

NÚMERO: 029/2012

DATA: 29/12/2012

ATUALIZAÇÃO: 31/10/2013

ASSUNTO: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)

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, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite na área da qualidade organizacional a Norma seguinte:

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 todos aqueles que prestam cuidados de saúde, o que também inclui os profissionais das empresas de prestação de serviços;

b) asseguram que:

- todos os profissionais recebem formação e treino sobre todos os componentes das precauções básicas de prevenção e controlo da infeção;
- todos os profissionais têm acesso às normas existentes;
- estão disponíveis todos os recursos necessários para implementar, monitorizar e assegurar o cumprimento integral das mesmas (ver Anexos 1 a 5).

c) definem, em documento escrito e, de acordo com a especificidade de cada serviço, a periodicidade respetiva para realização de auditoria interna.

2. A área de prevenção e controlo de infeção está incluída nos planos de atividades do serviço e na avaliação de desempenho dos profissionais da Unidade de Saúde.

3. É efetuada e registada a avaliação dos níveis de risco relativos aos procedimentos com risco acrescido de exposição, a agentes transmissíveis pelo sangue e fluidos orgânicos (ver Anexo 6) e definido um plano com as ações de melhoria para o controlo dos riscos identificados.

4. Todos 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 e, deve ser regularmente atualizada, de acordo com a situação clínica, servindo de orientação à decisão da colocação do doente e/ou tipo de isolamento, se necessário (metodologia da responsabilidade de cada unidade de saúde). (*Categoria IB - 1-3*).
6. A utilização de EPI proporciona proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar, e também, aos doentes e visitantes em circunstâncias específicas. Os EPI devem:
 - a) estar disponíveis junto ao local de utilização;
 - b) estar acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua 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 a descontaminação do equipamento clínico;
 - b) protocolos internos 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. todos 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 deve ser estabelecido no sentido de assegurar as necessidades de cada serviço.
 - d) procedimentos para a recolha segura de resíduos, definidos 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 (orientações da OMS);
 - f) procedimentos para a gestão da exposição a agentes microbianos no local de trabalho.
8. As PBCI são compostas por 10 itens que se apresentam numa abordagem global. Cada um dos itens será objeto, posteriormente, de uma orientação mais específica e detalhada.

9. Os anexos referentes à presente Norma englobam os instrumentos para avaliação do seu cumprimento.
10. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
11. A presente Norma, atualizada com os contributos científicos recebidos durante a discussão pública, revoga a versão de 28/12/2012 e será atualizada, sempre que a evolução da evidência científica assim o determine.

CRITÉRIOS DE SUPORTE À APLICAÇÃO DA NORMA

- A. Na admissão à unidade de saúde (US), deve assumir-se que todo o doente está potencialmente colonizado ou infetado com microrganismos “problema” e podem constituir-se reservatório ou fonte potencial para 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.

1. Colocação de doentes

- a. 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.
- b. deve evitar-se as deslocações desnecessárias do doente entre enfermarias ou entre serviços. *Categoria II*.

2. 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 cuidados*.

Antes de proceder à higiene das mãos:

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

Quando higienizar as mãos?

- a. antes do contacto com o doente; *Categoria IB*

- b. antes de procedimentos limpos/assépticos; *Categoria IB*
- c. após o risco de exposição a fluidos orgânicos; *Categoria IA*
- d. após contactar com o doente ou com a sua unidade; *Categoria IB*
- e. após a remoção de EPI. *Categoria IB*
- f. para a 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 do doente/ambiente envolvente deste). *Categoria IA*
- g. se as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica e, no caso de procedimentos a doentes com infeções gastrointestinais (confirmação ou suspeita-ex: *C. 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 de cremes para a hidratação das mãos, deve-se observar que:

- a. não devem interferir com a atividade do antisséptico; *Categoria IB*
- b. não devem afetar a integridade das luvas; *Categoria II*
- c. as embalagens devem ser preferencialmente individualizadas.

3. Etiqueta respiratória

A etiqueta respiratória é composta por um conjunto de medidas individuais a cumprir por doentes, visitantes, profissionais de saúde, voluntários e comunidade em geral, 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}.

- a. cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;
- b. utilizar um toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente eliminado num contentor de resíduos próximo do doente;
- c. em alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço/manga evitando a dispersão de partículas, e a consequente contaminação das mãos;
- d. higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
- e. 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

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

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 máscara cirúrgica aos indivíduos sintomáticos que acedam à unidade de saúde. *Categoria IB*^{62, 63}.

4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Os EPI devem proporcionar proteção adequada aos profissionais de saúde, de acordo com o risco associado ao procedimento a efetuar:

4.1. As luvas devem ser:

- a. adequadas ao utilizador e ao procedimento a que se destinam; *Categoria IB*^{11, 13-17}
- b. usadas quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos; *Categoria IB/IC*^{15, 18}
- c. removidas imediatamente após o uso em cada doente e/ou após o procedimento (o seu uso não substitui em nenhuma circunstância, a higiene das mãos); *Categoria IB*^{11, 18-20}
- d. 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 ortopédicas, urológicas ou ginecológicas).

4.2. Os aventais devem ser:

- a. utilizados durante procedimentos que envolvam contacto direto com o doente; *Categoria II*²¹⁻²³
- b. utilizados para proteção dos uniformes/fardas quando se considera provável a contaminação; *Categoria II*²¹⁻²³
- c. substituídos no final do procedimento e entre doentes (p.ex.: entre os cuidados de higiene e a realização de penso de ferida). *Categoria II*²¹⁻²³

4.3. As batas de manga comprida devem ser:

- a. usadas quando existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos; *Categoria IB/IC*²⁴⁻²⁶
- b. substituídas no final do procedimento e entre doentes. *Categoria IB/IC*^{1, 15, 27, 28}

Não há evidência que suporte o uso de bata por rotina, ao entrar em Unidades de Alto Risco (p.ex Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades Neonatais, Unidades de Transplantes) como forma de prevenção da infeção; *Categoria IB*³⁰⁻³³

4.4. 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}

4.5. A máscara cirúrgica deve ser:

- a. usada quando há risco de salpicos de fluidos orgânicos para a mucosa respiratória; *Categoria IB*²¹⁻²³
- b. bem ajustada à face (cobrindo totalmente a boca e o nariz) e adequada à finalidade;
- c. 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.

4.6. O calçado deve ser:

- a. antiderrapante, 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 cortoperfurante; *Categoria II*^{38, 39}
- b. removido antes de sair da área específica (p.ex. Bloco Operatório).

4.7. A cobertura do cabelo deve ser:

- a. bem ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo;
- b. utilizada nas áreas protegidas (bloco operatório, zona limpa da central de esterilização e cozinha) e durante procedimentos assépticos (p.ex. colocação de cateter vascular central); *Categoria IA*^{40, 41}
- c. utilizada durante procedimentos potencialmente geradores de grande quantidade de aerossóis e salpicos de fluidos orgânicos (ex. sessões de balneoterapia, partos, autópsias)
- d. substituída/eliminada entre sessões ou, se estiver contaminada com fluidos orgânicos.

5. Descontaminação do Equipamento Clínico

O equipamento clínico utilizado nos doentes pode ficar contaminado com fluidos orgânicos e agentes infecciosos e, de forma indireta, contribuir para a transmissão cruzada, através das mãos dos profissionais que os podem veicular entre doentes, durante os procedimentos. Este equipamento também pode constituir fonte de infeção se inadequadamente descontaminado.

5.1. As recomendações do fabricante devem ser consultadas, tanto na utilização, como nos métodos de descontaminação.

- a. os procedimentos de limpeza devem explicitar a frequência da sua execução, o método de descontaminação e quem é o responsável pelo procedimento;
- b. a descontaminação do equipamento reutilizável deve ser efetuada:
 - 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.

5.2. O equipamento clínico é classificado como:

- a. de uso único – A embalagem apresenta o respetivo símbolo  - usar uma vez e eliminar. *Categoria III/IC* ⁴²;
- b. de uso num único doente – pode ser reutilizado no mesmo doente;
- c. 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.

6. Controlo Ambiental

6.1. Os gestores dos serviços asseguram que a área clínica é segura para a prática de cuidados, o que inclui a limpeza e manutenção ambiental.

6.2. Os profissionais devem ter conhecimento dos horários e frequência da limpeza, e, conhecer as suas responsabilidades específicas no processo.

6.3. 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

6.4. O ambiente de prestação de cuidados deve:

- a. estar livre de objetos e equipamentos desnecessários a fim de facilitar a limpeza.
- b. encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação.
- c. 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.

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

7. Manuseamento Seguro da Roupa

7.1. 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.

7.2. 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).

7.3. Os sacos com roupa suja não devem ser cheios a mais de 2/3 da sua capacidade, a fim de serem corretamente encerrados. Devem ser colocados num local apropriado e fechado, ao abrigo do calor, bem ventilado e inacessível a crianças e animais.

7.4. Toda a roupa usada deve:

- a. ser considerada como contaminada;
- b. se separada no local de produção, deve sê-lo, não pelo nível de contaminação (pois toda a roupa usada está contaminada) mas sim, de acordo com as características dos tecidos e respetiva sensibilidade ao calor (p.ex tecidos termosensíveis), ou outras características que requeiram tratamento especial (p.ex a roupa dos bebés por ser de dimensões reduzidas, os cobertores, robes);
- c. ser depositada de imediato após a remoção, em contentor que deverá estar disponível junto do local de produção. Categoria IC ¹⁵.

8. Recolha segura de resíduos

8.1. Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser triados e eliminados junto ao local de produção, e separados imediatamente de acordo com os grupos a que pertencem;

8.2. Depois de acondicionados no saco e/ou contentor, os resíduos não devem ser manipulados;

8.3. Tanto os sacos de recolha de resíduos, como os contentores de cortoperfurantes, não devem ser cheios até mais de 2/3, de modo a possibilitar o seu encerramento seguro. Enquanto estão em uso, os contentores que se encontrem junto do local de produção devem manter-se fechados (sistema de fecho intermédio); convém que sejam identificados no local de produção com a data de abertura e de encerramento definitivo.

8.4. Os contentores (reutilizáveis e com saco a forrar o seu interior) para recolha de resíduos junto ao local de produção, devem ser facilmente higienizáveis e mantidos limpos. Devem permitir a sua abertura sem o uso das mãos.

9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis

Na preparação e administração de injetáveis deve-se:

9.1. usar técnica asséptica para evitar a contaminação do material de injeção estéril. *Categoria IA*^{56, 57}

9.2. não administrar medicamentos a múltiplos doentes usando a mesma seringa, mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas. *Categoria IA*^{40, 58-60}

9.3. usar sempre que possível embalagens de dose única para medicamentos injetáveis. *Categoria IA*⁶⁰

9.4. se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongamentos usados para aceder à embalagem, devem estar estéreis. *Categoria IA*^{56, 60}

10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

10.1. 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.

Todo os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa. *Categoria IC*^{15, 52-55}

Considera-se exposição significativa:

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

NOTA: Pode ser consultada a publicação “Acidentes de trabalho com exposição a sangue e a outros fluidos orgânicos”, da autoria da Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, acessível em: http://www.spmtrabalho.com/images/pdf/norma_aes_2010.pd

AVALIAÇÃO

- A. A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local ou regional e nacional, através de metodologia de processos (auditoria interna, fundamentada nos critérios da presente norma) e de resultados (dados dos programas de vigilância epidemiológica).
- B. A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacto 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 de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.

FUNDAMENTAÇÃO

- A. A presente Norma adapta à realidade portuguesa as mais sólidas recomendações do Reino Unido (janeiro de 2012*), e dos EUA (maio de 2011**) para as Precauções Básicas.
- B. As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (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 íntegra, 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 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, conseqüentemente, em casos específicos (*Clostridium difficile*, *Mycobacterium tuberculosis*, *MRSA*, *Acinetobacter* multirresistente, *entre outros*), estão indicadas medidas adicionais – Precauções baseadas nas vias de transmissão (contacto, aérea e gotículas), que são complementares às Precauções Básicas, mas não as substituem.

APOIO CIENTÍFICO

- A. A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.
- B. A elaboração da proposta da presente Norma teve o apoio científico de Elaine Pina, Etelvina Ferreira, Teresa Amores, Susana Ramos e Maria Goreti Silva (coordenação científica).
- C. Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.

APOIO EXECUTIVO

Na elaboração da presente Norma o apoio executivo foi assegurado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

Sigla/ Acrónimo	Designação
EPI	Equipamento de proteção individual
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBCI	Precauções básicas de controlo de infeção
SABA	Solução antisséptica de base alcoólica
CCIRA	Comissões de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências aos Antimicrobianos

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

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

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. 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
62. Bridges CB, Kuehnert MJ, Hall CB. Transmission of influenza: implications for control in health care settings. Clin Infect Dis 2003;37(8):1094-101.
63. Musher DM. How contagious are common respiratory tract infections? N Engl J Med 2003; 348 (13):1256-66.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde

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 e visitantes têm acesso fácil a lavatório ou à SABA				
7	Os profissionais conhecem os componentes da etiqueta respiratória*				
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	Os EPI estão disponíveis junto ao local de utilização				
10	Os EPI encontram-se num local limpo e seco				
11	Se existem artigos reutilizáveis, está estabelecido um programa de descontaminação				
12	Estão disponíveis luvas de vários tamanhos				
13	Estão disponíveis luvas de material alternativo ao látex				
14	Os profissionais estão informados de 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 direto 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 proteção, exceto máscara, quando indicado				
18	Existem disponíveis máscaras adequadas ao tipo de exposição				
19	Existem disponíveis óculos ou outro equipamento de proteção ocular				
20	Os profissionais que prestam cuidados aos doentes/clientes, não usam sapatos abertos				
* inquirir pelo menos, 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 _____					

AUDITORIA INTERNA AO CUMPRIMENTO DAS PBCI (processo) (continuação)

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				
4	A responsabilidade pelo cumprimento dos protocolos para a descontaminação dos materiais/equipamentos está atribuída				
6 - CONTROLO AMBIENTAL					
4	O ambiente de trabalho está livre de objetos 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 contentor 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 NA PREPARAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS					
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, devem ser usadas apenas uma só vez (uso único) e têm que estar estéreis (incluindo em procedimentos radiológicos)				
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 projeção 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 (processo)

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE NUMA AUDITORIA

CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE POR CADA PADRÃO E GLOBAL:

- Cada padrão (Standard) 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, pelo 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, correspondente ao índice de qualidade obtido em cada Padrão.

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA CRITÉRIO, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do critério, no serviço } ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA PADRÃO, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma das \% obtidas em cada padrão, no serviço}}{\text{Total de padrões}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do padrão, no serviço } ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os padrões, no serviço}}{\text{Total de padrões}} = (\text{IGQ no Serviço}) ___\%$

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

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos por padrão, em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ por padrão, no Hospital}) ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DA AUDITORIA, POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ do Hospital}) ___\%$

Adaptado de: National Association of Theatre Nurses: "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: _____

PADRAO 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				
1.2	Os profissionais conhecem a Norma das PBCI				
2	Existe evidência nos registos de formação em serviço, de que todo os profissionais receberam formação sobre as PBCI				
2.1	Médicos				
2.2	Enfermeiros				
2.3	Outros Técnicos (ex: Radiologia, Laboratório, Medicina Física e Reabilitação)				
2.4	Assistentes Operacionais				
2.5	Funcionários de limpeza				
2.6	Outros profissionais e/ou voluntários				
3	A prevenção e controlo de infeção estão incluídos nos objetivos individuais dos profissionais do serviço e na avaliação de desempenho.				
4	Existem afixados cartazes sobre a técnica da higienização das mãos em locais estratégicos				
5	Existem afixados protocolos de descontaminação dos materiais/equipamentos nos locais apropriados				
6	Existem afixados protocolos de higienização ambiental nos locais apropriados				
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 RECURSOS		SIM	NÃO	N / A	OBSERVAÇÕES
1	Estão disponíveis no Serviço os recursos necessários para implementar e monitorizar o cumprimento das PBCI				
1.1	Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são adequados aos procedimentos				
1.2	Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados são suficientes (não há rotura de fornecimento)				
2	O material/equipamento para a higienização das mãos é adequado (inclui o hidratante para mãos)				
2.1	O material/equipamento para a higienização das mãos está em boas condições de higiene e manutenção				
3	Os antissépticos, detergentes e desinfetantes usados, são os recomendados pelas Comissões de prevenção e Controlo da Infecção e das Resistências aos Antimicrobianos (CCIRA)/Gestão de Risco e Farmácia				
4	Os contentores de recolha de roupa usada são adequados e em número suficiente				
4.1	Existe local de armazenamento para roupa usada, inacessível a crianças e animais, fechado e ao abrigo do calor.				
4.2	Existe local adequado para o armazenamento da roupa limpa				
5	Os contentores de recolha de resíduos são adequados e em número suficiente				
5.1	Existe local de armazenamento para resíduos hospitalares, inacessível ao público e devidamente sinalizado				
5.2	O local de armazenamento de resíduos tem condições de acesso adequadas				
5.3	O local de armazenamento de resíduos é de fácil limpeza/higienização				
6	Existe um local de armazenamento para o equipamento/material, de modo a não permanecer exposto desnecessariamente nos locais de prestação de cuidados				
6.1	O material/equipamento de uso único não é reutilizado				
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 - Estruturas

FÓRMULAS DE CÁLCULO DOS ÍNDICES DE QUALIDADE DA AUDITORIA, POR PADRÃO E GLOBAL:

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, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Total de respostas SIM}}{\text{Total de respostas aplicáveis}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do critério, no serviço } ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE (IQ) DE CADA PADRÃO, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma das \% obtidas em cada padrão, no serviço}}{\text{Total de padrões}} \times 100 = (\text{IQ}) \text{ do padrão, no serviço } ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE GLOBAL DE QUALIDADE, NO SERVIÇO:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os padrões, no serviço}}{\text{Total de padrões}} = (\text{IGQ no Serviço}) ___\%$

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

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos por padrão, em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ por padrão, no Hospital}) ___\%$

FÓRMULA PARA O CÁLCULO DO ÍNDICE DE QUALIDADE GLOBAL DA AUDITORIA, POR HOSPITAL:

$\frac{\text{Soma dos IGQ obtidos em todos os serviços}}{\text{Total de serviços}} = (\text{IGQ do Hospital}) ___\%$

Adaptado de: National Association of Theatre Nurses: *"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

Este cartaz pode ser adaptado ou reproduzido pelas instituições de saúde e está disponível em formato *word* em: www.dgs.pt

AO VISITANTE

AJUDE-NOS A PREVENIR AS INFEÇÕES

- ❖ Pense na segurança do seu doente antes de visitar alguém numa instituição de saúde.
- ❖ Pense também na segurança dos outros doentes internados.
- ❖ Se você ou alguém com quem vive, está constipado ou tem diarreia, ou não se sente bem, tente adiar a visita, até que se sinta melhor.
- ❖ Lave e seque as mãos antes de entrar na sala, em particular após usar as instalações sanitárias.
- ❖ Se à entrada da enfermaria, ou junto à cama do seu doente, estiver disponível uma solução alcoólica para desinfeção das mãos, 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 desinfeção das mãos, antes e depois do contacto.
- ❖ Se as instalações se encontram em más condições de higiene, informe o enfermeiro chefe ou coordenador do serviço.
- ❖ 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 Doentes	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 equipamentos de proteção individual (EPI)	Défice de conhecimento dos profissionais relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento relativo aos procedimentos adequados para a utilização de EPI		
	Falhas na disponibilização dos EPI adequados		
	Falhas na disponibilização dos EPI nos locais estratégicos		

***De acordo com as orientações técnicas da ACSS para o Edifício Hospitalar**



Âmbito	Fator de Risco	Fator de risco presente?	
		Sim	Não
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 reutilização de dispositivos médicos de uso múltiplo (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 fluidos orgânicos		
7. Manuseamento Seguro da Roupa	Défice de conhecimento dos profissionais relativo a procedimentos de manuseamento seguro da roupa		
	Baixa adesão dos profissionais ao cumprimento dos 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		
	Os profissionais não depositam os objetos cortoperfurantes, imediatamente após o uso, em contentor adequado		
	Os profissionais enchem os contentores de resíduos para além da sua capacidade		
	Os contentores não têm um sistema de fecho intermédio		
	Os contentores de cortoperfurantes não estão etiquetados com registo da data de abertura		
9. Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis	Défice de conhecimento dos profissionais relativo às Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis		
	Baixa adesão dos profissionais no cumprimento dos procedimentos de Práticas seguras, na preparação e administração de injetáveis		
	São utilizados medicamentos injetáveis de uso múltiplo		
	São utilizados medicamentos a múltiplos doentes, com a mesma seringa		
	Na administração de medicamentos de dose múltipla, os profissionais não aplicam as boas práticas de manutenção da esterilidade de todo o sistema de administração (inclui agulha/cânula, seringa, sistemas e prolongamentos)		
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 estabelecidas nesta Norma são (2):

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

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

Desinfecção - Destruição térmica ou química de microrganismos. Destrói a maioria dos microrganismos dependendo do nível de desinfecção, 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 protetoras usadas, 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 destina-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 (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).