

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE



NÚMERO: 029/2012

DATA: 28/12/2012

ASSUNTO: Precauções Básicas do Controlo da Infeção
PALAVRAS-CHAVE: Infeção
PARA: Dirigentes de Instituições de Saúde e profissionais de saúde
CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite, na área da qualidade organizacional, a seguinte:

I – NORMA

1. Os dirigentes das unidades prestadoras de cuidados de saúde:
 - a) garantem a existência de sistemas e recursos que facilitam a implementação das precauções básicas do controlo da infeção (PBCI) e a monitorização do seu cumprimento, por aqueles que prestam cuidados de saúde, o que também inclui os profissionais das empresas de prestação de serviços;
 - b) asseguram:
 - i. que os profissionais recebem formação e treino sobre todos os componentes das precauções básicas do controlo da infeção, têm acesso às normas existentes e estão disponíveis os recursos necessários (ver Anexos 1 a 5) para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das mesmas;
 - ii. definir, em documento escrito e de acordo com a especificidade de cada serviço, a periodicidade respetiva para realização da auditoria interna.
2. A prevenção e controlo de infeção são incluídos nos planos de atividades do serviço e do desempenho dos profissionais da Unidade de Saúde.
3. É efetuada e registada uma identificação de risco (ver Anexo 6) relativa aos procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos e é definido um plano com as ações de melhoria para o controlo de riscos identificados.
4. Os profissionais reportam por escrito ao superior hierárquico as falhas de *stock* dos equipamentos de proteção individual (EPI), as deficiências detetadas nestes equipamentos ou outros obstáculos que possam dificultar ou pôr em causa o cumprimento das precauções básicas do controlo da infeção.
5. Na admissão do doente à unidade de saúde deve ser avaliado o risco de transmissão de agentes infecciosos. Esta avaliação é realizada e registada no processo clínico até às 24 horas de admissão, deve ser regularmente atualizada de acordo com a situação clínica e servir de orientação à decisão acerca do local onde o doente deve ser acomodado. (*Categoria IB*¹⁻³).

6. A utilização de equipamento de proteção individual proporciona proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e deve:
 - a) estar disponível junto ao local de utilização;
 - b) estar acondicionado num local limpo e seco, de modo a prevenir a contaminação (cumprir os prazos de validade);
 - c) ser de uso único, a não ser que o fabricante especifique o contrário;
 - d) no caso de artigos reutilizáveis, haver um programa de descontaminação estabelecido e a responsabilidade do seu cumprimento deve estar claramente definida.
7. Os responsáveis máximos das unidades prestadoras de cuidados de saúde garantem a existência de:
 - a) procedimentos internos para tratamento do equipamento clínico;
 - b) procedimentos internos para tratamento e de controlo ambiental:
 - i. os procedimentos para limpeza devem definir quem é o responsável pelo procedimento, a frequência com que é executado e o método a utilizar;
 - ii. os serviços têm que ter afixados os horários e frequência da limpeza e conhecer de quem são as responsabilidades específicas no processo.
 - c) procedimentos para o manuseamento seguro da roupa usada:
 - i. o horário para a recolha da roupa suja é estabelecido no sentido de assegurar as necessidades de cada serviço.
 - d) procedimentos para a recolha segura de resíduos, de acordo com o Despacho do Ministério da Saúde n.º 242/96, de 05 de Julho;
 - e) procedimentos para as práticas seguras de injeção;
 - f) procedimentos para a gestão da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

II – CRITÉRIOS

- A. Deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos que podem constituir um risco de transmissão cruzada de infeção
- B. A aplicação das PBCI durante a prestação de cuidados é determinada pelo nível de interação entre o prestador de cuidados e o utente e o grau de exposição previsto ao sangue ou outros fluidos orgânicos
- C. **Colocação de doentes**
 - i. doentes que representem um risco acrescido de transmissão cruzada (p.ex. sintomas de diarreia), devem ser colocados num local que minimize esse risco (p.ex. quarto individual). (*Categoria IB*⁴⁻⁶).
 - ii. deve evitar-se as deslocações desnecessárias do doente entre enfermarias ou entre serviços. (*Categoria II*).

D. Higiene das mãos

A higiene das mãos é considerada uma das medidas mais importantes para a redução da transmissão de agentes infecciosos entre doentes, durante a prestação de cuidados¹.

Antes de proceder à higiene das mãos:

- i. as unhas devem manter-se curtas e limpas, sem extensões ou outros artefactos e sem verniz; (*Categoria IA*)
- ii. os adornos devem ser removidos (incluindo a aliança); (*Categoria II*)
- iii. os cortes e abrasões devem estar cobertos com penso impermeável;
- iv. expor os antebraços (o fardamento não deve ter mangas compridas - até aos pulsos).

Quando higienizar as mãos?

- v. antes do contacto com o doente; (*Categoria IB*)
- vi. antes de procedimentos assépticos; (*Categoria IB*)
- vii. após o risco de exposição a fluidos orgânicos; (*Categoria IA*)
- viii. após contactar com o doente ou com a sua unidade; (*Categoria IB*)
- ix. após a remoção de EPI. (*Categoria IB*)
- x. na higienização das mãos devem ser utilizadas soluções antissépticas de base alcoólica (SABA) com emoliente da pele, que devem estar disponíveis em local próximo de cada doente (ambiente envolvente do doente). (*Categoria IA*)
- xi. se as mãos estiverem visivelmente sujas, e, no caso de procedimentos a doentes com infeções gastrointestinais (confirmação ou suspeita - ex: *Clostridium difficile*), as mãos devem ser lavadas com água e sabão. (*Categoria IB*)

Cuidados com a pele das mãos

Deve ser aplicado creme dermoprotetor durante as pausas e após o final do turno; (*Categoria IA*)

Na seleção destes cremes para a hidratação da pele das mãos, deve-se observar que:

- xii. não devem interferir com a atividade do antisséptico; (*Categoria IB*)
- xiii. não devem afetar a integridade das luvas; (*Categoria II*)
- xiv. as embalagens devem ser preferencialmente individualizadas.

E. Etiqueta respiratória

A etiqueta respiratória é composta por um conjunto de medidas destinadas a conter as secreções respiratórias, de forma a minimizar a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas (*Categoria IB*^{1, 7-9}).

¹ Circular Normativa nº 13/DQS/DSD de 14/06/2010 da DGS – “Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde

- i. cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;
- ii. utilizar um toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente eliminado num contentor de resíduos próximo do doente;
- iii. em alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço evitando a dispersão de partículas e a consequente contaminação das mãos;
- iv. higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
- v. evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz.

Os profissionais de saúde promovem a aplicação de medidas de etiqueta respiratória junto de todos os utentes e de todas as pessoas que entram na unidade de saúde. Devem, ainda, ajudar os que necessitam de apoio (ex. idosos, crianças) no seu cumprimento, fornecendo toalhetes, recipientes para os conter, SABA ou acesso a lavatório (*Categoria II*^{1, 8-10}).

Nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias na comunidade (sazonalidade), os profissionais de saúde devem oferecer máscaras cirúrgicas aos indivíduos sintomáticos que acedam à unidade de saúde (*Categoria IB*^{11, 12}).

F. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

O EPI deve proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e:

- i. As luvas devem ser:
 - (i) adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam; (*Categoria IB*^{11, 13-17})
 - (ii) usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos; (*Categoria IB/IC*^{15, 18})
 - (iii) removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o procedimento; (*Categoria IB*^{11, 18-20})
 - (iv) substituídas se há perfuração ou rotura;

Pode estar indicado o uso de luvas duplas nos procedimentos de maior risco de exposição a fluidos orgânicos (p.ex. cirurgias urológicas, ortopédicas ou ginecológicas).

- ii. Os aventais devem ser:
 - (i) utilizados durante procedimentos que envolvam contacto direto com o doente; (*Categoria II*²¹⁻²³)
 - (ii) utilizados para proteção dos uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação; (*Categoria II*²¹⁻²³)
 - (iii) substituídos no final do procedimento e entre doentes. (*Categoria II*²¹⁻²³)
- iii. As batas de manga comprida devem ser:
 - (i) usadas quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos; (*Categoria IB/IC*²⁴⁻²⁶)

(ii) substituídas no final do procedimento e entre doentes. (Categoria IB/IC ^{1, 15,27, 28})

Não está indicado o uso de bata por rotina, ao entrar em Unidades de Alto Risco (p.ex. Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades Neonatais, Unidades de transplantes); (Categoria IB ³⁰⁻³³)

iv. A proteção ocular/ facial (óculos ou máscara com viseira) deve ser:

Usada quando existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face e sempre durante procedimentos geradores de aerossóis (ex. entubações traqueais, endoscopias brônquicas, sessões de balneoterapia). Os óculos pessoais não conferem proteção ocular adequada. (Categoria IB/IC ^{15, 35-37})

v. A máscara cirúrgica deve ser:

(i) usada quando há risco de salpicos de fluidos orgânicos para a mucosa respiratória; (Categoria IB ²¹⁻²³)

(ii) bem ajustada à face e adequada para o objetivo (cobrindo totalmente a boca e o nariz);

(iii) removida e substituída:

- no final do procedimento;
- quando a integridade da máscara estiver comprometida p.ex. acumulação de humidade ou contaminação significativa
- de acordo com as instruções do fabricante.

vi. O calçado deve ser:

(i) anti-derrapante, limpo e deve apoiar e cobrir todo o pé, a fim de evitar a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos ou lesão com material cortante perfurante; (Categoria II ^{38, 39})

(ii) removido antes de sair da área específica (p.ex. Bloco Operatório, unidades de isolamento).

vii. A cobertura do cabelo deve ser:

(i) bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo;

(ii) utilizada nas áreas protegidas (bloco operatório, zona limpa da central de esterilização e cozinha), durante procedimentos assépticos (p.ex. colocação de cateter venoso central); Categoria IA ^{40, 41}

(iii) utilizada durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade de aerossóis e salpicos de fluidos orgânicos (ex. sessões de balneoterapia, partos, autópsias)

(iv) substituída/eliminada entre sessões ou se estiver contaminada com fluidos orgânicos.

G. Descontaminação do Equipamento Clínico

O equipamento clínico utilizado em doentes pode ficar contaminado com fluidos orgânicos e de forma indireta, transferir agentes infecciosos durante os procedimentos, veiculado, por vezes, pelas mãos dos profissionais.

- i. As recomendações do fabricante devem ser consultadas, tanto na utilização, como nos métodos de descontaminação.
 - (i) os procedimentos de limpeza devem explicitar a frequência da sua execução, o método de descontaminação e quem é o responsável pelo procedimento;
 - (ii) a descontaminação do equipamento reutilizável deve ser efetuado:
 - após contaminação com sangue e fluidos orgânicos; (*Categoria IA* ⁴³⁻⁴⁵);
 - após cada utilização e a intervalos regulares predefinidos, como parte do procedimento de limpeza; (*Categoria II* ⁴⁶⁻⁴⁸)
 - antes de inspeção, manutenção e reparação.
- ii. O equipamento clínico é classificado como:
 - (i) de uso único – A embalagem apresenta o respetivo símbolo  - usar uma vez e eliminar. (*Categoria II/IC* ⁴²);
 - (ii) de uso num único doente – pode ser reutilizado no mesmo doente;
 - (iii) equipamento reutilizável – destinado a ser usado mais do que uma vez e/ou em mais do que um doente, devendo ser descontaminado obrigatoriamente entre doentes, e entre utilizações no mesmo doente.

H. Controlo Ambiental

- i. Os gestores dos serviços asseguram que a área clínica é segura para a prática de cuidados, o que inclui a limpeza e manutenção ambiental.
- ii. Os profissionais devem ter conhecimento dos horários e frequência da limpeza, e, conhecer as suas responsabilidades específicas no processo.
- iii. O derrame de sangue e fluidos orgânicos é considerado um evento de risco, pelo que deve ser removido logo que possível, de forma segura, por profissionais treinados para o efeito, e de acordo com as normas instituídas. (*Categoria IB/IC* ¹⁵)
- iv. O ambiente de prestação de cuidados deve:
 - (i) estar livre de objetos e equipamentos desnecessários, a fim de facilitar a limpeza.
 - (ii) ser limpo regularmente de acordo com as especificações - recomenda-se uma solução de detergente de uso geral em água quente. A solução deve ser diluída na altura do uso e de acordo com as indicações do fornecedor e substituída com regularidade (no mínimo ao fim de 1 hora), na mudança de uma área para outra (entre cada quarto ou enfermaria) e quando se apresenta visivelmente suja.

- v. Para as louças sanitárias devem usar-se produtos mistos (detergentes/desinfetantes) por exemplo à base de cloro.

I. Manuseamento Seguro da Roupa

- i. Toda a roupa usada (também referida como roupa suja) deve ser considerada como contaminada e manuseada com cuidado de forma a não contaminar o ambiente ou o fardamento; (Categoria IB/IC ⁴⁹⁻⁵¹)
- ii. A roupa limpa é acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados. As prateleiras devem ser de material lavável que suporte a limpeza e desinfeção (por ex. a madeira por ser porosa é desaconselhada).
- iii. Os sacos com roupa suja devem ser colocados num local apropriado e fechado, ao abrigo do calor, bem ventilado e inacessível a crianças e animais.
- iv. Toda a roupa usada deve:
 - (i) ser considerada como contaminada;
 - (ii) ser separada de acordo com o tipo de tecido (p.ex tecidos termosensíveis), ou outras características que requeiram tratamento especial (p.ex a roupa dos bebés por ser de dimensões reduzidas), e não de acordo com o seu grau de contaminação;
 - (iii) ser depositada de imediato após a remoção, em recetáculo que deverá estar disponível junto do local de utilização. (Categoria IC ¹⁵)

J. Recolha segura de resíduos

- i. Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser eliminados junto ao local onde são produzidos e separados, imediatamente, de acordo com os grupos a que pertencem;
- ii. Não se devem voltar a manipular os resíduos depois de colocados no contentor;
- iii. Os contentores de resíduos não devem ser cheios até mais de 2/3, de modo a possibilitar o seu encerramento em segurança. Enquanto estão em uso, devem permanecer fechados (sistema de fecho intermédio);
- iv. Os contentores reutilizáveis devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos. Devem permitir a sua abertura sem o uso das mãos.

K. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Na administração de injetáveis deve-se:

- i. usar técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção estéril. (Categoria IA ^{56, 57})
- ii. não administrar medicamentos a múltiplos doentes usando a mesma seringa mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas. (Categoria 1A ^{40, 58-60})
- iii. usar sempre que possível embalagens de dose única para medicamentos injetáveis. (Categoria IA ⁶⁰)

- iv. se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula como a seringa usadas para aceder à embalagem, devem estar estéreis. (*Categoria IA* ^{56, 60})

L. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

O risco de exposição a agentes microbianos transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos é um dos riscos mais importantes a que os profissionais de saúde estão sujeitos. Todos os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa. (*Categoria IC* ^{15, 52-55})

Considera-se exposição significativa²:

- i. traumatismo percutâneo com cortantes ou perfurantes contaminados;
- ii. exposição de feridas ou outras lesões da pele e/ou:
- iii. exposição de mucosas (incluindo a ocular) a salpicos de sangue ou outros fluidos orgânicos de risco.

III – AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional, através de processos de auditoria interna e dos resultados dos programas de vigilância epidemiológica.
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- C. A efetividade da implementação da presente Norma nos cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários, cuidados de saúde continuados e pré-hospitalares, a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento, são da responsabilidade dos responsáveis máximos das unidades prestadoras de saúde.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

- A. A presente Norma adapta à realidade portuguesa as mais sólidas recomendações do Reino Unido (Janeiro de 2012³), e dos EUA (Maio de 2011⁴) para as Precauções Básicas.
- B. As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não intacta, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos. O princípio subjacente às

² Deve consultar-se a publicação da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho “Acidentes de trabalho com exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos” (http://www.spmtrabalho.com/images/pdf/norma_aes_2010.pdf).

³ Disponível em: <http://www.documents.hps.scot.nhs.uk/hai/infection-control/ic-manual/ipcm-p-v1.0.pdf>

⁴ Disponível em: <http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/outpatient-care-gl-standared-precautions.html>

PBCI é de que “*não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco*”. A ênfase é dada para as precauções a implementar consoante os procedimentos clínicos e os seus riscos inerentes.

- C. As PBCI destinam-se a garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.
- D. As PBCI não previnem de forma eficaz a transmissão da infeção de todos os agentes infecciosos, e consequentemente, em casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, *MRSA*, *Acinetobacter*, *entre outros*), estão indicadas medidas adicionais, baseadas nas vias de transmissão (precauções de contacto, de via aérea e de gotículas). Estas medidas são complementares das Precauções Básicas, mas não as substituem.

V – APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.
- B. Elaine Pina, Etelvina Ferreira, Teresa Amores e Susana Ramos (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva).
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/Acrónimo	Designação
EPI	Equipamento de proteção individual
PBCI	Precauções básicas de controlo de infeção
SABA	Solução antisséptica de base alcoólica

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hall CB. Nosocomial respiratory syncytial virus infections: the “Cold War” has not ended. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 3(2): 590-596
2. Trick WE, Weinstein RA, et al Colonization of skilled-care facility residents with antimicrobial-resistant pathogens, *Journal American Geriatric Society* 2001; 49(3): 270-276
3. Nicolle LE. Infection Control in long-term care facilities. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31(3): 752-756
4. Chang VT, Nelson K. The role of physical proximity in nosocomial diarrhoea. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31(3): 717-722
5. Byers KE, Anglim AM *et al*. A hospital epidemic of vancomycin-resistant *Enterococcus*: risk factors and control. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2001; 22(3): 140-147
6. Ford-Jones EL, Mindorff CM *et al*. The incidence of viral-associated diarrhoea after admission to a pediatric hospital. *American Journal of Epidemiology* 1990; 131(4) 711-718
7. CDC. Guidelines for Preventing Health-Care-Associated Pneumonia, 2003. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep* 2004;53(RR-3):1-40

8. Macartney KK, Gorelick MH, Manning ML, Hodinka RL, Bell LM. Nosocomial respiratory syncytial virus infections: the cost- effectiveness and cost-benefit of infection control. *Pediatrics* 2000;106(3):520-6
9. Roberts L, Smith W, Jorm L, Patel M, Douglas RM, McGilchrist C. Effect of infection control measures on the frequency of upper respiratory infection in child care: a randomized, controlled trial. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 1):738-742
10. Goldmann DA. Epidemiology and prevention of pediatric viral respiratory infections in health-care institutions. *Emerging Infectious Diseases* 2001;7(2):249-253
11. CDC. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. *MMWR* 2002;51(16)(RR-16):1-44
12. White C, Kolble R, Carlson R, et al. The effect of hand hygiene on illness rate among students in university residence halls. *Am J Infect Control* 2003;31(6):364-70
13. Korniewicz DM, El-Masri M, Broyles JM, Martin CD, O'Connell K P. Performance of latex and nonlatex medical examination gloves during simulated use. *Am J Infect Control* 2002;30(2):133-8
14. Korniewicz DM, McLeskey SW. Latex allergy and gloving standards. *Seminars Perioperative Nursing* 1998;7(4):216-21
15. OSHA. Department of Labor: Occupational Safety and Health Administration. Occupational exposure to bloodborne pathogens: Final rule. 29 CFR Part 1910:1030 Federal Register 1991;56:64003-64182 Revised 2001 CFR 66 2001:5317-25
16. Neal JG, Jackson EM, Suber F, Edlich RF. Latex glove penetration by pathogens: a review of the literature. *J Long Term Eff Med Implants* 1998;8(3-4):233-40
17. Broyles JM, O'Connell KP, Korniewicz DM. PCR-based method for detecting viral penetration of medical exam gloves. *J Clinical Microbiology* 2002;40(8):2725-2728
18. CDC. Recommendations for Preventing Transmission of Infections Among Chronic Hemodialysis Patients. *MMWR* 2001;50(RR05):1-43
19. Tenorio AR, Badri SM, Sahgal NB, et al. Effectiveness of gloves in the prevention of hand carriage of vancomycin-resistant enterococcus species by health care workers after patient care. *Clinical Infectious Diseases* 2001;32(5):8269
20. Olsen RJ, Lynch P, Coyle MB, Cummings J, Bokete T, Stamm WE. Examination gloves as barriers to hand contamination in clinical practice. *JAMA* 1993;270(3):350-353
21. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, Robinson N, Smith GW, and the guideline development team. The epic Project: Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare-associated Infections. Phase 1: Guidelines for Preventing Hospital-acquired Infections. *Journal of Hospital Infection* 2001;47(Supplement):S1-S82
22. Garner JS, Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1996; 17(1):53-80, and *American Journal of Infection Control* 1996; 24:24-52
23. Clark L, Smith W, Young L. Protective Clothing; Principles and Guidance. London: Infection Control Nurses Association. 2002:39p.
24. Webster J, Pritchard MA. Gowning by attendants and visitors in newborn nurseries for prevention of neonatal morbidity and mortality (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 2:1-23
25. Puzniak LA, Leet T, Mayfield J, Kollef M, Mundy LM. To gown or not to gown: The effect on acquisition of vancomycin-resistant enterococci. *Clinical Infectious Diseases* 2002; 35:18-25
26. Srinivasan A, Song X, Ross T, Merz W, Brower R, Perl TM. A prospective study to determine whether cover gowns in addition to gloves decrease nosocomial transmission of vancomycin-resistant enterococci in an intensive care unit. *Infection Control Hospital Epidemiology* 2002;23(8):424-428

27. Boyce JM, Potter-Bynoe G, Chenevert C, King T. Environmental contamination due to methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: possible infection control implications. *Infect Control Hospital Epidemiology* 1997;18(9):622-627
28. Zachary KC, Bayne PS, Morrison VJ, Ford DS, Silver LC, Hooper DC. Contamination of gowns, gloves, and stethoscopes with vancomycin-resistant enterococci. *Infection Control Hospital Epidemiology* 2001; 22(9):560-564
29. Boyce JM, Jackson MM, Pugliese G, et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA): a briefing for acute care hospitals and nursing facilities. The AHA Technical Panel on Infections Within Hospitals. *Infect Control Hospital Epidemiology* 1994; 15(2): 105-115
30. Lee JJ, Marvin JA, Heimbach DM, Grube BJ, Engrav LH. Infection control in a burn center. *J Burn Care Rehabilitation* 1990;11(6):575-580
31. Cloney DL, Donowitz LG. Overgrown use for infection control in nurseries and neonatal intensive care units. *American Journal Diseases Child* 1986; 140(7):680-683
32. Pelke S, Ching D, Easa D, Melish ME. Gowning does not affect colonization or infection rates in a neonatal intensive care unit. *Archives Pediatric Adolescent Medicine* 1994;148(10):1016-1020
33. Slaughter S, Hayden MK, Nathan C, et al. A comparison of the effect of universal use of gloves and gowns with that of glove use alone on acquisition of vancomycin-resistant enterococci in a medical intensive care unit. *Annals Internal Medicine* 1996; 125(6):448-456
34. Duquette-Petersen L, Francis ME, Dohnalek L, Skinner R, Dudas P. The role of protective clothing in infection prevention in patients undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum* 1999; 26(8):1319-24 <http://www.ons.org>.
35. Seto WH, Tsang D, Yung RW, et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Lancet* 2003; 361(9368):1519-1520
36. CDC. Recommendations for preventing transmission of infection with human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in the workplace. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1985; 34(450):681-6, 91-95
37. CDC. Update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1988; 37(24):377-82, 87-88
38. *Hospital Infection Society Working Party* www.his.org.uk/db/documents/Rituals-02.doc
39. Personal Protective Equipment. Review of the literature www.wales.nhs.uk/sites3/docopen.cfm?orgid
40. CDC/HICPAC - O'Grady NP, Alexander M, Dellinger EP, et al. [Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections](http://www.cdc.gov/HAI/bsi/bsi.html). 2011. <http://www.cdc.gov/HAI/bsi/bsi.html>
41. AORN Recommended Practices for surgical attire. Recommended practice II. February 2005
42. Food and Drug Administration. Enforcement Priorities for Single-Use Devices Reprocessed by Third Parties and Hospitals, Rockville, MD, 2000
43. Rutala WA, Weber DJ. Disinfection and sterilization in health care facilities: what clinicians need to know. *Clinical Infectious Diseases* 2004; 39(5):702-709
44. Merritt K, Hitchins VM, Brown SA. Safety and cleaning of medical materials and devices. *Journal Biomedical Materials Research* 2000; 53(2):131-136
45. Kampf G, Bloss R, Martiny H. Surface fixation of dried blood by glutaraldehyde and peracetic acid. *Journal Hospital Infection* 2004; 57(2):139-143
46. Rutala WA, Weber DJ. Surface disinfection: should we do it? *Journal of Hospital Infection* 2001; 48(suppl A):S64-S68

47. Ayliffe GA, Collins DM *et al.* Ward floors and other surfaces as reservoirs of hospital infection. *Journal of Hygiene (Lond.)* 1867; 65: 515-536
48. Palmer PH, Yeoman DM. A study to assess the value of disinfectants when washing floors. *Medical Journal of Australia* 1972; 2: 1237-1239
49. Stout JE, Lin YS, Goetz AM, Muder RR. Controlling *Legionella* in hospital water systems: experience with the superheat-and-flush method and copper-silver ionization. *Infection Control Hospital Epidemiology* 1998; 19:911–914
50. Spire B, Montagnier L, Barré-Sinoussi F, Chermann JC. Inactivation of lymph -adenopathy associated virus by chemical disinfectants. *Lancet* 1984; 2:899–901
51. Martin LS, McDougal JS, Loskoski SL. Disinfection and inactivation of the human T lymphotropic virus type-III/lymphadenopathy-associated virus. *Journal Infectious Diseases* 1985; 152:400–403
52. Rideout K, Teschke K *et al.* Considering the risks to healthcare workers from glutaraldehyde alternatives in high-level disinfection. *Journal of Hospital Infection* 2005; 59: 4-11
53. American Institute of Architects. *Guideline for design and construction of hospital and health care facilities.* Washington DC: The American Institute of Architects Press, 2001
54. Occupational Health and Safety Organization. *Hazard Communication Standard.* 29 CFR 1910.1200, OSHA, Washington, DC
55. Edens AL. *Occupational Safety and Health Administration: Regulations affecting healthcare facilities.* In Rutala WA ed. *Disinfection, Sterilization and Antisepsis: Principles and practices for in healthcare facilities.* Washington DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc 2001: 49-58
56. Plott RT, Wagner RF, Jr., Tying SK. Iatrogenic contamination of multidose vials in simulated use. A reassessment of current patient injection techniques. *Archives Dermatology* 1990; 126(11) 1441-1444
57. Samandari T, Malakmadze N, Balter S, et al A large outbreak of hepatitis B virus infections associated with frequent injection at a physician’s office. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2005; 26(9): 745-750
58. Comstock RD, Mallonee S, Fox JL, et al A large nosocomial outbreak of hepatitis B and hepatitis C among patients receiving pain remediation treatments. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2004; 25(7): 576-583
59. Germain JM, Carbonne A, Thiers V, et al Patient-to-patient transmission of hepatitis C virus through use of multidose vials during general anesthesia. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2005; 26(9): 789-792
60. CDC. *Transmission of hepatitis B and C viruses in outpatient settings. New York, Oklahoma and Nebraska. 2000-2002.* *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report* 2003; 52(38): 901-906
61. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho “Acidentes de trabalho com exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos” (Abril, 2010)
http://www.spmtrabalho.com/images/pdf/norma_aes_2010.pdf



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - processo.

Estes Instrumentos de auditoria podem ser adaptados ou reproduzidos pelas instituições de saúde, encontrando-se disponível em formato *word* em www.dgs.pt.



AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (processo)

Data: ___/___/___ Serviço: _____ Observador: _____

CRITÉRIOS 1 A 4		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
1 - COLOCAÇÃO DOS DOENTES					
1	É feita avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos na admissão do doente				
2	Os doentes de maior risco de transmissão, são isolados em local que minimize esse risco				
2 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS					
3	Existe SABA* à disposição de todos os profissionais e próximo dos doentes				
4	Está em curso no serviço algum tipo de sensibilização sobre a higiene das mãos (p.ex. cartazes, campanhas, ações de formação)				
3 – ETIQUETA RESPIRATÓRIA					
5	Existem cartazes afixados, chamando a atenção para as medidas preconizadas na etiqueta respiratória				
6	Os doentes/clientes têm acesso fácil a lavatório ou a SABA.				
7	Os profissionais conhecem os componentes da <i>etiqueta respiratória</i> *				
8	Os profissionais sabem como devem proceder em relação aos doentes/clientes nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias*				
4 – UTILIZAÇÃO DE EPI					
9	O EPI está disponível junto ao local de utilização				
10	O EPI encontra-se num local limpo e seco				
11	Se existem artigos reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação				
12	Existem luvas de vários tamanhos				
13	Existem luvas de material alternativo ao latex				
14	Os profissionais sabem que é obrigatório o uso de luvas em contacto com fluidos orgânicos, mucosas e pele não íntegra*				
15	Está implementado o uso de aventais de uso único no contacto directo com os doentes				
16	Está implementado o uso de bata de manga comprida nas situações de maior risco de exposição a fluidos orgânicos.				
17	As visitas não usam equipamento de protecção excepto máscara, quando indicado				
18	Existem disponíveis máscaras adequadas ao tipo de exposição				
19	Existem disponíveis óculos ou outro equipamento de protecção ocular				
20	Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/clientes, não usam sapatos abertos				
* inquirir 4 elementos de grupos profissionais diferentes		Avaliação dos critérios 1 a 4			
		Total de respostas SIM _____ X 1 00 = (IQ) de _____ %			
Total de respostas aplicáveis					

CRITÉRIOS 5 A 10		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
5 - TRATAMENTO DO EQUIPAMENTO CLÍNICO					
1	O material/equipamento de uso único não é reutilizado (<i>se verificar a condição anterior escolha a opção sim</i>)				
2	As recomendações dos fabricantes quanto ao método de descontaminação dos equipamentos estão disponíveis				
3	Existem protocolos específicos para a descontaminação dos materiais/equipamentos e a responsabilidade do seu cumprimento está atribuída				
6 – CONTROLO AMBIENTAL					
4	O ambiente de trabalho está livre de objectos e equipamentos desnecessários.				
5	Os profissionais têm conhecimento dos protocolos de limpeza e da sua responsabilidade específica				
6	O ambiente de trabalho encontra-se visivelmente limpo				
7	Existem protocolos para a remoção de derrames de matéria orgânica				
7– MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA					
8	A roupa limpa está acondicionada em local apropriado e protegida				
9	A roupa usada é colocada num recetáculo apropriado junto ao local de utilização				
10	Os sacos de roupa usada são colocados num local apropriado e fechado até à sua remoção				
8 – RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS					
11	Os contentores reutilizáveis são higienizáveis e com mecanismo de abertura sem o uso das mãos				
12	Os contentores não se encontram demasiado cheios				
9– PRÁTICAS SEGURAS DE INJEÇÃO					
13	A mesma seringa nunca é usada em mais do que um doente				
14	São usadas embalagens de dose única para medicamentos injetáveis, a não ser em casos excecionais, bem documentados				
15	Qualquer agulha ou seringa usadas para aceder a embalagens de doses múltiplas, têm que se encontrar estéreis (<i>incluindo em procedimentos radiológicos</i>)				
10– EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO					
16	Todos os profissionais conhecem os procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a fluidos orgânicos e/ou a acidentes por picada ou corte, ou por projecção para as mucosas oculares				
Avaliação do Critérios 5 a 10					
Total de respostas SIM ____ X 1 00 = (IQ) de ____ %					
Total de respostas aplicáveis					

Anexo 2 - Auditorias internas ao cumprimento das PBCI

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE:

CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE POR CADA CRITÉRIO:

- Cada critério é composto por um conjunto de questões;
- Cada questão tem três hipóteses de resposta:
 - ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não se Aplica (NA)
- A resposta Sim tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- A resposta Não tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de questões avaliadas;
- Divide-se o número de respostas SIM pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido em cada critério.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA CRITÉRIO:

$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL (ICQ) POR SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma de todos os pontos obtidos em todos os critérios}}{\text{Total de critérios}} = \dots\% (\text{IGQ})$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DE CADA CRITÉRIO POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma das \% obtidas em todos os serviços, em cada critério}}{\text{Total de serviços}} = \dots\% (\text{IGQ})$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DE CADA CRITÉRIO POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma das \% obtidas em todos os serviços, em cada critério}}{\text{Total de serviços}} = \dots\% (\text{IGQ})$

Adaptado de: National Association of Theatre Nurses (NATN): "Principles of Safe Practice in the Operating Theatre, Audit guide Scoring System, Janeiro de 1988.

Anexo 3 – Instrumentos para auditorias internas às PBCI - estruturas

Estes Instrumentos de auditoria podem ser adaptados ou reproduzidos pelas instituições de saúde, encontrando-se disponível em formato *word* em www.dgs.pt.



AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (estruturas)

Data: ___/___/___

Serviço: _____

Observador: _____

PADRÃO 1		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
CONHECIMENTO DAS PBCI					
1	A Norma das PBCI está disponível no Manual de Boas Práticas da Unidade de Saúde				
2	Os profissionais conhecem a Norma das PBCI				
3	Existe evidência nos registos de formação em serviço de que todo o staff recebeu formação sobre as PBCI				
3.1	• Médicos				
3.2	• Enfermeiros				
3.3	• Assistentes Operacionais				
3.4	• Funcionários de limpeza				
3.5	• Outros profissionais				
4	A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objectivos individuais dos profissionais do serviço.				
5	Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos nos locais adequados				
6	Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos				
7	Existem afixados protocolos de higienização ambiental				
Avaliação do Padrão 1					
Total de respostas SIM _____ X 1 00 = (IQ) de _____ %					
Total de respostas aplicáveis					

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (estruturas)

Data: ___/___/___

Serviço: _____

Observador: _____

PADRÃO 2		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
RECURSOS					
1	Estão disponíveis no Serviço os recursos necessários para implementar e monitorizar o cumprimento das PBCI				
1.1	• EPI adequados e em número suficiente				
1.2	• Material/Equipamento para a higienização das mãos, adequado e em boas condições de higiene				
1.3	• Material/Equipamento para a higienização do ambiente, adequado e em boas condições de higiene				
1.4.	• O material/equipamento de uso único não é reutilizado				
1.5.	• Detergentes e desinfetantes são os recomendados.				
1.6.	• Contentores de recolha de resíduos, adequados e em número suficiente				
1.7.	• Contentores de recolha de roupa usada, adequados e em número suficiente				
2	Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor.				
3	Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa				
4	Existe um local de armazenamento para o equipamento/material de modo a não permanecer desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados.				
Avaliação do Padrão 2					
$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } _____\% $					

Anexo 4 - Auditorias internas ao cumprimento das PBCI

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE POR PADRÕES

CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE POR CADA PADRÃO:

- Cada padrão é composto por um conjunto de critérios (cada critério corresponde a uma questão acerca do mesmo assunto);
- Cada critério tem três hipóteses de resposta:
 - ✓ Sim
 - ✓ Não
 - ✓ Não se Aplica (NA)
- A resposta Sim tem uma avaliação (score) de 1 ponto;
- A resposta Não tem uma avaliação (score) de 0 pontos;
- Para obter o número de respostas aplicáveis, subtrai-se o número de respostas não aplicáveis do número de critérios avaliados;
- Divide-se o número de respostas SIM pelo total de respostas aplicáveis e multiplica-se por 100 para obter o valor percentual que corresponde ao índice de qualidade obtido em cada Padrão.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA PADRÃO:

$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ de } \dots\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL (IGQ) POR SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma de todos os pontos obtidos em todos os Padrões}}{\text{Total de Padrões}} = \dots\% (\text{IGQ})$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DE CADA PADRÃO POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma das \% obtidas em todos os serviços, em cada padrão}}{\text{Total de serviços}} = \dots\% (\text{IGQ})$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DE CADA PADRÃO POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma das \% obtidas em todos os serviços, em cada padrão}}{\text{Total de serviços}} = \dots\% (\text{IGQ})$

Adaptado de: National Association of Theatre Nurses (NATN): “Principles of Safe Practice in the Operating Theatre, Audit guide Scoring System, Janeiro de 1988.

Anexo 5 – Cartaz das PBCI para os visitantes das Unidades de Saúde, dos Cuidados de Saúde Primários, Unidades de Cuidados Continuados Integrados

Pode ser adaptado ou reproduzido pelas instituições de saúde.

Este cartaz encontra-se disponível em formato *word* em www.dgs.pt

AO VISITANTE
AJUDE-NOS A PREVENIR AS INFEÇÕES

- ❖ Pense na segurança dos doentes antes de visitar alguém numa instituição de saúde. Se você ou alguém com quem vive, está constipado ou tem diarreia, ou se não se sente bem, tente adiar a visita até que esteja melhor.
- ❖ Lave e seque as mãos antes de entrar na sala, em particular após usar as instalações sanitárias. Se estiver disponível uma solução alcoólica para as mãos à entrada da enfermaria ou junto à cama, use-a.
- ❖ Durante a visita, não se sente nas camas e tente reduzir o número de visitantes em simultâneo.
- ❖ Não contacte fisicamente com os outros doentes ou com os seus pertences. Se tiver de o fazer use a solução alcoólica para as mãos antes e depois.
- ❖ Se as instalações se encontram em más condições de higiene, faça-o saber ao enfermeiro responsável.
- ❖ Se algum profissional de saúde se esqueceu de lavar as mãos, lembre-o disso.



Anexo 6 – Identificação do risco associado à realização de procedimentos com risco acrescido de exposição a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos

Âmbito	Fator de Risco	Fator de risco presente?	
		Sim	Não
1. Colocação dos Doente	Na admissão do doente não é realizada a avaliação de risco de transmissão de agentes infecciosos		
	Inexistência ou escassez de quartos de isolamento		
	Défice de conhecimento dos profissionais em relação às doenças transmissíveis e procedimentos de prevenção		
2. Higiene das Mãos	Inexistência de estruturas adequadas para a higienização das mãos		
	Os profissionais não apresentam unhas curtas e limpas, sem extensões ou outros artefactos e sem verniz		
	Os profissionais utilizam adornos durante a prestação de cuidados		
	Os profissionais prestam cuidados sem proteger os cortes e abrasões caso existam		
	Os profissionais utilizam fardas com mangas compridas		
	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para higienização das mãos		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos cinco momentos		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento da técnica correta para a higienização das mãos		
3. Etiqueta Respiratória	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos das medidas de etiqueta respiratória		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento das medidas de etiqueta respiratória		
	Não é realizado ensino ao doente ou visitas sobre as medidas de etiqueta respiratória		
	Não é disponibilizado toalhete de uso único ao doente para conter as secreções respiratórias		
4. Utilização de EPI's	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI's		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI'		
	Falhas nas disponibilização dos EPI's adequados		
	Falhas nas disponibilização dos EPI's nos locais adequados		
5. Descontaminação do Equipamento Clínico	Défice de conhecimento dos profissionais relativo às recomendações do fabricante sobre o processo de descontaminação do equipamento		
	Inexistência de um plano de descontaminação do equipamento		
	Inexistência das recomendações do fabricante sobre o processo de descontaminação do equipamento		
	Existência de fonte de contaminação a partir da re-utilização de DMUM		

	Reprocessamento de DMUU		
	Falhas nos procedimentos de higienização, desinfeção, transporte e armazenamento dos equipamentos		
	Não descontaminação de equipamento entre doentes		
6. Controlo Ambiental	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos de higienização do ambiente		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de higienização do ambiente		
	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos em caso de derramamento de sangue e fluídos orgânicos		
7. Manuseamento Seguro da Roupa	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de manuseamento seguro da roupa		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de manuseamento seguro da roupa		
	Inexistência de local apropriado ou deficientes condições para o armazenamento da roupa limpa		
	Inexistência de local apropriado ou deficientes condições para o armazenamento da roupa suja		
8. Recolha segura de resíduos	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de recolha segura de resíduos		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos de recolha segura de resíduos		
	Não descarte imediato de material corto-perfurante em contentor adequado após a sua utilização		
	Os profissionais enchem os contentores de resíduos para além da sua capacidade.		
	Os contentores não têm um sistema de fecho intermédio		
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo a procedimentos de Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis		
	São utilizados medicamentos injetáveis de uso único		
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos a seguir, aquando da exposição significativa a agentes microbianos no local de trabalho		

Anexo 7

A-Categorização dos níveis de evidência das recomendações

As categorias dos CDC e do HICPAC são estabelecidas nesta Norma são (2):

Categoria IA. Fortemente recomendado para implementação e de grande evidência baseada em estudos experimentais bem conduzidos, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

Categoria IB. Fortemente recomendado para implementação baseada na racionalidade e evidência sugestiva de alguns estudos experimentais, clínicos, ou estudos epidemiológicos.

Categoria IC. Recomendação sugerida por normas ou recomendações de outras federações e associações.

Categoria II. Recomendação sugerida para implementação baseada na clínica sugestiva ou estudos epidemiológicos, ou uma forte fundamentação teórica.

B – GLOSSÁRIO

Colonização – Multiplicação de microrganismos em locais do corpo sem resposta imunitária detetável, dano celular, ou expressão clínica. A permanência de microrganismos no hospedeiro pode ter duração variável e pode representar uma fonte potencial de transmissão.

Descontaminação – Utilização de meios químicos ou físicos com vista a remover, inativar ou destruir microrganismos presentes nos materiais, equipamentos ou superfícies, a um nível em que já não sejam capazes de transmitir partículas infecciosas durante o seu uso ou manipulação.

Desinfeção - Destruição térmica ou química de microrganismos. Destrói a maioria dos microrganismos dependendo do nível de desinfeção, mas não necessariamente as formas esporuladas.

Desinfetante – Agente químico ou físico que destrói microrganismos patogénicos ou outros microrganismos, mas pode não destruir as formas esporuladas. O termo refere-se a substâncias aplicadas a ambiente inanimado

Detergente – Agente de lavagem que não está classificado como tendo propriedades desinfetantes.

Equipamento de Proteção Individual (EPI) – Uma variedade de barreiras utilizadas sozinhas ou em conjunto com o objetivo de proteger as mucosas, pele e a roupa do contacto com agentes infecciosos. Os EPI incluem luvas, máscaras, respiradores, óculos, viseiras e aventais ou batas.

Gotículas - Partículas de grandes dimensões (> 5 µ) produzidas durante a fala, tosse ou espirro. Alguns microrganismos têm a capacidade de se transmitir por esta via.

Infeção - A transmissão de microrganismos para um hospedeiro após invasão ou superação dos mecanismos de defesa, resultando na multiplicação microbiana e invasão dos tecidos do hospedeiro. A resposta do hospedeiro à infeção pode incluir sinais e sintomas clínicos ou ser subclínica.

Limpeza – Remoção, geralmente com água e detergente, de sujidade (visível ou perceptível) presente nos materiais, equipamentos ou noutras superfícies, por processos manuais ou mecânicos e que se destina a torná-los seguros na sua manipulação e/ou posterior descontaminação.

Máscara – Um termo que se refere aos equipamentos utilizados para cobrir a boca e o nariz e inclui tanto as máscaras cirúrgicas como as máscaras de procedimentos.

Máscara cirúrgica – Equipamento destinado a cobrir a boca e nariz pelo pessoal da equipa cirúrgica no Bloco Operatório, durante procedimentos cirúrgicos e destinam-se a proteger tanto os doentes como os profissionais da contaminação com microrganismos ou fluidos orgânicos. As máscaras cirúrgicas também são usadas para proteção do pessoal do contacto com gotículas potencialmente infecciosas. As máscaras cirúrgicas não protegem da inalação de pequenas partículas e não devem ser confundidas com respiradores de partículas que são recomendados para situações em que o agente infeccioso se transmite por via aérea.

Respirador - Equipamento de proteção destinado a proteger o utilizador da inalação de partículas de pequenas dimensões (<5 µm de tamanho), como está recomendado nos casos em que o agente infeccioso se transmite por via aérea (ex. *Mycobacterium tuberculosis*) ou é transitoriamente transportado por esta via (ex. *Aspergillus sp.* transportados pelas partículas de pó, durante a renovação de edifícios).