exemplo 3. Um serviço de saúde com um programa de PCI bem estabelecido que enfrenta desafios de sustentabilidade. O serviço de saúde pode decidir ignorar a etapa 1 e prosseguir para a etapa 2. Mesmo em um serviço de saúde com um programa de PCI plenamente desenvolvido, gastar tempo para realizar o IPCAF da OMS (etapa 2) tem o potencial de fornecer dados que podem impulsionar ações e reacender o interesse dos gestores e líderes seniores. O serviço deve então consultar os modelos de planos de ação apresentados na etapa 3 e focar nos exemplos e soluções que não foram implementados. Isso pode ajudar a superar os desafios e consolidar a função do programa de PCI existente.

Exemplo 4. Um serviço de saúde com um programa de PCI evoluído e funcionando bem. Mesmo os serviços com programas PCI bem-sucedidos e bem estabelecidos devem realizar avaliações locais regularmente, usando o IPCAF para garantir excelência sustentada na PCI. É sempre importante revisar as dicas práticas, as principais considerações e ações descritas nas etapas 1, 3 e 5 da Parte III para garantir que a PCI seja sempre reconhecida como uma prioridade.

É importante revisar todo o manual prático antes de decidir a melhor forma de usá-lo de acordo com sua situação.

ESTRATÉGIA MULTIMODAL DA OMS

Introdução à estratégia multimodal

O componente essencial 5 aborda as estratégias multimodais e seu papel no apoio à implementação de PCI em serviços de saúde (uma recomendação forte da orientação). Esse componente essencial é fundamental para a implementação de programas e práticas de PCI. É "a" maneira de alcançar mudanças no sistema, no clima e no comportamento que apoiam o progresso da PCI e, em última análise, o impacto mensurável que beneficia pacientes e profissionais de saúde. É baseado em evidências sobre as melhores abordagens para a implementação de PCI (figura 2, parte II). A estratégia multimodal da OMS compreende cinco elementos comumente denominados: 1) mudança de sistema; 2) treinamento e educação; 3) monitoramento e feedback; 4) lembretes e comunicações; e 5) cultura de segurança. Em outras palavras, a estratégia envolve "construir" o sistema certo, "ensinar" as coisas certas, "verificar" as coisas certas, "vender" as mensagens certas e, finalmente, "aplicar" a PCI em todo o sistema de saúde (Anexo 1). As lições do campo da ciência da implementação sugerem que ter como alvo apenas um desses cinco elementos (ou seja, usar uma estratégia "unimodal") tem mais probabilidade de resultar em melhorias de curta duração e não sustentáveis. Todas as cinco áreas precisam ser levadas em consideração, devendo ser adotadas as ações necessárias, com base no contexto local e na situação, orientado por avaliações periódicas. É constantemente reforçada em todo o manual uma abordagem multimodal para melhorar as práticas de PCI e reduzir IRAS e a resistência microbiana (RM) aos antimicrobianos. Muitos leitores ficarão familiarizado com a aplicação de uma estratégia multimodal em relação à melhoria da higiene das mãos. No entanto, também está disponível a evidência de seu sucesso referente a uma série de desafios de implementação relacionados à PCI (ver exemplo no Quadro 4), incluindo a prevenção de infecções do sítio cirúrgico, infecções da corrente sanguínea associadas ao cateter central, pneumonia associada a ventilação mecânica e infecções causadas por *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) e por *Clostridium difficile.*

Como a estratégia multimodal apoia a implementação dos componentes essenciais

A base para a estratégia multimodal é que qualquer atividade de melhoria relacionada à PCI deve abordar cada um dos cinco elementos com o objetivo de melhorar os desfechos de PCI e mudar o comportamento. A representação visual dos componentes essenciais (ver Figura 2, Parte II) ilustra como as estratégias multimodais são relevantes para todos os outros componentes e representa o elemento dinâmico, o "movimento" para a ação de PCI.

Líderes/pessoas focais e equipes de PCI devem, portanto, ter como objetivo se tornarem "pensadores multimodais" e cogitarem a implementação de cada componente essencial (incluindo os desafios e oportunidades em potencial), através de uma lente multimodal.

Pensamento multimodal

Ao considerar qualquer aspecto de PCI, por exemplo, o desenvolvimento de um plano de ação para melhorar a PCI ou abordar uma lacuna identificada, ter um pensamento multimodal significa fazer sistematicamente as seguintes perguntas (Quadro 4):

O Anexo 2 contém um modelo e uma lista de perguntas de orientação multimodais que você pode imprimir e usar em seu contexto local ao desenvolver uma estratégia multimodal para suas intervenções de PCI.

Quadro 4. Pensamento multimodal

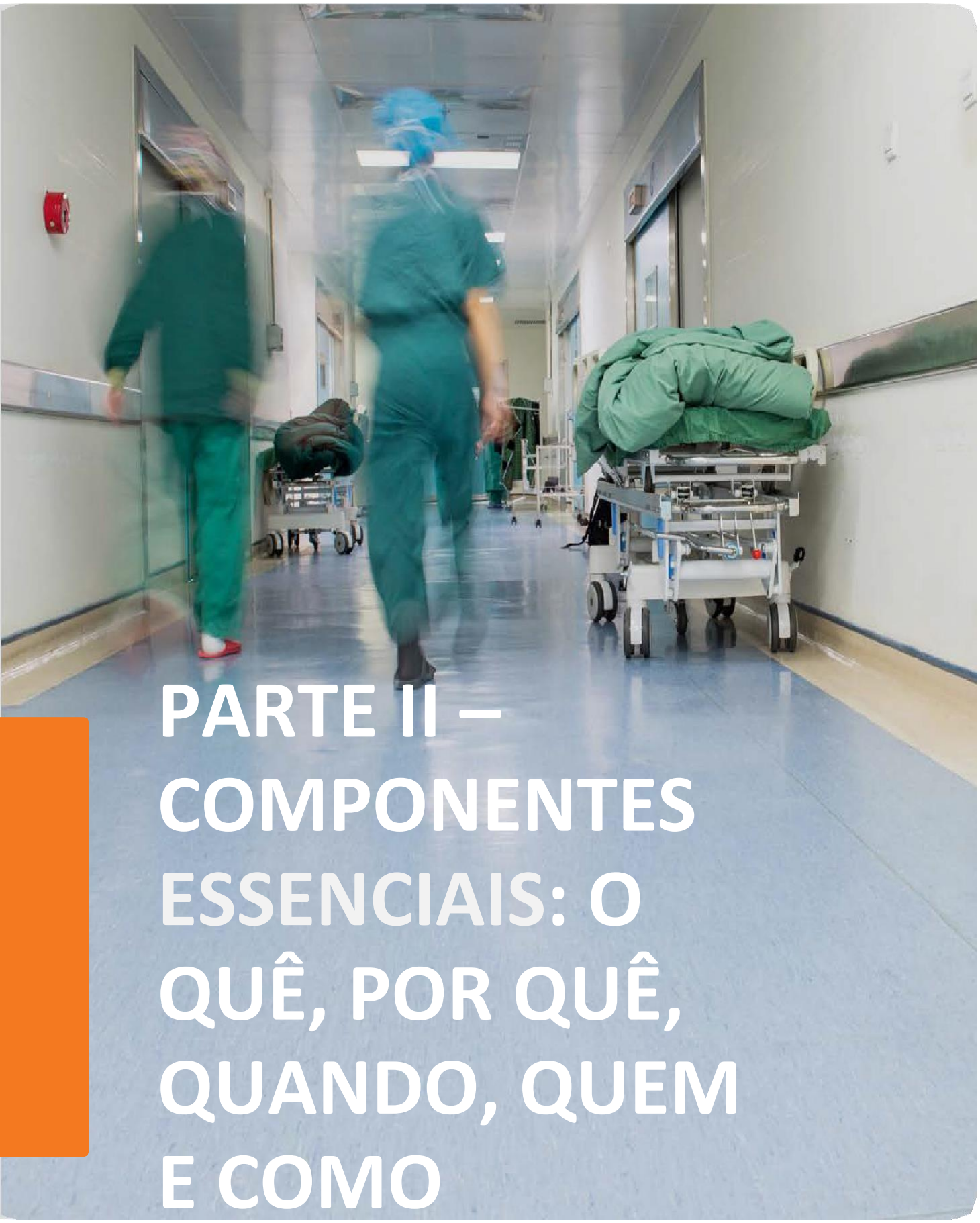
1. Que recursos, infraestruturas ou suprimentos são necessários para facilitar as práticas? Isso inclui levar em consideração a aquisição e a acessibilidade de suprimentos, disponibilidade e qualidade da água e fatores ergonômicos, incluindo fluxo de trabalho. Por exemplo, a instalação de um equipamento de cateter venoso central e bandeja (mudança no sistema – "desenvolver").

2. Quem precisa ser treinado e/ou educado para lidar com a lacuna identificada – como isso acontecerá e quem fará o treinamento/formação? Isso envolve informações escritas e/ou instruções orais e/ou e-learning e sessões de treinamento prático e interativo, incluindo simulação e/ou treinamento à beira do leito. Por exemplo, o treinamento de médicos e enfermeiros responsáveis pela colocação e manutenção de cateteres centrais na prevenção de infecção da corrente sanguínea (ICS), incluindo o resumo das melhores práticas fundamentais em *bundles* (formação e treinamento – "ensinar").

3. Como você ficou ciente de que as práticas precisam ser melhoradas – como você saberá que ocorreu uma melhoria? Isso geralmente envolve o monitoramento da conformidade com os indicadores de processos e práticas, bem como o monitoramento de indicadores de desfecho. Por exemplo, verificação da inserção e manutenção de cateteres e o fornecimento de feedback direto e em tempo hábil de resultados para médicos e enfermeiros (acompanhamento e feedback – "verificar").

4. Como você publicará ações sobre medidas específicas e promoverá melhorias e melhores práticas nesta área? Isso pode envolver o uso de lembretes, pôsteres ou outras ferramentas de defesa de causa/conscientização e dicas para a ação para promover uma intervenção e métodos/iniciativas para melhorar a comunicação da equipe entre as unidades e disciplinas. Por exemplo, discussão da estratégia para a prevenção de ISC durante reuniões clínicas e o uso de folhetos promocionais e cartazes para reforçar os bundles de melhores práticas (comunicações e lembretes – "vender").

5. Como você fará e manterá isso como uma prioridade no serviço de saúde e envolverá os líderes/gestores/defensores e líderes de opinião ao longo do tempo? Trata-se de garantir que os gestores/líderes seniores mostrem apoio tangível e ajam como defensores e modelos de comportamento, inclusive tomando decisões relevantes e promovendo uma abordagem adaptativa e o fortalecimento de uma cultura que apoie a PCI, a segurança e a qualidade no atendimento ao paciente. Além disso, as equipes e os indivíduos são capacitados para que percebam a propriedade da intervenção. Por exemplo, discussão das taxas de ISC nas reuniões do serviço em nível executivo (clima de segurança e cultura de segurança – "aplicar").



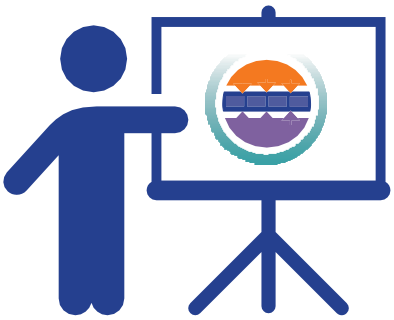
PARTE II – COMPONENTES ESSENCIAIS: O QUÊ, POR QUÊ, QUANDO, QUEM E COMO

INTRODUÇÃO AOS COMPONENTES ESSENCIAIS

Nesta seção, você encontrará um resumo do quê, por quê, quando, quem e como, de cada componente essencial. É importante observar que podem ser encontrados detalhes abrangentes sobre cada componente essencial nas orientações principais.

Se você e sua equipe estiverem familiarizados com as orientações, você pode decidir ignorar esta etapa e ir diretamente para a Parte III.

Ação sugerida Como líder deste trabalho, reúna-se com sua equipe de PCI e/ou com a comissão de PCI e analise o quê, por quê, quando, quem e como, de cada componente essencial. Aqui você pode vislumbrar rapidamente o que o serviço de saúde precisa ter para atender às recomendações das orientações dos componentes essenciais, por que isso é importante, quem deve estar envolvido e quando a ação deve ocorrer. O objetivo final de longo prazo de sua jornada de aprimoramento de PCI é implementar e manter totalmente os componentes essenciais e é importante estar sempre ciente de seu destino. No entanto, é provável que você não tenha em vigor algumas ou mesmo a maioria dos itens listados. O objetivo aqui é familiarizar-se com os componentes essenciais e com os requisitos para o alcance de sucesso, de modo a ajudá-lo a construir e sustentar sua narrativa para a melhoria da PCI.



Componente essencial 1. Programas de PCI

O QUÊ?

- Um programa de PCI com uma equipe dedicada e treinada (ver "quem") deve ser implementado em cada serviço de saúde com o objetivo de prevenir IRAS e combater RM por meio de boas práticas de PCI.
- O programa deve incluir objetivos claramente definidos e um plano de trabalho anual baseado na epidemiologia local e nas prioridades de acordo com as avaliações de risco. O programa de PCI precisa dispor de orçamento e de recursos dedicados.
- Devem ser definidos objetivos, indicadores de desfecho mensuráveis e metas de PCI para as áreas críticas dos serviços de saúde.

POR QUÊ?

- O desenvolvimento e manutenção de um programa de PCI é a base para a implementação de todos os outros componentes essenciais.
- O estabelecimento de um programa de PCI garante que a alta gestão do serviço de saúde e os conhecimentos técnicos adequados estejam disponíveis para apoiar todas as atividades de PCI.
- Os programas de PCI apoiam a prevenção de infecções evitáveis e salvam vidas. Programas de PCI efetivos resultam em uma redução de mais de 30% nas taxas de IRAS e previnem a morbidade e mortalidade, o desenvolvimento e a transmissão de RM e reduzem os custos de saúde.
- Um programa de PCI forte, efetivo e sustentado, em última análise, fortalece os sistemas de saúde e apoia a prestação de serviços de saúde de alta qualidade, centrados nas pessoas e integrados, sendo pré-requisito necessário para proteger os vulneráveis e alcançar uma cobertura universal de saúde de qualidade e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (SDG).

QUANDO?

- O estabelecimento de um programa de PCI deve ser considerado como alta prioridade. No entanto, ainda é possível fazer progresso na melhoria da PCI, mesmo na ausência de um programa formal de PCI.
- Se um programa formal de PCI ainda não estiver em vigor, algumas de suas funções podem ser cumpridas ou integradas a outros programas estabelecidos [por exemplo, tuberculose (TB), vírus da imunodeficiência humana (HIV)] e alguns componentes essenciais já podem estar em vigor (por exemplo, alguma forma de vigilância de IRAS).

QUEM?

- Devem ser determinadas uma pessoa e uma equipe focal de PCI (equipes médica e de enfermagem treinadas em um curso certificado de PCI ou equivalente; pelo menos um profissional para 250 leitos) para liderarem o trabalho de PCI (vigilância e prevenção de IRAS), devendo ser apoiadas por uma comissão multidisciplinar de PCI com as partes interessadas de todo o serviço de saúde.
- A pessoa identificada para dirigir o programa de PCI pode ser um médico (com especialidade em microbiologia, doenças infecciosas, epidemiologia ou saúde pública) ou um enfermeiro, ambos com conhecimento e experiência comprovados em PCI.
- A comissão de PCI deve incluir: a alta gestão da instituição; a equipe clínica sênior; líderes de outras áreas complementares relevantes, como biossegurança, farmácia, microbiologia ou laboratório clínico, gerenciamento de resíduos, serviços de WASH e qualidade e segurança, onde estiverem implementadas.

COMO?

- Desenvolva as funções e atividades definidas no programa de PCI de acordo com a avaliação de riscos e necessidades locais.
- Garanta o apoio da liderança necessário para o programa e os indicadores de PCI (por exemplo, em reuniões de nível executivo, visitas executivas, participação em reuniões de morbidade e mortalidade). O apoio da liderança deve ser demonstrado por meio de alocação de orçamento para PCI.
- Desenvolva uma narrativa sobre como a PCI fortalece os esforços de melhoria da qualidade e pode ser usada como um veículo para melhorar as estruturas e processos gerais, incluindo as competências dos profissionais de saúde.
- Lembre-se — use o pensamento multimodal e consulte as questões orientadoras da estratégia multimodal (Quadro 4 e Anexo 2) e consulte a Parte III para obter mais informações práticas sobre "como" realizar a implementação.

Componente essencial 2. Diretrizes de PCI

O QUÊ?

- Devem ser desenvolvidas e implementadas diretrizes baseadas em evidências com o propósito de reduzir as IRAS e RM. Devem ser proporcionados treinamento e educação dos profissionais de saúde relevantes no tocante às recomendações das diretrizes e ao monitoramento da adesão às recomendações das diretrizes para se obter uma implementação bem-sucedida. As diretrizes/guias devem abordar uma série de tópicos principais.[1]
- Onde houver diretrizes nacionais de PCI, os serviços de saúde devem seguir tais orientações, adaptadas às condições locais.
- É importante observar que o termo “diretrizes” é um termo geral, usado aqui para denotar políticas e/ou padrões no contexto da implementação de PCI nos serviços de saúde.

POR QUÊ?

- O desenvolvimento e/ou adaptação das diretrizes, políticas, protocolos e procedimentos operacionais padrão de PCI2 e das estratégias de implementação relacionadas é uma função-chave de um programa de PCI.
- As diretrizes técnicas devem fornecer orientações claras sobre as prioridades de PCI e padrões claros baseados em evidências, que devem ser adaptados ao contexto local. Se efetivamente vinculadas à educação e ao treinamento quando implementadas e monitoradas, as diretrizes podem levar aos desfechos desejados de PCI e à melhoria da qualidade. As diretrizes de PCI fornecem um meio pelo qual os serviços/profissionais de saúde podem ser responsabilizados.
- É importante estar ciente de que a disponibilidade de diretrizes técnicas sobre a organização do programa de PCI e as principais práticas geralmente é um pré-requisito para a implementação da educação e do treinamento de PCI, bem como do monitoramento e avaliação.

QUANDO?

- O desenvolvimento e/ou adaptação de diretrizes que cubram os tópicos principais devem ser considerados como prioridades.
- Onde já existem diretrizes e procedimentos operacionais padrão nacionais estabelecidos, eles podem ser usados nos serviços de saúde.
- A sequência de implementação das recomendações do componente essencial para orientações baseadas em evidências, educação e treinamento, monitoramento, auditoria, feedback e vigilância deve ser determinada de acordo com o contexto local específico.

QUEM?

- A equipe de PCI é responsável por redigir, adaptar, promover a adoção e monitorar a adesão às diretrizes. Se a experiência da equipe de PCI for limitada, deve-se buscar apoio externo.

COMO?

- O desenvolvimento e a implementação de diretrizes requerem um programa de PCI em funcionamento e experiência associada para garantir que as orientações locais sigam as diretrizes e padrões nacionais ou internacionais baseados em evidências. Deve ser cogitada adaptação às condições locais para uma compreensão e implementação mais efetivas.
- As partes interessadas relevantes (por exemplo, médicos, enfermeiros, gestores de unidades de saúde, gestores de qualidade) devem estar envolvidas no desenvolvimento e adaptação das diretrizes.
- O envolvimento dos profissionais de saúde da linha de frente, além das equipes de PCI, deve ser levado em consideração na implementação das diretrizes (planejamento e execução).
- Deve ser implementado treinamento específico para profissionais de saúde quando novas diretrizes forem publicadas.
- Deve ser estabelecido um monitoramento regular em relação à implementação de algumas diretrizes de PCI.
- Lembre-se — use o pensamento multimodal e consulte as questões orientadoras da estratégia multimodal (Quadro 4 e Anexo 2) e consulte a Parte III para obter mais informações práticas sobre “como” realizar a implementação.

1 Precauções padrão; higiene das mãos; precauções baseadas na transmissão; prevenção de infecção do sítio cirúrgico; prevenção de ICS associada a cateter central; prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica; prevenção de infecções do trato urinário associadas a cateteres urinários; prevenção da transmissão de microrganismos multirresistentes (MDRO); desinfecção e esterilização; proteção e segurança do profissional de saúde; segurança da injeção; gestão de resíduos; gerenciamento de antimicrobianos; preparação e gestão de surtos.

2 As diretrizes são desenvolvidas para melhorar a tomada de decisão, fornecendo direção e recomendações de acordo com as melhores evidências disponíveis. Um procedimento operacional padrão é um conjunto de instruções, passo a passo, compiladas por uma organização, a fim de ajudar os profissionais a realizar as operações de rotina da maneira mais efetiva. Um protocolo é um plano detalhado de um experimento, tratamento ou procedimento científico ou médico.

Componente essencial 3. Educação e treinamento em PCI

O QUÊ?

- A educação em PCI deve ser implementada para todos os profissionais de saúde, utilizando estratégias de equipe e baseadas em tarefas participativas que incluam treinamento à beira do leito e simulação para reduzir o risco de IRAS e RM.

POR QUÊ?

- O apoio à educação e treinamento em PCI é uma função fundamental dos programas de PCI com o objetivo final de desenvolver uma força de trabalho de saúde qualificada e bem-informada, incluindo uma força de trabalho de linha de frente com competências básicas em PCI, bem como oferecer educação contínua para especialistas em PCI com conhecimento avançado e habilidades de mentoria e implementação.
- O treinamento dos profissionais de saúde foi considerado um componente essencial para a implementação efetiva das diretrizes de PCI, contribuindo para a prevenção de IRAS e RM e para a prestação de serviços de alta qualidade.

QUANDO?

- O desenvolvimento de bundles de educação e treinamento em PCI deve ser cogitado durante o estabelecimento de um programa de PCI no serviço de saúde.
- A sequência de implementação das recomendações do componente essencial para diretrizes baseadas em evidências, educação e treinamento, monitoramento, auditoria, feedback e vigilância deve ser determinada de acordo com o contexto local específico.

QUEM?

- É necessária experiência em PCI para se realizar o treinamento em PCI. Além disso, inclua pessoal não pertencente à PCI com habilidades adequadas para servir como treinadores e mentores (por exemplo, conecte enfermeiros/profissionais ou defensores e líderes de opinião).
- Se ainda não houver experiência em PCI disponível para liderar e realizar o treinamento em PCI, cogite apoio de fora da instituição de saúde, por exemplo, em nível regional ou nacional.
- Três categorias de recursos humanos são identificadas pela OMS como alvos para treinamento em PCI, com cada uma exigindo diferentes estratégias e conteúdo de treinamento ou atualizações no nível da instituição: 1) atualizações para especialistas em PCI (médicos, enfermeiros e outros profissionais que integram as equipes técnicas responsáveis pelo programa de PCI); 2) PCI básico para todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços e atendimento ao paciente; e 3) profissional que apoia a prestação de serviços de saúde (pessoal administrativo e gerencial, pessoal de serviço de apoio, limpeza etc.).

COMO?

- A educação e o treinamento em PCI devem fazer parte de uma estratégia geral de educação dos serviços de saúde, incluindo orientação para novos funcionários e o fornecimento de oportunidades educacionais contínuas para os funcionários existentes, independentemente do nível e cargo (por exemplo, pessoal administrativo e de limpeza).
- Use uma abordagem mista para o treinamento, incluindo informações escritas e/ou instruções orais e/ou e-learning e sessões interativas e práticas (incluindo simulação e/ou treinamento à beira do leito).
- Mecanismos de supervisão de apoio individual, de equipe e de pares são efetivas para ajudar a equipe a melhorar o desempenho. Isso deve ser instituído e monitorado no serviço de saúde.
- Estabeleça avaliações regulares, pelo menos anuais, da efetividade do treinamento (por exemplo, observação de higiene das mãos e outras verificações de conhecimento).
- Integre o treinamento em PCI à prática clínica e ao treinamento de outras especialidades (por exemplo, o treinamento de cirurgiões envolve aspectos de PCI).
- Deve ser cogitada mentoria em serviço – um exemplo poderia ser o uso de enfermeiros/profissionais de PCI como recursos ou defensores na unidade.
- Deve ser cogitada uma educação personalizada em PCI para pacientes ou familiares, a fim de minimizar o potencial de IRAS (por exemplo, pacientes imunossuprimidos ou com dispositivos invasivos ou com infecções por multirresistentes).
- Os especialistas em PCI exigem desenvolvimento e treinamento, geralmente em nível nacional ou internacional.
- Lembre-se — use o pensamento multimodal e consulte as questões orientadoras da estratégia multimodal (Quadro 4 e Anexo 2) e consulte a Parte III para obter mais informações práticas sobre “como” realizar a implementação.

Componente essencial 4. Vigilância de IRAS

O QUÊ?

- Deve ser realizada vigilância de IRAS na unidade para identificar as IRAS mais frequentes e detectar surtos de IRAS, incluindo a vigilância de RM. Deve ser fornecido feedback oportuno dos resultados aos profissionais de saúde e gestores, bem como por meio de redes nacionais, e isso deve orientar as intervenções de PCI.
- A vigilância deve ser um componente essencial e bem definido do programa de PCI.
- É necessário haver capacidade adequada do laboratório de microbiologia para apoiar a vigilância.

POR QUÊ?

- A vigilância de IRAS e RM pode fornecer informações críticas sobre a incidência e a prevalência de IRAS e RM em serviços de saúde (ou seja, identificar "o problema") para:
  - orientar as estratégias e prioridades de PCI e avaliar a efetividade e o impacto das intervenções;
  - desenvolver benchmarking e avaliar tendências ao longo do tempo;
  - detectar clusters ou surtos de importância e orientar a tomada de decisão e ações de saúde pública mais amplas;
  - auxiliar os tomadores de decisão nacionais e a equipe nacional de PCI a identificar prioridades para a PCI; e
  - desenvolver normas e políticas direcionadas baseadas em evidências.

QUANDO?

- As evidências mostraram reduções significativas nas taxas de IRAS após a implementação de programas de vigilância, incluindo mecanismos para feedback oportuno.
- Deve ser cogitada uma abordagem para a vigilância de IRAS durante o estabelecimento de seu programa de PCI. No entanto, a sequência de implementação das recomendações do componente essencial
  para diretrizes baseadas em evidências, educação e treinamento, monitoramento, auditoria, feedback e vigilância devem ser determinadas de acordo com o contexto local específico.

QUEM?

- Embora seja reconhecido que a vigilância de IRAS pode fornecer informações críticas sobre a magnitude do problema para conscientização, podendo ser útil desde o início da sequência de implementação, é importante reconhecer que a vigilância requer experiência, capacidade laboratorial e um programa de PCI estabelecido e, portanto, pode levar algum tempo para ser implementada.
- A responsabilidade pelo planejamento e condução da vigilância e análise, interpretação e disseminação dos dados coletados recai geralmente sobre a comissão de PCI e a equipe de PCI.
- A pessoa que foi nomeada, responsável pela vigilância (geralmente a pessoa focal/líder de PCI), deve ser treinada em epidemiologia básica, vigilância e PCI.
- Epidemiologistas, estatísticos, gestores de dados e especialistas em tecnologia da informação com a devida capacidade para coletar, analisar e interpretar dados de maneira precisa e eficiente nas instituições (ou se não estiverem disponíveis, em nível municipal/estadual/distrital) também desempenham um papel fundamental. Pelo menos parte dessa experiência deve estar disponível.
- Na ausência de uma equipe de PCI, a coleta de dados ainda pode ser realizada por uma equipe dedicada com acesso à documentação médica, prontuários dos pacientes, achados laboratoriais, resultados de microbiologia e virologia e outros registros relevantes. No entanto, essa equipe deve receber treinamento específico.

Componente essencial 4. Vigilância de IRAS, continuação

COMO?

- A vigilância nos serviços de saúde deve ser baseada em recomendações nacionais e definições padrão e personalizadas para as necessidades e prioridades do serviço de saúde de acordo com os recursos disponíveis, com objetivos e métodos claros. Se não estiverem disponíveis recomendações e definições padrão nacionais, devem ser consultadas recomendações/definições internacionais.
- Um exercício de priorização deve ser realizado para determinar quais IRAS devem ser visadas pela vigilância de acordo com o contexto local. As possíveis IRAS recomendadas para vigilância epidemiológica incluem:
  - infecções de sítio cirúrgico;
  - infecção associada ao dispositivo (por exemplo, infecções do trato urinário associadas ao cateter, ICS associada a cateter central, ICS associada a cateter periférico, pneumonia associada a ventilação mecânica);
  - infecções clinicamente definidas (por exemplo, na ausência de testes microbiológicos);
  - colonização ou infecções causadas por microrganismos multirresistentes (MDRO) de acordo com a epidemiologia local;
  - infecções locais prioritárias com tendência a epidemias (por exemplo, norovírus, gripe, TB, síndrome respiratória aguda grave, Ebola, febre de Lassa);
  - infecções em populações vulneráveis (por exemplo, recém-nascidos, pacientes em unidade de terapia intensiva, indivíduos imunocomprometidos, pacientes queimados);
  - infecções que podem afetar profissionais de saúde em locais de trabalho clínicos, laboratoriais ou outros (por exemplo, hepatite B ou C, HIV, gripe).
- Devem ser utilizadas definições de casos de vigilância confiáveis [ou seja, numerador e denominador definidos de acordo com as definições internacionais [Rede Nacional de Segurança em Saúde dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos [NHSN/CDC)/Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças (ECDC)] ou definições adaptadas localmente por meio de um processo de adaptação baseado em evidências e consulta a especialistas).
- Deve-se usar vigilância ativa para detectar infecções. Diferentes estratégias de vigilância podem incluir o uso de estudos de prevalência ou incidência com formulários de coleta de dados claros e direcionados.
- Os relatórios de vigilância devem ser divulgados em tempo hábil para aqueles que estão no nível gerencial ou administrativo (tomadores de decisão) e no nível da unidade/enfermaria (profissionais de saúde da linha de frente).
- Deve haver suporte de informática para realização da vigilância (por exemplo, equipamentos, tecnologias móveis, prontuários eletrônicos).
- Um sistema para avaliação da qualidade dos dados de vigilância é de extrema importância (por exemplo, avaliação de relatos de casos, revisão dos resultados da microbiologia, determinação do denominador etc.). Além disso, deve ser realizada uma avaliação regular da vigilância de acordo com as necessidades e prioridades atuais.
- Lembre-se — use o pensamento multimodal e consulte as questões orientadoras da estratégia multimodal (Quadro 4 e Anexo 2) e consulte a Parte III para obter mais informações práticas sobre “como” realizar a implementação.

Componente essencial 5. Estratégias multimodais

O QUÊ?

- Devem ser implementadas atividades de PCI que utilizem estratégias multimodais e uma abordagem de equipe multidisciplinar (ver Parte I e Anexo 2) para melhorar as práticas e reduzir IRAS e RM.

POR QUÊ?

- O uso de estratégias multimodais em PCI tem se mostrado a melhor abordagem baseada em evidências para alcançar uma mudança comportamental sustentada para a implementação de intervenções de PCI, com um grande corpo de evidências relacionadas à melhoria da higiene das mãos.
- O uso de estratégias multimodais apoia todos os aspectos da implementação de PCI e todas as recomendações das diretrizes dos componentes essenciais.
- Um pensamento multimodal significa que os praticantes de PCI não se concentram apenas em estratégias únicas para mudança das práticas (por exemplo, treinamento e educação), mas levam em consideração uma gama de estratégias que visam diferentes influenciadores do comportamento humano, por exemplo, monitoramento e feedback, infraestruturas ou cultura da organização.

QUANDO?

- O uso de estratégias multimodais deve ser cogitado desde o início para apoiar a implementação ao estabelecer seu programa de PCI.
- Onde já existe um programa de PCI estabelecido, pondere até que ponto as estratégias multimodais já estão incorporadas.

QUEM?

- A equipe (líder e membros) com o apoio da comissão de PCI é responsável por usar uma abordagem multimodal para a implementação.
- Estratégias multimodais de sucesso incluem o envolvimento de defensores ou modelos.
- Deve ser abordada a colaboração com colegas na melhoria da qualidade e segurança do paciente para desenvolvimento e promoção de estratégias multimodais.

COMO?

- Consulte as questões de orientação listadas no Quadro 4 e no Anexo 2.
- O uso de bundles ou listas de verificação deve ser incorporado às estratégias multimodais.
- Lembre-se: use o pensamento multimodal e consulte as questões orientadoras da estratégia multimodal (Quadro 4 e Anexo 2) e consulte a Parte III para obter mais informações práticas sobre “como” realizar a implementação.

Componente essencial 6. Monitoramento/auditoria das práticas de PCI e feedback

O QUÊ?

- Devem ser realizados monitoramento/auditoria regular e feedback oportuno das práticas de saúde de acordo com os padrões de PCI para prevenir e controlar IRAS e RM no nível do serviço de saúde. Deve ser fornecido feedback a todas as pessoas auditadas e ao pessoal relevante.

POR QUÊ?

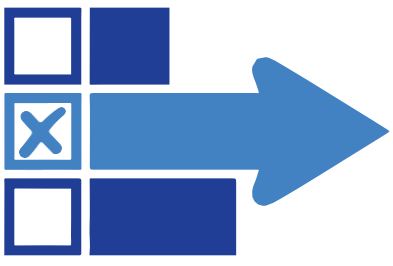
- O principal objetivo do monitoramento/auditoria de práticas e outros indicadores e do feedback é apoiar a obtenção de mudanças de comportamento ou de sistema para melhorar as práticas e a qualidade do atendimento com o objetivo de reduzir o risco de IRAS e RM disseminados como parte de uma abordagem multimodal.
- Pode incluir uma avaliação de até que ponto os padrões estão sendo cumpridos, as metas alcançadas, as atividades realizadas de acordo com os requisitos e os aspectos que podem precisar de melhoria. Isso ajuda a criar uma cultura de "monitoramento e aprendizagem" para identificar áreas de melhoria.
- A higiene das mãos tem o potencial de atuar como um indicador-chave, incluindo o monitoramento da conformidade com as orientações de higiene das mãos.
- O monitoramento e o feedback também visam o envolvimento das partes interessadas, a criação de parcerias e o desenvolvimento de grupos de trabalho e redes.
- O aprendizado no campo da melhoria da qualidade, monitoramento, auditoria e feedback pode ser uma ferramenta importante para convencer as pessoas de que existe um problema e que a solução escolhida é a certa. Isso deve ocorrer de forma isenta de culpa para promover uma cultura institucional não punitiva.
- O investimento de tempo no envolvimento das partes interessadas, coleta de dados, monitoramento, auditoria e sistemas de feedback, particularmente feedback oportuno, são importantes fatores de sucesso para impulsionar a melhoria.

QUANDO?

- As atividades de monitoramento, auditoria e feedback devem ser levadas em consideração primeiro durante o estabelecimento de um programa de PCI e, subsequentemente, devem se tornar parte integrante do processo de implementação.
- A sequência de implementação das recomendações do componente essencial para diretrizes baseadas em evidências, educação e treinamento, monitoramento, auditoria e feedback e vigilância deve ser determinada de acordo com o contexto local específico.

QUEM?

- Auditoria e feedback são atividades-chave da equipe de PCI (líderes e membros) apoiados pela comissão de PCI, que deve ter formação em técnicas de auditoria.



Componente essencial 6. Monitoramento/auditoria das práticas de PCI e feedback, continuação

COMO?

- Deve ser desenvolvido um plano de monitoramento bem definido com objetivos, metas e atividades claras, incluindo ferramentas para coletar dados de forma sistemática.
- O monitoramento/auditoria deve ser conduzido por meio de vários processos e indicadores (Quadro 5);
- A enquete HHSAF e o IPCAF da OMS são ferramentas prontas para uso para auditar a melhoria da higiene das mãos de acordo com uma estratégia multimodal e a implementação da orientação do componente essencial, respectivamente. Tanto a HHSAF quanto o IPCAF podem ser usados para monitorar as atividades do programa ao longo do tempo.
- A Ferramenta de Melhoria das Instalações de WASH (WASH FIT) apoia a melhoria contínua da WASH como parte de melhorias mais amplas de qualidade nos serviços de saúde.
- Estabeleça mecanismos de feedback para a equipe de PCI, líderes de departamento e gestores que estão sendo auditados, profissionais de saúde da linha de frente, comissão de PCI, ou de qualidade ou equivalente, e gestores ou alta direção do serviço de saúde. Métodos como folhetos, quadros de avisos, boletins e periódicos podem ser usados para divulgar os resultados do monitoramento e da auditoria.
- Estabeleça relatórios regulares (pelo menos semestrais) dos dados de monitoramento e cogite o uso de análises de tendências (por exemplo, por mês, trimestre, anualmente).
- Cogite o uso de feedback e aprendizagem bidirecionais (por exemplo, entre profissionais de saúde e aqueles que fornecem feedback) para apoiar uma cultura de aprendizagem e melhoria geral da qualidade.
- Cogite o uso de questionários de cultura de segurança como, por exemplo, o Questionário sobre cultura de segurança do paciente hospitalar (HSOPSC), o Questionário de atitudes de segurança (SAQ), o Clima de segurança do paciente em organizações de saúde (PSCH), a Escala de clima de segurança hospitalar (HSC).
- Lembre-se: use o pensamento multimodal e consulte as questões orientadoras da estratégia multimodal (Quadro 4 e Anexo 2) e veja a Parte III para obter mais informações práticas sobre “como” realizar a implementação.

Quadro 5. Processos e indicadores recomendados a serem monitorados/auditados

- Observação da higiene das mãos (usando a ferramenta de observação da higiene das mãos da OMS ou equivalente)
- Inserção e/ou cuidados do cateter intravascular
- Inserção e/ou cuidados do cateter urinário
- Principais medidas para prevenir infecções de sítio cirúrgico
- Implementação de precauções baseadas na transmissão de microrganismos multirresistentes (MDRO) e doenças infecciosas altamente transmissíveis
- Limpeza do ambiente das unidades
- Desinfecção e esterilização de equipamentos/produtos para a saúde
- Consumo de preparação alcoólica ou sabonete líquido para higiene das mãos
- Consumo/gerenciamento do uso de antimicrobianos

Componente essencial 7. Carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos

O QUÊ?

A ocupação de leitos não deve exceder a capacidade padrão da unidade (um paciente por leito com espaçamento adequado de > 1 metro entre os leitos dos pacientes). Em circunstâncias excepcionais, em que a capacidade dos leitos for excedida, a administração do serviço de saúde deve agir para garantir níveis adequados de recursos humanos que atendam à demanda de pacientes e manter uma distância adequada entre os leitos.

- Os níveis de recursos humanos dos profissionais de saúde devem ser adequadamente designados de acordo com a carga de trabalho por pacientes.

POR QUÊ?

- A ocupação de leitos que excede a capacidade padrão da instituição está associada ao aumento do risco de IRAS, surtos hospitalares e disseminação de RM em serviços de saúde, além de níveis inadequados de recursos humanos de saúde. A superlotação também é reconhecida como um problema de saúde pública que pode levar à transmissão de doenças.

QUANDO?

- A consideração das questões de carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos fará parte das discussões iniciais quando você começar a planejar sua melhoria (etapa 1). Este componente essencial influencia a implementação de todos os outros componentes. No entanto, é importante observar que as orientações reconhecem que a adesão a esta recomendação pode precisar ser equilibrada com a necessidade imediata de fornecer cuidados clínicos ao maior número possível de pacientes em circunstâncias especiais.

QUEM?

- As decisões relativas à carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos não são de responsabilidade direta do programa de PCI, mas sim da alta gestão e dos diretores. No entanto, a equipe de PCI deve compreender as evidências que apoiam esse componente essencial, a fim de ser capaz de convencer e exercer influência sobre os tomadores de decisão dos serviços de saúde e do ministério. Portanto, o desenvolvimento de habilidades de PCI referentes a negociação e influência são considerações importantes.
- A implementação bem-sucedida deste componente essencial será apoiada se um plano nacional para desenvolvimento de recursos humanos estiver em vigor.

COMO?

- Tenha como objetivo uma proporção consensualmente decidida de profissionais de saúde por pacientes, em toda a instituição, com base nas recomendações nacionais, quando disponíveis. O método dos indicadores de carga de trabalho da necessidade de recursos humanos da OMS (WISN) fornece aos gestores de saúde uma maneira sistemática de determinar quantos profissionais de saúde de um determinado tipo são necessários para lidar com a carga de trabalho de uma determinada unidade do serviço de saúde e, assim, ajudar nas decisões de recursos humanos para otimizar os recursos humanos disponíveis (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/).
- Implemente um sistema para avaliar e responder quando os níveis de recursos humanos forem considerados muito baixos.
- Defenda a causa de estratégias efetivas de gerenciamento de leitos para atender um paciente por leito em todos os departamentos como padrão de atendimento, colocação/localização correta dos pacientes e espaçamento adequado entre leitos.
- Implemente um sistema para avaliar e responder quando a capacidade adequada de leitos for excedida.
- Lembre-se: use o pensamento multimodal e consulte as questões orientadoras da estratégia multimodal (Quadro 4 e Anexo 2) e veja a Parte III para obter mais informações práticas sobre “como” realizar a implementação.

Componente essencial 8. Infraestrutura, materiais e equipamentos para PCI

O QUÊ?

- As atividades de atendimento ao paciente devem ser realizadas em um ambiente limpo e higienizado, que facilite práticas relacionadas à prevenção e controle de IRAS e RM. Isso inclui todos os elementos em torno da infraestrutura e serviços de WASH, bem como a disponibilidade de materiais e equipamentos de PCI apropriados, por exemplo, preparação alcoólica e sabonete líquido e água para higiene das mãos, equipamento de proteção individual (EPI), cateteres urinários etc.
- Materiais e equipamentos para realizar uma higiene das mãos adequada devem estar prontamente disponíveis no local de atendimento.
- Os padrões da OMS para os seguintes elementos devem ser implementados em todos os serviços de saúde: número adequado e posição apropriada das instalações de higiene das mãos; serviços de WASH; gerenciamento de resíduos de assistência à saúde e saúde ambiental; e práticas apropriadas de desinfecção e esterilização (ver ferramentas e recursos, Parte III, Componente Essencial 8).

POR QUÊ?

- Um ambiente, serviços de WASH e materiais e equipamentos adequados para a PCI são a base de programas efetivos de PCI nos serviços de saúde. Além disso, a infraestrutura é importante para a dignidade e satisfação do paciente e para o bom ânimo da equipe.

QUANDO?

- A consideração sobre a infraestrutura, bem como sobre os materiais e equipamentos de PCI, farão parte das discussões iniciais quando o serviço começar a planejar sua melhoria (etapa 1). Este componente influencia a implementação de todos os outros componentes essenciais.

QUEM?

- Garantir um ambiente adequado e limpo é responsabilidade das principais autoridades da instituição e suas unidades. As decisões relativas a infraestrutura, materiais e equipamentos para a PCI não são de responsabilidade exclusiva do programa de PCI. No entanto, a equipe de PCI deve exercer influência em relação a esse componente essencial e, portanto, o desenvolvimento de habilidades de negociação e influência são considerações importantes para a equipe de PCI.

COMO?

- Trabalhe com WASH, saúde ambiental e gestores das unidades. Onde existir, trabalhe com a equipe WASHFIT e use a Ferramenta de Melhoria de Instalações WASHFIT (ver ferramentas e recursos, Parte III, Componente Essencial 8).
- Defenda a causa do fornecimento e manutenção de edifícios e instalações, de acordo com as recomendações de PCI. Identifique e defenda a causa de itens produzidos localmente. Defenda a causa da contribuição do programa de PCI na aquisição de equipamentos e logística de PCI. Compile e monitore uma lista de rastreamento de equipamentos e logística de PCI.
- Lembre-se: use o pensamento multimodal e consulte as questões orientadoras da estratégia multimodal (Quadro 4 e Anexo 2) e veja a Parte III para obter mais informações práticas sobre “como” realizar a implementação.

Agora que você está familiarizado com cada componente essencial e seus requisitos, é importante entender como esses componentes se alinham para apoiar um programa de PCI abrangente (Figura 2). Uma abordagem abrangente e efetiva de PCI consiste em estabelecer programas de PCI com fortes ligações com outros programas, em particular, aqueles que abordam RM, WASH, qualidade e segurança. A presença de um programa de PCI é uma condição necessária, mas não suficiente para se obter assistência à saúde seguros e de alta qualidade. Além disso, um ambiente construído de forma adequada (incluindo a infraestrutura necessária, materiais e equipamentos, ocupação de leitos apropriada, recursos humanos adequados ou recursos humanos e carga de trabalho) representa a base habilitadora para a implementação de todos os outros componentes essenciais e a obtenção de práticas seguras. Esses dois pré-requisitos, ou seja, um programa estabelecido pela PCI e um ambiente construído de forma apropriada, apoiam a implementação efetiva das diretrizes de PCI, treinamento e educação, monitoramento, auditoria, feedback e vigilância. O sucesso da implementação em cada uma dessas áreas também depende da adoção de uma abordagem e do pensamento multimodais.

1 Precauções padrão; higiene das mãos; precauções baseadas na transmissão; prevenção de infecção do sítio cirúrgico; prevenção de ICS associada a cateter central; prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica ; prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter urinário; prevenção da transmissão de microrganismos multirresistentes (MDRO); desinfecção e esterilização; proteção e segurança do profissional de saúde; segurança da injeção; gestão de resíduos; consumo/gerenciamento de antimicrobianos; preparação e gestão de surtos.

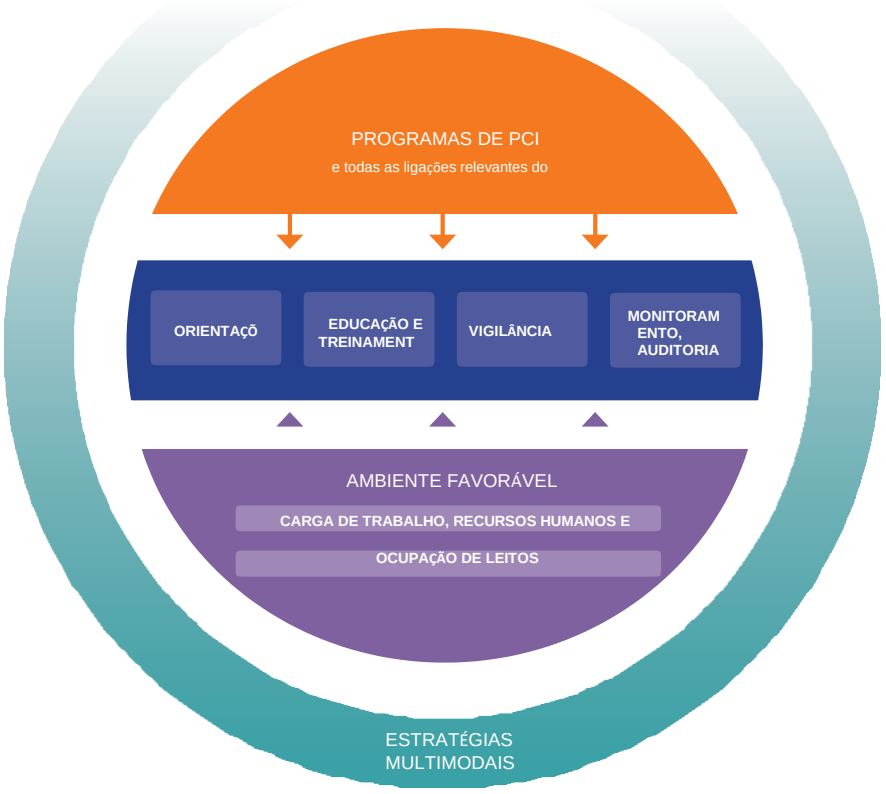
2 As diretrizes foram desenvolvidas para melhorar a tomada de decisão, fornecendo direção e recomendações de acordo com as melhores evidências disponíveis. Um procedimento operacional padrão é um conjunto de instruções passo a passo compiladas por uma organização para ajudar os profissionais a realizar as operações de rotina da maneira mais efetiva. Um protocolo é um plano detalhado de um experimento, tratamento ou procedimento científico ou médico.

COMPONENTES ESSENCIAIS - UMA ABORDAGEM HOLÍSTICA PARA MELHORIA

A Figura 2 fornece uma representação visual dos oito componentes essenciais e destaca como as recomendações da orientação se interconectam. Você também pode achar este um recurso útil para imprimir e levar consigo enquanto trabalha com o restante do manual.

Observação. Na Figura 3 (Parte III) você encontrará uma amostra de roteiro que ajuda a explicar essas ligações (ou conexões).

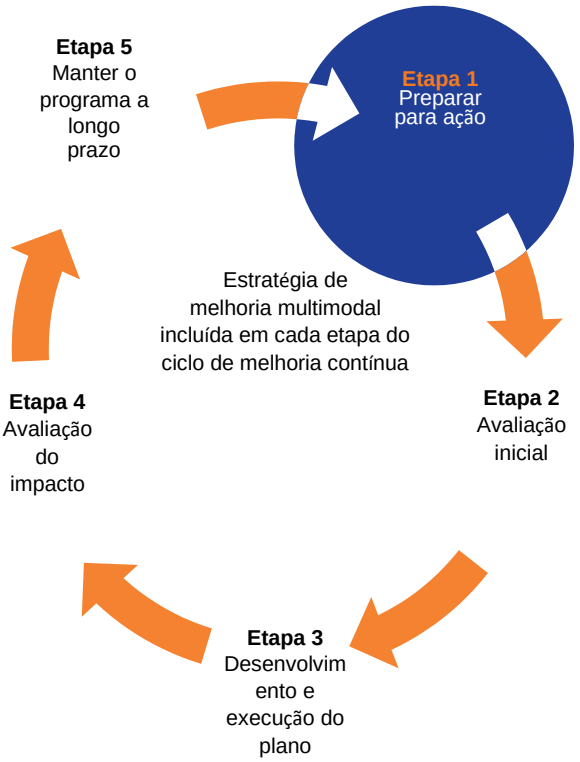
Figura 2. Representação visual de como os componentes essenciais de PCI se interconectam



PARTE III
IMPLEMENTAÇÃO

ETAPA 1
PREPARAR -SE PARA A AÇÃO

ETAPA 1
PREPARAR-SE PARA A AÇÃO



Objetivo da etapa 1

- Esta etapa se preocupa em se preparar para avaliar e melhorar a PCI em sua instituição. Aqui você construirá as bases para sua jornada de melhoria.
- Na Parte II, você se familiarizou com o quê, por quê, quem, quando e como de cada componente essencial. O conhecimento adquirido vai capacitá-lo a falar sobre os componentes essenciais com confiança para os gestores e líderes seniores, cujo apoio é crucial para o sucesso.
- A Etapa 1 envolve o planejamento e a implantação de medidas que apoiarão uma implementação bem-sucedida, bem como a sustentabilidade de um programa de PCI efetivo e seus respectivos componentes. Estes incluem os recursos necessários (humanos e financeiros), infraestruturas adequadas, planos e coordenação, bem como a identificação e o envolvimento dos principais líderes (incluindo líderes de opinião), partes interessadas e defensores (ver Quadro 6), e uma liderança e equipe geral (incluindo um representante) para o trabalho de melhoria da PCI.
- Uma parte importante da etapa 1 envolverá reuniões e conversas com as partes interessadas. Embora você ainda não tenha realizado a avaliação inicial, a comunicação e a defesa de causa são importantes para preparar o caminho para as quatro etapas restantes

Quadro 6. Envolver e influenciar pessoas importantes - definições de trabalho

Líder do serviço de saúde: para os fins deste manual, o termo líder do serviço de saúde ou equipe de liderança se refere ao administrador/chefe da unidade de saúde ou CEO ou equivalente.

Líder de opinião: um indivíduo com o poder de influenciar a opinião e o comportamento dos outros. Será uma conquista importante garantir o apoio dos formadores de opinião locais para a PCI.

Parte interessada: um indivíduo, grupo ou organização que tem interesse em sua decisão de implementar uma orientação, incluindo aqueles que serão direta ou indiretamente afetados (Orientações de Melhores Práticas 2012 da *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO). Ver a tabela 1A "Partes interessadas, comunicações e defesa de causa".

Defensor: um defensor é uma pessoa influente que apoia ativamente uma nova "inovação" e cuja influência é uma força motriz fundamental para o sucesso da implementação. Os defensores locais variam, mas no contexto da PCI, eles podem incluir profissionais, acadêmicos ou chefes de grupos de pacientes/sociedade civil que se comprometem a apoiar o trabalho de melhoria da PCI.

DICAS PRÁTICAS, PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES E AÇÕES

- Durante a etapa 1, concentre-se em realizar o trabalho inicial necessário para apoiar ações futuras.
- Preste atenção para obter uma compreensão dos prováveis requisitos de recursos humanos e financeiros necessários para melhorar um ou mais componentes essenciais de PCI em sua instituição.
- Dependendo da situação atual em sua instituição, a etapa 1 pode levar muitos meses. É importante que as atividades cotidianas para manter as pessoas seguras continuem durante essa etapa preparatória.
- Durante a etapa 1, você pode não ter, no momento, toda a atenção e o comprometimento da liderança do serviço de saúde. A Tabela 1A descreve as considerações básicas e ações que apoiarão o desenvolvimento de suas mensagens principais sobre a importância da melhoria da PCI e das ações para ajudar a convencer a liderança de sua instituição. Você desenvolverá esse trabalho preparatório durante as etapas subsequentes. Observação – muitas dessas considerações e ações estão interligadas como, por exemplo, as ações necessárias para abordar as comunicações e a defesa de causa também podem ser usadas para garantir o apoio da liderança.

Tabela 1A. Principais considerações e ações (etapa 1)

	Principais considerações	Ações necessárias
Liderança	A liderança nacional, estadual/distrital e municipal pode influenciar a receptividade da liderança dos serviços de saúde em relação à melhoria da PCI.	Quais ações foram realizadas em nível nacional, estadual/distrital ou municipal anteriormente? Por exemplo, houve uma ação nacional sobre PCI, incluindo o fato de existir ou não um programa de PCI, ou isso está em desenvolvimento? Uma abordagem nacional ou estadual/distrital e municipal de PCI fornecerá legitimidade e um mandato para planos em nível de serviço de saúde e quaisquer declarações nacionais especificamente referentes à PCI ou a ela relacionadas (por exemplo, RM) serão úteis para o progresso. Determine se um plano de ação nacional está disponível para RM e familiarize-se com ele.
Liderança	A liderança da instituição é necessária para fornecer um mandato oficial para a PCI, para impulsionar a cultura e todas as ações subsequentes e para garantir os recursos humanos e financeiros necessários e sustentáveis, incluindo tempo para realização das atividades de PCI.	• Desenvolva um roteiro que descreva sua visão da PCI e/ou de qualquer componente essencial específico usando/adaptando o texto incluído na Figura 3. O objetivo é ajudar a atrair e garantir apoio para a PCI em suas interações com as principais partes interessadas, incluindo líderes e gestores das unidades de saúde, e nas reuniões do conselho/comissão do serviço de saúde ou outras reuniões da alta gestão. • Garanta apoio formal por escrito, por exemplo, uma declaração de apoio ou memorando ou comunicação por e-mail, da liderança da instituição para os gestores e líderes seniores (ou seja, médicos e enfermeiros seniores) e as partes interessadas que você identificou como seu público-alvo (ver seção sobre Partes interessadas abaixo). • Comece a preparar um conteúdo/roteiro para os boletins informativos, reuniões de rotina com equipes médica e de enfermagem e outros profissionais de saúde, além de quadros de avisos. • Cogite o uso da mídia social (por exemplo, Facebook ou outras redes sociais usadas em seu país) e do rádio local para divulgar mensagens sobre a importância de PCI.
Recursos humanos	Uma equipe de PCI, incluindo um líder/pessoa focal, é necessária para levar adiante todas as ações apoiadas por uma comissão de PCI.	• Identifique pelo menos uma pessoa competente para ordenar e conduzir o trabalho (pode ser você!). • É necessária uma equipe competente para apoiar o líder de PCI – pondere quem pode cumprir essa função (a equipe incluirá o líder/pessoa focal de PCI nomeado e outros funcionários). • Identifique as pessoas, departamentos ou organizações que têm interesse na melhoria da PCI, por exemplo, os defensores/líderes de opinião em potencial já mencionados acima e, também, aqueles que trabalham com qualidade, RM, saúde ocupacional, educação dos profissionais de saúde nas unidades e/ou na comunidade. Em muitas instituições, uma comissão de PCI ativo fornece esse apoio.

1. Conjunto de ferramentas RNAO: implementação de orientações de melhores práticas. Segunda edição 2012

Principais considerações e ações (etapa 1) continuação

	Principais considerações	Ações necessárias
Partes interessadas, comunicações e defesa de causa	• O envolvimento das partes interessadas é uma parte importante da fase preparatória. • As principais partes interessadas (incluindo possíveis defensores/líderes de opinião) precisam ser convencidas de que a IRAS consistem em um problema e que o estabelecimento de um programa de PCI funcional e/ou implementação/fortalecimento de qualquer parte das orientações dos componentes essenciais oferece uma solução. Portanto, uma narrativa convincente com um conjunto de mensagens e materiais de defesa de causa é necessária para "conquistar os corações e mentes" das pessoas-chave. • Lembre-se: é sabido que a PCI (especialmente a higiene das mãos) é um tema que pode unir múltiplas disciplinas e estimular a discussão nas reuniões cotidianas. Essa é uma maneira tangível de envolver as partes interessadas.	• Identifique as partes interessadas em todos os níveis da instituição e, em alguns casos, além, por exemplo, grupos de pacientes e da sociedade civil. Preste atenção especial à identificação de possíveis defensores/líderes de opinião influentes. Faça uma análise das partes interessadas (isso também pode ser revisto e revisado ao longo do processo de implementação)[1]. • Envolva as partes interessadas por meio de reuniões individuais ou reuniões de sensibilização e defesa de causa para discutir a necessidade de fortalecimento de PCI (ver amostra de agenda no Anexo 3) – use o roteiro pré-preparado (figura 3). • Comunique sua visão e objetivos de PCI, com base nos componentes essenciais, usando canais adequados ao seu contexto. Explique o que sua instituição precisa implementar para atender às recomendações das diretrizes dos componentes essenciais. • Explique como a PCI aborda um problema real na instituição (ou problema potencial), ou seja, IRAS, tempo de internação, desfecho do paciente, qualidade e segurança (de pacientes e profissionais de saúde), a capacidade da instituição de resistir a choques, como surtos de doenças altamente transmissíveis. • Use as ferramentas de defesa de causa listadas no final da etapa 1 para apoiá-lo em suas reuniões (em grupo e individualmente). • Durante as reuniões, discuta com os colegas suas experiências anteriores de PCI. Investigue se os colegas vivenciaram surtos. As experiências com surtos podem atuar como catalisadores para mudanças e focar a atenção no valor da PCI como meio de impedir surtos – a implementação da PCI ajudará a impedir futuros surtos e fortalecer a resiliência da instituição. • Obtenha apoio e comprometimento usando os materiais de defesa de causa e "roteiros" mencionados anteriormente. O objetivo é capacitar os outros a agirem de acordo com sua visão – seja específico sobre o tipo de apoio de que você precisa, por exemplo, um mandato para a ação, um compromisso de levar em consideração os requisitos de financiamento etc. • Reserve um tempo para explicar por que a PCI e todos os componentes essenciais são cruciais e benéficos – ou seja, ilustre usando evidências e exemplos simples de práticas locais que impactaram em mudanças para obter rapidamente resultados visíveis. • Descubra quais grupos locais de pacientes/grupos da sociedade civil (por exemplo, grupos focados em sepse, MRSA, HIV, hepatite B) estão conectados à PCI e quando eles se encontrarão e quais são suas estratégias e planos de ação. Pondere como a visão da PCI pode ser conectada a essas atividades e desenvolva relacionamentos onde ainda não existirem.

Principais considerações e ações (etapa 1) continuação

	Principais considerações	Ações necessárias
Recursos financeiros	• Um orçamento protegido, dedicado e adequado é necessário para apoiar e manter o programa de PCI. • O mecanismo de alocação de orçamento para serviços de saúde deve ser discutido com as partes interessadas em nível estadual/distrital/municipal e nacional, se não estiver em vigor.	• Comece a cogitar como desenvolver um caso de orçamento para apresentar à liderança/gestores do serviço de saúde a fim de implementar e manter os componentes essenciais essa será uma ação-chave na etapa 3. • Determine se há necessidade de se conectar com as partes interessadas em nível estadual/municipal e nacional responsáveis pela alocação do orçamento das unidades de saúde, por exemplo, para abordar WASH ou questões de recursos humanos e financiamento sob os auspícios da revisão anual do setor da saúde. O envolvimento e a conscientização deles sobre os planos de PCI serão importantes. • Explore se os recursos (incluindo recursos humanos) ou infraestrutura existentes podem ser usados para apoiar seu programa de PCI e apresente isso como uma proposta para a liderança quando for relevante (levando em conta que nem sempre estarão disponíveis recursos extras). Por exemplo, a PCI pode ser incorporada nas atividades de uma série de programas de saúde (RM, malária, imunização, TB/HIV, saúde materno-infantil). Concentre-se em como a PCI tem potencial para apoiar o cumprimento das metas do programa. Neste último exemplo, embora o orçamento não possa ser dado diretamente ao programa de PCI, ele pode ser acessado para apoiar a implementação da PCI. • Cogite obter recursos de outras fontes não tradicionais, por exemplo, membros da comunidade/organizações da sociedade civil, políticos locais, o setor comercial ou ONGs, de acordo com o seu contexto local. • Comece a cogitar pequenas ações que não exigirão muitos recursos e, em seguida, amplie-as para fortalecer seu caso para finanças que levarão a maiores melhorias a longo prazo. • Discuta como o orçamento será usado e relatado, incluindo a necessidade de alocação orçamentária contínua para garantir que a ação de PCI possa ser sustentada, e as infecções, reduzidas (com a redução de custos associada).
Interligações com outros programas	• Devem ser estabelecidas ou fortalecidas as ligações com as equipes e os programas de melhoria da qualidade[2] e as equipes de RM e WASH. • Devem ser estabelecidas ou fortalecidas as ligações com programas de credenciamento e regulamentação.	• Use seu roteiro pré-preparado em suas reuniões com outros programas e concentre-se em demonstrar como a PCI é relevante para atingir os objetivos deles e no fortalecimento do trabalho conjunto para benefício mútuo. • Leve em consideração o papel da PCI no fortalecimento do credenciamento. • As mudanças necessárias para melhorar a PCI terão mais probabilidade de sucesso se você puder reunir um grupo interdisciplinar com poder e comprometimento para ajudar a liderar o esforço de mudança.

2. Em algumas instituições de saúde, o líder/pessoa focal de PCI faz parte da equipe de melhoria da qualidade e essa equipe pode inicialmente assumir a responsabilidade pela PCI.

Principais considerações e ações (etapa 1) continuação

	Principais considerações	Ações necessárias
Uso de dados	• A PCI deve ser vista como essencial para o sucesso dos desfechos de saúde de uma instituição.	• As mudanças necessárias para melhorar a PCI têm maior probabilidade de sucesso se você estabelecer um senso de urgência – os dados podem ajudá-lo a fazer isso. • Pondere se outras avaliações relevantes para a PCI (por exemplo, WASH incluindo WASH FIT, RM ou avaliações de preparação para surtos) já ocorreram e discuta com a liderança quais informações eles fornecem sobre a situação atual de PCI (isso será fortalecido pela realização de uma avaliação inicial de PCI direcionada na etapa 2). • Explore a disponibilidade de dados nacionais para apoiar a necessidade de ação.

A Figura 3 contém uma amostra de texto que pode ser usada como “roteiro” para apoiar as discussões de sensibilização iniciais com os gestores e líderes das unidades com outras partes interessadas, juntamente com sua cópia impressa da Figura 2.

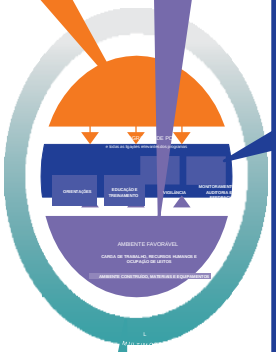
Figura 3. Amostra de roteiro para discussões de sensibilização inicial com gestores e líderes de unidades

1 A melhoria da PCI contribui para uma redução na propagação da RM, protege mães e recém-nascidos de infecção, incluindo sepse, e protege todos os pacientes de danos evitáveis e morte. A efetividade da PCI só será obtida se fortalecermos nossa abordagem e desenvolvermos e construirmos um programa que atenda às recomendações delineadas nas diretrizes sobre os componentes essenciais dos programas de PCI da OMS em nível nacional e de serviço de saúde. A implementação de um programa de PCI também economiza recurso financeiro e é altamente rentável, evitando tratamentos desnecessários e tempo extra de permanência devido a infecção, além de melhorar a qualidade da prestação de assistência à saúde.

Esta representação visual resume os oito componentes essenciais de PCI baseados em evidências que a OMS determina para os serviços de saúde. Como você pode ver, é fundamental o estabelecimento de programas PCI com fortes ligações com outros programas relevantes, por exemplo, aqueles que abordam qualidade, segurança e RM. **<Insira informações locais sobre o que aconteceu até agora para abordar a PCI, incluindo quaisquer dados ou estudos de caso relacionados a IRAS.>**

...

2 A presença de um programa de PCI é uma condição necessária, mas não suficiente para se obter assistência à saúde segura e de alta qualidade em nossas instituições. Um sistema de saúde efetivo é fundamental para dar apoio à PCI. Além disso, precisamos garantir que temos um ambiente construído de forma apropriada (incluindo a infraestrutura, materiais e equipamentos necessários, ocupação adequada de leitos, recursos humanos ou alocação de funcionários e carga de trabalho adequados) como base para permitir a implementação de todos os outros componentes essenciais. **<Insira informações locais sobre o ambiente favorável, se disponível.>**



3 Esses dois pré-requisitos. Ou seja um programa de PCI incluindo recursos humano e uma infraestrutura adequada, apoiam a implementação efetiva das diretrizes de PCI, treinamento e educação, monitoramento, auditoria, feedback e vigilância de IRAS/AMR. No entanto, precisamos de líderes/pessoas focais e equipes qualificados em PCI para desenvolver tudo isso. **<Insira informações locais sobre orientações, educação e treinamento, vigilância e monitoramento e feedback quando disponíveis.>**

4 O sucesso da implementação de qualquer esforço de melhoria da PCI também depende da adoção de uma abordagem multimodal, ou seja, uma estratégia que consiste em vários elemento implementada de forma integrada com o objetivo de melhorar os desfechos dos pacientes e mudar o comportamento dos profissionais de saúde. Buscamos o seu apoio para ajudar nossas unidades a melhorar a PCI e implementar esses componentes principais – isso vai melhorar a qualidade e a segurança, tornar-nos mais bem posicionados para resistir às ameaças de surto, impedir a disseminação de MR, resultando em um bom custo-benefício. **<Insira informações locais sobre as diferentes estratégias que foram empregadas anteriormente para melhorar a qualidade e a segurança da unidade de saúde.>**

BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO E SOLUÇÕES

Vários problemas podem ser enfrentados ao trabalhar na etapa 1. Durante suas reuniões e discussões com as principais partes interessadas, pondere as possíveis barreiras e facilitadores em que podem estar associados à implementação de seu programa de PCI. Use o recurso: Folha informativa: questões para orientar a avaliação de facilitadores e barreiras(ver ferramentas e recursos).

A Tabela 1B lista algumas das barreiras comuns à implementação que os líderes e equipes de PCI encontram, juntamente com algumas possíveis soluções e exemplos de implementação.

Tabela 1B. Superar barreiras e desafios à implementação (etapa 1)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
A PCI não é considerada uma prioridade em sua instituição	• Compartilhe todos os dados de surto disponíveis e como as deficiências da PCI contribuíram para o surto. • Use os dados para documentar um problema que você acredita estar em andamento (por exemplo, sepse neonatal adquirida na assistência à saúde) e para convencer os líderes. A avaliação e o monitoramento serão abordados com mais detalhes na etapa 2, mas se você já tiver dados existentes para compartilhar com os líderes – use-os! • É essencial haver comunicação regular e defesa de causa perante a liderança/gestores seniores. • Integre a PCI nas reuniões relevantes e apresente a PCI, por exemplo, nas visitas dos médicos das unidades de saúde ou nas reuniões de desenvolvimento de enfermeiros. • Envie uma cópia dos e-mails/memorandos relevantes aos líderes e gestores. • Comece pequeno – explore a possibilidade de haver uma pequena linha de orçamento – pode ser simbólica e demonstrar um comprometimento (ainda que pequeno) que possa ser desenvolvido, por exemplo, em um espaço de escritório compartilhado, com mesa e telefone, e orçamento consensualmente decidido para materiais de treinamento futuros.	**Assegurar a PCI como prioridade usando dados iniciais** "Para obter apoio para o nosso programa de PCI, em primeiro lugar tivemos que captar dados iniciais para convencer a liderança, e, assim, começamos com monitoramento, auditoria e feedback como nossa primeira atividade. A princípio, coletamos os dados manualmente e passamos dois anos discutindo regularmente os resultados e as necessidades em visitas e reuniões. À medida que começamos a convencer a liderança, começamos enviar aos administradores do hospital uma cópia dos e-mails sobre recursos e equipes-chave para incentivar ainda mais o apoio. Com o tempo, o programa de PCI envolveu 10 enfermeiros e um médico infectologista. Conseguimos criar um software eletrônico com menu suspenso para coletar melhor os dados, nos envolvemos em um programa de vigilância regional que nos forneceu mentoria regular e tivemos grande sucesso na implementação do *bundle* com foco nas taxas decrescentes de infecção associada a dispositivos. Enfatizamos a cultura de "praticar o que se prega". Índia **Assegurar a PCI como prioridade, aproveitando um surto** "Já havia um enfermeiro responsável pela PCI, mas recebia pouca atenção. Só depois de vivenciarmos um surto de *Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenêmicos é que conseguimos convencer a liderança sobre a importância da PCI e a necessidade de recursos para desenvolver nosso programa de PC. Além disso, a comissão nacional de PCI, que inclui os setores público e privado, ajudou a impulsionar a agenda da PCI". Barbados

Superar barreiras e desafios à implementação (etapa 1) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Liderança para PCI em falta	• Serviços de saúde sem programas anteriores de PCI acharam melhor começar pelo mínimo necessário, identificando uma equipe e convencendo os líderes a investir na PCI. • É fundamental concentrar a atenção na identificação de defensores e líderes de opinião locais. Há um enfermeiro ou médico sênior ou outro profissional de saúde que possa ser convencido de que a PCI é relevante para seu trabalho e para a segurança do paciente em geral, e que possa ser estimulado a falar sobre a necessidade de melhoria da PCI? Observou-se que aqueles que geralmente são mais resistentes no início podem se tornar os maiores defensores após serem convencidos, e eles podem exercer grande influência sobre os outros! • A coleta e o aproveitamento de dados de surtos anteriores é um tema comum decorrente de exemplos de estudo de caso que podem resultar em um envolvimento bem-sucedido. • O aproveitamento da comunicação pública – o envolvimento de pacientes ou grupos da sociedade civil também pode prover uma forte alavanca para a ação, por exemplo, o uso dessas vozes para promover a necessidade de uma melhor PCI, com foco nos interesses do paciente (por exemplo, hospitais sujos, familiares que desenvolveram algum tipo de IRAS que afetou a qualidade de vida) – posicionam a PCI como uma obrigação moral. • Construção de vínculos e promoção de integração, por exemplo, com a RM, com outras diretorias (como a diretoria de enfermagem), com a segurança do paciente, com a gestão de qualidade, com o atendimento materno e neonatal. • A integração é fundamental e pode ser fortalecida por meio de planejamento/orçamento conjuntos, reuniões de revisão conjunta, monitoramento conjunto e supervisão de apoio. Comece a pensar em como vincular o desempenho de PCI a outros sistemas de gestão de desempenho de unidades de saúde ou de pessoal, por exemplo, avaliação.	**Assegurar passo a passo o apoio da liderança** "No início, era difícil obter apoio para a PCI. Eu queria iniciar um programa de PCI, mas tive que encontrar uma maneira de construir uma equipe passo a passo ao longo do tempo. Por fim, identifiquei três funcionários comprometidos e convenci a liderança do hospital a apoiar meu treinamento APSIC (Sociedade de controle de infecção do Pacífico Asiático, do inglês *Asia-Pacific Society of Infection Control*). Em seguida, trabalhei com uma pessoa com experiência em bioestatística para começar a coletar dados e criar um sistema de vigilância, além de um engenheiro ambiental para apoiar ainda mais as atividades de PCI. Para manter o forte apoio do diretor do hospital, precisávamos mostrar os dados e expor o que estávamos precisando. Inicialmente, foi difícil conseguir enfermeiros de PCI porque a PCI não era um campo reconhecido e os enfermeiros preferiam trabalhar na clínica em vez de na PCI (em parte também por causa das diferenças salariais). Durante dois anos, promovemos a conscientização da PCI e ensinamos regularmente outras pessoas. Agora temos um departamento de PCI para um hospital com 650 leitos. O departamento é liderado por um médico infectologista e apoiado por uma equipe de enfermeiros ligados a PCI. Nosso departamento também faz parte do grupo consultivo de PCI do Ministério da Saúde e do programa de hospitais modelo". Vietnã **Assegurar o apoio da liderança usando dados** "A liderança precisa entender a importância da PCI, sua capacidade de melhorar a segurança do paciente e de aumentar a relação custo-benefício, e isso advém de dados e de ações baseadas em evidências. O enfermeiro de PCI ficava batendo na porta quando tinha a oportunidade de conversar com a liderança e aos poucos as pessoas perceberam. Exigiu muito esforço persistente. Realizamos reuniões mensais de PCI, incluindo a liderança do hospital, o microbiologista, os médicos infectologistas e os enfermeiros para analisar os dados, além de enviar e-mails regulares para a alta administração do hospital. Então, defendemos a causa de uma pequena linha de orçamento. Não é preciso muito para começar um bom programa de PCI. Usamos a questão da higiene das mãos para defender a causa da importância do uso regular de água e sabonete e dos recursos para estratégias multimodais, a fim de melhorar a mudança de comportamento". Paquistão **Assegurar o apoio da liderança com base em pequenos projetos de pesquisa** "Nós nos envolvemos com pesquisas sobre infecção do sítio cirúrgico, o que ajudou a promover a conscientização sobre a importância da PCI. Realizamos visitas regulares de segurança do paciente com executivos seniores e discutimos a importância da PCI sempre que possível. Após esse envolvimento em pesquisa e intensos esforços de defesa da causa, iniciamos uma comissão de PCI na unidade que continuou a promover as intervenções de estudo e a trabalhar nas questões de recursos, como a instalação de dispensadores de preparação alcoólica sob a forma gel para higiene das mãos em todo o hospital, além da educação da equipe do hospital." Quênia **Assegurar o apoio da liderança integrando a PCI com a segurança do paciente** "Nosso hospital foi o primeiro da Argentina a ter um programa de PCI (desde 1970). Promovemos a necessidade de um programa de PCI para a liderança como a prioridade número um para a segurança do paciente e como uma importante obrigação moral. Todos os médicos infectologistas têm algumas atividades epidemiológicas de PCI, de gerenciamento de antimicrobianos e de vigilância de MR. Temos dois enfermeiros credenciados em doenças infecciosas, além de cinco médicos responsáveis pela PCI e pela epidemiologia; nosso chefe é médico infectologista. Nossas autoridades aprenderam que a segurança é uma prioridade em nosso hospital, é uma obrigação moral." Argentina **Assegurar o apoio da liderança envolvendo grupos de pacientes** "Um dos principais desafios é a comunicação e a vontade política. Tivemos sucesso ao abordar isso por meio de associações de pacientes que realizaram atividades de sensibilização e treinamento para profissionais de saúde sobre PCI." Burquina Faso

Superar barreiras e desafios à implementação (etapa 1) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Limitada experiência disponível em PCI e implementação	• Pondere como desenvolver a capacidade do ponto focal e da equipe de PCI, explorando o treinamento disponível no país ou internacionalmente (pode haver disponíveis recursos on-line). • Use uma abordagem gradual e depois amplie. Garanta que os profissionais de saúde trabalhem de 1 a 2 dias na PCI em primeira instância, comece com um pequeno grupo de funcionários comprometidos e depois amplie a equipe. • Conecte-se com os líderes nacionais do ministério da saúde em PCI, WASH e RM, se houver, ou em saúde pública para determinar se já existem oportunidades de treinamento ou transferência de conhecimento. • Cogite o uso de enfermeiros/profissionais de ligação[3] – comece pequeno e construa conhecimentos de forma incremental. • Conecte-se com a comunidade nacional (se houver) ou internacional de PCI para descobrir se outras pessoas em cargos semelhantes podem compartilhar ideias e lições aprendidas. Além disso, lembre-se de explorar se outras equipes de sua instituição já tentaram implementar orientações ou inovações – pode haver algumas lições valiosas que você pode aprender em sua jornada de implementação da PCI.	**Aproveitar o comprometimento político para atender às necessidades de recursos humanos** "Para construir um programa/presença de recursos humanos de PCI, o Ministério da Saúde trabalhou com as instituições para convencer a liderança da necessidade de pessoas focais de PCI para cada departamento que pudessem dedicar 1-2 dias por semana ao trabalho de PCI." Gana **Conectar-se com colegas em estágio semelhante de implementação no mundo inteiro** O Pod de aprendizagem sobre PCI/WASH do Laboratório Global de Aprendizagem da OMS fornece um mecanismo de conexão com colegas em estágio semelhante de implementação para compartilhar exemplos de sucesso na abordagem dos problemas. O Pod de aprendizagem sobre PCI/WASH oferece um espaço seguro para se fazer perguntas e aproveitar a experiência (ver o Quadro 7) e as ferramentas e recursos existentes.
Limitados recursos financeiros/ infraestrutura disponíveis	• Durante o estabelecimento inicial de um programa de PCI, levará algum tempo para proteger o "hardware" necessário, como escritório, espaço para mesa e outros equipamentos necessários. Algumas instituições trataram disso por meio do compartilhamento com programas de especialidades já estabelecidos.	**Medidas provisórias para lidar com a falta de equipamentos para o programa de PCI** "A disponibilidade de equipamentos específicos para programas nas unidades de atenção à saúde nem sempre está disponível em alguns hospitais. Tivemos dificuldade em obter espaço de escritório e computadores para que nossa equipe de PCI conduzisse o trabalho de forma apropriada. Tentamos dividir espaço com a unidade de educação em saúde e com a unidade de diabéticos, mas ele ainda é limitado (por exemplo, um computador compartilhado em três unidades). No entanto, já foi planejada uma expansão das unidades para o futuro e mais espaço e equipamentos podem se tornar disponíveis. Sri Lanka **Produção local para suprir a falta de suprimentos para o programa de PCI** "Nosso departamento cirúrgico decidiu implementar uma estratégia multimodal para reduzir as infecções do sítio cirúrgico, pois parecia ser uma complicação pós-operatória contínua. A equipe local identificou a antissepsia da pele do sítio cirúrgico entre as medidas de prevenção prioritárias a serem aprimoradas. O treinamento da equipe sobre as melhores práticas para esse procedimento foi atualizado, mas a instituição estava usando um antisséptico (produto a base de iodo aquoso) que não demonstrou eficácia ideal para esse procedimento. O padrão ouro é um antisséptico à base de clorexidina alcoólica, que não estava disponível em nossas unidades e era cara para ser adquirida no mercado. Entramos em contato com o escritório da OMS para perguntar se seria possível haver produção local, semelhante à formulação da OMS (preparação alcoólica) para higiene das mãos. Recebemos uma fórmula para produzir localmente uma solução à base de clorexidina alcoólica, e nossa farmácia a produziu a baixo custo. Assim, fomos capazes de melhorar o desempenho no preparo da pele para cirurgias, de acordo com os padrões internacionais, juntamente com outras medidas importantes para a prevenção de ISC." Uganda.

[3] Um enfermeiro/médico de ligação é um recurso da unidade/enfermaria que faz a ligação com a equipe de PCI. Sua função é defender a causa da PCI, aumentar a conscientização sobre a PCI no nível da unidade/enfermaria e, em geral, apoiar a equipe de PCI em suas atividades voltadas para a melhoria das práticas.

Quadro 7. Pod de aprendizagem sobre PCI e WASH da OMS

O Pod de aprendizagem sobre PCI e WASH da OMS é um fórum para compartilhar experiências de primeira linha no campo de PCI e WASH no contexto de melhoria da qualidade e da cobertura universal de saúde (UHC). Ele foi projetado para apoiar e facilitar a implementação das orientações, recomendações, padrões e prestação de contas sobre PCI e WASH, promovendo discussão e aprendizagem focadas que apoiam a mudança. O Pod permite aprofundamento nas questões sobre PCI e WASH para ajudar a explorar o conhecimento e facilitar o aprendizado. Contribui para obtenção na qualidade da prestação de serviços de saúde necessária para uma cobertura universal de saúde de qualidade. O conteúdo do Pod sobre PCI e WASH é conduzido por membros que definem a agenda das discussões e atividades que nele ocorrem. Também abriga recursos que não estão atualmente disponíveis ou acessíveis através dos sites, incluindo orientações nacionais e manuais de políticas. Junte-se ao Laboratório de Aprendizagem Global da OMS e acesse o Pod de Aprendizagem sobre PCI/WASH (disponível em: http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/schematic-GLL. pdf?ua=1).

FERRAMENTAS E RECURSOS

Defesa de causa:

- Infográfico de PCI (http://www.who. int/infection-prevention/tools/core- components/HAI-Infographic.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Infográfico sobre PCI/WASH/AMR (http://www.who.int/water_sanitation_health/facilities/ amr-ipc-wash-flyer-nov16.pdf acessado em 3 de abril de 2018)
- Sumário visual dos componentes principais (http:// www.who.int/infection-prevention/tools/ core-components/ipc-cc_visual.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Sumário de duas páginas dos componentes principais (http://www.who.int/infection-prevention/ publications/ipc-cc-summary.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Vídeo da OMS: Atenção à saúde sem infecções evitáveis – a vida das pessoas depende disso (https://www.youtube.com/watch?v=K-2XWtEjfl8&app=desktop acessado em 3 de abril de 2018)
- Vídeo de defesa de causa dos componentes principais de PCI da OMS (https://www.youtube.com/ watch?v=LZapz2L6J1Q&feature=youtu.be acessado em 3 de abril de 2018)
- Vídeo de treinamento em liderança de PCI da OMS (https://www.youtube.com/ watch?v=92bFMeS35vA&feature=youtu.be acessado em 3 de abril de 2018)
- Guia da OMS: Atenção à saúde sem infecções evitáveis: o papel fundamental da prevenção e controle de infecção: (http://www.who.int/ infection-prevention/publications/ipc-role/ en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Cartaz sobre PCI/higiene das mãos e RM para diretores executivos e líderes hospitalares (http://www.who.int/infection-prevention/ campaigns/clean-hands/poster-ceoLIC. pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Cartaz sobre PCI/higiene das mãos e RM para profissionais da saúde (http://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/poster-hworkerLIC.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Estratégia Multimodal da OMS para a melhoria - WHO multimodal improvement strategy (http://www.who.int/infection-prevention/ publications/ipc-cc-mis.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Informe para envolvimento dos formuladores de políticas nacionais (http://www.who.int/infection-prevention/ campaigns/clean-hands/campaign_

policymakers.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018

- Uso de um surto para motivar a mudança: criação de um programa de PCI começando do zero (Barbados) (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=41927&lang=en acessado em 3 de abril de 2018)
- Vidas paralelas – parto de bebês sem WASH/PCI (https://www.youtube.com/watch?v=pz84KiKAKPs acessado em 3 de abril de 2018)
- Salve vidas, higienize suas mãos: Conjunto de ferramentas de defesa de causa da campanha global anual da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/ campaigns/clean-hands/5may_advocacy- toolkit.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- OMS, Vídeo de defesa de causa da higiene das mãos, Salve vidas, higienize suas mãos, 2015 https://www.youtube.com/watch?v=u3ZyHczEQV8&feature=youtu.be
- OMS, Mãos limpas na cirurgia: Jornada de um paciente https://www.youtube.com/watch?v=H1COk9QA3JY&feature=youtu.be
- OMS, Combate à resistência microbiana: está em suas mãos https://www.youtube.com/watch?v=kwJDHw6gm8E&feature=youtu.be
- Ferramentas para um ambiente de segurança institucional (incluindo modelo de cartas) http://www.who. int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/safety_climate/en/

Caso de negócio/caso financeiro

- Calculadora de custos de IRAS da Associação para Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia (APIC) (https://apic.org/Resources/ Cost-calculators acessado em 3 de abril de 2018)
- Quanto custam as bactérias multirresistentes aos hospitais australianos? Ferramenta de acesso aberto baseada em evidências(https://www.sciencedirect.com/ science/article/pii/S2468045117302274 acessado em 3 de abril de 2018)
- Modelo para Planos Estaduais para Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde – CDC (https://www.cdc.gov/hai/pdfs/stateplans/ga.pdf acessado em 3 de abril de 2018)
- Amostra de plano de PCI [Hospital Estadual de Montana, Estados Unidos da América (USA)] (https://dphhs.mt.gov/Portals/85/amdd/documents/MSH/volumei/infectioncontrol/InfectionPreventionAndControlPlan.pdf acessado em 3 de abril de 2018)
- Royal College of Nursing (Reino Unido) (2012) O papel de um enfermeiro de ligação na prevenção e controle de infecção (PCI): desenvolvimento de um esquema de enfermeiros de ligação (https://www. rcn.org.uk/professional-development/ publications/pub-004310 acessado em 3 de abril de 2018)

Facilitadores e barreiras

- Folha informativa: Perguntas para orientar a avaliação de facilitadores e barreiras do conjunto de ferramentas RNAO: implementação de orientações de melhores práticas. Segunda edição 2012 (http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition acessado em 3 de abril de 2018)
- Ferramenta de melhoria de água e saneamento para instalações de saúde (WASH FIT): guia prático para melhorar a qualidade do atendimento por meio de água, saneamento e higiene em instalações de saúde (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and- sanitation-for-health-facility-improvement- tool/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Planos de Ação de RM Nacionais (http://www. who.int/antimicrobial-resistance/national- action-plans/en/ acessado em 3 de abril de 2018)

Liderança de PCI

- Treinamento em PCI da OMS. Módulo de liderança (incluindo liderança, implementação e melhoria da qualidade, componentes principais e estratégias multimodais, gestão de projetos e gestão de conflitos, educação de adultos) (http://www.who.int/infection-prevention/ tools/core-components/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Módulos de e-learning da OMS sobre liderança, implementação e melhoria da qualidade, componentes principais e estratégias multimodais, gestão de projetos e gestão de conflitos, educação de adultos (http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Líder global discute infecção de sítio cirúrgico e MR (https://youtu.be/wf6MYI5IKPg acessado em 3 de abril de 2018)

Apoio de pares

- Pod de aprendizagem sobre PCI/WASH do Laboratório Global de Aprendizagem (https://extranet.who.int/dataform/848962?lang=en acessado em 7 de abril de 2018)

Partes interessadas

- Ferramenta de mapeamento de partes interessadas (https://www.k4health.org/toolkits/research-utilization/ fhi-360-stakeholder-analysis-tool acessado em 3 de abril de 2018) Planilha da situação das partes interessadas no conjunto de ferramentas RNAO: implementação de orientações de melhores práticas. Segunda edição (2012) (http://rnao.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines- second-edition acessado em 20 de abril de 2018)
- Aliança Internacional de Organizações de Pacientes (https://www.iapo.org.uk acessado em 3 de abril de 2018)

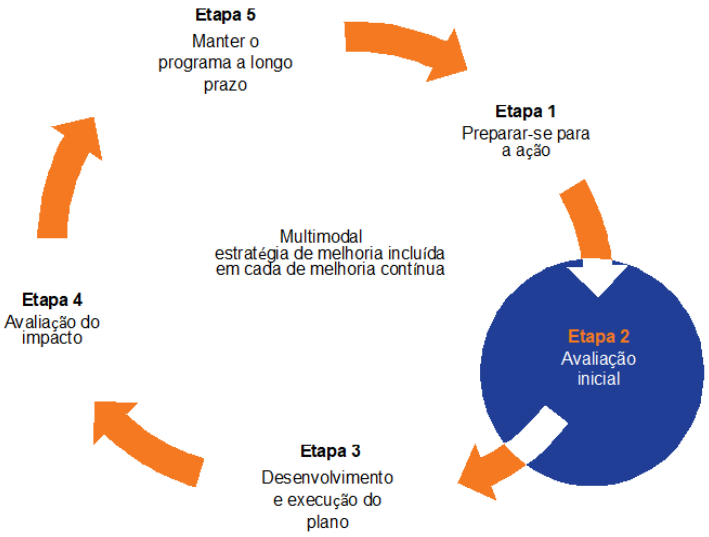
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA ETAPA 1

No final da etapa 1, você deve ter feito o seguinte:

1.	Familiarizou-se com as recomendações das orientações dos componentes essenciais	
2.	Preparou um “roteiro” ou pontos-chave para orientar as discussões com a gerência e a liderança (usando as Figuras 2 e 3)	
3.	Elaborou uma lista das principais partes interessadas que serão envolvidas, com base no contexto local	
4.	Coletou quaisquer avaliações/relatórios anteriores e dados que abordam a PCI	
5.	Investigou as possibilidades de integração da PCI com as atividades atuais da unidade de saúde, por exemplo, com RM etc.	
6.	Listou todos os grupos de pacientes ou da sociedade civil existentes e que poderiam apoiar a defesa de causa da PCI	
7.	Realizou uma série de reuniões de defesa de causa com líderes, as principais partes interessadas e defensores/líderes de opinião usando a amostra de roteiro (Figura 3)	
8.	Assegurou gerenciamento verbal e por escrito e apoio da liderança para a PCI	
9.	Identificou um líder/pessoa focal e uma equipe de PCI, com apoio dos diretores do serviço de saúde	
10.	Identificou possíveis recursos humanos e financeiros para apoiar e sustentar o trabalho (quando necessário)	

ETAPA 2
AVALIAÇÃO INICIAL

ETAPA 2
AVALIAÇÃO INICIAL



A importância de realizar uma avaliação inicial

- Esta etapa está relacionada à realização de uma avaliação exploratória inicial da situação atual da PCI em sua instituição, incluindo a identificação dos pontos fortes e fracos existentes. Uma avaliação inicial (e repeti-la regularmente) é essencial para a melhoria contínua da qualidade.
- A avaliação ajuda a criar um senso de urgência em relação às mudanças necessárias para melhorar a PCI, levando em consideração os riscos atuais, as necessidades reais e os recursos disponíveis.
- A avaliação também ajuda a identificar pontos fortes existentes e fazer um balanço das realizações feitas até agora para convencer os tomadores de decisão de que o sucesso e o progresso são possíveis.
- Usando uma ferramenta validada (IPCAF da OMS), você pode ter certeza de que as informações coletadas são significativas e as apoiará as melhorias. O IPCAF foi desenvolvido especificamente com o propósito de medir a situação de um serviço de saúde em relação as recomendações das diretrizes dos componentes essenciais.
- Além do IPCAF, seria ideal realizar avaliações adicionais de PCI usando outras ferramentas confiáveis (por exemplo, o HHSAF da OMS ou as ferramentas de observação das práticas de PCI listadas na seção de ferramentas e recursos). É importante usar todos dados relevantes disponíveis (por exemplo, dados coletados usando a ferramenta WASH FIT ou durante um surto).
- A ferramenta WASH FIT complementa o IPCAF e fornece um maior aprofundamento das informações sobre a infraestrutura.
- O WASH FIT é uma abordagem baseada em risco para melhorar e manter a infraestrutura e os serviços de gerenciamento de resíduos de cuidados de saúde e de WASH nas unidades dos países de rendimento baixo e médio.
- O WASH FIT é uma ferramenta de melhoria para ser usada de forma contínua e regular de modo a ajudar os funcionários e administradores das instituições a priorizar e melhorar os serviços e orientar os esforços municipais, estaduais e nacionais mais amplos a fim de melhorar a atenção à saúde. O guia WASH FIT contém instruções práticas passo a passo e ferramentas para avaliar e melhorar os serviços (ver ferramentas e recursos).
- O processo real de execução da avaliação inicial, por exemplo, reunir-se com gestores de enfermarias e departamentos para discutir a avaliação e responder a perguntas também facilita a defesa de causa contínua e oferece uma oportunidade de fortalecer o envolvimento das principais partes interessadas.

DICAS PRÁTICAS, PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES E AÇÕES

Sobre o IPCAF

- O IPCAF é uma ferramenta de avaliação estruturada e formatada (fechada) com um sistema de pontuação associado.
- É uma ferramenta de diagnóstico para avaliar suas atividades/recursos de PCI existentes e identificar os pontos fortes e as lacunas que orientarão a etapa 3 e ajudarão na priorização.
- Compreende oito seções que refletem os oito componentes essenciais e aborda um total de 81 indicadores enquadrados como perguntas com respostas definidas e uma pontuação correspondente.
- Com base na pontuação geral obtida nas oito seções, a instituição é designada a um dos quatro níveis de promoção e prática de PCI (Quadro 8).
- A ferramenta pode ser autoadministrada no nível da instituição, ou seja, preenchida pelo líder/pessoa focal e equipe de PCI, ou preenchida com a ajuda de colegas do ministério da saúde e/ou organizações parceiras.
- O valor do IPCAF é que ele foi desenvolvido especificamente para avaliar a implementação do que são considerados os componentes essenciais dos programas efetivos de PCI de acordo com as recomendações internacionais. No entanto, existem ferramentas adicionais, qualitativas e quantitativas, que podem ser usadas para fornecer informações valiosas sobre as práticas de PCI (por exemplo, higiene das mãos, precauções padrão, precauções baseadas na transmissão, bundles de prevenção de IRAS, desinfecção e esterilização), inclusive por meio de observação direta.
- O monitoramento de práticas e da infraestrutura de higiene das mãos (incluindo monitoramento da conformidade e da disponibilidade de equipamento adequado para higiene das mãos no local de atendimento) também é considerado um indicador chave de PCI (e uma forte recomendação nas diretrizes do componente essencial) que deve ser exigido em nível nacional, pois pode indicar até que ponto a instituição está tendo um bom desempenho em relação à implementação da PCI.
- O IPCAF foi testado em uma amostra de 181 serviços de saúde em 46 países (locais com poucos e muitos recursos). Foram avaliadas a usabilidade, a confiabilidade e a validade de construto sendo solicitado o preenchimento da ferramenta por dois profissionais independentes em cada unidade. Um extenso feedback sobre a relevância e a facilidade de entendimento das perguntas e respostas, bem como a ferramenta em geral, foi incorporado na produção da versão final.

Antes de iniciar o IPCAF, analise a tabela de considerações-chave e ações-chave (Tabela 2A).

Tabela 2A. Principais considerações e ações (Etapa 2)

Principais considerações	Ações-chave
Conhecer o IPCAF	• Imprima o IPCAF (ver ferramentas e recursos) e dedique algum tempo se familiarizando com seu conteúdo, em especial, com a maneira pela qual a avaliação está estruturada, o sistema de pontuação e o significado dos indicadores propostos (Quadro 8).
Realizar a defesa de causa e promover o valor do IPCAF	• Compartilhe o IPCAF com a equipe de PCI, a comissão de PCI e os gestores e líderes seniores (por exemplo, em reuniões individuais ou em grupo) — use a amostra de roteiro (Quadro 9). • Se o IPCAF for realizado como uma autoavaliação, enfatize que sua utilidade depende do fato de ser realizada da forma mais objetiva e precisa possível. Explique claramente que o objetivo é impulsionar a melhoria e não fazer julgamentos negativos. Portanto, a identificação dos pontos fortes e realizações existentes ajudará a criar confiança e a convencer os tomadores de decisão de que o sucesso e o progresso são possíveis. O reconhecimento honesto das lacunas ajudará a criar um senso de urgência em relação às mudanças necessárias para melhorar a PCI. Por esse motivo, é importante determinar a pontuação correta para cada seção. • Explique que o IPCAF será repetido anualmente para verificar o progresso e, portanto, não é desejável haver uma pontuação alta inflacionada no estágio inicial.
Preparar-se para preencher o IPCAF– funções e responsabilidades atribuídas	• O IPCAF deve ser preenchida pelo líder de PCI com troca de ideias com a equipe e/ou com a comissão de PCI. Se o cargo de liderança de PCI ainda não foi estabelecido, uma pessoa com competência em práticas de PCI do ministério da saúde (nível nacional ou estadual/distrital) deve ser consultada para apoiar o preenchimento em colaboração com os gestores seniores das instituições, se possível. • Cogite a possibilidade de coordenar o preenchimento do IPCAF com outros departamentos relevantes (por exemplo, qualidade e segurança, WASH, RM) - isso também ajudará a garantir o apoio deles para o trabalho de melhoria da PCI. • Cogite contratar alguém com habilidades em informática para dar suporte à entrada, análise e apresentação de dados, se disponível. Caso contrário, o preenchimento do esquema e o cálculo da pontuação também podem ser facilmente feitos manualmente em papel. • Combine como e quando os resultados serão transmitidos e defina quem seria a melhor pessoa para fazer isso, dependendo também do público-alvo.
Prazo de preenchimento	• Durante as reuniões, decida um cronograma e um prazo para o preenchimento (possivelmente um cronograma anual).
Facilitar	• Reúna todas as informações necessárias e identifique quem precisa ser contatado para ajudar no preenchimento das diversas seções. • Certifique-se de que todos os envolvidos entendam os termos usados no IPCAF com antecedência; isso requer uma compreensão dos componentes essenciais de PCI da OMS. • Cogite reunir-se com os enfermeiros seniores de cada departamento (ou sua representante nomeada) para preencher a avaliação em conjunto. Dessa forma, pode-se chegar a um consenso sobre as respostas às perguntas do IPCAF e obter apoio para o desenvolvimento de um plano de ação na etapa 3. • Colete todas as avaliações anteriores que foram realizadas e que são relevantes para a PCI, por exemplo, resultados de conformidade com a higiene das mãos, disponibilidade de serviços e avaliação de prontidão ou equivalente (SARA), relatórios de avaliação externa conjunta (JEE), avaliações relacionadas a RM, avaliações de WASH e outros resultados de monitoramento da infraestrutura.
Preenchimento do IPCAF	• Use o IPCAF impresso para coletar seus dados e discutir quais respostas são mais adequadas para sua instituição em cada uma das oito seções. • Escolha a(s) resposta(s) que descrevem com mais precisão a situação em sua instituição e lembre-se – essa etapa faz parte de um programa de melhoria da PCI – para ser útil e significativa, as respostas precisam ser as mais precisas possível.
Análise dos resultados	• Usando o gráfico de pontuação, preencha as pontuações de cada seção e calcule sua pontuação geral.
Apresentação dos resultados	• Agende uma série de reuniões para fornecer feedback dos resultados aos seguintes grupos, destacando os pontos fortes e as áreas para melhoria: ➢ Comissão de PCI ➢ gestores seniores ➢ líderes das unidades e departamentos clínicos do serviço de saúde ➢ outros departamentos relevantes, por exemplo, qualidade e segurança, RM, WASH. • Use a amostra de esboço de apresentação (link disponível na seção de ferramentas e recursos). • Prepare um breve relatório resumindo as realizações e lacunas (ver modelo, Anexo 4). Compartilhe o relatório com os gestores seniores e líderes, as enfermarias e departamentos que participaram da avaliação e outros departamentos relevantes.

Tabela 2A. Principais considerações e ações (Etapa 2) continuação

Principais considerações	Ações-chave
Começar a identificar os componentes essenciais que exigem melhorias	• Ao apresentar os resultados, comece a identificar os componentes essenciais que parecem estar falhos (em discussão com a comissão de PCI); escolha um ou mais componentes considerados urgentes para serem abordados na etapa 3. • Ao fazer isso, pondere os recursos e conhecimentos disponíveis, os problemas urgentes a serem abordados (por exemplo, um tipo específico de infecção que é preciso reduzir, devido à sua carga local), as oportunidades disponíveis (por exemplo, o interesse dos parceiros em apoiar projetos relevantes específicos). • Você também pode identificar os componentes essenciais que já estão parcialmente implementados, mas para os quais a pontuação pode ser melhorada em áreas específicas.

Quadro 8. Interpretação da pontuação do IPCAF

Pontuação		Interpretação
0-200	Inadequado	A implementação dos componentes essenciais de PCI é deficiente. É necessária uma melhoria significativa.
201-400	Básico	Alguns aspectos dos componentes essenciais de PCI estão implementados, mas não suficientemente implementados. Mais melhorias são necessárias.
401-600	Intermediário	A maioria dos aspectos dos componentes essenciais de PCI estão implementados de forma adequada. Continue a melhorar o escopo e a qualidade da implementação e foque no desenvolvimento de planos de longo prazo para manter e promover ainda mais o programa de PCI existente.
601-800	Avançado	Os componentes essenciais de PCI estão totalmente implementados de acordo com as recomendações da OMS e adequados às necessidades de sua instituição.

Você pode se deparar com uma série de barreiras ao trabalhar na etapa 2. A Tabela 2B relaciona algumas das barreiras comuns à implementação que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. Embora essas barreiras e soluções se apliquem a qualquer instituição, os exemplos de implementação fornecidos são focados (não exclusivamente) em locais com poucos recursos.

Tabela 2B. Superar possíveis barreiras e desafios (etapa 2)

Barreira potencial	Possível solução	Exemplos de implementação
Dificuldades em obter apoio para o processo do IPCAF	• Alguns gestores precisarão ser convencidos de que o IPCAF será usado em uma perspectiva de melhoria para gerar resultados acionáveis. É importante que o IPCAF seja posicionado como uma ferramenta essencial de diagnóstico que facilitará o desenvolvimento de um plano de ação claro. Use o roteiro (Quadro 9) para (a) orientar as discussões iniciais com os gestores da instituição ou (b) redigir um e-mail ou outras comunicações por escrito no IPCAF. Modifique o roteiro de acordo com sua situação local. • Cogite o uso de exemplos bem-sucedidos de avaliações anteriores para promover o valor da avaliação como um impulsionador de melhoria, por exemplo, o HHSAF da OMS.	**Aproveitar o sucesso de avaliações anteriores – Esquema de Autoavaliação da Higiene das Mãos (HHSAF)** "O HHSAF orientou uma conscientização bem-sucedida sobre a importância da melhoria da higiene das mãos e a necessidade de ação. Os resultados permitiram que fosse implementada uma abordagem multimodal inicialmente com foco na infraestrutura de áreas-chave, seguida pelo desenvolvimento de um programa de treinamento." Moçambique
"Fadiga de avaliação"	• Apresente a avaliação como parte do cumprimento de outros objetivos, por exemplo, RM, WASH etc., e tente realizá-la com outros exercícios de avaliação. • Use seu "roteiro" de visão de PCI para enfatizar a importância dessa avaliação em relação à segurança do paciente, saúde pública etc.	**Papel dos enfermeiros de ligação na superação da fadiga de campanha e de avaliação** "A fadiga de campanha, incluindo o monitoramento da conformidade da higiene das mãos em toda a instituição pelos enfermeiros de PCI, ficou evidente em um grande hospital de Hong Kong, após quatro anos de atividades promocionais agressivas e variadas. Uma nova estratégia inovadora foi desenvolvida para envolver diretamente os enfermeiros clínicos de cada enfermaria recrutada para que fizessem a ligação com a equipe de PCI (enfermeiras de ligação de controle de infecção). Os enfermeiros de ligação receberam um papel proeminente na promoção e monitoramento das práticas de higiene das mãos (incluindo o uso de uma lista de verificação da conformidade com a higiene das mãos durante a rotina diária) na enfermaria. A nova estratégia teve sucesso em aumentar a conformidade com a higiene das mãos de 50% para 83% no geral". Hong Kong, SAR, China
Falta de experiência em PCI disponível no país em métodos de avaliação e melhoria	• Identifique possíveis líderes de PCI nas unidades do serviço de saúde e desenvolva as habilidades deles por meio de um programa sistemático de treinamento e desenvolvimento de competências, usando uma combinação de módulos de treinamento da OMS e materiais de e-learning ou outros programas credenciados pela PCI. • As parcerias de geminação também fornecem uma solução para a experiência limitada que existe em alguns serviços de saúde.	**Apoio nacional para um quadro de profissionais avançados de PCI nos serviços de saúde** "Em vários países, a experiência em PCI nos serviços para avaliação e melhoria da qualidade foi desenvolvida por meio do apoio de uma abordagem nacional para a melhoria da PCI." Libéria, Senegal **Uso de parcerias de geminação hospital-hospital para apoiar a avaliação e melhoria** "Uma avaliação situacional foi realizada para informar o planejamento estratégico de uma nova parceria de geminação para melhoria entre um hospital na Libéria e um hospital no Japão. A avaliação permitiu que ambos os parceiros obtivessem uma compreensão mais profunda dos fatores que influenciam a qualidade e a segurança, e a PCI foi uma característica forte da avaliação. Uma abordagem de parceria permitiu o compartilhamento de experiência e o codesenvolvimento de soluções." Libéria, Japão
Desafios na adaptação local	• Comece pequeno – aproveite as abordagens de coleta de dados existentes e introduza lentamente o conceito de auditoria e feedback.	**Tornar a auditoria e o feedback parte das rotinas diárias** "Ainda temos uma lacuna na adaptação local. Os profissionais de saúde não estão acostumados com o clima de auditoria e feedback. Sentem que isso está ligado a ações punitivas (ou seja, detecção de falhas) e têm resistido à sua implementação. Tentamos adaptar esta intervenção ao nosso contexto local, começando pelos dados de vigilância (ou seja, o problema) e, lentamente, criando consciência sobre a necessidade de que haja auditoria e feedback." Sri Lanka

AMOSTRA DE ROTEIRO PARA ORIENTAR AS DISCUSSÕES SOBRE O IPCAF

O roteiro que se encontra no Quadro 9 fornece uma série de possíveis pontos de discussão que podem ser modificados de acordo com as circunstâncias locais.

Quadro 9. Amostra de roteiro para apresentação do IPCAF

- Como sabem, nosso serviço de saúde (inserir nome) iniciou recentemente um programa voltado para a melhoria contínua de PCI.
- Gostaria de agradecer pessoalmente o seu comprometimento para com este trabalho até agora. Há um forte apoio em favor da melhoria da PCI por parte da liderança do nosso serviço de saúde (inserir nome) e da equipe/comissão de PCI e eu estou muito comprometido e motivado para liderar e facilitar esse esforço.
- Nos últimos meses, trabalhamos em várias especialidades para preparar as bases para essa melhoria e agora estamos no estágio de realizar uma avaliação inicial de nossas unidades para obter uma imagem precisa do estado da PCI em nosso hospital.
- Vamos usar a ferramenta IPCAF validada pela OMS para essa avaliação, também poderemos fazer observações diretas sobre a higiene das mãos e outras práticas de PCI.
- A ferramenta IPCAF foi desenvolvida com a contribuição de especialistas do mundo todo e foi amplamente testada em vários países.
- Tendo analisado a ferramenta (anexar a este e-mail/memorando OU fornecer uma cópia impressa, se presencialmente), estou extremamente confiante de que as informações fornecidas nos ajudarão a fortalecer todos os aspectos de PCI e nos guiarão no desenvolvimento de um plano de ação sustentável. Isso também nos ajudará a destacar que somos um serviço de saúde que oferece atendimento de qualidade e pode ajudar no credenciamento.
- É simples de preencher – no entanto, para coletar dados precisos, posso precisar discutir certas seções com colegas de toda a unidade. Observe que é para nosso uso interno, não para uso do governo ou da OMS para investigar nossa situação, mas podemos aproveitar a oportunidade para apresentar nosso progresso em futuras reuniões fora da instituição.
- Iniciaremos as avaliações em (inserir mês) e aguardo a sua cooperação e apoio.
- Obrigado mais uma vez por seu apoio à PCI, vamos mantê-lo totalmente informado e compartilhar os resultados desse importante avaliação.

FERRAMENTAS E RECURSOS

Defesa de causa

- Vídeo de defesa de causa dos componentes principais de PCI da OMS (https://www.youtube.com/watch?v=LZapz2L6J1Q&feature=youtu.be acessado em 3 de abril de 2018)
- O HHSAF da OMS trazido à vida pelo Professor Didier Pittet (https://www.youtube.com/watch?v=wEpX_V3bBF0 acessado em 3 de abril de 2018)

Avaliação

- IPCAF OMS (inclui todos os documentos citados no IPCAF) (http://www. Who.int/infection-prevention/tools/core-components/em/ acessado em 2 de maio de 2018)
- Esquema de Autoavaliação da Higiene de Mãos da OMS (http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_ October_2010.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Ferramentas de higiene das mãos para avaliação e feedback da OMS (http://www.who.int/ infection-prevention/tools/hand-hygiene/evaluation_feedbacemen/ acessado em 4 de abril de 2018)
- SARA (http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- OMS, Ferramenta de melhoria de água e saneamento da unidade de saúde (WASH FIT) (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvementemool/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- WASH nas principais questões e indicadores de monitoramento das unidades de saúde (https://www.washinhcf.org/documents/161125-FINAL-WASH-in-HCF- Core-Questions.pdf acessado em 3 de abril de 2018)
- Ferramentas de segurança de injeção para avaliação e feedback (http://www.who.int/infection-prevention/tools/injections/evaluation- feedback/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Manual de avaliação da segurança do paciente do Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental da OMS (http://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2011_1243.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Orientações, padrões/políticas selecionadas
- Diretrizes sobre os componentes essenciais dos programas de PCI em nível nacional e de unidades de cuidados críticos, da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Orientações sobre higiene das mãos na atenção à saúde (http://www.who.int/infection-prevention/ publications/hand-hemiene-2009/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Orientações globais sobre prevenção de infecção de sítio cirúrgico (http://www.who. int/infection-prevention/publications/ssi-guidelines/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Diretrizes para prevenção e controle de infecção por *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e *Enterobacteriaceae* resistentes a carbapenêmicos nas unidades de saúde (http:// www.who.int/infection-prevention/ publications/focus-amr/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Evidências, orientações e publicações sobre segurança de injeção (http://www.who.int/infection-prevention/publications/injection-safety/ en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- OMS, Descontaminação e reprocessamento de produtos para a saúde em unidades de saúde (http://www.who.int/infection-prevention/ publications/decontamination/en/ acessado em 4 de abril de 2018)

Apresentação de dados

- Amostra de modelo de apresentação de slides com resultados do IPCAF (http://www.who.int/infection-prevention/ools/core-components/en/ acessado em 2 de maio de 2018)
- Modelo de relatório (Anexo 4)

Parcerias

- Parcerias de geminação para melhoria (http://www.who.int/servicedeliverysafety / twinning-partnerships/en/ acessado em 3 de abril de 2018)
- Parcerias para uma prestação de serviços de saúde mais segura: avaliação das Parcerias Africanas para a Segurança do Paciente 2009 – 2014 da OMS (http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/evaluation-report.pdf acessado em 4 de abril de 2018)

Publicações selecionadas

- Stewardson AJ, Allegranzi B, Perneger TV, Attar H, Pittet D. Testing the WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework for usability and reliability. J Hosp Infect. 2013;83: 30–5.
- Relatório de avaliação situacional: melhoria da qualidade – segurança do paciente - Tellewoyan Memorial Hospital e Lofa County Health System. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253523/1/9789241511872-eng.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018).
- Relatório sumário da enquete global sobre o esquema de autoavaliação da higiene das mãos da OMS (2012) (http://www.who.int/gpsc/5may/summary_report_HHSAF_global_survey_ May12.pdf?ua=1 acessado em 3 de abril de 2018)
- Relatório sumário da OMS: Enquete sobre o esquema de autoavaliação da higiene das mãos 2015/2016 (http://www.who.int/gpsc/5may/hand - hygiene-report.pdf acessado em 3 de abril de 2018)

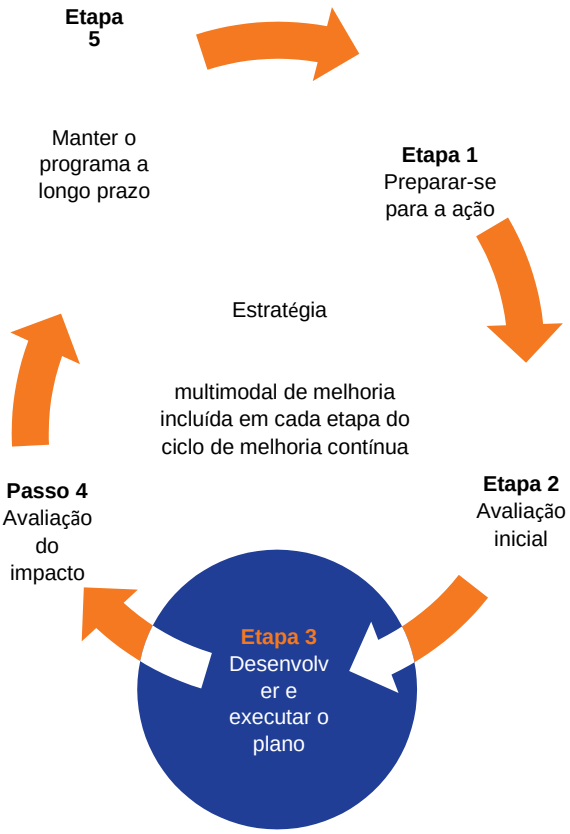
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA ETAPA 2

No final da etapa 2, você deve ter feito o seguinte:

1.	Você e sua equipe se familiarizaram com o IPCAF.	
2.	Comunicou-se com as principais partes interessadas e líderes do plano para a realização do IPCAF	
3.	Decidiu quem irá coletar os dados e uma data para a conclusão	
4.	Coletou informações e preencheu o IPCAF para todas as áreas que estão sendo avaliadas	
5.	Analisou os resultados do IPCAF	
6.	Apresentou os resultados aos líderes e outras partes interessadas	
7.	Concordou com uma frequência de repetições de IPCAF– (e outras avaliações) - Pelo menos anualmente	
8.	Preparou e apresentou um relatório aos gestores e líderes seniores, enfermarias e unidades que participaram da avaliação e outros departamentos relevantes	

ETAPA 3
DESENVOLVER E EXECUTAR O PLANO

ETAPA 3 – DESENVOLVER E EXECUTAR O PLANO



Introdução à etapa 3

- A etapa 3 é orientada pelos resultados de sua avaliação inicial.
- Os resultados do IPCAF, juntamente com outras avaliações/observações de PCI, permitem identificar áreas prioritárias para ação e obter consenso sobre como abordar essas prioridades e maximizar os pontos fortes identificados.
- A estratégia multimodal e as questões orientadoras associadas (ver Anexos 1 e 2) ajudarão no desenvolvimento do

DICAS PRÁTICAS, PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES E AÇÕES

O objetivo da etapa 3 é desenvolver uma lista de ações, responsabilidades, cronogramas, orçamentos e conhecimentos necessários, e datas de revisão para cada componente essencial a ser implementado usando os resultados do IPCAF e com base nas necessidades de sua instituição.

Revise os resultados do IPCAF para cada componente essencial com a equipe e a comissão de PCI. Você pode decidir se concentrar em um componente apenas para a ação inicial ou focar em mais. Sua decisão vai depender dos resultados do seu IPCAF, seu contexto local (por exemplo, recursos disponíveis e experiência) e discussões com líderes e gestores. Você pode ponderar os problemas urgentes a serem abordados (por exemplo, um tipo específico de infecção que é preciso reduzir, devido à sua carga local) e as oportunidades disponíveis (por exemplo, o interesse dos parceiros em apoiar projetos relevantes específicos).
Você também pode identificar os componentes essenciais que já estão parcialmente implementados, seu plano de ação.

- É importante focar inicialmente na obtenção de vitórias de curto prazo – comece pequeno e pense grande! Um plano de ação realista e prioritário com base no seu contexto local é fundamental.
- Além disso – vale lembrar que um plano estratégico de longo prazo também é importante em termos da avaliação do impacto geral do programa de PCI (por exemplo, estratégia de cinco anos) e os planos de ação abordados na etapa 3 podem alimentar esse plano.

mas cuja pontuação poderia ser melhorada em áreas específicas. Independentemente dos componentes essenciais escolhidos, um plano de ação abrangente deve ser desenvolvido e apresentado aos líderes e gestores seniores do serviço de saúde para a aprovação deles.

Nesta seção, você encontrará informações sobre o planejamento de ações sugeridas para cada componente. Primeiro, trabalhe com as principais considerações gerais e a tabela de ações para garantir o sucesso no desenvolvimento e execução do plano (Tabela 3A).

Tabela 3A. Principais considerações e ações (etapa 3)

Principais considerações	Principais ações
Ímpeto para melhoria	• Consulte constantemente o IPCAF ou outros resultados de avaliação para desenvolver sua visão da PCI e criar ainda mais o senso de urgência necessário para o desenvolvimento e execução do plano. • Continue a comunicar sua visão e narrativa de PCI por meio de reuniões regulares com líderes e gestores do serviço de saúde enquanto desenvolve seu plano. • Cogite juntar-se a outras atividades de melhoria dentro da instituição para mostrar como seu plano de ação PCI acabará contribuindo para os indicadores e relatórios de qualidade em geral.
Estabelecer um plano e pensar sobre onde direcionar a ação usando um raciocínio multimodal	• Trabalhe com a equipe de PCI e/ou com a comissão de PCI e analise a pontuação subtotal de cada componente essencial. Existe um componente essencial evidente com uma pontuação muito baixa ou zerada? Você pode optar por se concentrar nas pontuações baixas ou zerada se não for possível trabalhar em todos os componentes essenciais – estas provavelmente serão suas prioridades imediatas de ação. • Consulte a Figura 2 durante sua revisão – é importante que todos estejam cientes das interligações e sinergias entre os diferentes componentes essenciais. • Discuta com a equipe/comissão quais componentes essenciais devem formar a área de foco inicial para análise e discussão mais aprofundadas; faça uma lista das áreas-alvo consensualmente escolhidas para cada ação, levando em consideração a facilidade de implementação, o tempo necessário, o custo, o impacto e a percepção de urgência para a ação. • Use as questões orientadoras multimodais (Anexo 2) para ajudá-lo a esclarecer ações específicas que precisarão ser abordadas em seu plano de ação. • Leve em consideração todos os conhecimentos, recursos e cronogramas existentes e disponíveis sobre PCI em suas discussões com os líderes e gestores (embora isso tenha feito parte da etapa 1, será importante discutir os detalhes neste estágio para apoiar o ímpeto) para cada área que necessita de melhorias. • A experiência e os recursos necessários estão disponíveis? Se houver muitas lacunas, é melhor começar pelos componentes que podem ser melhorados com mais facilidade e rapidez para garantir o apoio contínuo. • Use os resultados de quaisquer outras avaliações realizadas, por exemplo, nas práticas, conhecimentos ou processos relacionados à PCI, para orientar ainda mais o foco da implementação do componente essencial. Isso ajudará a destacar as áreas que requerem ação urgente, além dos resultados do IPCAF. • Pondere que tipo de apoio está disponível em nível nacional (por exemplo, a existência de orientações ou procedimentos operacionais padrão ainda não implementados em sua unidade) ou se outras unidades de sua área já estão se concentrando em componentes/ações específicas que podem ajudá-lo a decidir sobre o foco do seu componente essencial, pois pode haver oportunidades de apoio ou compartilhamento de experiências/recursos.
Assegurar apoio e aprovação para o plano de ação - revisar sua lista de partes interessadas	• Determine quem precisa estar envolvido no desenvolvimento e aprovação do plano de ação – entre em contato com os departamentos ou programas relevantes para obter o maior impacto com as ações propostas. • A lista de partes interessadas desenvolvida na etapa 1 será útil para revisão. À medida que seus planos se tornam mais focados e direcionados, orientados pelos resultados do IPCAF, pode ser necessário revisar sua lista de partes interessadas de acordo com as lacunas e prioridades identificadas. Será útil cogitar a elaboração de uma nova lista para cada componente essencial em que você decidir se concentrar. • Faça uma lista do que precisa ser feito para orientar as discussões e ajudar no desenvolvimento de seus planos de ação. • Para todos os componentes principais em que você se concentrar em melhorar, é imperativo que o gerente e os líderes seniores da unidade de saúde estejam intimamente envolvidos e concordem com as ações propostas e com os requisitos de recursos associados. Você pode fazer isso consultando constantemente os resultados do IPCAF e usando os “roteiros” e recursos que você preparou na etapa 1 durante as reuniões que deverão ser estabelecidas no início (recomendado na etapa 1). • Compartilhe o rascunho do plano com os colegas identificados para garantir o apoio deles (por exemplo, segurança do paciente, melhoria da qualidade, RM, WASH). • Organize uma reunião com o gerente e a equipe sênior do serviço de saúde para apresentar o rascunho final do plano e obter aprovação, assegurando-se de dar a eles um prazo de quando isso será exigido – a aprovação pela liderança é importante para o sucesso final.
Assegurar os recursos necessários para suprir as lacunas identificadas pelo IPCAF	• Enquanto estiver em desenvolvimento, não mantenha o plano em “segredo” se outros estiverem interessados, é importante que todos se sintam incluídos no que vai acontecer a seguir. • Pondere se há implicações de recursos específicos (humanos ou financeiros) relacionados à implementação de um componente essencial específico que ainda não foram levadas em consideração na etapa 1. Observe que nem todas as melhorias exigem recursos – em alguns casos, melhorias de baixo ou nenhum custo podem ser feitas rapidamente. • Destaque claramente os recursos adicionais necessários (por menores que sejam), tanto verbalmente quanto por escrito para os líderes e gestores antes da aprovação do plano de ação. • Se necessário, explore a possibilidade de algum parceiro externo/ONG poderia ajudar a apoiar o plano.

Tabela 3A. Principais considerações e ações (etapa 3) continuação

Principais considerações	Principais ações
Use uma abordagem sistemática	• Em geral, o objetivo de desenvolver e avaliar seu plano é identificar sistematicamente os "problemas" ou lacunas identificados no IPCAF, delinear uma resposta a eles e, em seguida, avaliar a efetividade da resposta implementada – isso está no cerne do seu planejamento de ação, portanto: - Traduza as conclusões do IPCAF em um plano focado em ações e impacto, levando em consideração o contexto local. - Certifique-se de que o plano de ação por escrito (consulte os modelos de plano de ação no Anexo 5 e as questões de orientação multimodais no Anexo 2) esteja disponível e assinado antes de você progredir. - Tente desenvolver objetivos específicos, mensuráveis, alcançáveis, realistas e com prazo (SMART) para orientar o desenvolvimento de seu plano (veja as amostras de planos de ação abaixo para cada componente essencial). - Chegue a um acordo sobre um cronograma de relatórios aos líderes e gestores para avaliar o progresso. - Coloque o plano em ação e monitore o progresso em reuniões operacionais regulares. - Comunique-se e realize reuniões com as principais partes interessadas em intervalos de tempo definidos para investigar como as ações estão progredindo e identificar quaisquer barreiras ao progresso – embora barreiras comuns tenham sido delineadas neste documento, irão surgir barreiras locais que devem ser abordadas para garantir o envolvimento da equipe.

A próxima seção fornece informações detalhadas para ajudá-lo a desenvolver, finalizar e avaliar seu plano de ação para cada componente essencial, incluindo:

➡ Uma rápida recapitulação do componente essencial

➡ Uma amostra de plano de ação

➡ Dicas para superar barreiras e desafios e exemplos de implementação

➡ Uma lista de ferramentas e recursos.

- A amostra de plano de ação o ajudará a construir seu próprio plano SMART de acordo com as necessidades e prioridades de suas unidades.
- Para orientar o planejamento, foi fornecida uma estimativa das prováveis necessidades de orçamento/recursos de cada ação (baixo, moderado e alto).
- Os cronogramas, líderes/membros da equipe, orçamento/recursos e datas de revisão e conclusão são as melhores estimativas e precisarão de cuidadosa consideração de acordo com a sua situação.
- Os exemplos de implementação fornecidos às vezes são relevantes para vários componentes essenciais e, portanto, podem ser repetidos.
- As ferramentas e recursos listados visam ser úteis no desenvolvimento e execução do seu plano de ação.
- Os recursos são diversos e abrangem, mas não exclusivamente, defesa de causa, aspectos comerciais/financeiros, orientações/políticas/padrões, modelos, conjuntos de ferramentas e publicações acadêmicas selecionadas.
- Os recursos foram incluídos após uma análise cuidadosa dos materiais da OMS e do CDC, um corte transversal de organizações internacionais de PCI e a contribuição de colegas regionais de PCI, qualidade e WASH baseados em unidades em campo.
- A inclusão de um recurso se baseia em sua utilidade e disponibilidade percebidas.
- Os recursos que não estão facilmente disponíveis nos links do site podem ser acessados usando o Pod de aprendizagem sobre PCI e WASH (Quadro 7).
- A inclusão de um recurso não implica o endosso pela OMS de qualquer organização associada ao recurso.

O diagrama abaixo o ajudará a navegar na próxima seção.

	Recapitulação rápida	Amostra de plano de ação	Possíveis barreiras e soluções	Ferramentas e recurso
Componente essencial 1: Programas de PCI	Página 56	Página 57	Página 58	Página 61
Componente essencial 2: Diretrizes de PCI	Página 64	Página 65	Página 66	Página 69
Componente essencial 3: Educação e treinamento em PCI	Página 70	Página 71	Página 72	Página 74
Componente essencial 4: Vigilância de IRAS:	Página 75	Página 76	Página 79	Página 83
Componente essencial 5: Estratégias multimodais	Página 84	Página 85	Página 86	Página 88
Componente essencial 6: Monitoramento/auditoria das práticas de PCI e feedback	Página 89	Página 90	Página 92	Página 93
Componente essencial 7: Carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos	Página 94	Página 95	Página 96	Página 97
Componente essencial 8: Infraestrutura, materiais e equipamentos para PCI	Página 98	Página 99	Página 101	Página 102

Componente essencial 1.

PROGRAMAS DE PCI
– Recapitulação rápida

A existência de um programa de PCI com um líder/pessoa focal e uma equipe de PCI com um mandato claro, orçamento dedicado e apoiado por uma comissão de PCI é uma primeira etapa crítica que apoiará a implementação de todos os componentes essenciais e permitirá a priorização e implementação de outros componentes essenciais de acordo com o contexto local, bem como as avaliações iniciais e regulares. É importante que o gestor do serviço de saúde e os líderes/gestores seniores estejam intimamente envolvidos e concordem com as ações propostas e os requisitos de recursos associados, para a criação de um programa de PCI – desenvolver todo o trabalho que você realizou até agora e manter canais regulares de comunicação.

AMOSTRA DE PLANO DE AÇÃO: PROGRAMAS DE PCI

Para apoiar o desenvolvimento do seu plano de ação, consulte as tabelas "o quê?, por quê?, quando?, quem?, como?" apresentadas na Parte II.

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recurs
Há falta de um líder/equipe dedicada de PCI ou há um líder de PCI atuando, mas não sem qualificação adequada	• Desenvolva um estudo de caso para ser abordado pela equipe de PCI (modifique os estudos casos existentes dentro da instituição, se disponível), tal como um especialista em PCI ou doenças infecciosas, microbiologista ou outro médico especializado motivado a melhorar a PCI, incluindo um enfermeiro de PCI.	• Diretor executivo • Gestor sênior • Chefe do departamento de recursos humanos	3 meses	Baixo
Sem descrição(ões) de cargo para profissionais de PCI	• Desenvolva uma descrição de cargo de PCI com base na Tabela 3C.	• Líder/pessoa focal de PCI • Gestor(es) sênior(es) • Chefe do departamento de recursos humanos	3 meses	Não aplicável
A equipe de PCI não tem responsabilidades definidas	• Revise e adapte os exemplos de funções e responsabilidades listadas na Tabela 3C.	• Líder/pessoa focal de PCI • Gestor(es) sênior(es) • Chefe do departamento de recursos humanos	3 meses	Não aplicável
O programa de PCI não está definido e não tem um plano de trabalho/atividades anual por escrito	• Revise o IPCAF e outras avaliações, incluindo resultados de vigilância quando disponíveis, e desenvolva um plano de atividades por escrito para um período definido (por exemplo, plano de trabalho anual) com base nas prioridades identificadas. Use as questões orientadoras multimodais do Anexo 2 para orientar o desenvolvimento do plano.	• Líder/pessoa focal e equipe de PCI • Microbiologista/especialista em doenças infecciosas (se diferente do líder) • Líderes de departamentos associados, como gestão de unidades/WASH	3 meses	Baixo
Não há comissão de PCI	• Estabeleça uma comissão, o cronograma de reuniões e os termos de referência ou conecte-se a um comitê existente, por exemplo, WASH ou qualidade. • Use o exemplo de constituição, funções e responsabilidades da comissão de PCI que está na Tabela 3.	• Líder/pessoa focal e equipe de PCI • Microbiologista/especialista em doenças infecciosas (se diferente do líder), gestores seniores	3 meses	Baixa
Não está disponível um orçamento alocado para o programa de PCI	• Apresente o "roteiro" com a visão e o plano de trabalho de PCI (incluindo quaisquer dados, se disponíveis) para destacar que a PCI é uma prioridade (com base em sucesso anterior, onde houver exemplos disponíveis). • Calcule uma estimativa de orçamento para atender aos equipamentos de escritório, incluindo computador e impressora, telefone, internet e atividades planejadas, por exemplo, o treinamento em PCI pode ser calculado de acordo com o número planejado de participantes, duração do treinamento, requisitos de impressão, despesas de viagem e taxas externas quando aplicáveis.	• Líder/pessoa focal de PCI • Gestores seniores / diretor executivo	6 meses	Alto

Não há/falta apoio demonstrável para a atividade de PCI na instituição	• Promova discussões com gestores/líderes seniores, inclusive com outros programas relevantes, como garantia de qualidade, saúde ambiental e ocupacional, programas de TB e HIV, atendimento integral e controle de doenças transmissíveis. • Veja os objetivos e planos deles e destaque como a PCI pode ser fundamental para alcançá-los; discuta isso com seus colegas. • Use todas as informações e oportunidades disponíveis para garantir que os defensores promovam as discussões de PCI nas principais oportunidades – nas discussões, concentre-se na solução – a PCI é a solução para o problema de IRAS e o apoio dos defensores ajudará a reduzir os danos. • Use um roteiro padrão para relatar e discutir a PCI nas visitas, reuniões etc.	• Líder/pessoa focal de PCI e outro membro da equipe, incluindo médicos	3 meses	Baixo

A Tabela 3B relaciona algumas das barreiras comuns à implementação de um programa de PCI que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. Os exemplos de implementação fornecidos são focados (não exclusivamente) em locais com poucos recursos.

Tabela 3B. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 1)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
A liderança ainda não está convencida de que um programa de PCI é uma prioridade para a segurança e qualidade do serviço de saúde	• Os dados desempenham um papel fundamental para convencer a liderança a agir: "Sem dados, sem problemas". Agora você tem dados substanciais dos resultados do IPCAF – use-os para garantir apoio para desenvolver e executar o plano de um programa de PCI. • Foco em medidas de estrutura e processo. • Comece pequeno – reúna uma equipe, comunique sua visão de PCI e use todos os dados disponíveis para demonstrar que um programa de PCI é fundamental. • Construa uma narrativa forte para mudança com base nos dados disponíveis. • Veja o que acontece fora de sua instituição em nível regional e nacional – há apoio governamental para a PCI? Há alguma organização com programas estabelecidos voltados para a melhoria da PCI e que possa ajudar suas unidades? • Enfatize a importância da PCI como um padrão básico reconhecido mundialmente pelos principais organismos de credenciamento. • Os grupos comunitários e a sociedade civil podem desempenhar um papel na tarefa de angariar apoio para um programa de melhoria da PCI – promova a PCI como uma obrigação moral.	**Comunicar o papel fundamental da PCI na qualidade e segurança** "A liderança precisa entender a importância da PCI, sua capacidade de melhorar a segurança do paciente e aumentar a relação custo-benefício, e isso advém de dados e ações baseadas em evidências. O enfermeiro de PCI ficava insistindo quando tinha a oportunidade de conversar com a liderança, e aos poucos as pessoas perceberam. Exigiu muito esforço persistente. Realizamos reuniões mensais de PCI, incluindo a liderança do hospital, microbiologista, infectologistas e enfermeiros para examinar os dados, bem como o envio de e-mails regulares para os gestores seniores do hospital. Então defendemos a causa de uma pequena linha de orçamento. Não é preciso muito para iniciar um bom programa de PCI. Usamos o caso da higiene das mãos para defender a causa da importância do uso regular de água e sabonete e de recursos para estratégias multimodais para melhorar a mudança de comportamento". Paquistão **Aumente a conscientização por meio de pequenos projetos** "Nós nos envolvemos com a PCI por meio de pesquisas sobre infecções de sítio cirúrgico, o que ajudou a promover a conscientização sobre a importância da PCI. Realizamos visitas regulares de segurança do paciente com executivos seniores e discutimos a importância da PCI sempre que possível. Após esse envolvimento de pesquisa e esforços intensivos de defesa de causa, iniciamos uma comissão de PCI na unidade que continuou a promover as intervenções do estudo e trabalhou nas questões de recursos, como a instalação de dispensadores de álcool gel para higiene das mãos em todo o hospital e a educação da equipe do hospital". Quênia **Desenvolva uma mensagem forte de defesa de causa da PCI** "O principal desafio do desenvolvimento de programas de PCI é a vontade política. Para enfrentar esse desafio, a primeira etapa é um bom treinamento dos profissionais de PCI de uma forma que os apoie para fazer a defesa de causa e entender melhor o significado da situação epidemiológica". Organização Pan-Americana da Saúde **Aproveite o poder e o apoio das agências da ONU e de ONGs locais e internacionais** "Nosso programa foi iniciado a partir de uma combinação de diversas colaborações. O apoio técnico inicial para o desenvolvimento do programa de PCI foi fornecido pelo Escritório Regional da OMS para a Europa e pelo CDC ao Centro Nacional para Controle de Doenças e Saúde Pública. Outros hospitais começaram por iniciativa própria e depois receberam apoio do Centro Nacional para Controle de Doenças e Saúde Pública". Geórgia **Promova a PCI como uma obrigação moral** "Nosso hospital foi o primeiro da Argentina a ter um programa de PCI (desde 1970). Promovemos a necessidade de um programa de PCI para a liderança como a prioridade número um para a segurança do paciente e como uma importante obrigação moral. Todos os médicos infectologistas têm algumas atividades epidemiológicas de PCI, de gestão de antibióticos e de vigilância de MDRO. Temos dois enfermeiros certificados no controle de infecção, bem como cinco médicos responsáveis pela PCI e pela epidemiologia; nosso chefe é médico infectologista. Nossas autoridades aprenderam que a segurança é uma prioridade em nosso hospital: é uma obrigação moral." Argentina

Tabela 3B. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 1) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de Implementação
Um programa de PCI que não é valorizado em todos os níveis de atenção à saúde	• Explore a viabilidade de garantir que um líder sênior e respeitado seja o defensor do programa de PCI. • Explore a existência de órgãos/sociedades/organizações profissionais nacionais de PCI e o possível papel dessas entidades no apoio a programas locais de PCI, por exemplo, fornecendo exemplos de documentos e conexões com quem já teve algum sucesso.	**Garanta que líderes seniores atuem como defensores da PCI** "A disponibilização de uma vice-diretora de enfermagem responsável pela PCI, que trabalhava na equipe de garantia de qualidade, possibilitou uma liderança forte para a PCI, inicialmente focada na melhoria da higiene das mãos – defendendo a causa de melhorias em toda a unidade. A vice-diretora de enfermagem era altamente visível nas áreas clínicas." Gana **Trabalhar em todos os três níveis da atenção à saúde** "Temos um sistema de saúde descentralizado, por isso é importante trabalhar na defesa de causa em todos os três níveis de atenção. Primeiramente, formamos uma associação nacional de PCI e reunimos partes interessadas da comunidade acadêmica, do ramo e outros profissionais de saúde. Começamos realizando conferências anuais para as quais convidamos funcionários do governo, o que ajudou na defesa de causa e na vontade política. Também nos concentramos nos profissionais de saúde e no diálogo explorando soluções de adaptação local [por exemplo, substituindo lenços descartáveis por lenços de pano barato, balde e bacia por barris com torneira]. Nigéria **O controle de infecção é assunto de todos** "Somos um dos maiores hospitais terciários do país, sendo considerado um dos primeiros a implementar a PCI. No início, foi difícil obter apoio para a PCI. Começamos com apenas uma pequena equipe de quatro médicos dedicados, um enfermeiro e uma secretária. Naquela época, nossa orientação nacional ainda não havia sido publicada e ainda assim começamos a usar as ferramentas então publicadas pelo CDC e pela OMS, adaptando-as para nossas circunstâncias, traduzindo-as, e começamos a coletar dados e a criar um sistema de vigilância primitivo para apoiar ainda mais as atividades de PCI. No início, foi difícil conseguir enfermeiros de PCI porque a PCI não era um campo reconhecido. Durante três anos, promovemos a conscientização da PCI e ensinamos regularmente outras pessoas. Selecionamos enfermeiros em cada departamento como o enfermeiro de ligação, iniciamos competições entre elas, incentivando-os com a oferta de certificados e escolhendo o melhor deles mensalmente. Por fim, tendo começado com apenas cinco pessoas, montamos um departamento de mais de 15 pessoas apoiado por um centro de treinamento em controle de infecção e um laboratório ambiental altamente específico com mais de 150 enfermeiros e médicos de todo o hospital. O verdadeiro apoio para nós foi a publicação da primeira orientação nacional egípcia em 2004 e certas leis governamentais, incluindo a não concessão de licença para qualquer unidade de saúde que não aplicasse um programa de controle de infecção." Egito **Aproveite o poder dos grupos comunitários e da sociedade civil para defender a causa da mudança** "Um dos principais desafios é a comunicação e a vontade política. Tivemos sucesso em abordar esse problema por meio de associações de pacientes que realizavam atividades de sensibilização e treinamento para profissionais de saúde sobre PCI." Burquina Faso

Tabela 3B. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 1) continuação

Barreira em	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Falta de experiência em PCI para implementar um programa de PCI	• Comece pequeno – identifique pelo menos uma pessoa (por exemplo, um enfermeiro) para desenvolver, executar e liderar o programa de PCI e usar o treinamento no trabalho e no desenvolvimento de uma descrição de cargo como uma primeira etapa.	**Construir o programa passo a passo** "No início, era difícil obter apoio para a PCI. Eu queria iniciar um programa de PCI, mas tive que encontrar uma maneira de montar uma equipe passo a passo ao longo do tempo. Por fim, identifiquei três funcionários comprometidos e convenci a liderança do hospital a apoiar meu treinamento APSIC. Em seguida, trabalhei com uma pessoa com experiência em bioestatística para começar a coletar dados e criar um sistema de vigilância, além de um engenheiro ambiental, para apoiar ainda mais as atividades de PCI. Para manter o forte apoio do diretor do hospital, tivemos que mostrar os dados e do que precisávamos. No início, foi difícil conseguir enfermeiros de PCI porque a PCI não era um campo reconhecido e os enfermeiros preferiam trabalhar na clínica em vez de na PCI (em parte também por causa das diferenças salariais). Durante dois anos, promovemos a conscientização da PCI e ensinamos regularmente outras pessoas. Agora temos um departamento de PCI para um hospital com 650 leitos. O departamento é liderado por um médico infectologista e apoiado por uma equipe de enfermeiros de ligação a PCI. Nosso departamento também faz parte do grupo consultivo de PCI do ministério da saúde e do programa de Hospitais Modelo." Vietnã **Uso de treinamento em serviço** "Nossa abordagem nos países tem sido primeiro nomear um enfermeiro profissional e bem-disposto como enfermeiro de PCI, mesmo que não seja treinado, e então priorizar o treinamento em serviço. Também enviamos esse enfermeiro de PCI para treinamento fora do país. Tivemos sucesso em convencer a gestão do hospital da necessidade da equipe de PCI, criando primeiro uma descrição de cargo abrangente e medidas de processo priorizadas para quebrar o ciclo de "sem dados, sem problema". Mèdecins Sans Frontières/Médicos Sem Fronteiras
Falta de fundos e de infraestrutura para as atividades do programa de PCI	• Cogite o uso de fundos de vários departamentos/enfermarias para apoiar as atividades de PCI. • Use sua narrativa/"roteiro" para destacar a importância de um programa de PCI e porque ele deve ser financiado, sempre voltando aos resultados do IPCAF. • Concentre-se em mudanças de pequena escala e ganhos rápidos, por exemplo, as instalações de lavagem de mãos e de água potável constituem o primeiro estágio de uma melhoria de longo prazo que incluiria a implementação de água encanada em todas as salas em que é prestado atendimento. • Verifique se algum parceiro externo/ONG tem interesse e/ou experiência em PCI e poderia ajudar a apoiar o plano. Explore também qualquer possibilidade de parceria com outros serviços de saúde com bons recursos.	**Repriorização de gastos** "Dois hospitais tiveram sucesso ao instituir um orçamento de PCI redefinindo os gastos (não por meio de novas fontes de financiamento) para que a equipe de PCI saiba que eles têm um orçamento mensal para os principais consumíveis de PCI. Então, tentamos aproveitar essas histórias de sucesso e incentivar outros gestores a fazer o mesmo." Zimbábue **Compartilhar espaço de escritório e equipamentos** "Nem sempre há equipamentos específicos disponíveis para os programas implementados em nível de unidade em alguns hospitais. Tivemos dificuldade em conseguir espaço de escritório e computadores para que nossa equipe de PCI conduzisse devidamente seu trabalho. Tentamos dividir espaço com a unidade de educação em saúde e a unidade para diabéticos, mas ele ainda é limitado (por exemplo, um computador compartilhado por três unidades). No entanto, está planejada uma expansão das unidades no futuro e mais espaço e equipamentos podem se tornar disponíveis." Sri Lanka

FERRAMENTAS E RECURSOS

Caso de negócio/caso financeiro

- Calculadora de custos de IRAS da Associação para Profissionais em Controle de Infecção e Epidemiologia (http://www.apic.org/Resources/ Cost-calculators acessado em 4 de abril de 2018)
- Quanto custam as superbactérias aos hospitais australianos? Ferramenta de acesso aberto baseada em evidências (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468045117302274 acessado em 4 de abril de 2018)
- Ferramentas de planejamento
- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras da estratégia multimodal (Anexo 2)
- Exemplo de funções e responsabilidades da equipe de PCI, necessárias para desenvolver e executar o plano de um programa de melhoria de PCI (Tabela 3C)
- Ferramentas de higiene das mãos para mudança do sistema, da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/ tools/hand-hygiene/system_change/en/ acessado em 16 de abril de 2018)
- Example of the constitution, roles, and responsibilities of the IPC committee (Table 3D)
- Conjunto de ferramentas de segurança do paciente do Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental da OMS (2015) (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2015_EN_1856.pdf acessado em 4 de abril de 2018)

Orientações/normas/padrões selecionados

- Orientação nacional egípcia de controle de infecção 2016 (https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/guidelines/infection_control_guidelines/national-infection-control-guidelines--2016-draft-for-consultati/_jcr_content/entryContent/download/file.res/National%20Infection%20Control%20Guidelines%20-%202016%20Draft%20for%20Consultation.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Manual de prevenção e controle de infecção do Conselho de Cooperação do Golfo, 2ª edição (2013) (http://ictraining.net/index.php/policy/gulf-cooperation-council acessado

- Plano estratégico de garantia de qualidade para serviços de saúde de Gana 2007-2011 (http://www.moh. gov.gh/wp-content/uploads/2016/02/GHS- Quality-Assurance-Strategic-Plan-FINAL. pdf acessado em 4 de abril de 2018)

Treinamento

- Módulos de treinamento avançado em PCI da OMS relacionados a diferentes aspectos de um programa de PCI (liderança, infecção do sítio cirúrgico, ICS, infecção do trato urinário associada a cateter, gerenciamento de programa de PCI, segurança de injeção, desinfecção, vigilância,
  RM, infecções do trato respiratório, surtos) (http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/ acessado em 4
  April 2018)

Publicações selecionadas

- Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol. 1985;121:182- 205.
- Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M, Goetting T, Secci F, Clack L, et al. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. Lancet Infect Dis. 2015;15:212-24.

FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES DA EQUIPE DE PCI

A Tabela 3C apresenta uma lista modelo das funções e responsabilidades da equipe de PCI, mas ela pode ser modificada de acordo com o desenvolvimento da sua própria equipe.

Tabela 3C. Exemplo das funções e responsabilidades da equipe de PCI

Funções da equipe de PCI	Responsabilidades da equipe de PCI
1. Desenvolva e execute o programa de PCI, incluindo o estabelecimento de objetivos e planos formais, um ciclo de revisão e o estabelecimento de um grupo ou comissão formal de PCI. 2. Desenvolva/adapte e dissemine orientações e apoie a implementação. 3. Desenvolva e coordene um programa de treinamento e educação contínua. 4. Desenvolva e coordene sistemas de vigilância de IRAS, incluindo um sistema de alerta para detecção de surto e monitoramento, auditoria e feedback de indicadores de PCI. 5. Facilite o acesso a infraestruturas, materiais e equipamentos essenciais necessários para práticas seguras de PCI, incluindo a abordagem de compras e manutenção contínua. Apoie e promova uma carga de trabalho, níveis de recursos humanos e de ocupação de leitos adequados (ou seja, um ambiente favorável). 6. Crie vínculos efetivos com programas relacionados. 7. Promova, lidere e apoie a implementação de estratégias multimodais para alcançar melhorias de PCI.	**1. Programa, objetivos e planos de PCI** a. Formule objetivos claros para a prevenção e controle de infecções endêmicas e epidêmicas. b. Elabore planos de prevenção de IRAS alinhados com o RSI (2005) e programas RM que envolvam atores e parceiros importantes. c. Realize monitoramento e avaliação do programa e divulgue o feedback dos resultados. d. Estabeleça um grupo ou comissão multidisciplinar oficial de PCI ou estrutura equivalente para apoiar a integração da PCI em todos os departamentos (Tabela 3D). e. Certifique-se de que haja um plano de prevenção de surtos. **2. Diretrizes** a. Desenvolva ou fortaleça as políticas e padrões de prática (incluindo orientações técnicas baseadas em evidências para a prevenção de riscos relevantes orientados pela avaliação de risco local e/ou adaptados às condições locais) relacionados às atividades de PCI no serviço de saúde. b. Elabore planos de disseminação e um programa de apoio à implementação local. c. Certifique-se de que haja um sistema de documentação e disseminação das iniciativas locais ou nacionais bem-sucedidas para destacar exemplos de intervenções efetivas e sua implementação. **3. Educação e treinamento continuado** a. Apoie o desenvolvimento e aprimoramento de programas educacionais em PCI. **4. Vigilância, monitoramento, auditoria e feedback** a. Formule processos para monitorar a implementação e adesão às políticas e padrões e implemente mecanismos de feedback. b. Estabeleça um sistema de vigilância de IRAS, bem como RM (incluindo definições e metodologia), incluindo detecção precoce de surto e a disseminação de dados associada. c. Inicie e conduza investigações epidemiológicas referentes a eventos/incidentes adversos relacionados a infecções, inclusive no contexto de saúde ocupacional. **5. Ambiente favorável** a. Garanta a aquisição contínua de uma seleção apropriada de suprimentos adequados relevantes para as práticas de PCI, por exemplo, EPI, produtos de higiene das mãos, desinfetantes etc. b. Garanta uma gestão efetiva de resíduos e acesso adequado a água potável, saneamento e limpeza ambiental em todas as unidades de saúde. **6. Vínculos de programa** a. Garanta que sejam desenvolvidos relacionamentos efetivos com equipes, programas e departamentos relacionados como, por exemplo, WASH, RM, qualidade e segurança, laboratórios, saúde ambiental, engenharia biomédica, saúde ocupacional, associações de pacientes/órgãos da sociedade civil. **7. Estratégias multimodais** a. Forneça coordenação e apoio no desenvolvimento e implementação de estratégias multimodais alinhadas com outros programas de melhoria da qualidade ou organismos de credenciamento de unidades de saúde, incluindo o apoio e os recursos, políticas, regulamentos e ferramentas necessários.

A CONSTITUIÇÃO E AS FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES DA COMISSÃO DE PCI

A Tabela 3D apresenta uma lista de membros em potencial da comissão PCI e as funções e responsabilidades associadas, mas isso pode ser modificado de acordo com a realidade local.

Tabela 3D. Exemplo de constituição e funções e responsabilidades da comissão de PCI

Comissão de PCI	
Membros ou componentes • Superintendente médico/chefe da unidade de saúde ou representante • Chefe da enfermagem • Chefes representativos de departamentos especializados (com base no contexto local) • Líder da PCI • Enfermeiros de PCI • Representante do setor da de qualidade • Chefe de segurança do paciente • Profissional de saúde pública/agente de controle de doenças • Farmacêutico chefe • Engenheiro biomédico/tecnólogo de equipamentos/cientista biomédico • Agente de saúde ambiental • Chefe da nutrição • Chefe de WASH • Outros membros que podem ser cooptados conforme necessário, por exemplo, coordenadores de HIV/TB.	**Funções e responsabilidades** • Monitorar, supervisionar e avaliar todas as atividades de PCI com base nos oito componentes essenciais, incluindo o desenvolvimento de planos anuais e um mecanismo de relatório anual. • Supervisionar a implementação do programa e planos de PCI. • Reportar a outros comitês relacionados, incluindo qualidade e segurança, gestão de riscos, RM. • Fornecer aconselhamento sobre PCI e assuntos relacionados. • Aconselhar sobre aquisição de equipamentos e consumíveis para PCI. • Fazer a ligação com os coordenadores de treinamento em serviço sobre o(s) programa(s) de treinamento em PCI na instituição. • Divulgar informações e relatórios sobre PCI para gestores seniores relevantes e líderes clínicos em toda a instituição. • Desempenhar um papel de liderança na defesa de causa e mobilização de recursos para as atividades de PCI, incluindo a garantia de um orçamento anual para a PCI. • Executar quaisquer outras funções relacionadas à PCI.

Componente essencial 2.

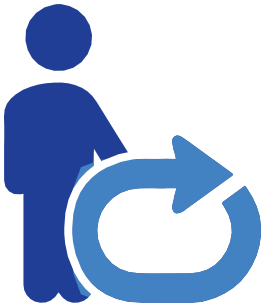
DIRETRIZES DE PCI
- Recapitulação rápida

O desenvolvimento de diretrizes é complexo e requer experiência. No entanto, existe um conjunto crescente de orientações internacionais (por exemplo, OMS e CDC) que podem ser adaptadas à sua situação local. Além disso, com base em padrões internacionais, muitos países desenvolveram ou estão desenvolvendo suas próprias diretrizes nacionais de PCI que podem ser adaptadas nos serviços de saúde.

O nível do serviço de saúde geralmente não é o local em que as diretrizes devem ser desenvolvidas, mas sim onde as diretrizes internacionais ou nacionais são colocadas em operação.

Existem exemplos de outros programas ou iniciativas que desenvolveram e/ou disseminaram diretrizes com sucesso, com os quais você possa aprender? Muitas instituições vincularam o desenvolvimento de diretrizes aos procedimentos operacionais padrão existentes ou criaram novas para tornar o processo de implementação mais fácil.

Além disso, muito serviços de saúde estão começando a integrar as diretrizes de PCI em outros programas, em vez de depender apenas de orientações independentes de PCI (por exemplo, TB, saúde materno-infantil e HIV). Por fim, o formato e a disponibilidade das diretrizes são essenciais, as orientações não se implementam – certifique-se de que ganhem vida em vez de permanecer dentro de uma pasta em uma prateleira e pense na utilização de formatos eletrônicos para torná-las mais facilmente acessíveis.



AMOSTRA DE PLANO DE AÇÃO: DIRETRIZES DE PCI

Para apoiar o desenvolvimento do seu plano de ação, consulte as tabelas “o quê?, por quê?, quando?, quem?, como?” apresentadas na Parte II.

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recurs
Não há diretrizes de PCI (baseadas em evidências, consistentes) disponíveis (e não há envolvimento de outros médicos e gestores nesse processo)	• Fonte de diretrizes nacionais, regionais ou internacionais baseadas em evidências e/ou fontes de diretrizes desenvolvidas e aprovadas em outras instituições semelhantes. • Adapte o conteúdo de outras diretrizes, se necessário para as necessidades da instituição. • Revise a amostra de diretrizes nacionais na seção de ferramentas e recursos.	• Líder/pessoa focal de PCI • Microbiologista ou infectologista (se diferente do líder) • Especialistas de saúde pública • Outros com experiência na formulação de orientações • Amostra de médicos e gestores de unidades	6 meses	Baixo
Nenhum conhecimento disponível para desenvolvimento/adaptação das diretrizes de PCI	• Entre em contato com especialistas nacionais de PCI quando disponíveis e/ou sociedades ou órgãos profissionais de PCI para perguntar se eles têm experiência para apoiar serviços de saúde no desenvolvimento e adaptação de diretrizes, por exemplo, por meio de mentoria remota, ligações telefônicas regulares etc. • Obtenha e peça permissão para garantir a experiência daqueles que redigiram/adaptaram outras diretrizes (não PCI), por exemplo, um consultor (isso ajuda no processo de desenvolvimento de diretrizes, mas não substitui a experiência em PCI necessária para desenvolvimento/adaptação das diretrizes).	• Líder/pessoa focal de PCI • Gestor(es) sênior(es)	3 meses	Moderado-alto
Diretrizes de PCI não integradas a outros programas	• Garanta datas de reunião com outros líderes de programa e analise em conjunto as diretrizes disponíveis para identificar onde a PCI é relevante. • Forneça (resumo) o texto da PCI para inclusão em outras diretrizes. • Cogite desenvolver e fornecer procedimentos operacionais padrão de PCI para adicionar a outras diretrizes, por exemplo, (1) como a higiene das mãos e a técnica asséptica para tratamento de ferimentos devem ser empregadas em uma orientação cirúrgica, (2) padrões de PCI incorporados aos padrões do organismo de acreditação para credenciamento da atenção em saúde em geral, 3) higiene das mãos e outras precauções incorporadas às orientações de gestão de MDRO (https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro/index. html acessado em 4 de abril de 2018)	• Líder/pessoa focal de PCI • Outros membros da equipe de PCI • Gestores seniores (para validação e aprovação da abordagem)	1 mês	Baixo

Nenhuma abordagem planejada para a implementação da diretriz	• Desenvolva um plano de trabalho anual de disseminação e implementação usando pensamento multimodal (ver Anexo 2), incluindo a descrição de: como abordar os recursos e infraestruturas necessários; como treinar pessoal; como monitorar o progresso e fornecer feedback, por exemplo, avaliação de conhecimentos, práticas e comportamentos entre a equipe; como se comunicar sobre as diretrizes; e como proteger modelos e das diretrizes.	• Líder/pessoa focal de PCI	4 meses	Baixo

A Tabela 3E relaciona algumas das barreiras comuns relacionadas ao desenvolvimento e implementação das diretrizes de PCI que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. A coluna final indica ao leitor exemplos de implementação associados com um foco (não exclusivo) em locais com poucos recursos.

Tabela 3E. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 2)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Acesso limitado às diretrizes de PCI	• Explore a disponibilidade de diretrizes/políticas nacionais com o ministério da saúde, se necessário – se existirem, adapte-as às necessidades de sua instituição. • Explore a disponibilidade de diretrizes desenvolvidas por organizações internacionais, por exemplo, OMS, CDC, ECDC. • Explore se outros serviços de saúde mais avançados têm produzido diretrizes baseadas em evidências. • Se existir um órgão/sociedade de PCI, entre em contato com eles para perguntar se eles têm exemplos de recursos para compartilhar.	**Adaptação de diretrizes internacionais** "Para desenvolver diretrizes para nosso programa de PCI, anteriormente pegamos as diretrizes do CDC e do ECDC e as adaptamos para nossa unidade. Em 2012, o ministério da saúde divulgou orientações sobre injeções seguras, precauções universais, pneumonia associada à atenção à saúde, infecção de sítio cirúrgico, ISC associada a cateter e esterilização, portanto, nós as usamos, adaptando-as à nossa unidade. No entanto, alguns elementos dessas orientações agora estão desatualizados, portanto, também precisamos prestar atenção a isso. Esperamos que outros tópicos de orientação, como vigilância e PCI em cirurgia, sejam divulgados pelo ministério da saúde. O desenvolvimento dessas orientações do ministério da saúde foi apoiado pelo grupo consultivo de PCI e pelo programa de Hospitais Modelo." Vietnã **Adaptação das diretrizes nacionais** "Levou um ano para formularmos nossa própria política de PCI. Adaptamos as diretrizes publicadas pelo ministério da saúde sobre PCI de acordo com nossas necessidades e o serviço que oferecemos. Usamos o formato de modelo fornecido pelo nosso departamento de qualidade. Uma equipe multidisciplinar que incluía os usuários finais das políticas revisou tudo no tocante ao idioma, o fluxo dos procedimentos, os termos e dados científicos etc. para cada categoria de funcionários, seguindo-se um monitoramento contínuo de suas práticas de acordo com a política e, após dois anos, nossa unidade adquiriu o nível de credenciamento de fundação nacional!" Egito
Garantir que as diretrizes permaneçam atualizadas	• Verifique regularmente com o ministério da saúde se existem diretrizes /atualizações de evidências relevantes disponíveis. • Use reuniões ou oficinas regulares nas quais as equipes multidisciplinares revisem as evidências mais recentes para orientar as diretrizes de PCI conforme elas evoluem – observe que as evidências para as recomendações de PCI não mudam com muita frequência. • Verifique regularmente as revisões sistemáticas de PCI produzidas em nível nacional, regional ou internacional, bem como quaisquer novas diretrizes da OMS a fim de fazer alterações nas orientações de sua instituição.	**Garantir que as diretrizes permaneçam atualizadas por meio de oficinas colaborativas** "É um desafio mantê-las regularmente atualizadas, então decidimos definir uma programação regular de oficinas de PCI, nas quais poderíamos discutir as evidências atuais e quaisquer necessidades de atualizações das diretrizes." Paquistão

Tabela 3E. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 2) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Experiência limitada no desenvolvimento de diretrizes	• Normalmente, as diretrizes nacionais são implementadas e não desenvolvidas nos serviços de saúde em muitos países. No entanto, se não houver diretrizes nacionais, a designação poderá ser atribuída a uma equipe de trabalho de membros internos e externos para redigir as diretrizes de PCI. A equipe de trabalho conduziria uma revisão da literatura e consideraria a adaptação de diretrizes de outras fontes, por exemplo, diretrizes internacionais onde houver. • Recomenda-se uma revisão ampla pelas partes interessadas, incluindo a liderança da unidade e diversas categorias de profissionais de saúde para construir consenso/validar o conteúdo e determinar sua viabilidade no contexto local. Atenção especial deve ser dada à simplicidade da linguagem e usabilidade. • Em alguns casos, será sensato explorar fontes de suporte técnico externo e levar em consideração se outras instituições de seu país desenvolveram diretrizes – isso pode ajudar a prevenir a "reinvenção da roda". Entre em contato com a pessoa focal nacional de PCI para verificar se existem serviços de saúde exemplares em seu país. • O tipo de suporte necessário para desenvolver diretrizes inclui encontrar pessoas com experiência em elaboração e referência, bem como a capacidade de criticar a literatura/outras diretrizes. Além disso, a experiência anterior em elaboração de diretrizes será útil.	**Uso de experiência externa de PCI como catalisador para a ação** "Os dois requisitos também são recursos humanos qualificados e integração. A instituição precisa de uma pessoa dedicada e qualificada de PCI para trabalhar nisso. Um modelo semelhante poderia funcionar para receber suporte técnico externo para redigir o documento (se o país não tiver um) e a unidade então precisaria adaptá-lo ao seu contexto local. " Organização Pan-Americana da Saúde **Adaptar para adotar** "Usamos as diretrizes do CDC/NHSN e da OMS e depois tentamos adaptá-las à nossa unidade." Paquistão
Operacionalização (disseminação e implementação) de diretrizes	• Paralelamente ao desenvolvimento de diretrizes, pondere como você irá disseminar, promover e implementar as diretrizes inclusive por meio de uma série de comunicações e planos de melhoria direcionados. • Aprenda com outras unidades ou com a literatura "como fazer" a implementação de diretrizes. • Use uma estratégia multimodal para colocar em operação as recomendações das diretrizes. • Use/desenvolva procedimentos operacionais padrão (POP) para ajudar a operacionalizar as recomendações das diretrizes para a unidade, incluindo enfermarias/unidades específicas com base em riscos e necessidades.	**Faça um plano de divulgação** "O principal desafio é operacionalizar as diretrizes. Duas soluções que ajudaram a garantir a implementação das diretrizes é criar um plano explícito de como as orientações serão disseminadas, usadas e monitoradas durante a fase de preparação antes do desenvolvimento real da orientação." África Oriental **Aprenda com outras unidades** "Para a operacionalização das diretrizes, iniciamos um diário em nível de unidade com uma série "como fazer", que foi compartilhada com várias unidades. Para a adaptação das diretrizes internacionais, achamos mais fácil fazer isso para os procedimentos operacionais padrão." Nigéria **Use uma abordagem multimodal** "O treinamento veio primeiro. Depois de colocarmos os responsáveis pela PCI treinados no local, eles puderam desenvolver a orientação, treinar outras pessoas e avaliar sua implementação. A liderança de cada disciplina também foi incumbida da implementação da diretriz para que todos os profissionais de saúde responsáveis pela segurança de PCI trabalhassem sem nossa presença constante na instituição. O controle do processo é um componente chave. Regularmente, a equipe de PCI compartilha literatura importante com os profissionais e líderes de saúde relevantes (ou seja, discute um estudo em uma reunião de equipe) e discute a necessidade de atualizar as orientações de acordo com as evidências. Este tem sido um processo efetivo na unidade de terapia intensiva e nos permitiu implementar intervenções de bundles." Argentina

Tabela 3E. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 2) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Integração das diretrizes de PCI em outros programas	Comunique-se com as partes interessadas e os principais departamentos da instituição no início do desenvolvimento de sua diretriz ou processo de adoção, aproveitando os relacionamentos promovidos durante as etapas 1 e 2, entender como as orientações de PCI podem incluir referências a outras prioridades da instituição e garantir que quaisquer outras orientações referenciem apropriadamente a PCI – isso pode aumentar a probabilidade de aceitação e sucesso.	**Proteger a integração da orientação** "Além disso, as diretrizes de PCI precisam ser integradas em outras orientações de programas, como planejamento familiar, HIV (por exemplo, circuncisão médica masculina voluntária), serviços de saúde materna e infantil, serviço de prevenção do câncer cervical, etc., portanto, as discussões iniciais entre os departamentos devem também acontecem durante a fase de preparação antes do desenvolvimento de diretrizes." África Oriental

FERRAMENTAS E RECURSOS

Orientação/políticas/padrões

- Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica. Guia para desenvolvimento, implementação e avaliação de diretrizes de prática clínica. 1999 (https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/ cp30 acessado em 4 de abril de 2018)
- Desenvolvimento e implementação de diretrizes para a política de saúde e prática clínica na Estônia: avaliação provisória do progresso, setembro de 2015 (http://www.euro.who.int/en/countries/estonia/publications/developing-and-implementing-guidelines- for-health-policy-and-clinical-practice-in-estonia-interim-appraisal-of-progress-2015 acessado em 4 de abril de 2018)
- Associação de Conformidade na Atenção à Saúde. O que fazer e o que não fazer na formulação de políticas (https://www. hcca-info.org/Portals/0/PDFs/Resources/library/DOs%20and%20DONTs%20of%20 Policy%20Writing.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Como redigir um manual de políticas (http://www.templatezone.com/download-free-ebook/ office-policy-manual-reference-guide.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Orientações sobre higiene das mãos na atenção à saúde (http://www.who.int/infection-prevention/publications/hh_evidence/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Orientações globais sobre prevenção de infecção de sítio cirúrgico (http://www.who. int/infection-prevention/publications/ssi-guidelines/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Diretrizes para prevenção e controle de infecção por *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* e *Enterobacteriaceae* resistentes a carbapenêmicos nas unidades de saúde (http://www.who.int/infection-prevention/publications/focus-amr/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Evidências, diretrizes e publicações sobre segurança de injeção (http://www.who.int/infection-prevention/publications/injection-safety/ en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- OMS, Descontaminação e reprocessamento de produtos para a saúde em unidades de saúde (http://www.who.int/infection-prevention/publications/decontamination/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Diretrizes nacionais de PCI de Serra Leoa (http://www.afro.who.int/sites/default/ files/2017-05/ipcguide.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Políticas e diretrizes sobre PCI para serviços de atenção à saúde de Trindade e Tobago (junho de 2011) (http://www.health.gov.tt/downloads/DownloadDetails.aspx?id=245 acessado em 4 de abril de 2018)
- Política e diretrizes nacionais sobre PCI em locais de atenção à saúde do Ministério da Saúde de Gana (https://www.ghanahealthservice.org/downloads/National_Policy_and_Guidelines%20_for_Infection_Prevention_and_Control_in_Health_Care_ Settings_2015.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Manual nacional NHS sobre PCI da Escócia (http://www.nipcm.hps.scot.nhs.uk/ acessado em 4 de abril de 2018)
- National Guard Health Affairs, Manual de PCI do Conselho de Cooperação do Golfo, segunda edição, 2013 (https://www.moh.gov.sa/CCC/Documents/GCC%20Infection%20 control%20manual%202013%20 revisedOPT.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Diretrizes nacionais sobre PCI para centros de saúde, Cingapura (https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/Publications/guidelines/infection_control_guidelines/national-infection-prevention-and-control-guidelines-for-acute-h.html acessado em 4 de abril de 2018)
- Biblioteca de diretrizes sobre PCI do CDC (https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/index.html acessado em 4 de abril de 2018)
- Lista de diretrizes sobre PCI da Associação de Profissionais de Controle de Infecção e Epidemiologia (https://apic.org/Professional-Practice/Scientific-guidelines acessado em 4 de abril de 2018)
- Diretrizes de PCI da Sociedade de Controle de Infecção do Pacífico Asiático (http://apsic-apac. org/guidelines-and-resources/apsic- guidelines/ acessado em 4 de abril de 2018)

Planejamento

- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras de estratégias multimodais (Anexo 2)

Publicações selecionadas

- Larson EL, Quiros D, Lin SX. Dissemination of the CDC's hand hygiene guideline and impact on infection rates. Am J Infect Control. 2007;35666-75.
- Rosenthal VD, Guzman S, Safdar N. Effect of education and performance feedback on rates of catheter-associated urinary tract infection in intensive care units in Argentina. Infect Control Hosp Epidemiol. 2004;25: 47–50.
- Quiros D, Lin S, Larson EL. Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: a cross-sectional anonymous survey. Heart Lung. 2007;36:287-97.

COMPONENTE ESSENCIAL 3

FORMAÇÃO E TREINAMENTO EM PCI

- Recapitulação rápida

É importante vincular a educação e o treinamento às suas diretrizes locais baseadas em evidências e alinhar os esforços de educação e treinamento com outras políticas e programas relevantes. A instituição deve garantir treinamento em PCI para todos os novos funcionários, bem como educação contínua com atualizações pelo menos anualmente. O treinamento e a educação também devem estar ligados aos perfis e competências de trabalho e o treinamento básico em PCI deve estar disponível para todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços e atendimento ao paciente, bem como para outro pessoal (por exemplo, pessoal administrativo e gerencial, pessoal de apoio, limpeza). Ao desenvolver seu plano de ação, pense:

(1) como o treinamento será monitorado e avaliado? (2) como você vai saber que o conhecimento, também os comportamentos melhoraram? Cogite a realização de sessões de treinamento orientadas a tarefas e palestras para aumentar a motivação do aluno, usando módulos de e-learning, treinamento baseado em simulação, treinamento à beira do leito por equipes dedicadas ou enfermeiros/profissionais de PCI ou sessões de grupo com módulos on-line e palestras em seus planos de treinamento e educação. Além disso, ao desenvolver seu plano de ação, pondere como o líder/pessoa focal de PCI será apoiado para desenvolver continuamente seus conhecimentos e habilidades. Por fim, considere oferecer educação sobre medidas básicas de higiene aos pacientes e suas famílias.

AMOSTRA DE PLANO DE AÇÃO: TREINAMENTO E FORMAÇÃO EM PCI

Para apoiar o desenvolvimento do seu plano de ação, consulte as tabelas “o quê?, por quê?, quando?, quem?, como?” apresentadas na Parte II.

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recurs
Sem experiência em como desenvolver e executar treinamento em PCI efetivo	• Obtenha competências para o treinamento em PCI e mapeie para a equipe disponível. • Elabore e envie um relatório sobre a situação de competência da equipe disponível aos gestores seniores, destacando as lacunas e a necessidade de desenvolvimento de capacidade por meio de treinamento e mentoria.	• Líder/pessoa focal de PCI	3 meses	Baixo
Nenhum programa de rotina de treinamento em PCI	• Desenvolva um programa de treinamento em PCI usando os módulos de treinamento da OMS (ver ferramentas e recursos).	• Líder/pessoa focal de PCI	3 meses	Moderado
Sem fundos para apoiar o treinamento	• Ver o modelo do plano de ação do componente essencial 1 sobre o orçamento de PCI.	• Ver o modelo de plano de ação do componente essencial 1 sobre o orçamento de PCI		Ver o componente essencial ~~principal~~ 1
O treinamento em PCI não é rotineiramente integrado ao treinamento de prática clínica de outras especialidades	• Trabalhe com as equipes clínicas para criar um plano para integrar a PCI em seu treinamento de prática clínica (por exemplo, práticas de higiene das mãos de acordo com os 5 Momentos da OMS, plataformas de treinamento para a inserção de dispositivos invasivos, infecções de sítio cirúrgico, RM etc.). • Descreva o plano de avaliação para medir o sucesso da PCI integrada a outro treinamento.	• Líder/pessoa focal de PCI • Futuros membros da equipe de PCI • Gestores seniores (para exigir e garantir apoio para essa abordagem)	6 meses	Baixo
Nenhum treinamento de rotina em PCI oferecido a pacientes/familiares	• Crie um plano para oferecer treinamento a pacientes/familiares (em uma variedade de formatos) – pense em visar áreas de alto risco, por exemplo, a unidade de terapia intensiva, usando uma combinação de métodos (folhetos, cartazes, informações verbais e conselhos). A higiene das mãos pode funcionar como um ponto de partida útil no treinamento do paciente e familiares.	• Líder/pessoa focal de PCI • Futuros membros da equipe de PCI • Especialistas em comunicação • Grupos de pacientes/serviços de ligação	3 meses (e contínuo)	Baixo
Nenhum/fraco Programa contínuo de desenvolvimento para a	• Desenvolva um plano de desenvolvimento profissional contínuo para os funcionários de PCI, levando em consideração as lacunas de competência (relacionadas ao programa de PCI). Explore oportunidades de ter	• Líder/pessoa focal de PCI • Gestor(es) sênior(es) • Líder de qualidade	3 meses e contínuo	Moderado

equipe de PCI	colocações em outras instituições em que a implementação de PCI esteja mais avançada ou em que projetos específicos foram implementados com sucesso. Identifique conferências ou oficinas educacionais nacionais ou internacionais. • Em alguns países, o desenvolvimento profissional disponível inclui cursos de treinamento de curta duração para novos praticantes de PCI (por exemplo, curso básico de duas semanas para iniciantes), um curso de treinamento avançado (por exemplo, curso de quatro meses), um programa de mestrado para praticantes de PCI (até dois anos), bem como seminários e conferências nacionais anuais		

A Tabela 3F (no verso) relaciona algumas das barreiras comuns à implementação de um programa de treinamento em PCI que os líderes em PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. Os exemplos de implementação fornecidos são focados (não exclusivamente) em locais com poucos recursos.

Tabela 3F. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 3)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Falta de material de treinamento	• Cogite começar aos poucos, por exemplo, concentre-se no treinamento de higiene das mãos como um ponto de entrada usando materiais já disponíveis (por exemplo, recursos da OMS – ver a seção de ferramentas e recursos). • Procure saber se existe material de treinamento padronizado disponível no programa nacional, parceiros ou sociedades/redes nacionais ou internacionais de PCI.	**Aproveite os materiais de treinamento existentes e comece aos poucos** "Usamos higiene das mãos como ponto de partida para a educação da equipe de PCI". Quênia
Falta de experiência para treinar toda a equipe relevante	• Cogite o uso de abordagens do tipo "instruir o treinador". • Procure apoio do próximo nível se houver experiência, ou seja, municipal/estadual e nacional. • Cogite a contratação de serviços especializados para apoiar o treinamento e o desenvolvimento, se for viável e os fundos permitirem.	**Modelo "instruir o treinador"** "Como médico-chefe infectologista, consegui primeiro obter apoio para ser treinado pela APSIC e, então, conseguimos financiamento para pessoal adicional. Participamos de uma estrutura do tipo 'instruir o treinador' que é apoiada pelo Ministério da Saúde, em que são organizadas reuniões regionais com especialistas para nos manter atualizados". Vietnã
Envolver todas as disciplinas relevantes no treinamento, incluindo defensores e líderes	• Assegure o comprometimento da liderança com o treinamento multidisciplinar, incluindo gestores de unidades de saúde, médicos, enfermeiros e equipe de apoio.	**Abordagens multidisciplinares com treinamento integrado às descrições de cargo** "Começamos aos poucos e depois aumentamos gradativamente, mas o papel de um defensor local que lidere esse processo é fundamental. No início, havia indiferença na África do Sul, mas continuamos conversando com os departamentos nacionais de saúde e conquistamos os diretores executivos, lideranças em geral e chefes de enfermagem das unidades. O programa é autossustentável e executado com contribuições dos participantes (embora pequenas). A parte prática do treinamento é fundamental (ou seja, visitar enfermarias durante treinamentos, verificar riscos, analisá-los, interpretá-los e criar mudanças). Em nossa experiência, não é bom separar médicos, laboratoristas e funcionários de resíduos em treinamento, pois o treinamento multidisciplinar reduz hierarquias e edifica respeito mútuo que pode ser mantido no hospital. Os requisitos para treinamento também devem ser incorporados nas descrições de cargo porque isso pode encorajar um treinamento apropriado. Por exemplo, os gestores devem participar de um curso de PCI de cinco dias dentro de três a quatro meses após o início de seu cargo. No geral, a partir do trabalho da Rede de Controle de Infecção na África (ICAN), existe agora um quadro de profissionais de saúde formado em PCI em curso de nível universitário e diploma de pós-graduação. Esses recursos e iniciativas existentes devem ser usados e desenvolvidos." ICAN **Treinamento para todos os novos iniciantes e a PCI como um elemento central da avaliação de desempenho** "Integramos a educação em PCI e a orientação para novos funcionários. Além disso, discutimos sua inclusão como parte das avaliações de desempenho anuais." Nigéria

Tabela 3F. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 3) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Falta de tempo para treinamento (o treinamento não é uma prioridade)	• Cogite treinamento em serviço, supervisão e mentoria. • Inclua a PCI na orientação da equipe. • Inclua a PCI na avaliação de desempenho da equipe.	**Treinamento em serviço** "Priorizamos o envio de pessoas para dar treinamento em serviço e organizamos oficinas regionais sobre PCI." Mèdecins Sans Frontières/Médicos Sem Fronteiras **Uso de uma "sala de demonstração"** "O Hospital Distrital de Swedru na região central de Gana estabeleceu uma sala de demonstração após o treinamento em PCI com todos os itens de PCI, desde equipamentos para higiene das mãos, processamento de instrumentos, gestão de resíduos, EPI, um leito e um manequim. Isso serve como um campo de treinamento contínuo para todas as categorias do pessoal de saúde." Gana
Envolver a equipe médica no treinamento em PCI	• Cogite o uso de simulação.	**Uso de simulação** "Temos um programa anual para nossos profissionais de saúde, que atualmente está passando por uma transição para uma plataforma virtual. Até o ano passado, tínhamos reuniões mensais com nossos enfermeiros durante o plantão, além de outras reuniões especiais para médicos, técnicos e auxiliares de limpeza. Para os novos residentes, oferecemos uma simulação e treinamento / orientação para novos funcionários." Argentina

FERRAMENTAS E RECURSOS

Plano de ação

- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras da estratégia multimodal (Anexo 2)

Treinamento

- Módulos de treinamento avançado em PCI da OMS (http:// www.who.int/infection-prevention/tools/ core-components/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Material de treinamento para higiene das mãos da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/training_ education/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Ferramentas para clima de segurança institucional com foco na participação do paciente, da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/ tools/hand-hygiene/safety_climate/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Lista de cursos de treinamento sobre PCI do Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (https://ecdc.europa.eu/en/publications- data/directory-guidance-prevention-and- control/training/training-courses-infection acessado em 16 de abril de 2018)
- Guia do facilitador de PCI dos Serviços de Atenção à Saúde de Gana – disponível no Pod de aprendizagem sobre PCI e WASH (http://www.who.int/servicedeliverysafety/ areas/qhc/schematic-GLL.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018)
- Saúde Pública da Ontário (Canadá) (https:// www.publichealthontario.ca/en/LearningAndDevelopment/OnlineLearning/InfectiousDiseases/Pages/default.aspx acessado em 4 de abril de 2018)

Conferências internacionais selecionadas

- Associação de Profissionais para Controle de Infecção e Epidemiologia (APIC) (www.apic. org acessado em 4 de abril de 2018)
-

- APSIC (http://apsic-apac.org) acessado em 26 de abril de 2018)
- Congresso Europeu de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas (http://www. eccmid.org/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Rede de Controle de Infecção da África (http:// www.icanetwork.co.za/ acessado em 16 de abril de 2018)
- Instituto de Administração Pública do Canadá (https://ipac-canada.org/canadian-ipac-course.php acessado em 4 de abril de 2018)
- Conferência Internacional sobre Prevenção e Controle de Infecção (http://www.icpic.com/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Federação Internacional de Controle de Infecção (www.theific.org acessado em 4 de abril de 2018)

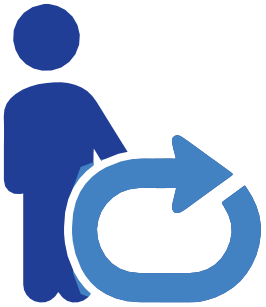
Publicações selecionadas

- Allen GB, Miller V, Nicholas C, Hess S, Cordes MK, Fortune JB, et al. A multitiered strategy of simulation training, kit consolidation, and electronic documentation is associated with a reduction in central line-associated bloodstream infections. Am J Infect Control. 2014;42:643–8.
- Sherertz RJ, Ely EW, Westbrook DM, Gledhill KS, Streed SA, Kiger B, et al. Education of physicians-in-training can decrease the risk for vascular catheter infection. Ann Intern Med. 2000;132:641-8.

COMPONENTE ESSENCIAL 4

VIGILÂNCIA DE IRAS
- Recapitulação rápida

A realização de atividades de vigilância de IRAS requer o apoio e a concordância da liderança da unidade e dos chefes dos serviços clínicos visados, porque está ligada à segurança do paciente e à avaliação de desempenho e pode exigir alguns recursos adicionais (por exemplo, tempo dedicado de equipe treinada e, em alguns casos, investigações microbiológicas). O desenvolvimento da capacidade de vigilância exigirá algum grau de treinamento da pessoa identificada como o líder de vigilância (mais provavelmente, o líder de PCI) e daqueles dedicados à coleta de dados, geralmente, os enfermeiros e os médicos que trabalham nas enfermarias ou em departamentos onde a vigilância é realizada. Se não houver ainda essa experiência, ela deve constituir o foco de prioridade inicial de seus planos. Leve em consideração que profissionais experientes estão disponíveis nos serviços de saúde (localmente e nacionalmente) para apoiar essa atividade.



Em alguns países, os especialistas nacionais em vigilância fazem visitas de apoio ao local/mentoria para ajudar no treinamento, incluindo avaliação de detecção de casos, preenchimento de formulários de vigilância e apoio na coleta e análise de dados. Não é necessária uma vigilância que cubra todos os tipos de IRAS – metas e indicadores bem definidos devem ser identificados com foco em, por exemplo, ICS, infecção do sítio cirúrgico em procedimentos específicos ou infecção do trato urinário em pacientes com cateter urinário. Muitas unidades de saúde com capacidade zero de vigilância começaram com pequenos projetos, por exemplo, abordagem da infecção do sítio cirúrgico em mulheres submetidas a cesariana ou a algum outro procedimento comum que tenha um problema de infecção reconhecido. Além disso, alguns serviços de saúde têm utilizado dados existentes sobre outras doenças infecciosas, por exemplo, HIV e/ou TB, para demonstrar o valor dos dados gerais ao abordar uma melhoria. A maior parte do aprendizado em campo sugere uma abordagem gradual, decidindo cuidadosamente os métodos com base em evidências, começando com pequenos projetos e depois ampliando a escala.

MODELO DE PLANO DE AÇÃO: VIGILÂNCIA DE IRAS

Para apoiar o desenvolvimento do seu plano de ação, consulte as tabelas "o quê?, por quê?, quando?, quem?, como?" apresentadas na Parte II.

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/ recursos
Recursos inexistentes/limitados para vigilância, incluindo: • Recursos financeiros inexistentes/limitados • Recursos humanos inexistentes/limitados (por exemplo, inexistência/limitação de pessoal treinado e capaz de aplicar um processo de coleta de dados padronizado) • Nenhum/limitado suporte de informática para realizar a vigilância (por exemplo, equipamentos, tecnologias móveis, registros eletrônicos de saúde)	• Consulte o modelo de plano de ação do componente essencial 1. • Desenvolva um caso para abordar: especialização em epidemiologia/vigilância necessária (se ainda não estiver incluída no caso da equipe de PCI) usando Questões orientadoras da estratégia multimodal, necessidade de maior capacidade e recursos de informática. • Identifique se é possível acessar a experiência adquirida em programas nacionais ou regionais, incluindo se existe um programa de trabalho de RM com o qual a PCI possa se integrar. • Explore a opção de usar a experiência epidemiológica existente de outros programas, quando disponível. • Explore a disponibilidade de cursos na Internet para apoiar o treinamento. • Cogite começar com estudos de prevalência, servindo de exercícios para a equipe praticar o diagnóstico de IRAS, coletar e analisar dados e reconhecer a epidemiologia das IRAS e os problemas de seu local (ver abaixo).	• Líder de PCI, líder de PCI e epidemiologista do serviço de saúde, se presente, que trabalha com os gestores seniores/diretor executivo	3-6 meses:	Baixo
Nenhuma/limitada informação sobre a carga de IRAS na instituição	• Idealmente, conduza um estudo de ponto de prevalência (PPS) para identificar as IRAS mais frequentes em sua instituição e para orientar futuras abordagens de vigilância. Explore se está disponível um protocolo PPS, formulários de coleta de dados e um banco de dados de entrada de dados nos programas de PCI ou nos programas de vigilância nacionais, ou desenvolva-os usando padrões internacionais. • Inicie uma PPS piloto em várias unidades, incluindo unidades de terapia intensiva e enfermarias cirúrgicas. • Orientado pela PPS piloto, realize a PPS em todo o estabelecimento de saúde. • Dê feedback dos resultados aos chefes das unidades e à comissão de PCI e enfoque na obtenção de apoio	• Médico de PCI • Enfermeiros de PCI	3-6 meses:	Moderado

para a identificação de áreas prioritárias para vigilância contínua.

- Use os resultados para apoiar a necessidade contínua de um programa de PCI.

Amostra de plano de ação: Vigilância contínua de IRAS

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento /recursos
Nenhuma definição de caso (confiável) para vigilância	Quando disponível, consulte as definições nacionais no desenvolvimento de definições e um protocolo de vigilância locais. Na ausência de definições nacionais, desenvolva definições usando: ➢ as definições internacionais disponíveis em sua região, por exemplo, protocolo de vigilância de IRAS ECDC (ver ferramentas e recursos); ➢ definições de vigilância do CDC/NHSN EUA para tipos específicos de infecções (ver ferramentas e recursos, página 83); ➢ protocolo da OMS para vigilância de infecção de sítio cirúrgico com foco em locais com recursos limitados (ver ferramentas e recursos).	• Líder/pessoa focal de PCI	1-2 meses	Baixo
A vigilância padronizada ainda não é um componente bem definido do programa de PCI (incluindo uma variedade de tópicos recomendados)	• Com o apoio de profissionais de PCI treinados, elabore definições baseadas em evidências, métodos e formulários de coleta de dados como referência e organize uma reunião de especialistas com chefes de unidades, médicos e enfermeiros (especialmente de unidades de alto risco, por exemplo, unidade de terapia intensiva, cirurgia, neonatologia, queimados, doenças infecciosas etc.) para discutir uma abordagem cuidadosa e adaptada localmente para estabelecer vigilância regular em áreas prioritárias e quais métodos devem ser usados.	• Líder/pessoa focal de PCI	3 meses	Moderado
Falta geral de conscientização em toda a instituição do valor da vigilância – as atividades de vigilância não estão bem alinhadas com as necessidades e prioridades dos serviços de saúde	• Desenvolva breves materiais de defesa de causa destacando as vantagens da vigilância de IRAS – concentre-se em como as informações de vigilância podem ajudar a reduzir IRAS em todas as unidades do serviço de saúde como utilizar efetivamente as informações de vigilância para melhorar a prática de atendimento ao paciente e a detecção precoce de surtos de IRAS. Inclua os dados de custo-efetividade de estudos que demonstrem o benefício econômico da detecção e prevenção de IRAS. • Quando disponíveis, use os dados da PPS para apoiar a defesa de causa e o treinamento. • Orientado por reuniões com chefes de departamentos e discussões na comissão de PCI, elabore uma lista de prioridades e avalie os planos de vigilância de acordo com essas prioridades atuais – os planos e recursos para vigilância devem ser firmemente estabelecidos como parte fundamental do programa geral de PCI, incluindo a abordagem dos requisitos de coleta de dados, análise e relatórios.	• Líder/pessoa focal de PCI	1-2 meses	Baixo

Amostra de plano de ação: Vigilância continuada de IRAS

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recursos
Sem capacidade de microbiologia/laboratório para apoiar a vigilância	• Explore possibilidades realistas para estabelecer um laboratório de microbiologia. • A curto prazo – se nenhum laboratório estiver presente – explore a possibilidade de enviar amostras microbiológicas para outro laboratório, por exemplo, hospital regional ou terciário. • Desenvolva e apresente um caso para vigilância de IRAS aos gestores seniores. Use as ferramentas de custo disponíveis (calculadora de custos IRAS APIC (ver ferramentas e recursos, página 83).	• Líder de PCI, líder de PCI e epidemiologista do serviço de saúde, se presente, que trabalha com os gestores seniores/diretor executivo	3 meses	Alto

A Tabela 3G (no verso) relaciona algumas das barreiras comuns à implementação de um programa de vigilância de PCI que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. Os exemplos de implementação fornecidos são focados (não exclusivamente) em locais com poucos recursos.

Tabela 3G. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 4)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Falta de experiência em vigilância	• Explore os programas nacionais ou regionais que já existem e o modo como sua instituição pode receber apoio para se unir a eles para obter experiência de aprendizado e conhecimento especializado para executar seus planos. • Explore o que já está sendo abordado, por exemplo, por meio de seu programa de trabalho de RM – a PCI pode aproveitar e integrar-se a isso? • Explore a opção de usar outros conhecimentos epidemiológicos para ajudar a interpretar seus resultados, depois de compilados, e reúna exemplos de como foram apresentados os dados sobre outros assuntos para usá-los nas IRAS.	**Conecte-se com programas regionais /nacionais para desenvolver capacidade local** "Conseguimos trabalhar com um programa regional apoiado pelo CDC. O programa usou um modelo do tipo 'instruir o treinador'. Alguns hospitais foram treinados e, em seguida, puderam nos fornecer apoio de mentoria. Há visitas de apoio regulares que se concentram no treinamento/entrevistas da equipe (incluindo equipe de PCI, laboratório de microbiologia, médicos), aplicação consistente de definições, avaliação de descoberta de casos e práticas de coleta de dados de denominador, revisão de formulários de vigilância preenchidos para avaliar a qualidade, discussão de uso de dados para ação local. Para encorajar a viabilidade e sustentabilidade, começamos com apenas um desfecho de vigilância: ICS associada a cateter. Também nos comunicamos com o Consórcio Internacional de Controle de Infecção Nosocomial (INICC) no tocante às taxas de referência de países de baixa e média renda, o que nos permitiu criar nossas próprias referências, priorizar e apresentar métricas para a liderança, comparando as taxas gerais e as das unidades de terapia intensiva." Índia **Conecte-se com as abordagens existentes, por exemplo, RM, TB, HIV** "A tarefa de estabelecer vigilância clínica e laboratorial foi trabalhosa. Começamos com vigilância de IRAS selecionadas, incluindo hemocultura, vigilância de ferida cirúrgica e doenças respiratórias. O estabelecimento de um método automatizado de vigilância pode ser um grande passo à frente. Outra oportunidade será através de mais vigilância realizada no trabalho de RM com o apoio do nível nacional. As unidades poderiam começar a avaliar os dados de TB e HIV contraídos na atenção à saúde para mostrar a carga de IRAS. Começamos com ICS IRAS, ou seja, com feedback semanal para os departamentos de pediatria e neonatal sobre os resultados de hemocultura e sobre o desfecho e identificação de possíveis fontes/causas de sepse. O mais importante é que a vigilância sem feedback é um desperdício. Damos feedback de nossos dados de vigilância para a equipe clínica a cada duas semanas ou uma vez por mês nas reuniões de enfermaria nas terças-feiras pela manhã." ICAN

Tabela 3G. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 4) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Não sei por onde começar	• Vise áreas de alto risco, por exemplo, unidades de terapia intensiva (infecções associadas a dispositivos) e/ou serviços cirúrgicos (infecção do sítio cirúrgico como complicação de uma cirurgia de grande porte) como um ponto de entrada natural. • Comece pequeno. Identifique um enfermeiro de PCI para visitar algumas enfermarias selecionadas diariamente e colete dados de vigilância junto com as equipes locais ou um enfermeiro de ligação e use os resultados para obter apoio. Concentre-se nos procedimentos mais frequentes, com medidas preventivas bem conhecidas e baseadas em evidências ou infecções que possam ser facilmente apoiadas pelos recursos de serviços de saúde. • Cogite uma abordagem em fases para a implementação – por exemplo, a vigilância da infecção do sítio cirúrgico pode ser limitada a alguns procedimentos cirúrgicos gerais ou obstétricos comumente realizados, nos estágios iniciais. • Execute a PPS para detectar as IRAS mais frequentes. Organize reuniões com chefes de unidades, médicos e enfermeiros para identificar quais são os principais problemas de PCI e IRAS para eles e discutir como a PCI pode ajudar a resolver esses problemas. • O desenvolvimento de relacionamentos é importante – principalmente com o laboratório de microbiologia, laboratório clínico, farmácia, médicos focados em RM. Investigue a percepção dessas principais partes interessadas sobre o que constitui o principal problema de IRAS/PCI de sua unidade e em todo o estabelecimento de saúde – isso ajudará a garantir o apoio e a sustentabilidade. • Se já houver dados de vigilância, mesmo que limitados, use esses dados e identifique as áreas em que há uma maior incidência de, por exemplo, pneumonia associada a ventilação mecânica, infecção do sítio cirúrgico, ICS ou infecção do trato urinário associada a cateter. • Use as evidências e as explicações fornecidas como motivos para investir em vigilância. • Crie um vínculo com a vigilância de RM e descreva a vigilância de IRAS como um componente necessário para impedir a propagação da RM.	**Comece pequeno – concentre-se nas áreas de alto risco consensualmente decididas** "Temos 80 enfermeiros de PCI responsáveis pela vigilância, e um terceiro que virá em breve. Usamos a metodologia CDC/NHSN e software eletrônico. É uma vigilância prospectiva ativa realizada diariamente. Concentramos a vigilância em nossas unidades de terapia intensiva, cirurgia de procedimentos mais complexos e hemodiálise. Também temos metodologia de vigilância de MR e *Clostridium difficile* para nosso programa de gestão de antimicrobianos. Nosso laboratório de microbiologia é um laboratório de referência no país e presta contas ao sistema WHONET. Damos regularmente feedback nas reuniões, e fornecemos, anualmente, um relatório formal." Argentina **Comece pequeno – concentre-se na infecção do sítio cirúrgico** "Concentramo-nos em começar com a vigilância de infecção do sítio cirúrgico devido ao nosso envolvimento com um estudo de pesquisa sobre o assunto. Descobrimos que a infecção do sítio cirúrgico é um desfecho de vigilância de boa prioridade, pois os dada sugerem que é uma das IRAS mais comuns em países de baixa e média renda. Os pontos-chave para a vigilância são quais dados coletar, durante qual período e por quem, como avaliar os dados, o que você vai fazer com os dados, e como isso pode ser feito a baixo custo. Para infecções de sítio cirúrgico e processos relevantes/viáveis /estratificação de risco [critérios do Sistema de Vigilância de Infecção Nosocomial dos EUA (NNIS)], os dados devem ser coletados pela equipe de PCI, se possível, por 30 dias, incluindo ligações telefônicas pós-alta, porque as infecções do sítio cirúrgico são definidas como infecções que ocorrem no local da operação dentro de 30 dias após o procedimento. Os dados devem ser estratificados por risco para levar em conta os fatores relacionados à cirurgia, paciente, microbiológicos e institucionais. Usamos os dados para avaliar nossos esforços de melhoria da qualidade. Durante esse processo, deparamo-nos com problemas, como a falta de pessoal e recursos de PCI, serviços de microbiologia limitados e uso excessivo de antibióticos." Quênia **Comece pequeno – vigilância básica e simples** "No começo tudo era papel e lápis. Começamos primeiro com a vigilância clínica. A equipe ia à enfermaria todos os dias para verificar o paciente e seu prontuário médico. Em seguida, adicionamos vigilância laboratorial na qual o laboratório nos enviava as informações. Investimos em dois estatísticos que nos poderiam ajudar na gestão e análise dos dados. Posteriormente, o Ministério da Saúde apoiou um protocolo e um programa regional com hospitais-modelo para mentoria hospitalar compartilhada sobre ISC e infecções do trato urinário associadas a cateteres, dos quais participamos enquanto continuamos a realizar vigilância de pneumonia associada a ventilação mecânica e infecção do sítio cirúrgico usando nossos próprios métodos (dados laboratoriais e de prontuário). A cada mês, produzíamos um relatório de vigilância que era enviado à diretoria do hospital e ao chefe de enfermagem de cada enfermaria. Incluía as taxas de IRAS selecionadas e o perfil de resistência do patógeno (também usado nas decisões de tratamento)." Vietnã

Tabela 3G. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 4) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Assegurar apoio para o valor da vigilância	• Estabeleça comunicação frequente dos resultados da vigilância para as enfermarias/unidades e gestores em reuniões importantes, por exemplo, visitas médicas, para destacar dados para ação. • Em discussões com a equipe clínica, enfatize a confidencialidade dos dados e o valor positivo da vigilância. • Comunique-se com a equipe que trabalha na melhoria da qualidade para garantir o apoio deles – explique como os dados de vigilância apoiam a melhoria contínua da qualidade. • Estabeleça o vínculo com a vigilância de RM e descreva a vigilância PCI como uma parte necessária da prevenção de RM. • Use os dados disponíveis para se comunicar com o ministério da saúde. • Determine o tempo necessário para a realização de atividades de vigilância, prevenção e controle de infecção com base em vários parâmetros, incluindo as necessidades da população de pacientes, os fatores de risco associados à população de pacientes, a complexidade dos serviços, as necessidades educacionais da equipe e os recursos e serviços de apoio disponíveis.	**Assegurar apoio** "Começamos com a adaptação das definições padronizadas, o que exigiu um diálogo significativo. A parte mais importante foi a estratégia de feedback. Exibimos as taxas de infecção de acordo com a unidade nos quadros de avisos. Esses dados são discutidos com as unidades em grandes visitas, e a administração também é informada sobre os dados." Nigéria **A vigilância é um caminho sem fim** "Era como um barco perdido no oceano – como deveríamos iniciar nosso sistema de vigilância. Tínhamos a vontade, mas não dispúnhamos de ferramentas; nossa equipe de PCI era composta por apenas três médicos e um enfermeiro, e havia uma equipe de informática com capacidade muito limitada para um enorme hospital terciário (capacidade para 1.500 leitos). Primeiro, desenvolvemos a vigilância passiva, dependendo apenas dos dados laboratoriais de microbiologia apoiados por algum tipo de atividades simples de vigilância ativa, como visitas de prevalência pontual de infecções nas áreas de cuidados críticos. Em seguida, mudamos para outra vigilância direcionada mais ativa, incluindo vigilância de infecção do sítio cirúrgico nas unidades cirúrgicas, pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva e infecção do trato urinário associada a cateter e ICS em todas as unidades. Em cada enfermaria, enfermeiros de ligação viam os pacientes e seus prontuários diariamente e enviavam um formulário de notificação de casos infectados de acordo com as definições de IRAS do CDC. Em seguida, nós, como equipe de PCI, verificávamos os dados laboratoriais desses casos; no entanto, o processo era manual e muito trabalhoso até que, por fim, conseguimos ingressar no primeiro programa nacional de vigilância apoiado pelo CDC que utilizava um sistema automatizado de vigilância para IRAS nas unidades de terapia intensiva. Esse método melhorou muito a precisão e a competência do sistema de vigilância, fornecendo feedback regular aos médicos. Além disso, permitiu a chance de ouro de ser feita uma avaliação comparativa entre todas as unidades." Egito

Tabela 3G. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial ~~principal~~ 4) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Falta de instalações laboratoriais/capacidade de microbiologia para fornecer testes e resultados microbiológicos	• Explore o apoio laboratorial microbiológico em nível regional, nacional ou estadual, incluindo laboratórios de referência ou laboratórios de microbiologia de um hospital terciário. • Consulte e use o Fortalecimento do Gerenciamento Laboratorial para Acreditação (SLMTA). Esse é um programa estruturado de melhoria da qualidade que ensina os gestores de laboratório a implementar sistemas práticos de gestão da qualidade em locais com recursos limitados usando os recursos disponíveis e compreende cursos de curta duração e projetos de melhoria baseados no trabalho. O SLMTA é projetado para obter melhorias imediatas e mensuráveis nos laboratórios. • Explore a possibilidade de contratar um microbiologista para apoiar o estabelecimento de um laboratório. • Consulte também os métodos e requisitos do Sistema de Vigilância Global de RM (GLASS), que indica métodos para detecção de RM e relatórios para patógenos prioritários, incluindo em pacientes hospitalizados. Isso garantirá o alinhamento com os padrões reconhecidos que todos os países são incentivados a seguir.	**Desenvolver a capacidade laboratorial** "Os laboratórios de Gana foram orientados pelo programa SLMTA. Eles foram auxiliados no treinamento de sua equipe e na logística laboratorial. Isso foi seguido pela avaliação de sua capacidade e, em seguida, os vários laboratórios foram atualizados. Todos os 10 laboratórios hospitalares regionais foram atualizados juntamente com 37 hospitais militares e o Centro de Pesquisa em Saúde de Kintampo. O Hospital-escola Korle-Bu, o Hospital-escola Komfo Anokye, o Hospital-escola Tamale e o Hospital Takoradi foram transformados em laboratórios de referência. Além disso, em 2016, 295 funcionários laboratoriais foram treinados em microscopia de malária para testar casos de malária no setor ambulatorial. Isso aumentou a positividade do teste de malária de 39% para 77,3% e os resultados mostram que as atividades de trabalho laboratorial melhoraram nas unidades listadas acima." Gana

FERRAMENTAS E RECURSOS

Negócio/financeiro

- APIC HAI cost calculator (http://www.apic. org/Resources/Cost-calculators acessado em 4 de abril de 2018)
- Quanto custam as superbactérias aos hospitais australianos? Ferramenta de acesso aberto baseada em evidências (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468045117302274 acessado em 4 de abril de 2018

Orientação/políticas/padrões

- Protocolo de vigilância de infecção de sítio cirúrgico com foco em locais com recursos limitados, da OMS (http://www.who.int/ infection-prevention/tools/surgical/evaluation_feedback/en/ acessado em 4 de abril de 2018
- Formulário de coleta de dados perioperatórios para vigilância de infecção de sítio cirúrgico, da OMS (http:// www.who.int/infection-prevention/tools/ surgical/SSS-pre-op-form.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018
- Formulário de coleta de dados pós-operatórios para vigilância de infecção de sítio cirúrgico, da OMS (http:// www.who.int/infection-prevention/tools/ surgical/SSI-post-op-form.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018
- Definições de vigilância para tipos específicos de infecções, do CDC/NHSN. 2017 (https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnosinfdef_current.pdf acessado em 4 de abril de 2018
- Protocolo de vigilância de IRAS do ECDC (https:// ecdc.europa.eu/en/healthcare-associated- infections-acute-care-hospitals/ surveillance-disease-data/protocol acessado em 4 de abril de 2018)
- Definições de IRAS da Organização Pan-Americana da Saúde (http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2011/ENG_Modulo%20 I%20final.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Diretrizes globais de prevenção de infecção de sítio cirúrgico, da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 – capítulo 3 (3.2) (http:// www.who.int/gpsc/global-guidelines-web. pdf acessado em 4 de abril de 2018
- Sistema Global de Vigilância de RM (GLASS) (http://www.who.int/glass/en/ acessado em 4 de abril de 2018)

Planejamento

- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras da estratégia multimodal (Anexo 2)

Treinamento

- Módulo de treinamento em infecção de sítio cirúrgico, da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/ tools/core-components/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- SLMTA (https://slmta.org/ acessado em 4 de abril de 2018
- Webinar sobre a experiência da Colômbia no desenvolvimento da capacidade de vigilância em suas redes hospitalares de vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde e consumo de antibióticos em ambiente hospitalar. (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=42491&lang=en) Organização Pan-Americana da Saúde acessado em 26 de abril de 2018)

Publicações selecionadas

- Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for evaluating surveillance systems. Morb Mortal Wkly Rep. 1988;37:1-18.
- Allegranzi B, Aiken AM, Kubilay Z, Nthumba P, Barasa J, Okumu G, et al. A multimodal infection control and patient safety intervention to reduce surgical site infections in Africa: a multicentre, before–after cohort study. Lancet Infect Dis. 5 de março de 2018 [Epub antes da impressão].
- Barwolff S, Sohr D, Geffers C, Brandt C, Vonberg RP, Halle H, et al. Reduction of surgical site infections after caesarean delivery using surveillance. J Hosp Infect. 2006;64:156–61.
- Geubbels EL, Nagelkerke NJ, Mintjes-De Groot AJ, Vandenbroucke-Grauls CM, Grobbee DE, De Boer AS. Reduced risk of surgical site infections through surveillance in a network. Int J Qual Health Care. 2006;18:127-33.
- Stempliuk V. Surveillance of healthcare-associated infections in low- and middle- income countries: from the need to a reality. Curr Treat Options Infect Dis. 2018. (https://doi.org/10.1007/s40506-018-0148-x).

COMPONENTE ESSENCIAL 5

ESTRATÉGIAS MULTIMODAIS *– Recapitulação rápida*

Alguns serviços de saúde podem ainda não estar familiarizados com o conceito da estratégia multimodal e seu potencial para apoiar a melhoria da PCI. Muitos podem ter usado outras abordagens (por exemplo, o Programa Abrangente de Segurança nas Unidades – CUSP) para implementação de PCI (ver ferramentas e recursos) sem perceber que elas incluem conceitos bem semelhantes.

Pondere o modo como a abordagem multimodal pode ser promovida, por exemplo, através do uso de oficinas, pequenas sessões de treinamento e conversas individuais. Se você usou uma abordagem multimodal para apoiar a melhoria da higiene das mãos, aproveite e adapte a abordagem a todos os componentes essenciais de PCI e à melhoria específica do programa de PCI.

AMOSTRA DE PLANO DE AÇÃO: ESTRATÉGIAS MULTIMODAIS

Para apoiar o desenvolvimento do seu plano de ação, consulte as tabelas “o quê?, por quê?, quando?, quem?, como?” apresentadas na Parte II.

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recurs
Falta de conscientização, envolvimento, conhecimento e o valor de uma estratégia multimodal	• Revise cuidadosamente o capítulo sobre estratégias multimodais nas orientações dos componentes essenciais da OMS e na Parte II deste manual para compreender totalmente a filosofia e as evidências que sustentam essa abordagem. • Leia as publicações científicas listadas abaixo para entender como as estratégias multimodais foram implementadas para apoiar programas de melhoria da PCI bem-sucedidos. • Cogite realizar uma auditoria formal ou exploração informal do conhecimento da equipe sobre estratégias multimodais. • Estabeleça uma série de sessões curtas de conscientização/treinamento com toda a equipe relevante, incluindo gestores seniores – use um folheto de estratégia multimodal para envolver a equipe durante as reuniões e as sessões de treinamento (ver ferramentas e recursos). • Garanta que o treinamento em PCI (orientação e contínuo) sensibilize os treinados em relação à estratégia multimodal (ver ferramentas e recursos). • Imprima as publicações científicas listadas na seção de ferramentas e recursos sobre o uso de uma estratégia multimodal em locais nos quais elas melhoraram a PCI/reduziram IRAS para apresentar como evidência. • Incorpore o pensamento multimodal aos materiais promocionais de PCI. • Identifique defensores em todas as enfermarias e equipes de gerenciamento de unidades de saúde para desenvolver o pensamento multimodal e promover o uso de estratégias multimodais.	• Líder da PCI	3 meses	Moderado
As estratégias para melhoria de PCI não abordam sistematicamente todos os elementos de uma estratégia multimodal (mudança de sistema, educação e treinamento, monitoramento e feedback, comunicação e lembretes e mudança de cultura)	• Aumente a conscientização sobre as questões orientadoras da estratégia multimodal como estímulo para incorporar a abordagem multimodal em todas as melhorias de PCI, por exemplo, divulgação direta das questões orientadoras para enfermeiros e médicos seniores, enfermeiros/profissionais de ligação de PCI; inclusão nas diretrizes de PCI; inclusão na educação. • Desenvolva folhetos ou outros documentos para mostrar exemplos concretos da necessidade de cada elemento da estratégia para obter a mudança comportamental e o impacto do desfecho no contexto de um programa específico de PCI que você deseja implementar.	• Líder de PCI que trabalha com chefes de departamentos	3 meses	Moderado

Vínculos com colegas de melhoria da qualidade e segurança do paciente para ajudar a desenvolver e promover as estratégias multimodais de PCI que estão faltando.	• Organize reuniões com colegas relevantes para defender uma abordagem multimodal para a melhoria da PCI e discutir como a estratégia multimodal da OMS é semelhante a outras abordagens de melhoria da qualidade, explorando como essa estratégia pode ser incorporada em outras iniciativas de qualidade. • Durante as reuniões, comece a modelar o pensamento multimodal, por exemplo, ao discutir os problemas de PCI e possíveis soluções com colegas, use a linguagem da mudança do sistema, treinamento e educação, auditoria e feedback, lembretes e comunicações e clima de segurança.	Líder de PCI	1 mês	NA

A Tabela 3H relaciona algumas das barreiras comuns à implementação de estratégias multimodais que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. A coluna final indica ao leitor exemplos de implementação associados, com foco (não exclusivo) em locais com poucos recursos.

Tabela 3H. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial ~~principal~~ 5)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Falta de compreensão das estratégias multimodais	• Descreva aos gestores o papel fundamental que uma abordagem multimodal tem no apoio à implementação e mudança de comportamento. • Use a higiene das mãos como um exemplo do que significa uma abordagem multimodal e desenvolva uma narrativa para descrever cada um dos cinco elementos.	**Aumente a conscientização por meio de oficinas** "Oferecemos oficinas para os administradores das unidades para conscientizar sobre essa abordagem e sua importância." Senegal **Use as abordagens existentes, por exemplo, higiene das mãos para descrever a abordagem multimodal** "Usamos o caso da higiene das mãos. Defendemos a causa da liderança para a necessidade do uso regular de água e sabonete. Pedimos a médicos e enfermeiros que fossem os defensores da higiene das mãos para que outros funcionários pudessem seguir. Todos os meses, temos um prêmio de defensor da higiene das mãos, um para médico e outro para enfermeiro. Os resultados são afixados na parede. Esses defensores premiados se tornam o verdadeiro motivador da melhoria da higiene das mãos, pois as pessoas respeitam seu prêmio e esses defensores são então, responsáveis por monitorar outras pessoas nas enfermarias. Realizamos oficinas regulares de higiene das mãos para treinar a equipe. Também trabalhamos com *bundles* para prevenção de ICS associada a cateter e inserção/manutenção de cateter. Também publicamos o número de dias sem ICS associados a cateter no mural das enfermarias como outro esforço de incentivo. Monitoramos regularmente a implementação dessas estratégias multimodais e realizamos reuniões mensais de PCI, incluindo a liderança do hospital, microbiologistas, médicos infectologistas e enfermeiros para analisar os dados." Paquistão **Crie um vínculo com campanhas existentes, por exemplo, higiene das mãos** "Usamos uma campanha anual de higiene das mãos para impulsionar nossa abordagem multimodal. A liderança assumiu um compromisso com a segurança e os recursos modestos permitidos para implementar a estratégia multimodal. Temos um indicador de qualidade de adesão à higiene das mãos e realizamos uma autoavaliação em diversos serviços ao longo do ano. Conduzimos uma série de sessões de treinamento e observamos a equipe em todos os turnos. Estamos apenas começando a aplicar essa estratégia multimodal a outros objetivos de IRAS." Argentina **Comece com a higiene das mãos** "Estamos começando com uma abordagem multimodal de higiene das mãos, incluindo treinamento, o uso da ferramenta de autoavaliação da higiene das mãos, feedback/publicação de resultados e comunicação e adesão dos agentes médicos distritais. Tentamos defender a causa da importância da aplicação de dados. Talvez seja necessária assistência técnica para analisar os dados, mas os parceiros podem reunir-se com autoridades governamentais relevantes para orientar a interpretação, o uso para a ação e a prestação de contas." Região Africana da OMS

Tabela 3H. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 5) continuação

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Dificuldades para lidar com a "mudança de cultura" da estratégia multimodal	• Cogite o uso de abordagens adaptativas existentes, como o CUSP e sua adaptação prática aos serviços cirúrgicos, ou seja, o Programa de Segurança da Unidade Cirúrgica (SUSP) que tem sido usado em várias unidades de saúde nos EUA e na África.	**Use abordagens adaptativas para focar na mudança de cultura** "Estivemos envolvidos em um estudo de pesquisa sobre infecção de sítio cirúrgico e isso nos deu a oportunidade de pensar cuidadosamente no projeto de uma estratégia multimodal para reduzi-la em nosso hospital. Primeiro, examinamos uma série de medidas de prevenção de infecção do sítio cirúrgico que poderiam ser viáveis e que não exigiriam muitos recursos para o nosso hospital, como a organização da sala de cirurgia, listas de verificação de qualidade e protocolos para banho pré-operatório, tricotomia, preparo cirúrgico das mãos e da pele e profilaxia antibiótica adequada. Queríamos projetá-la de uma forma que pudesse ser sustentável e efetiva, com a esperança de que também pudesse ser um modelo para outros hospitais com recursos limitados. Adaptamos as definições de caso e o protocolo de vigilância do CDC/NHSN ao nosso local para coleta de dados de forma padronizada. Nosso local tinha um cirurgião defensor que incentivava o programa e fornecia mentoria a outras pessoas. Desenvolvemos um questionário de segurança do paciente, o que nos ajudou a discutir melhor o trabalho em equipe, a comunicação e a cultura de segurança do paciente. Realizamos visitas regulares de segurança do paciente com executivos seniores e defendemos a causa de recursos como os de higiene das mãos, inclusive a produção local de preparação alcóolica para higiene das mãos e para preparação dos centros cirúrgicos e educação da equipe. Esses elementos constituíram o trabalho adaptativo para melhorar a cultura de segurança na qual as medidas de prevenção estavam inseridas." Quênia

FERRAMENTAS E RECURSOS

Defesa de causa

- Folheto de 1 página da estratégia multimodal (http://www.who.int/infection-prevention/ publications/ipc-cc-mis.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018)
- Case study example from the National Children's Hospital Costa Rica (http://www.who.int/features/2014/costa-rica-hand- hygiene/photos/en/index3.html acessado em 4 de abril de 2018)

Planejamento

- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras da estratégia multimodal (Anexo 2)

Conjuntos de ferramentas

- Ferramentas e recursos para higiene das mãos da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/ tools/hand-hygiene/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Ferramentas e recursos para infecções do sítio cirúrgico da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/tools/surgical/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Conjunto de ferramentas para promover uma cirurgia segura da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde dos EUA (https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/hais/tools/surgery/ index.html acessado em 4 de abril de 2018)
- Ferramentas e recursos para segurança de injeção da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/ tools/injections/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Programa abrangente de segurança nas unidades (CUSP, https://www.ahrq.gov/professionals/education/curriculum-tools/ cusptoolkit/index.html acessado em 4 de abril de 2018)

Treinamento

- Slides da estratégia multimodal da OMS – treinamento em PCI: módulo de liderança (http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Ferramentas e recursos de treinamento em infecção de sítio cirúrgico da OMS (http://www.who.int/ infection-prevention/tools/surgical/training_education/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Ferramentas e recursos de treinamento de injeção da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/tools/injections/training-education/en/ acessado em 4 de abril de 2018)

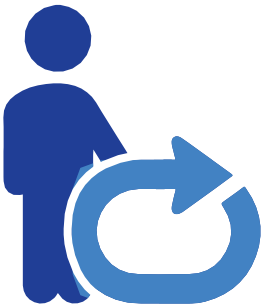
Publicações selecionadas

- Allegranzi B, Aiken AM, Kubilay Z, Nthumba P, Barasa J, Okumu G, et al. A multimodal infection control and patient safety intervention to reduce surgical site infections in Africa: a multicentre, before– after cohort study. Lancet Infect Dis. 5 de março de 2018 [Epub antes da impressão].
- Allegranzi B, Gayet-Ageron A, Damani N, Bengaly L, McLaws ML, Moro ML, et al. Global implementation of WHO's multimodal strategy for improvement of hand hygiene: a quasi-experimental study. Lancet Infect Dis. 2013;13:843–51.
- Johnson L, Grueber S, Schlotzhauer C, Phillips E, Bullock P, Basnett J, et al. A multifactorial action plan improves hand hygiene adherence and significantly reduces central line-associated bloodstream infections. Am J Infect Control. 2014;42:1146–51.
- Marra AR, Guastelli LR, de Araujo CM, dos Santos JL, Lamblet LC, Silva M, Jr., et al. Positive deviance: a new strategy for improving hand hygiene compliance. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31:12-20.
- Talbot TR, Johnson JG, Fergus C, Domenico JH, Schaffner W, Daniels TL, et al. Sustained improvement in hand hygiene adherence: utilizing shared accountability a financial incentives. Infect Control Hosp Epidemiol. 2013;34:1129-36.
- Fuller C, Michie S, Savage J, McAteer J, Besser S, Charlett A, et al. The feedback intervention trial (FIT)--improving hand- hygiene compliance in UK healthcare workers: a stepped wedge cluster randomised controlled trial. PloS One. 2012;7:e41617.
- Provonost PJ, Berenholtz SM, Needham DM. Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation. BMJ. 2008;337:a1714. doi: 10.1136/bmj.a1714
- Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, Sinopoli D, Chu H, Cosgrove S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infection in the ICU. New Engl J Med. 2006;355;2725-302.
- Pronovost PJ, Goeschel CA, Colantuoni E, Watson S, Lubomski LH, Berenholtz SM, et al. Sustaining reductions in catheter related bloodstream infections in Michigan intensive care units: observational study.BMJ. 2010;340:c309.
- Pronovost PJ, Watson SR, Goeschel CA, Hyzy RC, Berenholtz SM. Sustaining reductions in central line-associated bloodstream infections in Michigan intensive care units: a 10-year analysis. Am J Med Qual. 2016; 31:197-202.
- Saint S, Greene MT, Krein SL, Rogers MA, Ratz D, Fowler KE, et al. A program to prevent catheter-associated urinary tract infection in acute care. N Engl J Med. 2016;374:2111-9.

COMPONENTE ESSENCIAL 6

MONITORAMENTO/ AUDITORIA DAS PRÁTICAS DE PCI E FEEDBACK

– Recapitulação rápida



De acordo com os resultados do IPCAF, você pode cogitar o estabelecimento de um programa de monitoramento/auditoria e feedback ou fortalecer o programa existente. Com base nos indicadores de PCI/WASH recomendados para monitoramento pela OMS como parte deste componente essencial, pondere quais práticas/processos serão avaliados e qual será o nível de feedback dos resultados. O monitoramento/auditoria das práticas de PCI e feedback é um elemento-chave das estratégias multimodais. Portanto, sempre pondere quais práticas você pretende priorizar para melhoria em sua instituição ao selecionar os indicadores a serem monitorados.

Os resultados devem ser compartilhados com os gestores do serviço de saúde, com os gestores seniores, além de enfermarias e departamentos. A identificação clara de funções e responsabilidades, um cronograma de feedback e a frequência de monitoramento/auditoria são considerações importantes. Se você já realizou um monitoramento anterior da higiene das mãos, quais lições foram aprendidas que podem contribuir para esse esforço renovado e para outros indicadores? Se você nunca realizou monitoramento/auditoria de PCI antes, cogite começar com a higiene das mãos usando o HHSAF da OMS.

AMOSTRA DE PLANO DE AÇÃO: MONITORAMENTO/AUDITORIA DAS PRÁTICAS DE PCI E FEEDBACK

Para apoiar o desenvolvimento do seu plano de ação, consulte as tabelas “o quê?, por quê?, quando?, quem?, como?” apresentadas na Parte II.

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recursos
Recursos inexistentes/limitados para realizar monitoramento e auditoria: • recursos financeiros inexistentes/limitados • recursos humanos inexistentes/limitados • nenhum/limitado suporte de informática (por exemplo, equipamentos, tecnologias móveis, registros eletrônicos de saúde)	• Consulte o modelo de plano de ação do componente essencial 1. • Desenvolva um caso de negócio para abordar: • experiência necessária em monitoramento/auditoria (se ainda não estiver incluída no caso de negócio da equipe de PCI) usando as questões de orientação da estratégia multimodal; • necessidade de maior capacidade e recursos de informática. • Identifique se é possível acessar a experiência adquirida em programas nacionais ou regionais. • Explore a opção de usar a experiência existente em monitoramento/auditoria de outros programas, quando disponível. • Cogite se os indicadores de PCI já foram medidos como parte de outras avaliações em sua unidade (por exemplo, avaliações de WASH ou JEE). • Explore a disponibilidade de cursos na Internet para apoiar o treinamento. • Cogite começar com auditorias de higiene das mãos, usando o Manual de Referência Técnica de Higiene das Mãos e o HHSAF para construir o caso para ação (ver ferramentas e recursos). • Identifique lacunas usando o IPCAF.	• Diretor executivo, gestor sênior • Chefe do departamento de recursos humanos • Líder de PCI	2-3 meses	Moderado
Falta de um plano bem definido e direcionado de auditoria e monitoramento (com objetivos, metas e atividades claras)	• Organize uma reunião de especialistas para decidir sobre os métodos baseados em evidências. • Use as deficiências conhecidas ou suspeitas na prática/processos para direcionar a atividade de monitoramento e auditoria e conectar-se aos dados de vigilância IRAS disponíveis. • Garanta que o monitoramento e a auditoria sejam parte essencial do plano anual da equipe de PCI, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade e orientando a atividade de PCI.	• Líder e equipe de PCI	2-3 meses	Moderado
Falta/limitação de apoio em toda a instituição	• Estabeleça sessões de conscientização com todos os funcionários relevantes, incluindo gestores seniores. • Busque artigos acadêmicos sobre o uso de monitoramento e auditoria de PCI em que a PCI melhorou e reduziu IRAS para apresentar como evidência (ver ferramentas e recursos). • Reflita sobre qual é o investimento de tempo e recursos e os procedimentos necessários para o monitoramento e auditoria de PCI, a fim de ser capaz de explicar aos outros e convencê-los.	Líder e equipe de PCI	2-3 meses	Baixo

Amostra de plano de ação: Monitoramento/auditoria das práticas de PCI e feedback, continuação

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recursos
Nenhum mecanismo/frequência de feedback em vigor para relatar os resultados da auditoria	• Identifique todas as partes interessadas que devem receber feedback. • Garanta que os processos de feedback sejam uma parte essencial do plano anual da equipe de PCI e da avaliação de desempenho da instituição. • Proteja ou crie uma variedade de ferramentas de feedback e formatos de apresentação para garantir que as informações envolverão todos os grupos de funcionários relevantes e usarão meios de comunicação bem estabelecidos ou abordagens inovadoras na instituição.	• Líder e equipe de PCI	2-3 meses:	Moderado
Nenhuma avaliação da cultura de segurança em vigor (que facilita o monitoramento, em uma cultura isenta de culpa)	• Use questionários de avaliação de cultura (ver ferramentas e recursos), por exemplo, o Questionário de Cultura de Segurança do Paciente Hospitalar da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde.	• Líder e equipe de PCI		Baixo

A Tabela 3I relaciona algumas das barreiras comuns à implementação de programas de monitoramento/auditoria e feedback de PCI que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. Os exemplos de implementação fornecidos são focados (não exclusivamente) em locais com poucos recursos.

Tabela 3I. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 6)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Assegurar apoio para a auditoria	• Explique que monitoramento/auditoria e feedback são elementos-chave das estratégias de melhoria multimodal e melhoria contínua de qualidade. • Limite o foco do seu plano de monitoramento a uma área consensualmente decidida, use uma abordagem multidisciplinar (incluindo os líderes do serviço de saúde), estabeleça reuniões regulares e informe sobre atividades de monitoramento e auditoria e divulgue os resultados. • Participe de outros programas de auditoria em nível estadual/distrital e nacional. • Colaborar com outros programas estabelecidos para garantir que a PCI seja integrada às ferramentas de monitoramento e supervisão de diferentes programas, por exemplo, equipes de melhoria da qualidade. • A ligação dos dados de PCI aos sistemas de informação do serviço de saúde é um pré-requisito – converse com o pessoal de tecnologia da informação/auditoria do serviço de saúde para explorar como isso pode ser alcançado. • Defenda a causa de que o monitoramento e a auditoria ocorram como parte de uma cultura de aprendizagem. • Cogite o uso de supervisão facilitadora/de apoio, incluindo treinamento e ensino para apoiar os profissionais no fortalecimento do monitoramento e auditoria.	**Envolvimento multidisciplinar** "Monitoramos regularmente a implementação de nossas estratégias multimodais e realizamos reuniões mensais de PCI, incluindo a liderança do hospital, o microbiologista, médicos infectologistas e enfermeiros para analisar os dados. Também enviamos regularmente, via e-mail, os resultados dos dados para os gestores seniores. Publicamos o número de dias livres de infecção associada a cateter por enfermaria e os prêmios de defensor de higiene das mãos no mural das enfermarias como feedback de dados e incentivo." Paquistão **O poder dos dados para defender um programa de PCI** "Para obter suporte para um programa de PCI, precisávamos primeiro de dados básicos para convencer a liderança; então, começamos com monitoramento, auditoria e feedback como nossa primeira atividade. Inicialmente, coletamos dados manualmente e passamos dois anos discutindo regularmente os resultados e as necessidades, em visitas e reuniões. À medida que começamos a convencer a liderança, passamos a enviar aos administradores do hospital uma cópia dos e-mails sobre recursos e equipes-chave para incentivar ainda mais o apoio. Com o tempo, o programa de PCI contou com a participação de 10 enfermeiros e um médico infectologista. Fomos capazes de criar um software eletrônico com menu suspenso para uma melhor coleta de dados, nos envolvemos em um programa de vigilância regional que nos forneceu mentoria regular e tivemos grande sucesso com a implementação do *bundle* com foco na redução das taxas de infecção associada a dispositivos. Enfatizamos a cultura de 'praticar o que se prega'." Índia
Auditoria considerada muito demorada	• Comece com pequenas auditorias e coleta manual de dados. • Cogite o uso da tecnologia disponível para simplificar o processo e facilitar a coleta de dados e a disseminação dos resultados, por exemplo, por meio de tecnologia móvel (aplicativos). • Cogite o uso de diferentes abordagens para permitir uma abordagem personalizada ao contexto local, por exemplo, observação direta da equipe, processos ou itens. Outras abordagens são: discussões em grupos focais; enquetes de satisfação do cliente (paciente e equipe); sistemas de reclamação do paciente; revisões de registros de pacientes; auditorias clínicas; revisão de eventos adversos, incluindo acidentes e ferimentos com agulhas; uso de cliente/paciente misterioso – processo em que um indivíduo é contratado para se apresentar como paciente em um serviço de saúde para observar as práticas.	**Comece pequeno e concentre-se em uma única área** "Tivemos que começar coletando manualmente os dados diariamente. Durante as visitas à unidade de terapia intensiva, monitoramos a inserção de cateteres e havia turnos 24 horas por dia, 7 dias por semana. Desenvolvemos nossas próprias avaliações comparativas e objetivos. Assim que obtivemos apoio, pudemos criar um software eletrônico com menu suspenso. Expandimos o monitoramento para agrupar conformidade e a gestão, de modo que os antimicrobianos também precisavam de justificativa para serem prescritos." Índia **Uso de tecnologias móveis para apoiar a auditoria** "Temos um aplicativo de smartphone para observações de higiene das mãos. Uma equipe de higiene das mãos realiza uma auditoria na enfermaria todos os meses, de acordo com uma programação para todo o hospital. Recebemos o prêmio de excelência em higiene das mãos em 2015 por esse trabalho, após ter sido reprovado em 2013; então, uma grande melhora foi observada. Após o prêmio, outros hospitais nos contataram para aprender com nossa experiência." Vietnã

FERRAMENTAS E RECURSOS

Avaliação

- IPCAF da OMS (inclui todos os documentos citados no IPCAF) (http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/ acessado em 2 May 2018)
- Ferramentas de avaliação do controle de infecção do CDC https://www.cdc.gov/hai/prevent/infection-control-assessment-tools.html acessado em 4 de abril de 2018)
- Manual de Referência Técnica para Higiene das Mãos (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44196/1/9789241598606_eng.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Ferramentas de higiene das mãos para avaliação e feedback da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/tools/hand-hygiene/evaluation_feedback/en/ acessado em de abril de 16 2018)
- HHSAF(http://www.who.int/gpsc/country_work/hhsa_framework_October_2010.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018)
- Enquete hospitalar sobre cultura de segurança do paciente da Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (https://www.ahrq.gov/sops/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/index.html acessado em 4 de abril de 2018)
- Questionário sobre atitudes de segurança (https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/3601 acessado em 4 de abril de 2018)
- Clima de segurança do paciente em organizações de saúde (http://www.midss.org/sites/default/files/pscho_survey_2006.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Escala de clima de segurança (https://www.hsl.gov.uk/ products/safety-climate-tool acessado em 4 de abril de 2018)

Planejamento

- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras da estratégia multimodal (Anexo 2)

Publicações selecionadas

- A.J. Stewardson, B. Allegranzi, T.V. Perneger, H. Attar, D. Pittet. Testing the WHO Hand Hygiene Self- Hosp Infect. 2013;83:30-

afety culture. The Health Foundation. 2011 (http://www.health.org.uk/sites/health/files/MeasuringSafetyCulture.pdf acessado em 4 de abril de 2018)

- Charrier L, Argentero P, Farina EC, Serra R, Mana F, Zotti CM. Surveillance of healthcare- associated infections in Piemonte, Italy: results from a second regional prevalence study. BMC Public Health. 2014;14: 558.
- Fisher D, Tambyah PA, Lin RT, Jureen R, Cook AR, Lim A, Ong B, et al. Sustained meticillin-resistant Staphylococcus aureus control in a hyper-endemic tertiary acute care hospital with infrastructure challenges in Singapore. J Hosp Infect. 2013;85:141-8.
- Moongtui W, Gauthier DK, Turner JG. Using peer feedback to improve handwashing and glove usage among Thai health care workers. Am J Infect Control. 2000;28:365-9.
- Yinnon AM, Wiener-Well Y, Jerassy Z, Dor M, Freund R, Mazouz B, Lupyan T, et al. Improving implementation of infection control guidelines to reduce nosocomial infection rates: pioneering the report card. J Hosp Infect. 2012;81:169-76.

COMPONENTE ESSENCIAL 7

CARGA DE TRABALHO, RECURSOS HUMANOS E OCUPAÇÃO DE LEITOS

– Recapitulação rápida

A avaliação deste componente essencial e a adoção de medidas para garantir que a recomendação da OMS seja tratada de forma adequada envolverão discussões e sinergia entre a equipe de PCI e os gestores seniores e diretores da instituição. Você desempenha um papel fundamental ao explicar aos gestores seniores porque esses aspectos são cruciais para reduzir o risco de transmissão e garantir a segurança do paciente e do profissional de saúde no contexto da carga endêmica e epidêmica de IRAS e RM. É um desafio identificar os níveis adequados de recursos humanos, de acordo com a carga de trabalho e as decisões referentes a essa carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos.

O apoio de seus colegas estaduais/distrital e nacionais nesse campo (chefes de serviços de saúde, recursos humanos, planejamento da força de trabalho ou equivalente) será uma consideração importante. Os Indicadores de Carga de Trabalho da Necessidade de Recursos Humanos (WISN) da OMS (ver ferramentas e recursos) são uma ferramenta de planejamento e gestão de recursos humanos que oferece aos gestores de saúde uma maneira simples de analisar e calcular a distribuição de recursos humanos, carga de trabalho e produtividade. A abordagem WISN é baseada na carga de trabalho de um profissional de saúde, com padrões de atividade (tempo) aplicados a cada componente da carga de trabalho. Se houver padrões nacionais relacionados à carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos, eles devem ser a referência, embora uma comparação com os requisitos do WISN possa ser útil.

AMOSTRA DE PLANO DE AÇÃO: CARGA DE TRABALHO, RECURSOS HUMANOS E OCUPAÇÃO DE LEITOS

Para apoiar o desenvolvimento do seu plano de ação, consulte as tabelas "o quê?, por quê?, quando?, quem?, como?" apresentadas na Parte II.

Lacuna de prioridade	Ação requerida e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder de outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento /recursos
Nenhum mecanismo em vigor para avaliar os níveis de recursos humanos adequados e nenhum padrão nacional disponível	• Consulte o manual do usuário WISN (ver ferramentas e recursos). • Calcule o número necessário de funcionários, de acordo com as responsabilidades planejadas, a carga de trabalho da atividade e o tempo disponível.	• Chefe de enfermagem • Chefe de recursos humanos/pessoal	1 semana	Não aplicável
Nenhum mecanismo em vigor para relatar/agir na proporção de profissionais de saúde para pacientes	• Levante esse assunto durante as reuniões planejadas com o chefe de enfermagem, diretor/superintendente médico, diretor executivo/administrador do serviço de saúde, chefe de segurança e qualidade do paciente e chefe de recursos humanos/pessoal. • Discuta os resultados do IPCAF e explique a importância desses parâmetros para reduzir o risco de transmissão e garantir a segurança do paciente e do profissional de saúde no contexto da carga endêmica e epidêmica de IRAS e RM. • Ouça as observações deles e os problemas que eles podem encontrar e busque as soluções por eles propostas. • Documente as discussões e as ações propostas. • Faça um plano razoável para melhorar a carga de trabalho e os recursos humanos, incluindo uma estimativa das implicações orçamentárias.	• Chefe de enfermagem • Diretor médico/superintendente • Chefe de segurança do paciente • Chefe de qualidade • Chefe de recursos humanos/pessoal	3-6 meses	Alto
Nenhum sistema implementado para abordar, por exemplo, os níveis de ocupação de leitos que rotineiramente excedem a proporção de um paciente por leito e/ou o espaçamento de leitos entre pacientes que é rotineiramente inferior a 1 metro	• Levante esse assunto durante as reuniões planejadas com o chefe de enfermagem, diretor/superintendente médico e diretor executivo/administrador do serviço de saúde. • Discuta os resultados do IPCAF e explique a importância de não exceder a proporção de um paciente por leito e de garantir locais adequados para os leitos (por exemplo, sem leitos no corredor, sem pacientes no chão) e espaçamento adequado entre os leitos (> 1 metro) para reduzir o risco de transmissão e garantir a segurança do paciente. • Descreva o projeto ideal de enfermaria, de acordo com os padrões internacionais em relação à capacidade e ao espaçamento dos leitos e busque as soluções propostas. • Documente as discussões e as ações propostas. • Faça um plano razoável para melhorar a ocupação dos leitos, incluindo uma estimativa das implicações orçamentárias.	• Chefe de enfermagem • Diretor médico/superintendente • Chefe de segurança do paciente • Chefe de qualidade	3-6 meses	Alto

A Tabela 3J relaciona algumas das barreiras comuns à implementação de abordagens para lidar com a carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. Os exemplos de implementação fornecidos são focados (não exclusivamente) em locais com poucos recursos.

Tabela 3J. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 7)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Recursos humanos insuficientes, inclusive para PCI	• O uso de enfermeiros/profissionais de ligação pode acrescentar capacidade extra de recursos humanos como uma medida provisória e desenvolver defensores de PCI em nível local. • Cogite o compartilhamento de tarefas.	**Uso de enfermeiros/profissionais de ligação para conseguir a proporção de um enfermeiro de PCI para cada 250 leitos** "Descobrimos que a maneira de obter a proporção de uma pessoa de PCI/250 leitos seria por meio de um sistema de enfermagem de ligação, e ele está sendo devidamente introduzido. Isso exigiu defesa de causa contínua para promover esse sistema. Nos grandes hospitais centrais, a situação não é ideal, sendo onde enfrentamos grandes problemas na organização de um programa de PCI efetivo e bem integrado, incluindo recursos humanos adequados. Zimbábue **Compartilhamento de tarefas para aumentar a capacidade de PCI** "Exploramos diferentes modelos de compartilhamento de tarefas." Libéria
A demanda por leitos excede a capacidade atual	• Leitos menores nas enfermarias pediátricas. • Revisão dos processos de admissão e alta. • Aproveitamento dos surtos e riscos de transmissão de RM para obter apoio para a proporção de um paciente por leito.	**Soluções criativas para criar espaço e capacidade extra** "Temos oportunidade de adaptação aqui. No tocante à ocupação dos leitos, encorajamos a utilização de leitos menores nas enfermarias pediátricas, a descentralização do atendimento para fora do hospital, quando possível, e a remoção de outras unidades de apoio do complexo hospitalar para criar espaço adicional ali. Também redigimos orientações sobre os níveis de recursos humanos que recomendamos." Mèdecins Sans Frontières/Médicos Sem Fronteiras **Demonstrar habilidades de liderança para lidar com a superlotação** "Recebemos mais pacientes do que temos leitos disponíveis e, especialmente pela manhã, isso significava que não poderíamos lidar com, por exemplo, o problema de haver muitos casos de diarreia. Nossa comunidade local dependia muito na clínica e os líderes comunitários estavam preocupados com a superlotação. Como pessoa focal de PCI, priorizei a abordagem desse problema. Ouvi falar do uso de leitos menores para a pediatria e convenci os gestores a me deixarem fazer isso, explicando que a superlotação não nos ajudaria a impedir que a disseminação ocorresse. Também analisamos a simplificação dos processos de admissão e alta e como isso poderia afetar a disponibilidade de leitos. Levar os pacientes para fora da clínica reduziria o número de leitos ocupados, permitindo que a equipe se mantivesse organizada e ajudasse os pacientes a se sentirem melhor com mais rapidez. É claro que tivemos que treinar a equipe sobre essas mudanças na política, sobre como essas melhorias poderiam ajudar a manejar o número de pacientes e prevenir a propagação de infecções. Foi muito importante obter o apoio de nossos líderes para ajudar a desenvolver uma cultura que

valorizasse a importância de eliminar a superlotação." Região Africana da OMS

Aproveite os surtos para apoiar o empenho de não ocupar muitos leitos

"No tocante à ocupação de leitos, agora é geralmente aceito que os leitos no chão e o compartilhamento de incubadoras são uma receita para infecção e foram eliminados (ou seja, impressões, lições aprendidas com os surtos, não com auditorias). Zimbábue

FERRAMENTAS E RECURSOS

Avaliação

- Manual do usuário WISN; manual do software e estudos de caso (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/ acessado em 6 de abril de 2018)
- Aplicação do método WISN na prática – estudos de caso da Indonésia, Moçambique e Uganda (http://www.who.int/hrh/resources/wisn_case_studies/en/ acessado em 6 de abril de 2018)
- Recursos humanos para ferramentas e orientações de saúde da OMS (http://www.who.int/hrh/tools/situation_analysis/en/ acessado em 6 de abril de 2018)
- Ferramenta de norma de recursos humanos de Gana (planilha Excel) – disponível por meio do Pod de aprendizagem sobre PCI e WASH (http://www.who.int/servicedeliverysafety/ areas/qhc/schematic-GLL.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018)

Planejamento

- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras da estratégia multimodal (Anexo 2)

Publicações selecionadas

- Ravhengani NM, Mtshali NG. Implementing Workload Indicators of Staffing Need (WISN) Tool to determine human resources in primary health care settings in South Africa: a concept analysis. J Nurs Health Sci.2017; 6: 65-73.
- Govule P, Mugisha JF, Katongole SP, Maniple E, Nanyingi M, Anguyo R, et al. Application of Workload Indicators of Staffing Needs (WISN) in determining health workers' requirements for Mityana General Hospital, Uganda. Int J Public Health Res. 2015;3: 254-63.
- Borg MA. Bed occupancy and overcrowding as determinant factors in the incidence of MRSA infections within general ward settings. J Hosp Infect. 2003;54:316-8.
- Borg MA, Suda D, Scicluna E. Time-series analysis of the impact of bed occupancy rates on the incidence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection in over- crowded general wards. Infect Control Hosp Epidemiol. 2008;29(6):496-502.
- Hugonnet S, Chevrolet JC, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. Crit Care Med. 2007;35:76-81.
- Zingg W, Holmes A, Dettenkofer M. Hospital organisation, management, and structure for prevention of health-care-associated infection: a systematic review and expert consensus. Lancet Infect Dis. 2015;15:215-24.

COMPONENTE ESSENCIAL 8

INFRAESTRUTURA, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA PCI

- Recapitulação rápida

Sem uma infraestrutura de suporte, materiais e equipamentos para PCI, não haverá melhoria. A identificação de lacunas de infraestrutura e de fornecimento que dificultam a implementação da PCI é uma das principais tarefas do líder/equipe de PCI. É importante se conectar com colegas que trabalham no campo de WASH para desenvolver um caso forte para abordar as lacunas identificadas. Comece pequeno – concentre-se em uma área, como o gerenciamento de resíduos.

AMOSTRA DE PLANO DE AÇÃO: INFRAESTRUTURA, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA PCI

Para apoiar o desenvolvimento do seu plano de ação, consulte as tabelas “o quê?, por quê?, quando?, quem?, como?” apresentadas na Parte II.

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recurs
Não há água (por exemplo, para higiene das mãos, para beber, higiene pessoal, atividades médicas, esterilização, descontaminação, limpeza e lavanderia) disponível de forma consistente (menos de 5 dias por semana) e/ou ela não é de boa qualidade	• Converse com o agente de saúde distrital, com o engenheiro/comitê distrital e local de água sobre como garantir mais água por meio da perfuração de novos poços, conectando-a ao abastecimento encanado existente ou complementando com águas pluviais. • Faça uma amostragem microbiológica da água para avaliar sua qualidade e examinar os resultados em comparação com os padrões internacionais de água potável. • Explore a possibilidade de acrescentar armazenamento de água para garantir que haja suprimentos disponíveis durante os períodos de problemas de abastecimento. • Explore métodos reconhecidos de produção de água potável.	• Pessoa focal de WASH (se houver)	2-3 meses	Moderado
Não há estações para higiene das mãos disponíveis em funcionamento, ou elas estão disponíveis, mas não são suficientes em todos os pontos de atendimento	• Instale estações simples para higiene das mãos com preparação alcoólica (ABHR) e outros insumos para higiene simples das mãos, por exemplo, um balde com torneira, sabonete líquido e toalhas descartáveis, em todos os pontos de atendimento e próximos aos banheiros, como uma medida efetiva para melhorar a acessibilidade enquanto se buscam soluções, a longo prazo, de água encanada.	• Enfermeiro chefe • Chefe administrativo	1-3 meses	Baixo Aproximadamente 10-15 USD/estação
Não há registros de limpeza disponíveis, por exemplo, para pisos, superfícies de trabalho horizontais, banheiros	• Crie formulários de registro de limpeza e trabalhe com a equipe de limpeza para garantir que os formulários sejam usados com efetividade.	• Líder de limpeza • Líder de PCI	1 semana	Não aplicável
Não há quartos individuais disponíveis para isolamento de pacientes	• Estabeleça uma contingência para uso de áreas de coorte dentro das enfermarias/alas de coorte, se disponíveis. • Planeje e padronize os procedimentos de colocação de pacientes em caso de necessidade de isolamento.	• Líder de PCI • Diretor clínico • Chefe de enfermagem	2-3 meses	Baixo

Não há ventilação ambiental funcional (natural ou mecânica[1]) disponível nas áreas de atendimento ao paciente	• Faça uma revisão crítica de todas as áreas disponíveis com um plano para melhorar a ventilação natural.	• Líder de PCI • Diretor clínico • Chefe de enfermagem	2-3 meses	Não aplicável

1 Ventilação natural: ar externo impulsionado por forças naturais (por exemplo, vento) por meio de aberturas construídas especificamente para esse fim, incluindo janelas, portas, chaminés solares, torres eólicas e ventiladores de gotejamento. Ventilação mecânica: ar impulsionado por ventiladores mecânicos instalados diretamente nas janelas ou paredes ou em dutos de ar para fornecer ar para dentro ou para retirar o ar de uma sala. Mais informações em: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/natural_ventilation/en/, acessado em 7 de abril de 2018.

Amostra de plano de ação: Infraestrutura, materiais e equipamentos para PCI continuação

Lacuna de prioridade	Ação necessária e link para ferramentas/recursos disponíveis	Líder e outros membros da equipe	Linha do tempo	Orçamento/recursos
Não há materiais adequados e bem conservados para limpeza (por exemplo, detergente, esfregões, baldes etc.) disponíveis	• Apresentar um caso de orçamento dedicado para estoques. • Certifique-se de que haja um sistema em vigor para aquisição de materiais e reabastecimento dos estoques. • Prepare e implemente programações e protocolos de limpeza para abordar o planejamento, frequência, produtos e procedimentos.	• Líder de limpeza • Líder de PCI	2-3 meses	Baixo
Não há ou são poucos os recipientes funcionais de coleta de resíduos não infecciosos (gerais), resíduos infecciosos e resíduos de materiais cortantes nas proximidades de todos os pontos de geração de resíduos disponíveis	• Informe aos administradores/gestores da unidade de saúde os problemas identificados. • Explique as vantagens da gestão adequada de resíduos e o impacto da separação inefetiva de resíduos infecciosos e não infecciosos. • Desenvolva e implemente uma política de gestão de resíduos guiada pelas questões orientadoras multimodais que aborde a disponibilidade de códigos de cores simples e à prova de vazamentos e/ou recipientes rotulados que atendam aos padrões internacionais e nacionais (geralmente preto, vermelho e amarelo) em todos os pontos de atendimento, separação, treinamento, auditoria e feedback, promoção, comunicação e uma cultura de segurança.	• Enfermeiro chefe • Chefe administrativo • Técnico em resíduos de saúde	3-6 meses	Baixo
A aparência geral da unidade é de desleixo, com detritos e lixo visíveis por toda parte	• Elabore um plano de melhoria da limpeza guiado pelas questões orientadoras multimodais. • Pondere o papel e o valor de uma campanha de “hospital limpo” como parte da abordagem multimodal.	• Todos os membros da equipe de WASH FIT (onde instalado) • Equipe de PCI	3-6 meses	Baixo – pequeno custo financeiro, além de tempo

A Tabela 3K (no verso) relaciona algumas das barreiras comuns à implementação de abordagens para fortalecer o ambiente construído, materiais e equipamentos para PCI que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. Os exemplos de implementação fornecidos são focados (não exclusivamente) em locais com poucos recursos.

Tabela 3K. Barreiras e soluções em potencial (componente essencial 8)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplos de implementação
Falta de experiência em infraestrutura e PCI	• Explore a existência de formação educacional para profissionais de PCI e/ou engenheiros/arquitetos clínicos em PCI relacionada a infraestrutura, por exemplo, em nível nacional.	**Procure acesso a cursos nacionais de treinamento e capacitação** "Os hospitais distritais são geralmente bem projetados, mas a reforma de prédios antigos criou problemas de PCI. São comuns os desafios relacionados à falta de WASH, gestão de resíduos (por exemplo, falta de incineradores funcionais) e gestão de roupas (por exemplo, lavanderias não funcionais ou semifuncionais). Estabelecemos um grupo de trabalho de infraestrutura sob a comissão nacional de PCI. A primeira atividade foi o treinamento de arquitetos e engenheiros do ministério da construção planejado para 2017, especificamente para destacar questões de PCI. Também ministramos instrução em projetos hospitalares para os treinadores de PCI certificados das unidades, o que elevou o perfil da PCI para reformas. Outros fundos permitiram a compra de um incinerador, para pequenas reformas (por exemplo, garantir a abertura de janelas nos setores ambulatoriais) e abrigos para reduzir a superlotação. Também tentamos nos conectar com projetos de água e projetos escolares de higiene das mãos." Zimbábue
Pouca conformidade do gerenciamento de resíduos	• Use abordagens simples de melhoria de qualidade e em pequena escala com base em uma abordagem multimodal para melhorar a conformidade com as orientações de gerenciamento de resíduos.	**Projetos de melhoria de qualidade em pequena escala para melhorar o gerenciamento de resíduos** "(Um) hospital implementou um projeto de melhoria de qualidade para aumentar a conformidade do gerenciamento de resíduos. Como parte da intervenção, eles começaram a usar marcadores de lixo coloridos (ou sacos de lixo marcados com um marcador) para separar os resíduos no ponto de descarte. Os enfermeiros responderam que isso garante menos trabalho para eles, porque é algo fácil de manter e continuar." Serra Leoa

Falta de abastecimento de água confiável para higiene das mãos	• Cogite a produção local de preparação alcóolica para as mãos e/ou a instalação de estações para higiene simples das mãos com sabonete líquido e água.	**Consiga apoio para o uso de preparação alcoólica (gel ou solução) para higiene das mãos, a fim de superar a escassez de água** Apesar das limitações de recursos, defendemos com a liderança a causa da instalação de dispensadores de preparação alcoólica para higiene das mãos e o apoio à produção local de produtos à base de álcool para preparo das mãos e a preparação de centros cirúrgicos. Quênia **Instale estações para higiene simples das mãos com sabonete líquido e água em todos os pontos de atendimento e próximo aos banheiros** "Embora não tivéssemos água na unidade de saúde, com o apoio de uma ONG e líderes comunitários, compramos estações para higiene simples das mãos com sabonete líquido e água e as colocamos em todos os pontos de atendimento e próximo aos sanitários. O faxineiro tem a responsabilidade de abastecê-las diariamente, retirando água de um poço comunitário próximo. Tanto a equipe quanto os pacientes apreciam ter água e sabonete disponíveis de forma contínua para a higiene das mãos". Mali **Realize campanhas de limpeza para melhorar a aparência geral do ambiente da unidade** "Uma vez por mês, toda a equipe se envolve em uma campanha de limpeza da unidade e das áreas comuns e de espera. Isso melhora a aparência geral da unidade, o que faz com que as pessoas queiram vir utilizar os serviços. Com a remoção do lixo, isso também reduz o risco de infecção e de criadouros de mosquitos." Etiópia

FERRAMENTAS E RECURSOS

Ferramentas de planejamento de ação

- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras da estratégia multimodal (Anexo 2)

Modelos

- Modelos e responsabilidades da equipe de PCI (Tabela 3C)
- Avaliação
- Ferramenta de melhoria da água e saneamento da unidade de saúde (WASH FIT) da OMS (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en/ acessado em 6 de abril de 2018)
- WASH FIT digital (https://washfit.org/#/ acessado em 6 de abril de 2018)
- Planejamento, projeto e construção de unidades de saúde. Abordagem dos padrões da Joint Commission e da JCI e outras considerações – desde o planejamento até o comissionamento. Terceira edição. 2015 (http://www.jointcommissioninternational.org/assets/1/14/EBPDC15Sample.pdf acessado em 4 de abril de 2018)
- Ferramentas de higiene das mãos para mudança do sistema, da OMS (http://www.who.int/infection-prevention/ tools/hand-hygiene/system_change/en/ acessado em 16 de abril de 2018)

Amostra de políticas/orientações e treinamento

- Manejo seguro de resíduos de atividades de atenção à saúde (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Padrões essenciais de saúde ambiental na atenção à saúde, da OMS (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ ehs_hc/en/ acessado em 26 de abril de 2018)
- American Instiltute of Architects. Guidelines for design and construction

of hospital and health care facilities. 2001. (https://www.fgiguidelines.org/wp-content/uploads/2015/08/2001guidelines.pdf acessado em 4 de abril de 2018)

- Orientações para qualidade da água potável, da OMS. Quarta edição, incorporando o primeiro adendo (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/drinking- water-quality-guidelines-4-including-1st- addendum/en/ acessado em 4 de abril de 2018)
- Orientação para a produção de água potável (http://www.who.int/water_sanitation_ health/publications/potable-reuse-guidelines/en/ acessado em 7 de abril de 2018)
- Segunda edição da instrução para treinadores sobre procedimentos operacionais padrão para cólera – disponível no Pod de aprendizagem sobre PCI e WASH (http://www.who.int/servicedeliverysafety/ areas/qhc/schematic-GLL.pdf?ua=1 acessado em 7 de abril de 2018)

Materiais de defesa de causa

- Combater a resistência microbiana: apoio a medidas nacionais para abordagem de PCI e WASH em locais de atenção à saúde (https://www.washinhcf.org/fileadmin/user_upload/documents/AMR_IPC_WASH_ FlyerNov2016-1.pdf acessado em 7 de abril de 2018)

Publicações selecionadas

- Bannister B, Puro V, Fusco FM, Heptonstall J, Ippolito G. EUNID Working Group Framework for the design and operation of high-level isolation units: consensus of the European Network of Infectious Diseases. Lancet Infect Dis. 2009;9:45-56. (https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(08)70304-9/ fulltext?code=lancet-site acessado em 4 de abril de 2018)
- Abrampah NM, Montgomery M, Baller A, Ndivo F, Gasasira A, Cooper C, et al. Improving water, sanitation and hygiene in health-care facilities, Liberia. Bull World Health Organ. 2017;95:526-30.

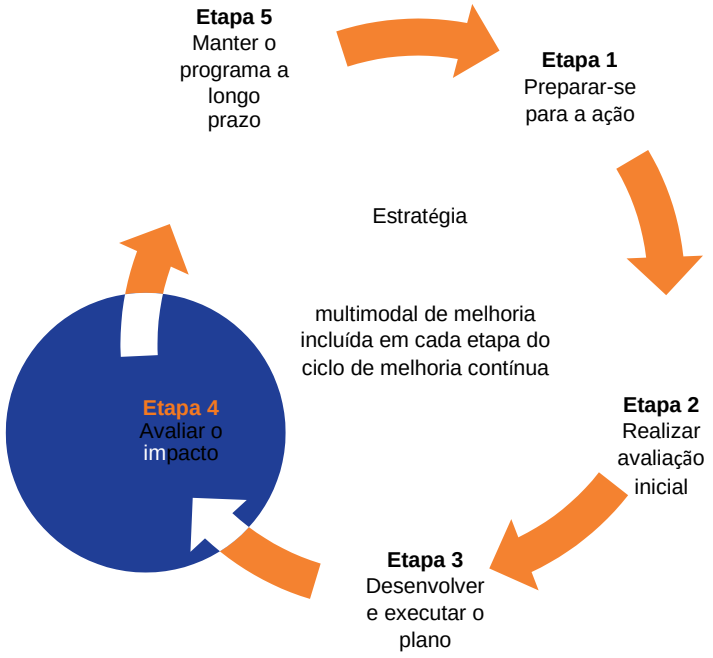
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA ETAPA 3

No final da etapa 3, você deve ter feito o seguinte:

1.	Impresso o modelo do plano de ação e as questões orientadoras da estratégia multimodal	
2.	Priorizado ações para cada componente essencial	
3.	Revisado as principais considerações de cada componente essencial	
4.	Revisado as barreiras e soluções em potencial e exemplos de implementação	
5.	Verificado as ferramentas e recursos disponíveis para apoiar a implementação	
6.	Completado seu plano de ação para cada componente essencial	
7.	Reunido com os líderes do serviço de saúde para discutir o plano de ação	
8.	Assegurado que o plano de ação seja considerado um item da agenda da comissão de PCI ou um comitê equivalente no serviço de saúde e que será atualizado/revisado regularmente para avaliação do progresso	

ETAPA 4
AVALIAÇÃO DO IMPACTO

ETAPA 4
AVALIAÇÃO DO IMPACTO



Introdução à etapa 4

- A Etapa 4 consiste em uma etapa crítica para a tomada de decisões, sustentabilidade e modificação dos planos anuais de PCI. Ela se preocupa com a coleta de evidências/dados para determinar o que funcionou, quais ações ainda precisam ser realizadas e quais recursos são necessários para alcançar as melhorias contínuas necessárias.
- Essa etapa envolve a realização de uma avaliação de acompanhamento para saber se os seus planos de ação funcionaram e identificar a obtenção de quaisquer impactos. Envolve a revisão de cada um dos planos de ação e a repetição do IPCAF e quaisquer outras avaliações relevantes (por exemplo, HHSAF da OMS) usando a mesma metodologia e ferramentas usadas na etapa 2 ou anteriormente. A Etapa 4 fornecerá os dados necessários para destacar onde as melhorias foram feitas e onde permanecem as lacunas. Essa etapa também ajudará a consolidar as melhorias feitas por meio da implementação dos planos de ação desenvolvidos na etapa 3 e fornecerá a base para a etapa 5.

DICAS PRÁTICAS, PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES E AÇÕES

Antes de repetir o IPCAF e outras avaliações, analise a tabela de considerações-chave e ações-chave (tabela 4A).

Tabela 4A. Principais considerações e ações (etapa 4)

Principais considerações	Principais ações
Acompanhamento do progresso	• Primeiro, reúna seu plano de ação e os resultados do IPCAF da etapa 2. • Revise as pontuações do IPCAF e analise o plano de ação com sua equipe. • Reúna todos os dados existentes ou coletados rotineiramente que sejam relevantes para a PCI.
Concordar com as funções e responsabilidades	• Decida com os colegas e gestores quem se encarregará da repetição do IPCAF – imite a abordagem adotada na etapa 2. • Cogite envolver as pessoas que trabalham nas enfermarias, se possível, para garantir o envolvimento contínuo para a melhoria da PCI e ajudar a promover uma cultura de aprendizagem.
Prazo de conclusão	• Durante as reuniões, decida um cronograma e um prazo para a conclusão.
Analisar os resultados	• Usando o gráfico de pontuação, complete as pontuações de cada seção e calcule sua pontuação geral. • Compare os resultados com a avaliação inicial e discuta com a equipe de PCI onde houve progresso e onde ainda existem lacunas – de modo geral e de acordo com cada componente essencial. • Usando as informações do IPCAF repetido, analise cada ação do plano de ação original e anote as realizações e as lacunas. • Quais são os resultados que lhe informam o que está funcionando e o que não está funcionando? • Discuta com a comissão de PCI e faça anotações resumidas para orientar suas discussões com a liderança da unidade e as partes interessadas. • Prepare uma apresentação usando a amostra de apresentação de slides do IPCAF (ver ferramentas e recursos).
Apresentar os resultados e desenvolver um cronograma regular de avaliação	• Organize uma série de reuniões para comunicar os resultados do IPCAF repetido aos gestores seniores, líderes dos serviços clínicos da instituição (incluindo líderes médicos e de enfermagem das áreas clínicas onde foram implementados planos de ação de PCI) e dos departamentos e outros departamentos relevantes como, por exemplo, qualidade e segurança, RM, WASH. • Use a apresentação do IPCAF e incentive a discussão em grupo, o feedback construtivo e a resolução de problemas. • Peça aos líderes e partes interessadas que deem feedback dos resultados – o que eles acham que está funcionando/não está funcionando? Quais ações eles acham que são necessárias para melhorias futuras? • Desenvolva um novo plano de ação, quando necessário, para abordar lacunas e problemas novos ou contínuos. • Estabeleça um cronograma regular de avaliação para verificar o impacto de seu plano de ação revisado, incluindo uma frequência consensualmente decidida de repetições de IPCAF. No mínimo, repita o IPCAF anualmente. • Prepare um breve relatório resumindo as realizações e lacunas (ver modelo, Anexo 4). • Compartilhe o relatório com gestores e líderes seniores, enfermarias e departamentos que participaram da avaliação e outros departamentos relevantes. Todos os envolvidos na implementação das melhorias da PCI devem receber feedback sobre o que funcionou e o que não funcionou – isso é importante para o envolvimento contínuo e a sustentabilidade. • Certifique-se de que as conquistas e os esforços da equipe/defensor sejam reconhecidos, recompensando-os, de acordo com a cultura local (por exemplo, prêmios, fotos da equipe de melhor desempenho exibidas na entrada da unidade, celebração, participação em conferências).

ATUALIZAR SEUS PLANOS DE AÇÃO

Agora você está pronto para modificar seus planos de ação ou desenvolver novos planos, orientado pelos resultados do IPCAF e outras avaliações repetidas e as principais ações listadas acima, usando o modelo de plano de ação no Anexo 5.

FERRAMENTAS E RECURSOS

Consulte todas as ferramentas listadas na etapa 2

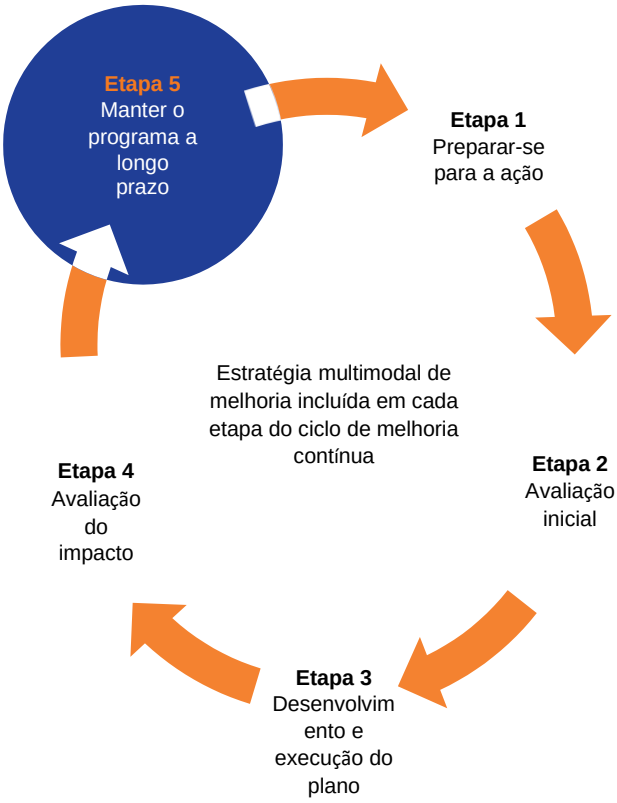
LISTA DE VERIFICAÇÃO DA ETAPA 4

No final da etapa 4, você deve ter feito o seguinte:

1.	Revisado os resultados da avaliação inicial da etapa 2	
2.	Revisado o seu plano de ação da etapa 3	
3.	Revisado seu plano anual de PCI (quando houver)	
4.	Impresso novas cópias do IPCAF (e outras ferramentas de avaliação relevantes)	
5.	Concordado com um cronograma e um prazo para a repetição do IPCAF (e de outras avaliações)	
6.	Concluído a repetição das avaliações	
7.	Revisado os resultados em comparação com os resultados da avaliação inicial da etapa 2 e apresentado os achados aos líderes e outras partes interessadas	
8.	Desenvolvido um novo plano de ação com base nas lacunas e desafios identificados	
9.	Concordado com a frequência de repetição dos IPCAF (e outras avaliações) no futuro – pelo menos anualmente)	
10	Preparado e apresentado um relatório aos gestores e líderes seniores, enfermarias e departamentos que implementaram planos de ação de melhoria e participaram das avaliações, e outros departamentos relevantes	

ETAPA 5
MANTER O PROGRAMA A LONGO PRAZO

ETAPA 5
MANTER O PROGRAMA A LONGO PRAZO



DICAS PRÁTICAS, PRINCIPAIS CONSIDERAÇÕES E AÇÕES

A Tabela 5A lista uma série de principais considerações interligadas e ações sugeridas.

- Com base nas informações obtidas na etapa 4, agora você pode ver claramente onde as melhorias foram feitas e onde permanecem lacunas.
- A etapa 5 se preocupa em revisar e melhorar regularmente a PCI com novas ações (por exemplo, projetos, temas, campanhas) para ajudar a institucionalizar a melhoria da PCI.
- É importante desenvolver os canais de comunicação e a organização do programa de PCI estabelecido até agora para garantir que a PCI seja considerada uma parte fundamental dos negócios de seu serviço de saúde.
- Se regularmente envolvido e consultado, a comissão de PCI terá um papel importante no apoio a esse esforço.
- Durante esta etapa, você estabelecerá uma revisão contínua e um ciclo de envolvimento para apoiar o impacto e os benefícios de longo prazo do programa e garantir que ele seja incorporado aos processos existentes em seu serviço de saúde, contribuindo assim para seu impacto geral e sustentabilidade.
- Mesmo que você não tenha trabalhado sistematicamente em cada uma das etapas deste manual prático, ainda pode ser benéfico levar em consideração as dicas práticas, as principais considerações e ações da etapa 5.

Tabela 5A. Principais considerações e ações (etapa 5)

Principais considerações	Principais ações
Aproveitar a dinâmica gerada durante as etapas de 1 a 4 para levar adiante um plano sustentável	• Use o plano de ação revisado e os resultados do IPCAF para desenvolver um plano de longo prazo (5 anos), incluindo um ciclo de revisão regular (pelo menos anual) para abordar a sustentabilidade de longo prazo. • Peça à comissão de PCI que revise essa abordagem e incorpore suas contribuições para sua finalização.
Manter o apoio da liderança para a melhoria da PCI de longo prazo	• Organize reuniões com os gestores e líderes do serviço de saúde para garantir liderança de longo prazo e apoio administrativo para o programa de PCI. • Discuta o processo, as ações e o impacto até agora, baseando-se no sucesso e no progresso. Destaque os desafios atuais e as áreas para melhorias e riscos adicionais se a sustentabilidade não for garantida e mantida – compartilhe o novo plano de ação e abordagem de longo prazo – incentive a discussão e o feedback. • Organize reuniões com os defensores e líderes de opinião identificados para agradecer a eles pelo apoio, ouça os conselhos deles sobre os planos de longo prazo e discuta como eles podem continuar a apoiar a PCI na instituição. • Use os roteiros que você desenvolveu na etapa 1 ou criou desde então como parte de sua estratégia de envolvimento contínuo, especialmente quando você precisar manter as mensagens curtas e continuar a delinear e reiterar a visão da PCI. • Estabeleça um processo de fornecimento de feedback regular sobre o progresso do plano de ação, por exemplo, por meio da comissão de PCI e outros comitês relevantes, por exemplo, segurança e qualidade.
Maximizar uma abordagem multimodal para o sucesso	• Destaque a situação atual e os planos em andamento de seu plano de ação revisado e incentive a discussão em grupo e a resolução de problemas em relação a: requisitos de recursos financeiros, humanos e outros requisitos necessários – encoraje a discussão sobre como assegurar os recursos necessários; as necessidades atuais e futuras de treinamento e educação; o monitoramento e o feedback planejados; a comunicação sobre a jornada de PCI até o momento e os sucessos emergentes – criar um portfólio de histórias de sucesso e transmitir exemplos de sucesso para as principais partes interessadas dentro da instituição e redes e grupos externos como, por exemplo, órgãos da comunidade/sociedade civil, como parte da conscientização contínua; o apoio contínuo à liderança.
Comemorar e comunicar o sucesso	• Além das reuniões com as partes interessadas, cogite outras maneiras criativas de continuar a comemorar e comunicar o sucesso, por exemplo, é viável redigir o relato de sua jornada de aprimoramento para publicação acadêmica ou apresentação em uma conferência nacional (ou internacional)? • Existe oportunidade de divulgar o trabalho nos boletins informativos ou na intranet do serviço de saúde (onde houver) ou através da mídia local (jornal, rádio ou televisão). • E quanto ao uso em potencial da mídia social/redes sociais como o YouTube para mostrar vídeos ou podcasts, se forem relevantes para o seu local? • Quando apropriado para o seu contexto, cogite o uso de incentivos para motivar a equipe como parte de uma abordagem contínua de recompensa do progresso (por exemplo, oferecendo oportunidades educacionais, como a participação em cursos/oficinas nacionais ou internacionais de PCI).

A Tabela 5B relaciona algumas das barreiras comuns que os líderes de PCI têm encontrado, juntamente com algumas possíveis soluções. A coluna final indica ao leitor exemplos de implementação associados com foco (não exclusivo) em locais com poucos recursos.

Tabela 5B. Barreiras e soluções em potencial e exemplos de implementação (etapa 5)

Barreira em potencial	Solução(ões) em potencial	Exemplo de implementação
Principais líderes e / ou defensores deixam de trabalhar no serviço de saúde	• Cogite a atualização periódica ou o relançamento do programa de melhoria da PCI – inclua isso em seus planos de longo prazo. • Pense no planejamento da sucessão – a melhoria não pode depender apenas de uma pessoa. Incentive os líderes/defensores a treinar outras pessoas antes de deixarem o serviço de saúde. • Aproveite e inspire os jovens recursos humanos de seu serviço, ou seja, estimule jovens médicos/enfermeiros a investirem no desenvolvimento das habilidades de liderança e peça-lhes que assumam responsabilidades. • Conheça novos líderes e apresente a história de seu serviço, destacando sucessos e benefícios. • Cogite usar os recursos de defesa de causa detalhados na etapa 1 em sua interação com novos líderes e defensores. • Incentive os líderes/defensores a divulgarem seu apoio à PCI usando boletins informativos ou outros canais. • Vise futuros defensores em potencial em reuniões individuais e use materiais de defesa de causa (consulte a etapa 1) para conquistar apoio para a PCI.	**O poder de um líder inspirador no apoio à melhoria de longo prazo** "No meio da implementação de um ambicioso projeto de prevenção de infecção de sítio cirúrgico (SUSP), perdemos nosso líder sênior e muito respeitado, o Dr. Peter Ongom. Esse projeto era muito importante para a segurança de nossos pacientes cirúrgicos, pois o índice de infecção era alto. O Dr. Ongom foi um exemplo notável e deixou um legado extraordinário. Após um período inicial confuso, nós (seus jovens companheiros cirurgiões) começamos a nos reunir e a discutir o estilo e as abordagens dele na condução do programa. Posteriormente, começamos a aceitar o desafio e a desempenhar o papel dele. Como resultado, o projeto SUSP foi muito bem-sucedido em nossa unidade e diminuiu as taxas de infecção do sítio cirúrgico em mais de 60%, o que também é um tributo adequado ao comprometimento e à memória do Dr. Ongom." Uganda
Fadiga de PCI – surgimento de outras prioridades percebidas	• Continue a se conectar e a vincular a melhoria da PCI com a RM, a qualidade e segurança e a resiliência nos serviços de saúde (ou seja, evitar surtos catastróficos), a fim de atualizar mensagens que apresentem a PCI como uma prioridade e desenvolver um caso forte de foco contínuo em PCI – enfatize os riscos, caso a PCI não seja mais priorizada, incluindo custos financeiros e humanos. • Promova a PCI como parte importante da regulamentação e do credenciamento. • Aproveite as campanhas nacionais e internacionais para garantir que a PCI mantenha um perfil, por exemplo: Campanha de 5 de maio da OMS, SALVE VIDAS: Higienize Suas Mãos. • Divulgue informações sobre o programa e seus sucessos a grupos de pacientes e da sociedade civil e obtenha o envolvimento deles em contribuir ativamente para a sustentabilidade. • Cogite o uso de parcerias para apoiar a melhoria da PCI. • Discuta com outras equipes ou comissões de PCI de outros serviços de saúde para saber como superaram o cansaço e atualizaram seus programas. • Use o Pod de aprendizagem sobre PCI/WASH do Laboratório Global de Aprendizagem da OMS para fazer perguntas sobre sustentabilidade e sobre o que funcionou em outras instituições.	**O controle de infecção é um processo de renovação contínua** 'Meu hospital é um dos hospitais credenciados do meu país. Embora tenhamos conseguido atingir os padrões máximos de controle de infecção para obter esse credenciamento, continuamos a avaliar e a atualizar nosso plano de ação, nosso programa de controle de infecção, nosso programa de treinamento, a organização da nossa comissão de controle de infecção e o programa de vigilância anualmente, com base na avaliação anual de risco, bem como nossas políticas e procedimentos de controle de infecção, a cada dois anos. Durante esses longos processos de revisão e atualização, sempre encontramos um novo item a ser adicionado e muitas áreas ainda precisam de melhorias." Egito **Usar a comparação e a revisão por pares** "Para que os hospitais continuem a visualizar a PCI como o pivô da assistência à saúde, instituímos a revisão anual por pares, e um dos modelos é a PCI. As unidades são pontuadas e comparadas com seus pares sobre como estão se saindo, e isso mantém todas as unidades alertas e preparadas." Gana
Realocação de orçamento - fundos desviados da PCI	• Atualize seus dados e caso de negócio para PCI. • Interaja com os pacientes e colete histórias de pacientes sobre o impacto da infecção nos pacientes e na família deles para desenvolver o caso para financiamento contínuo. • Explore todas as vias de financiamento para sustentar o trabalho, incluindo ONGs e pedidos de subsídios.	

Quadro 10. Estudo de caso – implementação bem-sucedida em um centro de saúde indiano

Em um serviço de saúde da Índia, um pequeno grupo de apaixonados defensores da PCI iniciou um longo processo de melhoria a partir do zero, progredindo até o estabelecimento bem-sucedido de um programa de PCI totalmente funcional que aborda os oito componentes essenciais – aqui está um resumo de sua história.

- No início da jornada, foi reconhecido que o apoio da liderança era fundamental.
  Durante as discussões preparatórias (etapa 1), a equipe concordou que os dados iniciais eram fundamentais para apoiar a defesa de causa da PCI e convencer os tomadores de decisão da necessidade de ação.
- A equipe, portanto, começou realizando uma série de auditorias/verificações e monitoramento das práticas e implementou um mecanismo de feedback para compartilhar amplamente os resultados (etapa 2). Essa etapa levou quase dois anos para coletar dados e desenvolver o caso para apoio e ação.
- Os resultados eram regularmente comunicados e discutidos, por exemplo, durante as visitas às enfermarias e em reuniões importantes.
- Um pequeno plano de ação alcançável foi desenvolvido (etapa 3) e comunicado aos líderes do hospital. Esse foi um estágio fundamental para convencer a liderança de que havia um problema e que um programa de PCI era a solução.
- A equipe também se comunicou com os administradores do hospital sobre os requisitos de pessoal e os recursos necessários para apoiar a implementação dos planos propostos.
- Essa comunicação regular resultou na convicção da liderança sênior da necessidade de apoiar um investimento na proporção enfermeiro-paciente e em suprimentos e recursos de PCI.
- Conforme a unidade progredia com suas ações de PCI ao longo do tempo, o programa de PCI cresceu até incluir 10 enfermeiros e um médico infectologista.
- A revisão e análise regulares dos planos e o envolvimento contínuo com os líderes e gestores do hospital, enfermarias e departamentos (etapas 4 e 5) resultaram em sucessos incrementais como, por exemplo, a criação de um software eletrônico para apoiar a coleta de dados.
- Por meio de suas redes em expansão, a equipe tomou conhecimento e se envolveu em um programa de vigilância regional que fornecia mentoria regular e expunha novas ideias de implementação. Com base no crescente sucesso com a vigilância, a equipe introduziu *bundles* e uma abordagem multimodal para diminuir as taxas de infecções associadas a dispositivos, adaptados ao seu local.
- Com um forte processo de avaliação inicial e mecanismos de vigilância fortalecidos, a equipe também começou a desenvolver procedimentos operacionais padrão para microbiologia e uma série de atividades de PCI.
- Estes foram traduzidos em módulos de treinamento para orientação e cursos regulares em serviço, que também foram desenvolvidos para enfermeiros.

FERRAMENTAS E RECURSOS

Plano de ação

- Modelos de planos de ação (Anexo 5)
- Questões orientadoras da estratégia multimodal (Anexo 2)

Defesa de causa

- Revisite todas as ferramentas de defesa de causa listadas na etapa 1
- Parcerias/apoio de pares
- Parcerias para melhoria (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/253523/1/9789241511872- eng.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018)
- Parcerias para uma prestação de serviços de saúde mais segura: avaliação das Parcerias Africanas para a Segurança do Paciente 2009-2014 da OMS (http://www.who.int/patientsafety/implementation/apps/evaluation-report. pdf acessado em 7 de abril de 2018)
- Pod de aprendizagem sobre PCI/WASH do Laboratório Global de Aprendizagem para UHC (https://extranet.who.int/dataform/848962?lang=en acessado em 7 de abril de 2018)

Sustentabilidade

- Manter a melhoria – atividades adicionais para serem ponderadas pelas unidades de atenção à saúde (http://www.who.int/entity/ infection-prevention/tools/hand-hygiene/Sustaining_Improvement.doc?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018)
- Modelo de plano de ação de HHSAF para resultados do esquema avançado de liderança da OMS (http://www.who.int/gpsc/5may/PSP_GPSC1_AdvancedLeadershipWeb_Feb- 2012.pdf?ua=1 acessado em 4 de abril de 2018)
- Instituto de Melhoria da Saúde; 2015. Guia de instruções: sustentabilidade e disseminação (http://www.ihi.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuideSustainabilitySpread.aspx acessado em 7 de abril de 2018)

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA ETAPA 5

No final da etapa 5, você deve ter feito o seguinte:

1.	Concordado com um ciclo de revisão anual por meio da comissão de PCI	
2.	Desenvolvido um plano de longo prazo (5 anos) com a comissão de PCI	
3.	Cumprido e garantido um comprometimento visível de longo prazo com o programa de PCI (incluindo orçamento regular) pelos gestores e a liderança do serviço de saúde	
4.	Reunido com defensores/líderes de opinião para agradecer e assegurar apoio contínuo	
5.	Divulgado as experiências exitosas e a visão de PCI, por meio de canais de comunicação interna como, por exemplo, boletins informativos, podcasts, e-mails, reuniões e encontros individuais	
6.	Divulgado as experiências exitosas externamente a pacientes/órgãos da sociedade civil e ONGs, por exemplo, por meio de rádio ou jornais locais	

ANEXOS

Anexo 1. A estratégia multimodal

As estratégias de implementação multimodal são um componente essencial dos programas efetivos de prevenção e controle de infecção (PCI), de acordo com as Diretrizes da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de PCI em níveis dos serviços de saúde e nacional.

A **recomendação** 5 das diretrizes afirma que devem ser implementadas atividades de PCI que utilizem estratégias multimodais para melhorar as práticas e reduzir as IRAS e a RM (Resistência microbiana). Na prática, isso significa o uso de abordagens múltiplas que, combinadas, vão contribuir para influenciar o comportamento do público-alvo (geralmente profissionais de saúde) em relação às melhorias necessárias que terão impacto no desfecho do paciente e para que haja uma mudança na cultura organizacional. A implementação de estratégias multimodais de PCI precisa estar vinculada aos objetivos e iniciativas dos programas de melhoria da qualidade e dos organismos de credenciamento, tanto em nível nacional quanto da instituição.

Cinco elementos principais para se concentrar ao melhorar a PCI

A estratégia multimodal consiste em vários elementos (3 ou mais; geralmente 5) implementados de forma integrada para orientar a ação e fornecer um foco claro para o implementador. Se concentrarmos em apenas UMA área (ou seja, uma estratégia unimodal), é altamente provável que isso resulte em fracasso. Todas as cinco áreas precisam ser levadas em consideração, devendo ser adotadas as ações necessárias, com base no contexto local e na situação, orientado por avaliações periódicas.

A OMS identifica cinco elementos das estratégias: multimodais de PCI no contexto da atenção à saúde:

1. **mudança de sistema** necessária para habilitar as práticas de PCI, incluindo infraestrutura, equipamentos, suprimentos e outros recursos;
2. **treinamento e educação** para melhorar o conhecimento do profissional de saúde;
3. **monitoramento e feedback** para avaliar o problema, realizar a mudança apropriada e documentar a melhoria da prática;
4. **lembretes e comunicados** para promover as ações desejadas, no momento certo, incluindo campanhas;
5. **cultura de segurança** para facilitar um clima organizacional que valorize a intervenção, com foco no envolvimento de gestores seniores, defensores ou modelos.

Em outras palavras, a estratégia de melhoria multimodal da OMS aborda essas cinco áreas:

1. Desenvolva

(mudança de sistema)

- Quais infraestruturas, equipamentos, suprimentos e outros recursos (incluindo humanos) são necessários para implementar a intervenção?
- O ambiente físico influencia o comportamento do profissional de saúde? Como as abordagens de ergonomia e de fatores humanos facilitam a adoção da intervenção?
- São necessários certos tipos de profissionais de saúde para implementar a intervenção?
- **Exemplo prático:** ao implementar intervenções de higiene das mãos, a facilidade de acesso a preparação alcoólica no ponto de atendimento e a disponibilidade de infraestruturas de WASH (incluindo água e sabonete líquido) são considerações importantes. Isso está disponível, é de baixo custo e facilmente acessível no local de trabalho? Caso contrário, é necessária uma ação.

2. Ensine

(treinamento e educação)

- Quem precisa ser treinado? Que tipo de treinamento deve ser usado para garantir que a intervenção seja implementada alinhada com políticas baseadas em evidências e com que frequência?
- A unidade tem treinadores, auxílios de treinamento e o equipamento necessário?
- **Exemplo prático:** ao implementar intervenções de segurança de injeção, o treinamento oportuno dos que têm a responsabilidade de administrar injeções seguras, incluindo cuidadores e profissionais comunitários, são considerações importantes, bem como os métodos de descarte adequados.

3. Verifique

(monitoramento e feedback)

- Como você pode identificar as lacunas nas práticas de PCI ou outros indicadores em seu local para permitir que você priorize sua intervenção?
- Como você pode ter certeza de que a intervenção está sendo implementada de forma correta e segura, inclusive na beira do leito? Por exemplo, existem métodos em vigor para observar ou rastrear as práticas?
- Como e quando será dado feedback ao público-alvo e aos gestores? Como os pacientes também podem ser informados?
- **Exemplo prático:** ao implementar intervenções para infecções de sítio cirúrgico, o uso de ferramentas-chave são considerações importantes, como formulários de coleta de dados de vigilância e a lista de verificação da OMS (adaptada às condições locais).

4. Promova

(lembretes e comunicação)

- Como você está promovendo a intervenção para garantir que haja dicas para a ação no ponto de atendimento e que as mensagens sejam reforçadas para os profissionais de saúde e pacientes?
- Há capacidade/financiamento para desenvolver mensagens e materiais promocionais?
- **Exemplo prático:** ao implementar intervenções para reduzir a infecção da corrente sanguínea associada a cateter, o uso de dicas visuais para a ação, mensagens promocionais/de reforço e o planejamento de campanhas periódicas são considerações importantes.

5. Aplique na prática

(mudança de cultura)

- Existe suporte demonstrável para a intervenção em cada nível do sistema de saúde? Por exemplo, os gestores seniores fornecem financiamento para equipamentos e outros recursos? Eles estão dispostos a ser defensores da causa e modelos para a melhoria da PCI?
- As equipes estão envolvidas no codesenvolvimento ou adaptação da intervenção? Eles têm poder e se sentem responsáveis e percebem a necessidade da prestação de contas?
- **Exemplo prático:** ao implementar intervenções de higiene das mãos, o modo como a unidade de saúde aborda a intervenção como parte da melhoria da segurança e da qualidade e o valor atribuído à melhoria da higiene das mãos como parte do fluxo de trabalho clínico são considerações importantes.

Anexo 2. Questões orientadoras da estratégia multimodal

PRIORIDADE:	<DESCREVA SUCINTAMENTE A PRIORIDADE IDENTIFICADA>		
Elemento da estratégia multimodal	Questões orientadoras	Use o espaço abaixo para listar sua resposta às questões orientadoras	Liste todas as ações necessárias para garantir que suas respostas possam ser alcançadas. Incorpore-as ao seu plano de ação
(mudança de sistema) – construa	Que recursos (incluindo orçamento), infraestruturas ou suprimentos são necessários para fazer uma melhoria nessa área prioritária?		
Educação e treinamento – ensine	Quem precisa ser treinado/formado para lidar com a lacuna identificada – como isso acontecerá e quem fará o treinamento/formação?		
Monitoramento e feedback – verifique	Como você saberá que ocorreu uma melhoria – ou seja, quais serão os principais indicadores de sucesso?		
Comunicações e lembretes – venda	Como você publicará as ações referentes a componentes essenciais específicos e promoverá melhorias e melhores práticas nessa área?		
Clima de segurança e mudança de cultura – aplique na prática	Como você fará e manterá a intervenção como uma prioridade do serviço de saúde e envolverá líderes/gestores/defensores seniores e líderes de opinião ao longo do tempo?		

Anexo 3. Marcar uma reunião para defender a causa da PCI

A. Abordagem exemplo: siga as sugestões abaixo e modifique de acordo com o contexto local

1. Elabore uma lista de convidados com base nas principais partes interessadas e defensores /líderes de opinião identificados.
2. Converse com os principais líderes antes da reunião e incentive-os a falar a favor da PCI durante a reunião, por exemplo, o médico do estado ou município ou um médico-chefe, cirurgião ou enfermeiro.
3. Garanta uma sala de reuniões.
4. Envie convites (de preferência, em nome do gestor da instituição/outro líder importante).
5. Baixe vídeos da OMS em um laptop ou computador, como “Saúde sem infecção evitável – a vida das pessoas depende disso”” (https://www.youtube. com/watch?v=K-2XWtEjfl8&app=desktop, acessado em 7 de abril de 2018) ou um Vídeo de defesa de causa dos componentes principais de PCI (https://www.youtube.com/watch?v=LZapz2L6J1Q&feature=youtu.be, acessado em 7 de abril de 2018).
6. Imprima cópias de infográficos de PCI (http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/HAI-Infographic.pdf?ua=1 e http://www.who.int/infection-prevention/tools/focus-amr/en acessado em 7 de abril de 2018) e o sumário visual de componentes essenciais (figuras 2) e sumário de 2 páginas dos componentes principais (http:// www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-cc-summary.pdf?ua=1 acessado em 7 de abril de 2018)

Imprima a amostra de roteiro (Figura 3).

B. Exemplo: agenda da reunião

a. Boas-vindas e apresentações.
b. Vídeo de defesa de causa e distribuição de apostilas (ver acima).
c. Visão geral do estado atual da PCI na unidade:
   i. apresentação de dados existentes sobre IRAS, RM, práticas de PCI (se disponível);
   ii. sumário de surtos e ações anteriores (se houver);
   iii. discussão e perguntas dos presentes – certifique-se de que os defensores e líderes identificados concordem previamente em fazer declarações que expressem seu apoio à PCI e à implementação dos componentes essenciais.
d. Introdução às diretrizes do componente essencial da OMS:
   i. faça referência à apostila;
   ii. use o “o quê, por quê, quando, quem e como” apresentado na Parte II do manual como um lembrete;
   iii. destaque como isso se conecta com a PCI e RM nacionais e locais e com o trabalho de qualidade:
   iv. reproduza o vídeo da OMS sobre os componentes essenciais (ver acima);
   v. Forneça um relatório da situação de progresso (qualquer que houver) em relação aos componentes e ao comprometimento com o programa de PCI existente.
e. Apresentação sobre a abordagem proposta para melhorar a PCI:
   i. processo de implementação de cinco etapas, esboço;
   ii. proposta de avaliação inicial (e contínua) para identificação de prioridades essenciais para moldar o desenvolvimento de um plano de ação direcionado por prioridades.
f. Discussão e feedback.
g. Sumário das ações, funções e responsabilidades consensualmente decididas (em todos os níveis) e futuros mecanismos de notificação.
h. Data consensual da próxima reunião.
i. Encerramento da reunião.
j. Prepare e distribua um breve resumo da reunião usando os títulos fornecidos abaixo.

C. Exemplo: modelo de notas de reunião

Notas da reunião – [nome do serviço de saúde]

Localização: [inserir]

Data: [inserir]

Horário: [inserir]

Presentes
[Insira os nomes e designação de todos os participantes]

Ausentes
[Liste os ausentes]

Itens da agenda
[Liste os itens da agenda, o resumo da discussão e as notas das conclusões]

Ações decorrentes/decisões tomadas
[Liste todas as ações, decisões, datas e pessoas responsáveis consensualmente escolhidas]

Data e horário da próxima reunião
[Se for o caso, forneça a data da próxima reunião]

Anexo 4. Modelo de relatório dos resultados do Esquema de Avaliação da Prevenção e Controle de Infecção

Resultados e recomendações da avaliação de prevenção e controle de infecção

<Data>
<Autor>

Resumo

Como parte dos esforços da <inserir nome da instituição> em fortalecer a prevenção e controle de infecção (PCI), foi realizada uma avaliação inicial usando o Esquema de Avaliação de PCI da OMS (IPCAF). A avaliação foi realizada em <inserir dia/mês/ano>. A avaliação indica que estamos no nível <inserir **nível (inadequado/básico/intermediário/avançado)** indicado pela pontuação do IPCAF>. A interpretação desse resultado sugere <copie e cole a interpretação de acordo com o IPCAF, por exemplo, se for "inadequado" "a implementação dos componentes principais da PCI está deficiente. É necessária uma melhoria significativa".>

Interpretação da pontuação do IPCAF

Pontuação		Interpretação
0-200	Inadequado	A implementação dos componentes essenciais de PCI está deficiente. É necessária uma melhoria significativa.
201-400	Básico	Alguns aspectos dos componentes essenciais de PCI estão em vigor, mas não foram implementados de forma suficiente. Mais melhorias são necessárias.
401-600	Intermediário	A maioria dos aspectos dos componentes essenciais de PCI estão implementados de forma adequada. Continuar a melhorar o escopo e a qualidade da implementação e focar no desenvolvimento de planos de longo prazo para manter e promover ainda mais o programa de PCI existente.
601-800	Avançado	Os componentes essenciais de PCI estão totalmente implementados de acordo com as recomendações da OMS e adequados às necessidades de sua unidade.

Introdução

Com o apoio dos gestores do serviço de saúde, <inserir nome do serviço de saúde> está empreendendo um grande esforço para melhorar a PCI. Uma parte essencial desse esforço de melhoria é mapear o progresso de <inserir nome do serviço > em relação às recomendações das diretrizes de PCI da OMS que descrevem oito componentes essenciais dos programas de PCI. O Esquema de Avaliação de PCI da OMS (IPCAF) é uma ferramenta de diagnóstico desenvolvida para avaliar as atividades/recursos existentes de PCI e identificar os pontos fortes e fracos. Compreende oito seções que refletem os oito componentes essenciais e aborda um total de 80 indicadores estruturados como perguntas. Os resultados do IPCAF permitem atribuir pontuação e posição em uma sequência contínua de melhoria, que vai de inadequado a avançado (ver abaixo) para os serviços de saúde.

Avaliação

O IPCAF foi realizado em <inserir dia/mês/ano>. O IPCAF foi liderado por <insira o nome do líder responsável pelo IPCAF> e apoiado por <insira os nomes e atribuições, se aplicável>.

Resultados

A pontuação geral do serviço de saúde foi <inserir pontuação>. Isso significa que o nível atribuído a este serviço de saúde é <inserir nível>. A interpretação desse resultado sugere <copie e cole a interpretação de acordo com o IPCAF, por exemplo, se for "inadequado" "a implementação dos componentes da PCI está deficiente. É necessária uma melhoria significativa".>

Uma divisão das subpontuações para cada um dos oito componentes pode ser vista na tabela abaixo (insira as pontuações para cada componente).

Pontuação

Componente essencial	Subtotais
1. Programa de PCI	
2. Diretrizes de PCI	
3. Educação e treinamento em PCI	
4. Vigilância de IRAS	
5. Estratégias multimodais	
6. Monitoramento/auditoria das práticas de PCI e feedback	
7. Carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos	
8. Infraestrutura, materiais e equipamentos para PCI no nível da instalação	
Total final	

Análise de resultados

Uma análise preliminar dos resultados destaca que <inserir nome do serviço de saúde > tem pontos fortes nas seguintes áreas: <liste as áreas que você considera fortes em PCI com base nos resultados>. No entanto, uma série de lacunas e pontos fracos foram revelados e estão listados abaixo <liste o que for considerado uma lacuna com base no feedback inicial>:

Recomendações

1. Com base na análise dos resultados e nas discussões com os principais funcionários e partes interessadas, um plano de ação preliminar foi desenvolvido para abordar as lacunas e deficiências prioritárias identificadas. Recomenda-se que a equipe de gestão do serviço de saúde e a comissão de PCI apoiem a implementação do esboço do plano de ação e dos requisitos de financiamento associados (anexe o plano de ação ao relatório).
2. Recomenda-se que uma repetição do IPCAF ocorra dentro de 12 meses.

Assinado: <inserir assinatura> (em nome da comissão de PCI) Data: <inserir data>

Anexo 5. Modelos de plano de ação

Modelo de exemplo 1

COMPONENTE ESSENCIAL: <INSERIR NOME DO COMPONENTE ESSENCIAL>						
Lacunas de prioridade identificadas	Ação requerida	Responsável	Data de início	Data final	Orçamento (se aplicável)	Monitorar e avaliar o progresso da implementação (incluir revisão / datas de conclusão)
<Liste todas as lacunas identificadas na avaliação inicial e priorizadas para ação>	<Liste as ações que são planejadas usando as informações coletadas conforme você trabalha nas 5 etapas do ciclo de implementação >	<Liste a pessoa ou grupo líder que realize o plano de ação>	<Indique quando a ação começará a ser abordada>	<Estime o prazo para a ação a ser concluída, incluindo datas de revisão periódica, se aplicável>	<Estime o orçamento necessário para abordar as ações necessárias>	<Descreva o progresso que foi feito em cada data de revisão, incluindo decisões e ações tomadas, e a necessidade de outras ações a serem tomadas para obter a conclusão>
Lacuna 1:						
Lacuna 2:						
Lacuna 3:						
Lacuna 4:						
<INSERIR MAIS LINHAS CONFORME NECESSÁRIO>						

Modelo de exemplo 2

Nº	Atividade a ser realizada	Objetivos	Indicador chave de desempenho do desfecho	Desfecho alvo	Grupo-alvo	Orçamento/despesas	Duração da ação	Pessoas responsáveis
<INSERIR MAIS LINHAS CONFORME NECESSÁRIO>								

Modelo de exemplo 3

Nº	Atividade	Meta	Mês											Orçamento	Pessoas responsáveis
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
<INSERIR MAIS LINHAS CONFORME NECESSÁRIO>																

Modelo de exemplo 4

Nome do estabelecimento: ..... Unidade: ..... Data: ...../...../..... Assinatura do chefe da unidade:						
Área de PCI em que a lacuna foi identificada	Práticas deficientes a ser interrompidas (quando apropriado)	Soluções propostas	Tempo para efetuar as soluções	Desfecho esperado	Pessoas responsáveis	Recursos
<INSERIR MAIS LINHAS CONFORME NECESSÁRIO>						