
Para: Hospitais, EPER do SRS; Unidades de Saúde de Ilha; COA; Unidades de Cuidados Continuados; Casas de Saúde; Unidades Locais PPCIRA – RAA; Unidade Regional PPCIRA – RAA

Assunto: Manual de Implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) - Atualização

Fonte: Direção Regional da Saúde

Contacto na DRS: sres-drs@azores.gov.pt; gcrppcira@azores.gov.pt

Sumário de atualização:

- Atualização de tabelas e substituição de duas imagens no capítulo de Controlo Ambiental.
- Inserção de legendas de fonte em todas as tabelas e figuras.
- Eliminação de siglas e definições do glossário que já não constam no documento.
- Substituição da designação "máscara FFP2" por "respirador".
- Uniformização da duração máxima de uso de respiradores para 4 horas.
- Revisão de recomendações no capítulo de Controlo Ambiental, incluindo: Adição de referência à contratualização de empresas externas; Substituição de "água quente" por "água morna".
- Remoção da farda de uma tabela de EPI, por não ser considerada um EPI.
- Alteração da designação de isolamento de "Aéreo" para "Via aérea".
- Simplificação da tabela final das PBVT, removendo referências intermédias e mantendo apenas a fonte geral do CDC: *"Estas informações são complementadas e mantêm-se atualizadas em: <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/appendix-a-type-duration.html>"*

Considerando que as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) representam um dos principais desafios para a segurança dos doentes e profissionais de saúde, podendo resultar em complicações graves, prolongamento do tempo de internamento e aumento dos custos operacionais nas unidades de saúde;

Considerando que a transmissão de agentes infecciosos pode ocorrer por múltiplas vias, incluindo o contacto direto entre indivíduos, superfícies contaminadas, equipamentos médicos e a não adesão às boas práticas de higiene;

Considerando que a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras entidades reguladoras recomendam a implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) como estratégia fundamental para a redução do risco de transmissão de infeções nos serviços de saúde;

Considerando que o cumprimento rigoroso das boas práticas de higiene das mãos, etiqueta respiratória, uso adequado de Equipamento de Proteção Individual (EPI) e descontaminação de superfícies e equipamentos é essencial para a segurança de doentes, profissionais de saúde e demais utilizadores dos serviços;

Considerando que a normatização de procedimentos facilita a formação, capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, promovendo um ambiente mais seguro e reduzindo a disseminação de agentes patogénicos;

Considerando que a adoção de práticas padronizadas permite a uniformização das condutas em todas as unidades de saúde da Região Autónoma dos Açores, garantindo padrões elevados de qualidade e segurança na prestação de cuidados;

Nos termos do artigo 15.º do Anexo I do Decreto Regulamentar Regional n.º 3/2025/A, de 9 de janeiro, e em conformidade com o despacho de Sua Excelência a Secretária Regional da Saúde e Segurança Social, datado de 23 de maio de 2025, determina-se o seguinte:

1. A implementação e adesão rigorosa às recomendações contidas no **Manual de Implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infecção**, anexo à presente circular normativa, que estabelece um referencial técnico e



organizacional essencial para a prevenção e mitigação de riscos nos serviços de saúde, sendo indispensável para a promoção da saúde pública, a melhoria contínua da qualidade assistencial e a garantia de um ambiente hospitalar seguro para todos.

2. A correta aplicação das recomendações do manual contribui para a redução da morbimortalidade associada às infeções hospitalares e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
3. A capacitação contínua dos profissionais de saúde no cumprimento das normas estabelecidas fortalece a cultura de segurança e a adesão a boas práticas assistenciais.
4. A existência de um documento normativo atualizado, baseado nas melhores evidências científicas, permite a adaptação às especificidades locais, garantindo a eficácia das medidas implementadas em diferentes contextos assistenciais.
5. A aplicação das diretrizes contidas no manual constitui um dever ético e profissional, assegurando um ambiente seguro tanto para os doentes como para os profissionais de saúde.
6. A adoção destas práticas permite não apenas a proteção individual e coletiva, mas também a otimização dos recursos institucionais, reduzindo os custos associados ao tratamento de infeções evitáveis e melhorando a eficiência dos serviços de saúde.

O Diretor Regional

Assinado por: **Pedro Garcia Monteiro Paes**
Num. de Identificação: 11865956
Data: 2025.05.27 14:16:03+00'00'

Pedro Garcia Monteiro Paes



MANUAL DE IMPLEMENTAÇÃO
DAS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO
DE INFEÇÃO (PBCI)
E PRECAUÇÕES BASEADAS NAS VIAS DE
TRANSMISSÃO (PBVT)



REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES



Siglas e Abreviaturas

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

DGS – Direção Geral da Saúde

DRS – Direção Regional da Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

HM – Higiene das Mãos

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

NHS – National Health Service

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBVT – Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PNCI – Plano Nacional de Controlo da Infecção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

SABA – Solução Antisséptica de Base Alcoólica

UL-PPCIRA – Unidade Local do PPCIRA

Índice

0. Introdução.....	4
1. Colocação de doentes.....	7
2. Higiene das Mãos.....	9
3. Etiqueta respiratória.....	20
4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI).....	21
5. Descontaminação do equipamento clínico.....	44
6. Controlo Ambiental.....	50
7. Manuseamento Seguro da Roupa.....	67
8. Recolha segura de resíduos.....	75
9. Práticas seguras na administração e preparação de injetáveis.....	83
10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho.....	90
11. Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão.....	97
12. Glossário.....	115
13. Bibliografia.....	123

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Cadeia de Transmissão Cruzada	11
Tabela 2 - Classificação de Spaulding.....	45
Tabela 3 - Matriz de Avaliação de Risco	52
Tabela 4 - Frequência mínima da limpeza de acordo com criticidade.....	54
Tabela 5 - Compatibilidade de desinfetantes.....	61
Tabela 6 - Cuidados de armazenamento de materiais e equipamentos de limpeza	63
Tabela 7- Atuação imediata após lesões com cortoperfurantes.....	94
Tabela 8 - Recomendações Gerais PBVT.....	99
Tabela 9 - Medidas de isolamento e duração de acordo com o agente infeccioso	103

Índice de Figuras

Figura 1 - 5 Momentos para a Higiene das Mãos	13
Figura 2 - 4 Momentos para a Higiene das Mãos	14
Figura 3 - Técnica de Higienização das Mãos com SABA.....	16
Figura 4 - Técnica de Lavagem das Mãos.....	17
Figura 5 - Pirâmide do uso de luvas	26
Figura 6 - Colocação do Equipamento de Proteção Individual.....	37
Figura 7 - Remoção do Equipamento de Proteção Individual	38
Figura 8 - Procedimento de Limpeza.....	55
Figura 9 - Seleção de EPI no processo de limpeza	65
Figura 10 - Colocação tampa de proteção em agulha	92
Figura 11- Inserção de agulhas no contentor de cortoperfurantes.....	96

0. Introdução

Globalmente, centenas de milhões de pessoas são afetadas por Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) cujos determinantes são influenciados pela combinação de vários fatores complexos tais como o não cumprimento das normas, infraestruturas desadaptadas, falta de organização/comunicação e desconhecimento, bem como de fatores relacionados com os próprios utentes.

As Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI) destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não, partindo do princípio que todo o utente pode constituir um risco de transmissão de microrganismos. As potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos, pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação. O princípio subjacente às PBCI é de que “não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco”. O seu cumprimento é fundamental para garantir a segurança de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde.

As medidas previstas pelas PBCI são:

1. **Colocação dos doentes** – prevê a adequada alocação dos doentes de acordo com o risco de transmissão cruzada;
2. **Higiene das Mãos** – o cumprimento da adequada Higiene das Mãos nos 5 momentos preconizados é considerado uma das medidas mais importantes na redução da transmissão de agentes na prestação de cuidados (consultar Norma 007/2019 da DGS – “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”);
3. **Etiqueta Respiratória** – conjunto de medidas a adotar por doentes, profissionais e visitantes destinadas a conter as secreções respiratórias;
4. **Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)** – Uso de EPI adequado ao nível de exposição previsto e ao procedimento a ser realizado, de forma segura, de modo a proteger os doentes e os profissionais de saúde.
5. **Descontaminação do equipamento clínico** – Os equipamentos clínicos utilizados na prestação de cuidados aos doentes podem ficar contaminados

com fluídos orgânicos e /ou agentes infecciosos e, direta ou indiretamente, contribuir para a transmissão cruzada, pelo que a sua descontaminação é essencial;

6. **Controlo Ambiental** – compreende a limpeza, desinfeção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas. Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservação dos equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos;
7. **Manuseamento Seguro da Roupa** – a roupa é exposta a um nível significativo de microrganismos, pelo que o seu manuseamento e tratamento deve contemplar este risco;
8. **Recolha Segura de Resíduos** – conjunto das operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação dos resíduos, de forma a não constituir perigo ou causar prejuízo para a saúde humana ou para o ambiente, sendo atribuída a responsabilidade dessa gestão aos produtores, designadamente, aos diretores das instituições de saúde;
9. **Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis** – consideram-se seguros os procedimentos de preparação e administração de injetáveis que não causem dano ao utente e profissionais, não o expondo a qualquer risco evitável e cujos resíduos produzidos não sejam potenciais causadores de danos a terceiros. Permitem evitar a transmissão de uma ampla variedade de agentes patogénicos e reduzir eventos adversos não infecciosos;
10. **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 e pode ter efeitos nocivos para a sua saúde, nomeadamente infeções, alergias e intoxicações, pelo que deve ser garantido um conjunto multidisciplinar de medidas que permitam a sua prevenção.

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 que se prevê, ao sangue ou outros fluídos orgânicos. Em casos específicos em que se conhece ou suspeita do envolvimento de determinado(s) microrganismo(s) estão indicadas medidas adicionais de isolamento, baseadas nas vias de transmissão (contato, gotículas ou via aérea) e abordadas em norma própria.

O cumprimento destas boas práticas faz parte da nossa responsabilidade de proteger os doentes e os profissionais de saúde.

O presente manual pretende agregar as linhas orientadoras na implementação das Precauções Básicas de Controlo de Infeção, dirigindo-se às unidades de saúde da Região Autónoma dos Açores. Resulta do trabalho da Unidade Regional PPCIRA na pesquisa e análise das recomendações mais recentes a nível internacional, pretendendo ser um documento de carácter prático e transversal às diversas tipologias. Em cada unidade deve ser feita uma adaptação à sua especificidade pelo desenvolvimento de protocolos locais.

1. Colocação de doentes

Recomendação

Na admissão do doente à unidade de saúde deve ser avaliado, de forma sistemática, o risco de transmissão de agentes infecciosos, adequado à situação clínica.

Representa um risco acrescido de transmissão cruzada a presença de:

- Sintomas respiratórios (tosse ou espirros);
- Diarreia;
- Traqueostomia;
- Estado confusional num doente que deambula.

Estando estes riscos presentes, os utentes devem ser colocados num local que os minimize, nomeadamente em quarto individual ou em local afastado das zonas de maior circulação.

Em ambulatório, quando numa sala de espera, os doentes com sintomas respiratórios e seus acompanhantes devem estar afastados pelo menos um metro daqueles que não apresentem sintomas.

Em internamento, quando o número de quartos individuais for limitado, deve priorizar-se:

- Situações em que o risco de transmissão é maior como por exemplo feridas com drenagem, incontinência fecal, secreções não passíveis de ser contidas;
- Doentes com maior risco de infeção ou de evento adverso dessa mesma infeção como por exemplo imunossupressão, presença de dispositivos, maior grau de dependência;
- Doente com necessidade de isolamento de via aérea deve estar sempre em quadro individual.

No transporte de doentes com elevado risco de transmissão, devem ser verificadas as seguintes regras:

- O transporte deve ser efetuado de modo a não contaminar o ambiente, os profissionais e/ou qualquer pessoa que circule na instituição;

- A roupa da cama/maca e/ou a roupa do doente deve encontrar-se limpa;
- Se o doente apresentar sintomas respiratórios deve colocar uma máscara cirúrgica e/ou ser instruído com as recomendações integrantes da “Etiqueta Respiratória” (especificada mais à frente neste documento).

Deve evitar-se as deslocações desnecessárias do doente entre enfermarias ou entre serviços.

2. Higiene das Mãos

Fundamentação

A Higiene das Mãos (HM) é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução das IACS, mas deve ser acompanhada das restantes medidas que compõem as PBCI para uma maior eficácia.

É consensual que uma das principais vias de transmissão de microrganismos entre os profissionais e os doentes e entre doentes é a do contacto (direto ou indireto) através das mãos. Na maioria dos casos de transmissão cruzada de infeção/colonização, as mãos dos profissionais de saúde constituem a principal fonte e/ou veículo para a transmissão de microrganismos da pele do doente para as mucosas (trato respiratório), ou para locais do corpo habitualmente estéreis (sangue, líquido cefalorraquidiano, líquido pleural) e de outros doentes ou do ambiente contaminado.

A HM é um termo geral que se aplica a qualquer um dos seguintes procedimentos:

- Lavagem das mãos – lavagem com água e sabão, que pode ser ou não antimicrobiano;
- Fricção antisséptica das mãos – Aplicação de uma solução antisséptica de base alcoólica (SABA) por fricção, para reduzir ou inibir o crescimento de microrganismos;
- Preparação cirúrgica das mãos – higiene das mãos (lavagem ou fricção antisséptica) executada antes de uma cirurgia, ou outro procedimento invasivo, com o objetivo de eliminar a flora transitória e reduzir a flora residente (este ponto não será desenvolvido neste documento, podendo, para mais informações, ser consultada a Norma nº 007/2019, de 16/10/2019, da DGS – “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”).

A pele possui uma flora microbiana que pode ser:

- Transitória – microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, mas não se multiplicam, e que são removidas com a higienização das mãos.

Frequentemente são adquiridos por contacto e são facilmente transferidos para outras pessoas ou superfícies.

- Residente – microrganismos que se multiplicam nas camadas mais profundas da pele e que desempenham um papel na proteção contra outras espécies invasoras. O seu potencial patogénico é baixo, sendo por isso necessária a sua redução (e não eliminação total) apenas nos procedimentos invasivos (p. ex: cirurgias ou colocação de cateteres centrais). Esta flora residente pode diferir um pouco de pessoa para pessoa, mas é mais ou menos constante em cada uma.

Para a HM devem ser escolhidos os produtos mais eficazes e com o menor risco de irritação da pele possível, podendo ser utilizada:

- Solução Antissética de Base Alcoólica (SABA) para aplicação nas mãos com o objetivo de inativar / reduzir temporariamente o crescimento de microrganismos. Habitualmente têm associadas substâncias protetoras da pele, pela necessidade do seu uso repetitivo. A concentração de álcool (etanol, isopropanol ou n-propanol) na SABA não deve ser inferior a 70% em soluções de gel e espuma e entre 60% a 80% em soluções líquidas.
- Sabão – Detergente, ou seja, composto surfactante que possui uma ação de limpeza, que pode ter ou não um agente antissético associado. No caso de ter, é designado de sabão antimicrobiano. Este último deve possuir ação residual.

Define-se como local de prestação de cuidados o local que engloba simultaneamente o doente, o seu ambiente envolvente, o profissional de saúde e o tratamento inerente à situação.

Os microrganismos associados à prestação de cuidados de saúde podem ser encontrados, não só em feridas, mas frequentemente nas mucosas e pele íntegra dos doentes. As áreas perineal ou inguinal, são as mais fortemente colonizadas, mas as axilas, tronco e extremidades superiores (incluindo as mãos) também o são frequentemente. Vários são os microrganismos que se podem encontrar em pele intacta, como *Staphylococcus aureus*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp*, *Acinetobacter spp*. Os diabéticos, doentes com insuficiência renal crónica e doentes com dermatites crónicas

têm maior probabilidade de ter áreas de pele intacta colonizadas com *Staphylococcus aureus*.

Diariamente, são libertados pela pele escamas contendo microrganismos viáveis, razão porque a roupa do doente, a roupa da cama, mobiliário e objetos próximos do doente ficam contaminados com a sua própria flora. Esta contaminação tem uma maior probabilidade de ser por *Staphylococcus spp* e *Enterococcus spp*, por terem maior resistência no ambiente.

Algumas superfícies envolventes também têm sido referenciadas como áreas contaminadas do ambiente inanimado com implicação na transmissão cruzada da infeção, por exemplo, os lavatórios e torneiras. Vários estudos enfatizam a importância do ambiente contaminado na transmissão cruzada de microrganismos e disseminação de agentes patogénicos.

Recomendações

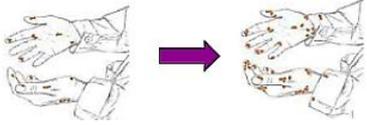
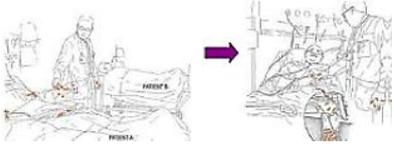
Indicações para a HM

Há indicação para HM sempre que existe o risco de transmissão de microrganismos através das mãos dos profissionais de saúde durante a prestação de cuidados. Este risco de transmissão pode ser: do profissional e ambiente para o doente, de uma parte do corpo para outra do mesmo doente, ou do doente para o profissional e para o ambiente.

Para que haja transmissão cruzada (doente para doente) através das mãos dos profissionais é necessário que ocorra uma cadeia de cinco eventos numa cadeia de transmissão cruzada:

Tabela 1 - Cadeia de Transmissão Cruzada

Cadeia de transmissão cruzada	
1 – Os microrganismos estão presentes na pele do doente ou estão depositados nos objetos inanimados na proximidade ou ambiente envolvente do doente	

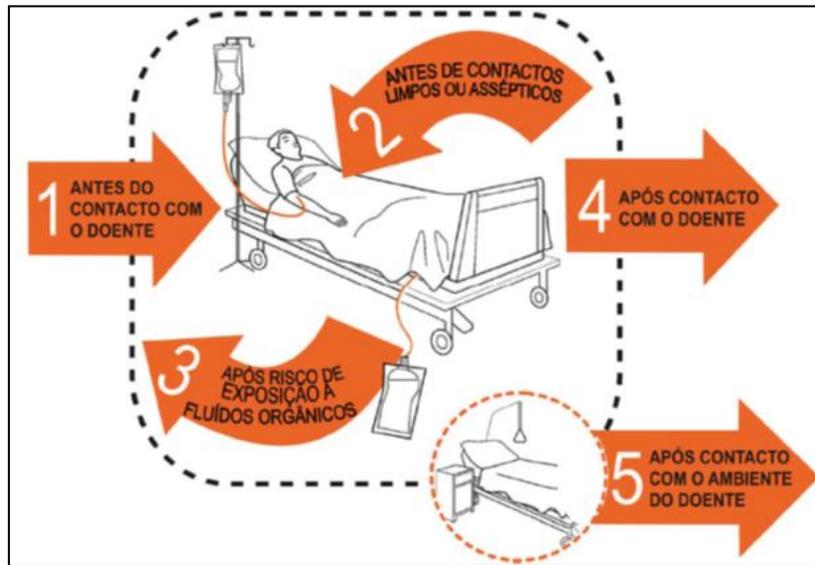
<p>2 – Os microrganismos são transferidos para as mãos dos profissionais</p>	
<p>3 – Estes microrganismos são capazes de sobreviver nas mãos dos profissionais</p>	
<p>4 – A HM é inadequada ou omitida, ou o produto usado não é o adequado ou estava contaminado</p>	
<p>5 – As mãos contaminadas dos profissionais entram em contacto com outro doente (direta ou indiretamente, através de objetos)</p>	

Assim, torna-se necessário interromper esta cadeia de acontecimentos para evitar a transmissão de microrganismos através das mãos.

Em muitos países, incluindo Portugal, foi adotado o modelo conceptual dos “cinco momentos” que são as indicações para a HM e constituem os pontos de referência fundamentais para os profissionais. Estas indicações designam os momentos em que é necessário realizar a HM de modo a interromper eficazmente a transmissão de microrganismos durante a prestação de cuidados.

Os 5 momentos para a HM

Figura 1 - 5 Momentos para a Higiene das Mãos



Fonte: Norma nº 007/2019 de 16/10/2019, DGS

1 – Antes do contacto com o doente - Higienizar as mãos antes de tocar num paciente enquanto se aproxima dele.

Porquê? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.

2 – Antes de procedimentos assépticos - Antes de qualquer tarefa envolvendo o contacto directo ou indirecto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo (cateter, sonda) ou equipamentos ou produtos dos cuidados de saúde.

Porquê? Para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos e dos da sua própria flora.

3 – Após o risco de exposição a fluidos corporais/orgânicos - Após qualquer procedimento que possa envolver a exposição das mãos a um fluido orgânico, independentemente de se usar luvas ou não.

Porquê? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

4 – Após o contacto com o doente - Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando deixa o ambiente envolvente do mesmo.

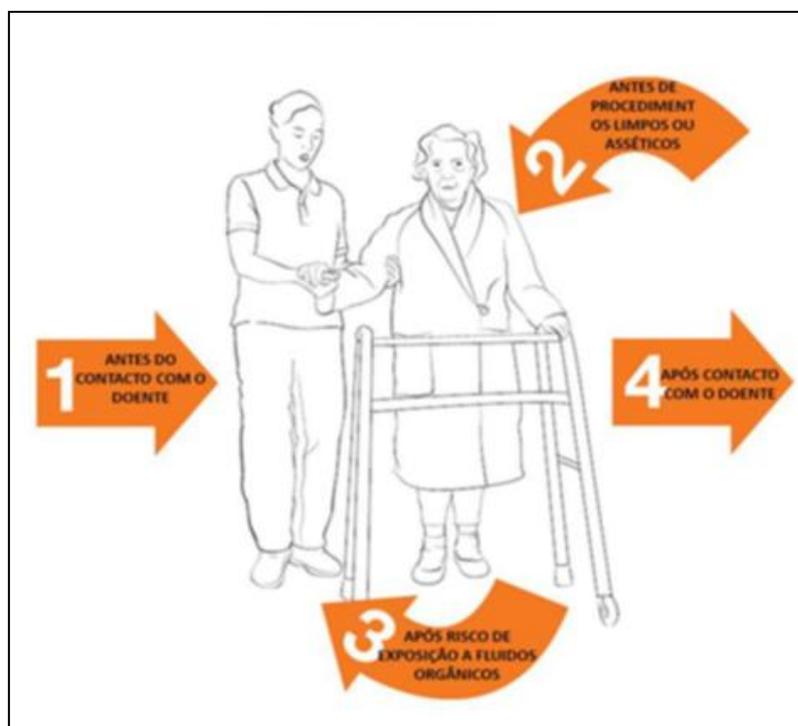
Porquê? Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

5 – Após contacto com o ambiente envolvente do doente - Ocorre quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, mobília, dispositivos médicos, pertences pessoais ou outras superfícies, sem ter estado em contacto com o doente.

Porquê? Para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

Quando não é possível definir o ambiente envolvente do doente (por exemplo, na consulta externa, cuidados primários), devem ser implementados os primeiros quatro momentos.

Figura 2 - 4 Momentos para a Higiene das Mãos



Fonte: Norma nº 007/2019 de 16/10/2019, DGS

Outras indicações para a HM durante os cuidados, que podem ou não estar englobadas nos 5 momentos:

- Quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos
- Antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos
- Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos
- Antes da colocação de luvas: o uso de luvas não dispensa a HM
- Imediatamente após remoção de luvas
- Preparação pré-cirúrgica das mãos
- Após utilização das instalações sanitárias

Princípios gerais da HM

Durante a prestação de cuidados de saúde, se as mãos estiverem visivelmente limpas, devem ser higienizadas preferencialmente com SABA.

Usar mangas curtas ou dobrar/enrolar para cima as mangas da farda, se forem compridas.

Retirar joias e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o dia/turno de trabalho.

Manter unhas limpas, curtas e sem verniz. Não usar qualquer tipo de unhas artificiais na prestação de cuidados.

Cobrir feridas/cortes das mãos com penso impermeável.

Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger.

Secar bem as mãos.

Evitar contaminar novamente as mãos após a lavagem com água e sabão, usando o toalhete em que secou as mãos para fechar a torneira (se manual). O ideal são torneiras ativadas pelo cotovelo ou pelo pé.

Aplicar corretamente o produto a usar e não usar sabão antimicrobiano e SABA, em simultâneo ou de forma sequencial.

Usar regularmente protetores de pele (creme dermoprotetor).

Em caso de suspeita de doença cutânea de provável causa profissional, consultar o serviço de Higiene, Segurança e Saúde do Trabalho.

Técnica de fricção das mãos com SABA

Esta técnica aplica-se na maioria dos procedimentos de prestação de cuidados, desde que as mãos estejam visivelmente limpas e isentas de matéria orgânica.

Aplicar o produto na palma da mão e friccionar, cobrindo toda a superfície das mãos e dedos até ficarem secas. Uma dose do produto (equivalente a 3ml) é suficiente para a HM, sendo necessário apenas uma aplicação do produto. Se necessário higienizar até ao cotovelo, aplique mais uma dose, isto é, carregue duas vezes no doseador.

Mostra-se de seguida a técnica correta.

Figura 3 - Técnica de Higienização das Mãos com SABA



Fonte: Norma nº 007/2019 de 16/10/2019, DGS

Técnica da lavagem das mãos com água e sabão

Deve ser realizada quando as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica, após a prestação de cuidados a doentes com Clostridioides difficile, antes e após as refeições e após usar a casa de banho. Molhar primeiro as mãos com água fria ou morna (reduz o risco de dermatites) e aplicar nas mãos a quantidade recomendada de sabão. Friccionar vigorosamente durante pelo menos 15 segundos, cobrindo toda a superfície das mãos e dedos e de seguida enxaguar as mãos com água corrente. Secar as mãos com toalhete de uso único e se a torneira for de comando manual, utilize o toalhete para fechar a torneira.

Na figura mostra-se a técnica correta para a lavagem das mãos.

Figura 4 - Técnica de Lavagem das Mãos



Fonte: Norma nº 007/2019 de 16/10/2019, DGS

Os profissionais de saúde têm o dever ético e deontológico de higienizar as mãos no âmbito da prestação de cuidados de saúde, de acordo com o modelo dos “5 momentos” preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os órgãos de gestão das unidades de saúde devem criar as estruturas e infraestruturas necessárias para que se possa cumprir a HM, nomeadamente, a adequação de lavatórios e de dispensadores de SABA nos locais estratégicos e acessíveis, além de fornecer os produtos adequados, na quantidade e qualidade necessárias.

Campanha de Higienização das Mãos

Foi implementada uma metodologia padronizada adaptada da OMS, que Portugal iniciou em 2009 (Campanha da Higienização das Mãos), para avaliação da adesão dos profissionais de saúde à HM, com protocolo e metodologias próprias e padronizadas, à qual todas as unidades de saúde deveriam aderir. Atualmente esta Campanha está englobada na Estratégia Multimodal das PBCI.

Por indicação da DGS, as UL-PPCIRA coordenam a monitorização da HM, com recurso a estratégias de formação/informação, disponibilização de cartazes, folhetos, realização de evento anual alusivo ao Dia Mundial da Higiene das Mãos (dia 5 de maio), entre outros meios de promoção e divulgação, para que a HM seja uma prática consistente na cultura organizacional. A observação periódica das práticas de HM dos profissionais durante o seu exercício é muito útil para identificar as taxas, mas também as barreiras à adesão à HM e respetivas ações de melhoria. Este deve ser considerado um processo contínuo com a formação, as atividades de estímulo à HM e a melhoria da perceção/conhecimentos dos profissionais.

A promoção da educação para a saúde e da literacia em saúde implica o envolvimento e a participação dos doentes e de todos os utilizadores do hospital na implementação das medidas básicas de prevenção das IACS e das resistências aos antimicrobianos. O doente e os seus familiares/pessoas significativas devem também ser integrados e instruídos sobre a HM, de forma a compreender o seu papel na sua própria segurança e

da segurança dos seus familiares e dos restantes doentes. Devem, ainda, ser encorajados a apresentarem sugestões de melhoria no cumprimento da HM.

A leitura deste capítulo deve ser complementada com a consulta da Norma da DGS nº 007, de 16/10/2019, sobre a “Higiene das mãos nas unidades de saúde.”

3. Etiqueta respiratória

Recomendação

A etiqueta respiratória engloba um conjunto de medidas individuais destinadas a conter as secreções respiratórias, minimizando a transmissão de agentes infecciosos por via aérea ou através de gotículas. Aplica-se a doentes, visitantes, profissionais de saúde, voluntários e comunidade em geral.

Devem ser cumpridas as seguintes medidas:

- Cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir;
- Utilizar um toalhete de uso único para conter as secreções respiratórias, o qual deve ser prontamente eliminado num contentor de resíduos próximo do doente;
- Em alternativa poderá tossir ou espirrar para o braço/manga evitando a dispersão de partículas e a consequente contaminação das mãos;
- Higienizar as mãos após contacto com secreções respiratórias;
- Evitar tocar nas mucosas dos olhos, boca ou nariz.

Os profissionais de saúde devem promover a aplicação destas medidas junto a todas as pessoas que contactam com os serviços de saúde.

Devem ser afixados, em locais estratégicos, posters com instruções para o cumprimento da Etiqueta Respiratória para quem apresente sintomas respiratórios.

Os profissionais de saúde que apresentem sinais/sintomas respiratórios devem evitar prestar cuidados diretos aos utentes. Em caso de dúvida devem consultar o Serviço de Saúde Ocupacional.

Nos períodos de maior prevalência de infeções respiratórias na comunidade, os profissionais de saúde devem oferecer máscaras cirúrgicas aos indivíduos sintomáticos que acedam à instituição e aconselhá-los a manter uma distância mínima de um metro das outras pessoas (p.ex nas salas de espera). Idealmente devem ser observados num gabinete individual.

4. Utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI)

Fundamentação

A utilização de EPI promove uma barreira física entre os microrganismos e o profissional, prevenindo a contaminação das mãos, olhos, roupa, cabelos e sapatos e a sua transmissão a outras pessoas, doentes ou profissionais. Assim, o seu uso é recomendado por duas razões principais: reduzir o risco de contaminação dos profissionais com sangue ou outros produtos orgânicos e reduzir o risco de disseminação de microrganismos no ambiente do profissional de saúde para o utente, do utente para o profissional de saúde e entre utentes.

As instituições de saúde devem disponibilizar os EPI em quantidade e qualidade a todos os profissionais, a fim de garantir a correta proteção contra a transmissão cruzada de doenças infecciosas. Eles devem ser escolhidos e usados consoante o risco de exposição que se prevê que poderá acontecer. Assim, e após uma avaliação do risco, todos os profissionais devem saber selecionar os EPI adequados aos procedimentos. Eles devem ser colocados imediatamente antes do procedimento a que se destinam e retirados logo após.

Quando usados corretamente e respeitados os cinco momentos para a higiene das mãos, os EPI constituem-se um meio de proteção e segurança para utentes e profissionais.

Recomendações

A gestão e o recurso aos EPI nas organizações de saúde devem alinhar-se com as seguintes recomendações:

- Estar acondicionados num local limpo e seco, de modo a prevenir a sua contaminação;

- Os stocks devem ser armazenados em estantes adequadas (afastadas do chão pelo menos 30 cm e de preferência em armário fechado) numa área de armazenamento própria, para garantir que não ficam contaminados antes de serem utilizados;
- Cumprir os prazos de validade;
- Cumprir as exigências da legislação em vigor;
- Adequar ao utilizador e ao procedimento a que se destina;
- Assegurar o mínimo desconforto para o utilizador;
- Estar disponíveis junto ao local de utilização e serem adequados aos procedimentos que se realizam. Em unidades destinadas ao isolamento de utentes, os EPI devem estar à entrada do espaço e devem ser descartados antes de sair da unidade (ambiente que contém o agente potencialmente infeccioso), exceto no caso de utentes em isolamento de via aérea, em que o respirador deverá ser removido no exterior da unidade, após a prestação de cuidados;
- Ser de uso único, a não ser que o fabricante especifique o contrário. Se reutilizável, deve ser descontaminado de acordo com procedimento próprio (respeitando as orientações do fabricante);
- Ser colocado e removido sempre de forma segura, de modo a não ser uma fonte de contaminação da roupa e da pele. A colocação e a remoção devem ser feitas imediatamente antes / após o procedimento e a eliminação deve ser diretamente para contentor próprio;
- Os EPI utilizados nos processos de descontaminação e na prestação direta de cuidados das unidades de saúde, devem ser considerados resíduos do Grupo III – risco biológico. Apenas os EPI utilizados em copas ou cozinhas, na manipulação de alimentos podem ser encaminhados para Grupo II - resíduos equiparados a urbanos;
- Evitar qualquer contato dos EPI utilizados com superfícies, vestuário ou pessoas fora da unidade do doente. Quando sair da unidade de um doente para outra, retirar os EPI e higienizar as mãos. Não devem também ser transportados para outras áreas, como zonas de circulação ou refeitórios;

- Se houver sinais da sua deterioração durante o uso (p.e. máscara molhada ou suja, luvas perfuradas, etc.), o EPI deve ser imediatamente substituído;
- Antes da colocação e após a remoção de qualquer EPI, as mãos devem ser higienizadas;
- Os EPI disponíveis nos locais de prestação de cuidados devem ser suficientes, não havendo registo de rotura de fornecimento;
- Deve ser reportado, por escrito, ao superior hierárquico as falhas de stock dos EPI, as deficiências detetadas nesse equipamento ou outros obstáculos que possam dificultar ou pôr em causa o cumprimento das PBCI ou qualquer incidente em serviço relacionado com a utilização do EPI;
- Deve ser disponibilizada formação atualizada a todos os profissionais de saúde sobre a utilização de EPI.

Uso de EPI pelos visitantes:

- Não é necessária a utilização de EPI pelas visitas, exceto máscara, se apresentarem sintomas respiratórios, nos casos de isolamento por gotículas ou por via aérea, ou se indicação contrária estabelecida pela Unidade de Saúde em circunstâncias específicas;
- O seu uso pode ser um risco acrescido na transmissão de microrganismos, para a própria visita e para o ambiente;
- As visitas devem ser incentivadas a procurar os profissionais de saúde sempre que tenham dúvidas relacionadas com a situação clínica da pessoa que visitam e a necessidade de uso de EPI.

Luvas

O uso de luvas deve respeitar as seguintes recomendações:

- Utilizar de acordo com a avaliação do risco efetuada, tendo em conta:
 - a natureza da tarefa;
 - a probabilidade de contacto com fluidos corporais;

- a necessidade (ou não) de isolamento de contacto;
- a necessidade de técnica asséptica (luvas esterilizadas);
- ponderação de alergia ao látex (utente e profissional de saúde);
- Usar quando se reconhece as indicações clínicas para o uso de luvas, nomeadamente quando se antecipa a exposição a sangue ou outros fluídos orgânicos ou quando previsto pelas medidas previstas nas Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão – contacto ou gotícula;
- Colocar e remover imediatamente antes e após o seu uso em cada doente e/ou após procedimentos. Reforça-se que não devem ser mantidas ou utilizadas para além da indicação que motivou a sua utilização como p.e. escrever, tocar noutros materiais, equipamento, superfícies ou pessoas;
- Adequar ao utilizador (vários tamanhos, material alternativo ao látex) e ao procedimento a que se destinam. O uso de luvas de punho alto para cobrir o antebraço pode ser necessário em determinadas situações, em que a exposição a grandes quantidades de fluidos corporais, ou sangue é provável (ex. bloco de partos) e deve ser considerado na avaliação do risco;
- Trocar entre utentes e entre procedimentos no mesmo utente, sempre que seja necessário prevenir a contaminação de uma zona mais suscetível (exemplo: mudança de fralda e posterior manipulação de sonda gástrica);
- Utilizar em mãos livres de joias e com unhas curtas e limpas, prevenindo o comprometimento da integridade das luvas;
- Substituir, de imediato, quando estas se encontrem rasgadas ou perfuradas;
- Retirar apenas um par da caixa, de cada vez, de modo a evitar a sua recolocação na caixa de luvas quando tenham estado em contato com outros ambientes;
- Armazenar nas próprias caixas de luvas disponibilizadas pelos fabricantes devendo ser colocadas, preferencialmente, em suportes fixos de parede, nos locais onde a sua utilização é muito frequente (p.e. salas de tratamentos, gabinetes de medicina dentária);
- Utilizar em duplo par, nos procedimentos de maior risco de exposição a fluidos orgânicos (p.e. cirurgias ortopédicas, urológicas ou ginecológicas);

- Respeitar integralmente os cinco momentos para a higiene das mãos. O uso de luvas não substitui a higienização das mãos que deve ser efetuada sempre que as luvas são colocadas e removidas. O seu uso prolongado pode potenciar o desenvolvimento de humidade no espaço entre as luvas e as mãos, constituindo um meio particularmente favorável à multiplicação de microrganismos. Também o uso prolongado de luvas nas precauções de contacto, com o propósito de evitar higienizar as mãos, é uma má prática que pode resultar na transmissão cruzada de infeção/colonização;
- Utilizar apenas em situações com indicação para o seu uso, minimizando o desperdício de recursos e o risco de problemas cutâneos, sem qualquer benefício para o profissional ou o utente;
- Não utilizar quando não está previsto haver exposição a sangue ou outros fluidos orgânicos (exceto nas Precauções de contacto).

Tipos de Luvas:

- Luvas de uso único não esterilizadas (podem ser de latex, mas de preferência devem ser de nitrilo) – para contactos de risco biológico, para proteção do profissional
- Luvas de “palhaço” esterilizadas (polietileno) – usadas em contactos superficiais, sem envolver líquidos, por exemplo, aspiração de secreções
- Luvas cirúrgicas esterilizadas de uso único – utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou outros procedimentos invasivos, com o objetivo de manter uma técnica assética
- Luvas esterilizadas de uso único (por exemplo, de nitrilo) – para preparação de citostáticos ou nutrição parentérica
- Luvas de borracha, tipo *menage* – para procedimentos de descontaminação ambiental ou de material (devem ser higienizadas e mantidas secas para utilização)

A figura 5 mostra alguns exemplos de utilização de luvas nos cuidados de saúde.

Figura 5 - Pirâmide do uso de luvas



Fonte: Norma nº 013/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015, DGS, adaptado de OMS: "Glove Use Information Leaflet". *Patient Safety, a World Alliance for Safer Health care. 2009*

Recomendações no uso de luvas que podem também ser utilizadas na **realização de auditorias**:

- **Seleção e colocação de luvas:**
 - Selecionar as luvas adequadas ao procedimento;
 - Higienizar as mãos antes de colocar as luvas;
 - Colocar as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento;
 - Colocar as luvas com técnica adequada garantindo a sua não contaminação;
 - Utilizar duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado;

- Utilizar luvas de punho alto e/ou cobre a bata com a luva em situação de elevado risco de exposição a fluidos orgânicos.
- **Uso/substituição das luvas:**
 - Utilizar luvas limpas descartáveis na exposição direta ou exposição indireta, quando existe risco de contaminação;
 - Utilizar luvas esterilizadas em procedimentos invasivo/cirúrgico;
 - Utilizar luvas de nitrilo de uso único ou reutilizáveis, tipo *menage*, de uso individual em procedimentos de descontaminação ambiental ou de dispositivos invasivos;
 - Trocar de luvas entre procedimentos no mesmo doente, sempre que seja necessário prevenir a contaminação de uma área mais suscetível;
 - Retirar as luvas imediatamente após o procedimento;
 - Não tocar no ambiente envolvente (superfícies, materiais e equipamentos) com luvas.
- **Remoção das luvas:**
 - Remover as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente;
 - Remover as luvas em primeiro lugar, quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs;
 - Descartar as luvas de acordo com a norma interna de triagem dos resíduos;
 - Higienizar as mãos imediatamente após a remoção das luvas;

Relembrar que a utilização de luvas não substitui a higienização das mãos, higienizar **SEMPRE** as mãos antes e após calçar um par de luvas.

Apesar das evidências quanto à eficácia das luvas na prevenção da contaminação das mãos e na redução da transmissão cruzada, é importante salientar que a integridade total das luvas de latex pode ser comprometida quando as luvas estão em contacto prolongado com líquidos, além de haver a possibilidade da contaminação das mãos durante a remoção das luvas.

No âmbito da prevenção e controlo da infeção em cuidados de saúde, e se não for possível aderir completamente a todas as recomendações no uso de luvas, é preferível

não usar as luvas, dando prioridade a uma excelente higienização das mãos e à proteção do doente e do ambiente envolvente.

Enquadramento normativo a considerar no processo de seleção:

- Luvas de nitrilo esterilizadas e não esterilizadas (uso único): Norma EN 388; EN 375; EN 374-3; EN 420;
- Luvas esterilizadas de látex, sem pó (uso único) e luvas não esterilizadas (uso único): EN 455.
- Considera-se importante a integração das recomendações/orientações plasmadas na Norma da DGS nº 013/2014, atualizada a 07/08/2015 – Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde, disponível em <https://normas.dgs.min-saude.pt/2014/08/25/uso-e-gestao-de-luvas-nas-unidades-de-saude/>

Avental e bata

O uso de avental ou bata deve **cumprir os seguintes princípios:**

- A decisão entre escolher avental ou bata depende da extensão do contacto e do maior ou menor risco de contaminação com fluidos orgânicos;
- Devem ser impermeáveis, ter uma cobertura mínima até meio da perna ou tornozelo, sem tocar no chão e de abertura atrás;
- Devem ser colocados e retirados imediatamente após o procedimento e substituídos entre doentes;
- Não há evidência que suporte o uso, por rotina, de bata ao entrar em Unidades de Alto Risco (p.e. Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades Neonatais, Unidades de transplantes) como forma de prevenção de infeção, pelo que não está indicado.

Relativamente ao uso de aventais:

- Utilizar durante procedimentos que envolvam contacto direto com o doente para proteção do fardamento quando se considera provável a sua contaminação com sangue ou outros fluídos orgânicos;

- Ser substituídos no final do procedimento e entre doentes (p.e. entre os cuidados de higiene e a realização de penso de ferida);
- Exemplos de utilização: na prestação de cuidados de higiene; na realização de tratamentos a feridas complexas (com potencial exsudativo, de grandes dimensões/ profundidade ou com necessidade de irrigação/lavagem); manuseamento de sistemas de drenagem (cateter vesical, placas e sacos de ostomia); nos cuidados diretos a utentes que não têm controlo nas secreções ou excreções (ex. utentes incontinentes); manuseamento de resíduos hospitalares; no manuseamento de roupa suja; na descontaminação de dispositivos médicos reutilizáveis; nas situações em que é necessário a instituição de precauções de contacto.
- Remover o avental e higienizar as mãos antes de sair do ambiente envolvente à prestação de cuidados pelo risco de contaminação do ambiente adjacente.

Relativamente ao uso de batas de manga comprida:

- Devem ser utilizadas se existe risco acrescido de salpicos de sangue ou fluidos orgânicos e de acordo com a extensão do contato (é apropriado a utilização de bata limpa e não estéril, para proteger a pele e prevenir a contaminação da roupa durante procedimentos de prestação de cuidados);
- Utilizar batas esterilizadas quando são realizados procedimentos em que são prestados cuidados que requerem condições de assepsia;
- Se as batas disponíveis forem de tamanho inferior ao necessário, existe indicação para a utilização de duas: ao serem colocadas, a primeira, deve ser atada à frente (vestida como um casaco) e a segunda atada atrás;
- Devem ser substituídas no final do procedimento e entre doentes;
- Não reutilizar, mesmo em contactos frequentes com o mesmo utente;
- Após a sua utilização, a frente e as mangas da bata são consideradas contaminadas (independentemente de se encontrarem ou não visivelmente sujas);

- Remover a bata e higienizar as mãos antes de sair do ambiente envolvente à prestação de cuidados (pelo risco de contaminação do ambiente adjacente).

Enquadramento normativo a considerar no processo de seleção de batas e aventais:

- Normas EN 13795-1:2019 e EN 13795-2:2019;
- Diretiva 93/42/CEE.

Equipamentos de proteção facial, boca e olhos

A proteção ocular e facial deve ser usada quando existe risco de projeção de salpicos de fluidos orgânicos para a face e olhos, e sempre durante procedimentos geradores de aerossóis (p.e. entubações traqueais, endoscopias brônquicas, sessões de balneoterapia). A proteção ocular e facial poderá ser assegurada pela utilização de máscara cirúrgica com a associação de óculos de proteção ou, com a colocação de máscara cirúrgica com viseira integrada.

Óculos de proteção ou Viseira integrada em máscara cirúrgica/Viseira:

- Devem proteger toda a zona ocular incluindo as áreas laterais;
- Os óculos corretivos pessoais não conferem proteção ocular adequada;
- Exemplos de utilização: tratamento de feridas com potencial de projeção de fluidos (quando existe necessidade de realizar drenagem/expressão manual, por exemplo, nos casos de abscessos, furúnculos.); procedimentos no âmbito da medicina dentária (cirurgias dentárias, utilização de equipamentos de rotação de alta velocidade e ultrassónicos, geradores de aerossóis); aspiração de secreções (nas situações de maior risco de exposição a salpicos/aerossóis); prestação de cuidados de saúde a utentes com suspeita de doença por agentes biológicos de tipo 4; higienização de superfícies que estejam acima da altura dos ombros; manipulação de produtos químicos (de acordo com as orientações do fabricante); descontaminação de equipamento clínico (nos procedimentos de

realização manual que o exijam); nas situações de aplicação de desinfetantes (prevenir lesões oculares em situações de salpicos ou vapores), entre outros;

- A remoção de uma proteção ocular pode ser realizada com segurança após a remoção das luvas e a higienização das mãos. Considerar a frente do protetor ocular/facial como contaminado – retirar pelos atilhos, elásticos ou hastes;
- Em caso de proteções oculares/estruturas de viseira reutilizáveis, agir de acordo com orientações internas;
- Enquadramento normativo a considerar no processo de seleção:
 - Norma EN 166:2001 (óculos/viseira);
 - Regulamento (EU) 2016/425.

Máscara cirúrgica:

- Deve ser bem ajustada à face e adequada para o objetivo, devendo ser colocada confortavelmente, cobrindo totalmente a boca e o nariz e queixo, ajustando-se o clipe nasal (na parte superior da máscara) à cânula nasal. Os atilhos devem ser fixos em redor da cabeça e os elásticos devem ser fixos aos pavilhões auriculares (não cruzar os elásticos);
- Utilizar em procedimentos cirúrgicos ou em outros procedimentos que exijam técnica estéril para proteger o utente da exposição a possíveis agentes infecciosos transportados na boca ou nariz do profissional de saúde;
- Utilizar em contextos onde se devem implementar precauções adicionais associadas à transmissão por gotículas;
- Não devem ser tocadas durante a sua utilização;
- Devem ser retiradas quando já não são necessárias e não colocadas ao redor do pescoço. A sua remoção deve evitar o contato com áreas geralmente mais contaminadas (a remoção deve ser efetuada pelas fitas ou elásticos);
- Deve ser retirada ou substituída quando a integridade da máscara estiver comprometida (ex. acumulação de humidade ou contaminação significativa), e/ou após 5 a 6 horas de uso, no máximo, ou, de acordo com as orientações do fabricante;

- As máscaras com viseira podem ser utilizadas, em substituição da máscara cirúrgica (tipo IIR) e/ou óculos de proteção, quando há risco acrescido de contaminação por salpicos ou aerosolização de sangue ou de outros fluidos orgânicos (procedimentos cirúrgicos; procedimentos com risco de contaminação; contato mucocutânea na face ou mucosa respiratória) ou aquando da aplicação de desinfetantes, para prevenir lesões oculares em situações de salpicos ou vapores;
- A avaliação do risco pode ditar a necessidade de outros tipos de proteção, por exemplo um respirador de partículas. Esta avaliação deve ser realizada em conjunto com a UL-PPCIRA de acordo com as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT);
- Deve ser providenciada ao utente quando este:
 - apresenta sintomatologia que potencie a disseminação de secreções respiratórias infecciosas (p.e. tosse, espirros);
 - enquanto o utente com tuberculose, ou outra situação que exija isolamento da via aérea, circula na instituição para realizar exames complementares de diagnóstico ou para cumprimento do regime medicamentoso;
 - é imunodeprimido.
- Enquadramento normativo a considerar no processo de seleção:
 - Máscara Cirúrgica: Norma EN 14683:2019;
 - Máscara com viseira: Norma EN 166:2001 (tipo II ou tipo IIR);
 - Diretiva 93/42/CEE.

Respirador:

- Respiradores de partículas **tipo FFP**: devem ser utilizados sempre que se preveja a possibilidade de inalação de aerossóis (partículas <5 µ) potencialmente causadores de doenças;
- Não está prevista a sua utilização em contexto de PBCI, mas apenas no âmbito de precauções dependentes das vias de transmissão – isolamentos;
- Deve ser bem ajustado à face, devendo ser colocado confortavelmente, cobrindo totalmente a boca e o nariz e queixo, ajustando-se o clipe nasal (na parte

superior do Respirador) à cânula nasal. Os elásticos devem ser fixos à cabeça (sem cruzar) verificando se está bem ajustado:

- Inalar - o respirador deve colapsar;
- Exalar - verificar se existem fugas de ar em redor da face.
- Exemplos de utilização:
 - Pelos profissionais:
 - Na exposição a casos possíveis, prováveis ou confirmados de infeção por agentes transmissíveis por via aérea (Tuberculose pulmonar ou laríngea; Sarampo ou Varicela – durante o período de contágio)
 - Procedimentos que originam maior aerossolização de partículas infecciosas (p.e. entubação endo-traqueal, autópsia, indução de tosse, aspiração das vias aéreas, administração de terapêutica por nebulização, cuidados ao utente com traqueostomia; colheita de expetoração; cinesioterapia respiratória);
 - Prestação de cuidados diretos a utentes em situações epidémicas ou pandémicas de alto risco de contágio de acordo com orientações específicas em vigor;
 - Pelos visitantes nos casos de exposição a utentes com infeções transmissíveis por via aérea (tuberculose pulmonar e laríngea, sarampo, varicela, entre outros);
- Considerando o risco de salpicos de fluídos orgânicos para a mucosa ocular, poderá ainda ser associado o uso de óculos de proteção;
- Deve ser retirado ou substituído quando a integridade do respirador estiver comprometida (p.e. acumulação de humidade ou contaminação significativa), e/ou após 4 horas de uso, no máximo, ou, de acordo com as orientações do fabricante;
- Enquadramento normativo a considerar no processo de seleção:
 - Norma EN 149:2001;
 - Regulamento (EU) 2016/425.

Calçado

O calçado habitual dos profissionais de saúde usado enquanto parte integrante da farda deve seguir as seguintes recomendações:

- O calçado deve ser exclusivo do local de trabalho (evitar o seu uso na rua e/ou no domicílio).
- Deve ser anti-derrapante, higienizável, impermeável, apoiar e cobrir todo o pé (calçado fechado) a fim de evitar a contaminação com sangue e outros fluidos orgânicos ou lesão com material cortante perfurante;
- Evitar calçado com orifícios (na parte superior), sandálias, chinelos abertos ou ténis de material poroso não higienizável;
- Nas áreas onde esteja indicado o uso de calçado especial, como por exemplo no bloco operatório, devem estar disponíveis protocolos para a sua utilização e manutenção incluindo métodos e horários de descontaminação e deve ser verificado o seu cumprimento;
- Deve dar-se preferência a calçado que tolere a lavagem/desinfecção mecânica e este deve ser removido antes de sair da área específica (p.e. Bloco operatório);
- Não está indicado o uso de protetores de sapatos enquanto medida de prevenção e controlo da infeção, quando se usa o calçado apropriado. No entanto, as botas descartáveis devem ser usadas para proteção em situações em que há probabilidade de grandes contaminações com líquidos.

Cobertura do cabelo

O uso de cobertura do cabelo pelos profissionais, na maioria das vezes, é para proteção do utente em procedimentos assépticos. No entanto, pode ser utilizado para proteção do profissional enquanto EPI durante procedimentos potencialmente geradores de salpicos de fluidos orgânicos (p.e. partos, autópsias, sessões de balneoterapia).

Algumas recomendações para o seu correto uso:

- Deve ser ajustada à cabeça e cobrir todo o cabelo;

- Utilizar em áreas protegidas (Bloco operatório, zona limpa da Central de Esterilização e Cozinha) e durante procedimentos assépticos (p.e. Colocação de Cateter Venoso Central);
- Deve ser substituída/eliminada entre sessões ou se estiver contaminada com fluidos orgânicos;
- Enquadramento normativo a considerar no processo de seleção:
 - Norma EN 13795-1:2019; EN 13795-2:2019;
 - Diretiva 93/42/CEE.

Cogula

No uso da cogula atender às seguintes recomendações:

- Utilizar para proteger a face e pescoço em situações específicas;
- Deve ser impermeável;
- Deve ser removida no local de utilização;
- Enquadramento normativo a considerar no processo de seleção:
 - Norma EN 13795-1:2019; EN 13795-2:2019;
 - Diretiva 93/42/CEE.

Fato Integral

Relativamente ao fato integral, atender aos seguintes pontos:

- Deve ser adquirido com diferentes tamanhos, de uso único com capuz integrado, à prova de fluídos e partículas;
- O fecho deve ser coberto por abas adesivas;
- Enquadramento normativo a considerar no processo de seleção:
 - Norma EN 14126, EN 13795;
 - Regulamento (UE) 2016/425.

Tal como o respirador, o uso da cogula e do fato integral não está previsto nas PBCI, mas sim em contexto de isolamentos - precauções dependentes das vias de transmissão.

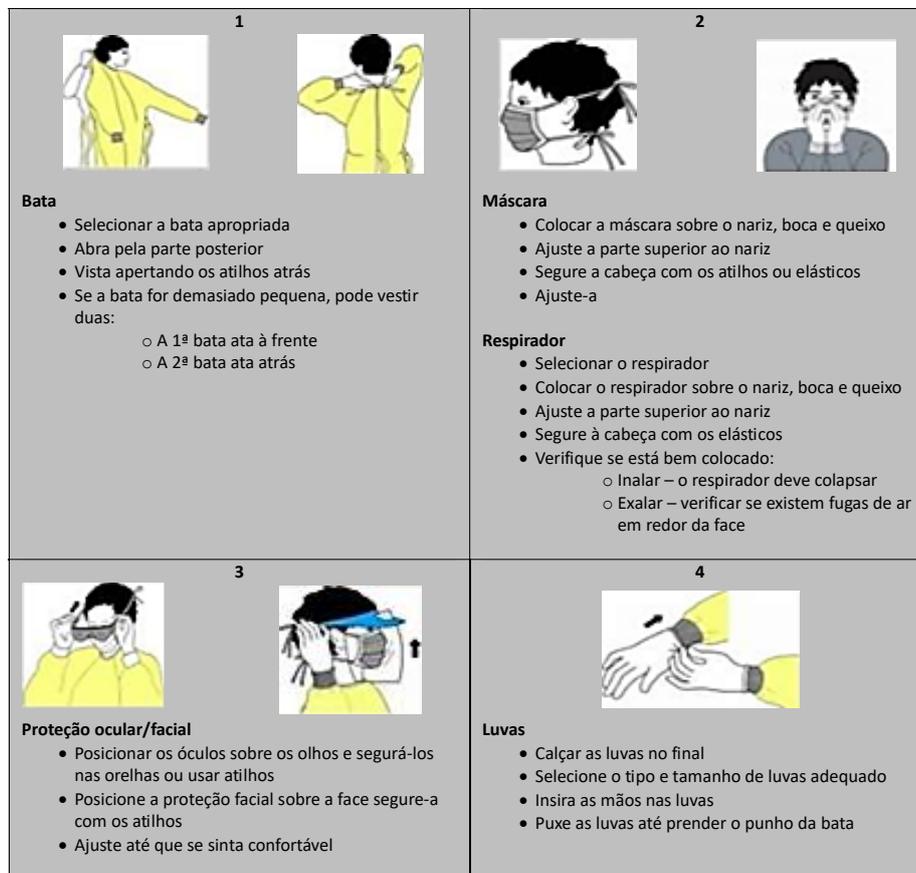
Colocação e remoção de EPI

Quando é necessário utilizar vários EPI, recomenda-se que a sua colocação e remoção respeite a seguinte ordem estabelecida:

Colocação de EPI (figura 6):

1. Higienização das mãos
2. Bata/Avental – deve ser colocada/o com a abertura virada para as costas, introduzindo as mãos e apertando os atilhos na face posterior do pescoço e os da cintura.
3. Máscara Cirúrgica ou Respirador – ajustar à face
4. Proteção Ocular – ajustar até ficar confortável
5. Luvas – imediatamente antes do contacto/procedimento, prevenindo a sua contaminação.

Figura 6 - Colocação do Equipamento de Proteção Individual



Fonte: Procedimento Medidas de Proteção, Prevenção e Controlo de exposição a Agente Biológico – Utilização e distribuição de EPI e outros equipamentos, Universidade de Aveiro, 2020

Remoção de EPI (figura 7):

1. Luvas - imediatamente, após terminar a tarefa ou o procedimento para o qual foram usadas, evitando contaminar os materiais e o ambiente envolvente do utente, não lhes tocando com as luvas usadas;
2. Bata/Avental - deve ser removida desapertando os atilhos e puxando-a pelos ombros, de forma a enrolá-la virando-a do avesso,
3. Higienização das mãos;
4. Proteção Ocular - retirar sem luvas e com as mãos higienizadas;
5. Máscara Cirúrgica ou Respirador;
6. Higienização das mãos, imediatamente após a retirada do EPI.

Figura 7 - Remoção do Equipamento de Proteção Individual



Fonte: Procedimento Medidas de Proteção, Prevenção e Controlo de exposição a Agente Biológico – Utilização e distribuição de EPI e outros equipamentos, Universidade de Aveiro, 2020

Equipamento de proteção individual para suspeita de agentes de nível IV

Características do equipamento:

- Os profissionais não devem utilizar a sua roupa, mas sim calças e túnica (tipo “fato de bloco operatório”) e calçado fechado, impermeável e higienizável de uso exclusivo do local de trabalho.
- Bata impermeável descartável com cobertura no mínimo até meio da perna, sem tocar o chão, de abertura atrás e punhos ajustados ou com elásticos ou fato integral descartável impermeável, preferivelmente sem cobertura da cabeça,

com ou sem cobertura dos pés integrada com tamanho adequado ao profissional.

- Proteção respiratória e face: Respirador FFP2 ou FFP3 impermeável e descartável, combinado com cogula impermeável descartável com extensão até aos ombros e viseira descartável que proteja a totalidade da face e pescoço.
 - Os profissionais não devem tocar a face durante o uso deste equipamento.
- Luvas descartáveis de punho alto
 - Devem ser utilizados dois pares de luvas de modo que o par externo possa ser removido e trocado durante os cuidados;
 - Pelo menos o par externo deve ser de punho alto.
- Cobre-botas impermeável descartável com extensão até meio da perna
 - Podem ser usadas adicionalmente ao cobre-botas coberturas de pés descartáveis até ao tornozelo por cima da cobertura definida para facilitar a remoção do equipamento e diminuir a contaminação do calçado;
 - Não aplicável quando utilizado fato com pés.
- Avental descartável com cobertura do tronco até meio da perna, para uso por cima da bata ou do fato completo sempre que o doente apresenta vômitos, diarreia ou se o fato completo tem fecho na parte da frente.
 - O avental deve ser possível de remover sem ser necessário passar por cima da cabeça permitindo ser substituído durante os cuidados prestados e para ser segura a sua remoção.

De ressaltar que o uso deste equipamento pode ser fisicamente difícil ao fim de algum tempo, devendo limitar-se o número de horas de utilização. Os respiradores FFP2/FFP3 devem ser trocadas no máximo a cada 4h. Sempre que for necessária a sua troca, o profissional tem de proceder à saída do espaço e cumprir todo o protocolo de remoção de equipamento.

Procedimento de colocação:

Deve estar sempre presente um observador para garantir a correta colocação dos EPI.

O observador deve confirmar visualmente a integridade do equipamento e que é corretamente utilizado. Deve ser usada uma checklist escrita para confirmar cada passo de colocação do EPI. Não pode ficar visível roupa, pele ou cabelo do profissional após colocação do EPI.

1. O profissional não deve usar qualquer roupa ou objeto pessoal. O cabelo deve estar apanhado. Vestir calças e túnica e calçado de uso exclusivo profissional conforme descrito acima.
2. Visualizar a integridade do equipamento e que o tamanho é adequado.
3. Higienizar as mãos com solução antisséptica de base alcoólica (SABA).
4. Colocar o cobre-botas – quando utilizado fato completo sem pés, a extremidade superior do cobre-botas fica debaixo do fato. Não aplicável se utilizado fato com pés.
5. Colocar luvas internas – primeiro par de luvas.
6. Colocar a bata ou fato integral – confirmar que a extremidade das luvas fica dentro da manga do fato.
7. Colocar o respirador FFP2/FFP3 adaptando-a corretamente à face.
8. Colocar a cogula cobrindo totalmente o cabelo, orelhas e pescoço até aos ombros
9. Colocar o avental.
10. Colocar o par de luvas externo de punho alto, assegurando-se de que cobre as mangas da bata ou fato integral.
11. Colocar a viseira por cima do respirador e cogula.
12. Verificação pelo observador a integridade do fato, realizando movimentos que permitam verificar que estes não comprometem a total cobertura do profissional.

Procedimento de remoção:

A remoção deve ser realizada em área designada para o efeito, colocando o equipamento num contentor de resíduos hospitalares do grupo IV.

O processo deve ser supervisionado por um observador que deve verbalizar cada passo do procedimento ao profissional.

1. Inspeccionar se existe contaminação visível, cortes ou rasgos no equipamento. Se existir contaminação deve proceder a descontaminação com um toalhete desinfetante adequado.
2. Desinfetar luvas exteriores: desinfetar luvas exteriores com toalhete desinfetante adequado ou SABA.
3. Remover avental e enrolar afastado do corpo com a parte externa para o interior e colocar no contentor evitando contaminação das luvas e superfícies.
4. Inspeccionar a bata ou fato para avaliar se existe contaminação visível, cortes ou rasgos no equipamento. Se existir contaminação deve proceder a descontaminação com um toalhete desinfetante adequado.
5. Desinfetar as luvas externas com toalhete desinfetante adequado ou SABA e removê-las com o cuidado de não contaminar as luvas internas.
6. Inspeccionar e desinfetar as luvas internas para contaminação visível, cortes ou rasgos;
 - a. Se apresentar resíduos visíveis: desinfetar com toalhete desinfetante adequado ou SABA, remover as luvas internas, higienizar as mãos com SABA e colocar um novo par de luvas;
 - b. Se não existir contaminação visível proceder à desinfeção com toalhete desinfetante adequado ou SABA;
 - c. Se apresentar um corte ou rasgo ativar de imediato protocolo de exposição ocupacional.
7. Remover a viseira inclinando a cabeça para a frente, empurrando a correia atrás da cabeça para cima. Não tocar na face e na superfície frontal da viseira.
8. Desinfetar as luvas internas com toalhete desinfetante adequado ou SABA.
9. Remover a cogula. O observador pode desapertar caso seja necessário.
10. Desinfetar as luvas internas com toalhete desinfetante adequado ou SABA.

11. Remover a bata ou fato integral.

- a. Dependendo das características da bata, este passo pode ser auxiliado pelo observador. A bata deve ser enrolada de dentro para fora, não tocando a parte externa e manuseando apenas a parte interna da mesma.
- b. Para remoção do fato, deve primeiro abrir completamente o fecho e depois começar a enrolar de cima para baixo e de dentro para fora, tocando apenas a parte interna do fato.

12. Desinfetar as luvas internas com toalhete desinfetante adequado ou SABA.

13. Remover o cobre botas, não contaminando a roupa interna.

14. Desinfetar as luvas internas com toalhete desinfetante adequado ou SABA e removê-las. Desinfetar as mãos e colocar um novo par de luvas.

15. Remover o respirador FFP2/FFP3 sem tocar na face ou parte da frente.

16. Desinfetar as luvas internas com toalhete desinfetante adequado ou SABA.

17. Desinfetar o calçado com toalhete desinfetante apropriado.

18. Desinfetar e remover as luvas internas com toalhete desinfetante adequado ou SABA.

19. Desinfetar as mãos com SABA.

20. O profissional e o observador devem inspecionar a roupa para a presença de resíduos. Caso sejam detetados, o profissional deve removê-la e tomar duche imediato. Deve ser ativado de imediato o protocolo de exposição ocupacional.

21. Se não houver presença de resíduos, o profissional abandona a área de remoção de equipamento, devendo-se dirigir diretamente para a área de duche onde remove a roupa e calçado que utilizou.

Equipamento do observador:

- Bata impermeável descartável que se estende até meio da perna ou fato completo sem cobertura da cabeça impermeável e descartáveis;
- Viseira descartável;

- Máscara cirúrgica descartável;
- Dois pares de luvas descartáveis, as exteriores de punho alto;
- Protetor de calçado descartável até acima do tornozelo.

A colocação e remoção deve seguir os passos indicados para o restante equipamento de nível elevado.

Nos cuidados subsequentes a doentes com confirmação do diagnóstico devem ser seguidas as orientações da UL-PPCIRA.

5. Descontaminação do equipamento clínico

Fundamentação

Os dispositivos/equipamentos reutilizáveis podem ficar contaminados com matéria orgânica e contribuir para transmitir agentes infecciosos, durante a prestação de cuidados, pelo que é essencial que sejam devidamente mantidos, manipulados, transportados e descontaminados.

A presença de matéria orgânica inibe a ação do desinfetante ou agente esterilizante e pode comprometer o processo de descontaminação e o funcionamento dos equipamentos ou dispositivos médicos. Assim, devem ser rigorosamente limpos (lavados, enxaguados e secos) antes de qualquer processo de desinfeção ou esterilização.

Atendendo à diversidade de materiais e dispositivos, a descontaminação é condicionada pelas características destes, pelas recomendações do fabricante, pelo grau de contaminação e pelas situações de utilização.

De acordo com o seu uso, e segundo a Norma da DGS N° 029/12, podemos classificar os equipamentos clínicos em:

- **Uso único** - a embalagem tem inscrito o símbolo ☒ – usar uma vez e eliminar;
- **Uso num único doente** - pode ser reutilizado no mesmo doente;
- **Reutilizável** - destinado a ser usado mais de uma vez e/ou em mais que um utente, devendo ser descontaminado obrigatoriamente entre utentes e entre utilizações no mesmo doente.

Os materiais e equipamentos clínicos, de acordo com a classificação de Spaulding, dividem-se em três níveis de risco de infeção e o necessário tipo de descontaminação:

Tabela 2 - Classificação de Spaulding

Nível de risco	Exemplos de dispositivos médicos	Tipo de descontaminação
Material não crítico: Material que entra em contacto com a pele íntegra ou que não entra em contacto com o utente	Estetoscópios, Marquesas, braçadeiras, mesas de apoio, carros higiene, colchões (...)	Desinfecção de baixo nível
Material semicrítico: Material que entra em contacto com as mucosas ou pele não íntegra	Endoscópios, anuscópios, tubos endotraqueais, diafragmas, laringoscópios, arrastadeiras, câmaras expansoras (...)	Desinfecção de nível intermédio ou Desinfecção de alto nível ou Esterilização
Material crítico: Material que penetra nos tecidos estéreis ou sistema vascular do utente	Implantes, agulhas, cateteres, instrumentos cirúrgicos (...)	Esterilização

Fonte: Documentação UL PPCIRA HSEIT e Up to Date

Na aplicação desta classificação deve ter-se em conta para além do tipo de material / dispositivo / equipamento, o nível de risco a que este vai ser sujeito. No caso do material crítico, não há dúvida que este deve ser sempre esterilizado, mas para o material semicrítico e não crítico, o tipo de descontaminação deve ter em conta as condições e procedimento em que vai ser utilizado. Por exemplo, o anuscópio é considerado material semicrítico, mas se for para ser utilizado em mucosa sangrante, deve ser reprocessado como material crítico.

Todas as Unidades de Saúde devem elaborar planos de descontaminação dos dispositivos médicos reutilizáveis, tendo em conta os dispositivos em uso e os produtos disponíveis.

Este plano deve estar afixado em locais estratégicos, para que todos os profissionais tenham conhecimento dos horários e frequência da limpeza e conheçam as suas responsabilidades específicas no processo.

As recomendações do fabricante devem ser sempre consultadas para a elaboração dos métodos de descontaminação e de utilização destes produtos. Devem também estar disponíveis para consulta.

Devem assegurar que o método de descontaminação indicado pelo fabricante está alinhado com as boas práticas da instituição.

Nos planos de descontaminação dos dispositivos médicos, deve-se:

- Explicitar a frequência da limpeza, o método de descontaminação e o responsável pelo procedimento;
- Incluir o pré-tratamento do material/dispositivo crítico e semicrítico antes de ser submetido ao processo de desinfeção ou esterilização.
- A descontaminação do equipamento reutilizável deve ser realizada:
 - Após contaminação com sangue ou fluidos orgânicos;
 - Após cada utilização e a intervalos regulares predefinidos, como parte do procedimento de limpeza;
 - Antes e após a inspeção, manutenção e reparação dos equipamentos.

Deve ser do conhecimento geral os produtos existentes para descontaminação em cada Unidade de Saúde, bem como as regras de utilização.

Os dispositivos médicos devem estar armazenados limpos e secos, em áreas adequadas, longe de fontes de contaminação, colocados preferencialmente em armários fechados. Estes devem ser de material lavável e impermeável.

Recomendações

Métodos de descontaminação

A descontaminação engloba um conjunto de procedimentos que incluem a limpeza, desinfeção e esterilização.

Limpeza

A limpeza é a remoção mecânica de material estranho (orgânico e inorgânico) dos objetos e normalmente recorre à utilização de água e detergentes ou produtos

enzimáticos. Os detergentes não têm atividade antimicrobiana pelo que o processo de limpeza depende essencialmente da ação mecânica.

A limpeza é constituída por três etapas: lavagem, enxaguamento e secagem. Pode ser manual ou mecânica, mas esta última deve ser utilizada sempre que possível porque é um método que além de permitir a monitorização e validação, reduz riscos de exposição profissional.

A limpeza é o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfeção e esterilização.

O processo de limpeza deve cumprir os seguintes princípios:

- Limpar de cima para baixo;
- Limpar do menos sujo para o mais sujo;
- Limpar num padrão em forma de S;
- Evitar movimentos que permitam a transferência de microrganismos;
- Assegurar o correto tempo de contacto do produto;
- Todos os dispositivos devem ser inspecionados e estar visivelmente limpos antes de passar à fase seguinte, de modo a tornar efetiva a desinfeção/esterilização.

Desinfeção

A desinfeção deve ser sempre precedida pela limpeza. Pode ser realizada por processos físicos ou químicos.

A desinfeção térmica é efetuada utilizando temperaturas elevadas (através de máquinas de lavar/desinfetar), onde a garantia da eficácia do processo é assegurada através de um controle paramétrico devidamente certificado.

A desinfeção química utiliza agentes desinfetantes através de métodos manuais ou mecânicos.

A eficácia da desinfeção depende do desinfetante utilizado, da sua concentração e do tempo de contacto com o material/equipamento/dispositivo médico (não devendo forçar-se a secagem).

Deve ter-se em atenção, na seleção de um desinfetante a sua composição bem como as indicações do fabricante no que concerne à concentração/diluição, tempo de contacto e a compatibilidade com o material a desinfetar.

De acordo com o grau de eliminação ou redução de microrganismos exigido definem-se 3 níveis de desinfeção:

- Desinfeção de baixo nível: destrói a maior parte das bactérias patogénicas (não necessariamente *Mycobacterium tuberculosis*) e alguns vírus. Ex. álcool etílico 70%, compostos de amónio quaternário e derivados do cloro (100 a 500 ppm).
- Desinfeção de nível intermédio: destrói todas as bactérias vegetativas, incluindo *Mycobacterium tuberculosis*, fungos, mas não necessariamente todos os vírus ou esporos. Ex. álcool etílico 70% imersão, álcool isopropílico a 70-90%, fenóis, iodóforos e derivados do cloro 1000 ppm.
- Desinfeção de alto nível: inativa todas as bactérias vegetativas, micobactérias, vírus, fungos e alguns esporos bacterianos (somente com tempos de exposição prolongados). Ex. ortoftaldeído a 0.55%, peróxido de hidrogénio a 3%, etanol 91,6 mg/g, ac. peracético a 0.35%, glutaraldeído a 2% e derivados do cloro (10 000 ppm).

Esterilização

Este processo é realizado para eliminar das superfícies dos materiais todos os microrganismos viáveis, incluindo os esporos bacterianos. Pode realizar-se através do calor húmido, calor seco, radiações ionizantes, oxido de etileno, peróxido de hidrogénio, entre outros.

As especificações deste método obedecem a regras e legislação própria que ultrapassam o âmbito deste documento, pelo que não é aqui detalhado.

O material que vai ser sujeito a esterilização tem de ser previamente lavado, enxaguado e seco e nunca desinfetado por meios químicos.

Recomendações gerais:

Todo o material/equipamento/dispositivo médico a reutilizar tem que ser lavado antes da desinfeção ou esterilização.

O sabão utilizado para a higiene das mãos, o sabão utilizado para a higiene dos utentes e a solução antisséptica de base alcoólica (SABA) não são indicados para a lavagem de material e equipamentos.

Não se devem misturar produtos, nomeadamente detergentes com desinfetantes, dado que poderá provocar uma reação química tóxica e /ou anular o efeito pretendido. No entanto, já existem produtos 2 em 1 que associam detergente com desinfetante e que poderão ser utilizados em algumas situações.

Os detergentes e desinfetantes podem contaminar-se, pelo que devem ser mantidos nas embalagens originais, serem imediatamente fechados após utilização, ao abrigo da exposição solar e guardados em armário fechado. Deve colocar-se a data de abertura na embalagem e respeitar o prazo de validade após abertura da mesma.

Sempre que se proceda á limpeza de materiais e equipamentos, deve ser utilizado correta e adequadamente o EPI de acordo com o produto a utilizar e o procedimento.

As pessoas responsáveis pela manipulação e reprocessamento devem receber uma formação adequada e uma reciclagem periódica.

6. Controlo Ambiental

Fundamentação

A contaminação ambiental em ambientes de cuidados de saúde desempenha um papel fundamental na transmissão de IACS.

Um doente colonizado ou infetado pode contaminar superfícies e equipamentos não críticos. Os microrganismos nestas superfícies contaminadas podem ser transferidos para um doente suscetível através do contacto direto, entre a fonte e o doente (ex. contacto pessoa-pessoa) ou por contacto indireto onde a transmissão do agente infeccioso da fonte para o doente ocorre de modo passivo, através de um objeto, habitualmente inanimado. Além disso, superfícies contaminadas têm um potencial acrescido para o crescimento de microrganismos.

Por conseguinte, a limpeza ambiental é uma intervenção primordial para a prevenção e controlo de infeções (PCI).

Para serem eficazes, as atividades de limpeza ambiental devem ser implementadas dentro do enquadramento do programa de PCI da unidade e não como uma intervenção autónoma.

Os programas de limpeza ambiental são muitas vezes contratados a empresas externas. É essencial que o pessoal de limpeza tenha formação e que trabalhe em estreita colaboração com as Unidades de Saúde, de forma a garantir que a limpeza ambiental seja efetuada de acordo com as Boas Práticas e a Política das unidades.

De forma a garantir a responsabilização da empresa prestadora de serviços, será fundamental a elaboração de um caderno de encargos onde esteja explícito:

- Nível de serviço pretendido,
- Recursos humanos mínimos,
- Planos de formação e frequência da mesma,
- Métodos de limpeza,
- Tipo de equipamentos pretendidos,

- Produtos e materiais a serem utilizados,
- Métodos de monitorização e feedback.

A determinação de procedimentos de limpeza ambiental para áreas de cuidados do doente, incluindo frequência, método e processo, deve basear-se no risco de transmissão de agentes patogénicos.

O risco depende da:

- Probabilidade de contaminação;
- Vulnerabilidade dos doentes a infeções;
- Possibilidade de exposição.

Estes três elementos combinam-se para determinar se o risco é baixo, moderado ou alto. O risco determina a frequência, o método e processo de limpeza nos planos de higienização de rotina e contingência para todas as áreas de cuidados dos doentes.

De acordo com a criticidade e /ou grau de risco de infeção que as superfícies podem representar podemos utilizar a matriz de avaliação de risco descrita na tabela 3.

A avaliação do risco ambiental em unidades de saúde implica:

- Reconhecer os riscos - identificar, caracterizar os agentes que estão presentes no ambiente de trabalho e que possam causar dano à saúde.
- Avaliar os riscos - quantificar a magnitude do risco comparando com determinados padrões.
- Controlar os riscos - adotar medidas técnicas, administrativas, preventivas ou corretivas, de diversas naturezas, que tendam a eliminar ou atenuar os riscos existentes no ambiente dos cuidados de saúde.

Tabela 3 - Matriz de Avaliação de Risco

Áreas Não Críticas		Áreas sem risco ou de risco muito reduzido: Áreas onde se realizam atividades onde o risco de infeção é reduzido
		Exemplo: serviços administrativos; salas de reunião; salas de espera; corredores; átrios e espaços externos; refeitórios, copas e bares; escadas internas de emergência; elevadores.
Áreas semicríticas	Geral	Áreas de risco moderado: Áreas utilizadas pelo utente e onde se realizam procedimentos de risco, excluindo as que são classificadas como “zonas críticas”.
		Exemplo: quartos dos utentes; salas de: tratamentos, administração de aerossóis, reabilitação, de injetáveis, de vacinas, de podologia, gabinetes de consulta e de exames; refeitórios dos utentes; rouparia e instalações sanitárias.
	Específica	Áreas de risco moderado: Áreas onde se armazenam resíduos de risco biológico e a roupa usada, enquanto aguardam a sua remoção.
		Exemplo: Zona de armazenagem de resíduos dos grupos III e IV e de roupa suja. Zona de lavagem de material e equipamento.
Áreas Críticas	Geral	Áreas de risco elevado: são áreas em que existe um maior risco de transmissão de microrganismos, por serem locais onde se realizam procedimentos de risco e/ou onde os utentes são mais susceptíveis à infeção.
		Exemplo: salas de pequena cirurgia; quartos de isolamento, neonatologia, unidade de cuidados intensivos, áreas de tratamentos de feridas, salas de estomatologia, áreas de cuidados paliativos.
	Específica	Áreas de risco elevado: áreas com procedimentos específicos com considerável risco biológico, exigindo um plano de limpeza e desinfeção específico.
		Exemplo: bloco operatório, laboratórios, serviço de esterilização, serviço de imunohemoterapia; centro de diagnóstico pneumológico

Fonte: Adaptado de documentação da UL-PPCIRA HSEIT e ARSLVT: “A higienização das instalações dos Centros de Saúde no contexto da Prevenção e Controlo da Infeção”, 2009

Recomendações

Para um programa de higiene e limpeza ambiental eficaz é fundamental a correta seleção e utilização de equipamentos e materiais de limpeza. O conhecimento de quais os produtos adequados, a sua diluição, acompanhada de uma efetiva higiene das mãos são elementos essenciais de interrupção da cadeia epidemiológica da infeção.

A adesão aos programas e eficácia dos produtos de higiene ambiental devem ser alvo de monitorização através da realização de auditorias periódicas, das quais deve resultar informação de retorno aos intervenientes.

A formação e treino de todos os profissionais responsáveis pelo processo de limpeza e monitorização das práticas é um componente essencial de um Programa de Limpeza ambiental.

Todas as unidades devem desenvolver planos de higienização, que devem incluir:

- Elaboração dos impressos de higienização onde deve estar especificado o local a ser higienizado;
- O tipo, horários e a frequência da limpeza;
- O método (produto, processo);
- Plano detalhados para limpeza ambiental de superfícies e equipamento não crítico em todos os tipos de área de cuidados dos doentes.
- A identificação da pessoa responsável pelas tarefas de limpeza;
- Monitorização do processo de limpeza;
- Reportar qualquer situação de relevo à UL-PPCIRA e Serviço responsável pela equipa de limpeza/gestor de contrato de limpeza.

Princípios de frequência da limpeza ambiental baseados no risco

A metodologia de limpeza e os produtos a utilizar devem obedecer sempre aos mesmos conceitos e métodos, independentemente da classificação de risco, o que altera, é a frequência da limpeza que deverá ser instituída para cada área, consoante a especificidade dos serviços e suscetibilidades dos doentes:

- Probabilidade de contaminação - As superfícies e itens muito contaminados requerem uma limpeza ambiental mais frequente e rigorosa do que as superfícies moderadamente contaminadas, o que, por sua vez, requer uma limpeza ambiental mais frequente e rigorosa do que as superfícies e itens ligeiramente contaminados ou não contaminados.
- Vulnerabilidade dos doentes a infeções - As superfícies e itens em áreas de cuidados com doentes vulneráveis (por exemplo, imunocomprometidos,

neonatos, queimados) requerem uma limpeza ambiental mais frequente e rigorosa do que a superfície e itens em áreas com doentes menos vulneráveis.

- Potencial para exposição a agentes patogénicos - As superfícies de elevada manipulação ou toque frequente (maçanetas, mesas de cabeceira, grades das camas, campainhas, interruptores, paredes á volta das sanitas, etc) requerem uma limpeza ambiental mais frequente e rigorosa do que as superfícies de toque reduzido (ex. paredes, tetos).

A frequência da limpeza deverá ser definida de acordo com a criticidade, conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4 - Frequência mínima da limpeza de acordo com criticidade

Área	Prioridade	Frequência mínima de limpeza por tipo de limpeza		
		Limpeza Corrente	Limpeza Imediata	Limpeza Global
Não crítica	Baixa	1 vez por dia	Sempre que ocorram derrame de sangue ou matéria orgânica	6 em 6 meses
Semicrítica	Geral	2 vezes por dia		Definido de acordo com as especificidades locais
	Específica	Após remoção dos contentores ou resíduos		
Crítica	Geral	2 a 3 vezes por dia		Mensal
	Específica	De acordo com as especificidades da área		De acordo com as especificidades da área

Nota 1. Deverá ser feita uma **limpeza adicional** à limpeza corrente, sempre que necessário (ex^o sujidade visível)

Nota 2. Ter em conta as recomendações da AESOP, para a elaboração dos planos de higienização dos Blocos Operatórios.

Fonte: Adaptado de documentação da UL-PPCIRA HSEIT e ARSLVT: "A higienização das instalações dos Centros de Saúde no contexto da Prevenção e Controlo da Infecção", 2009

Procedimentos gerais de limpeza ambiental:

Por forma a minimizar a transmissão de microrganismos do equipamento e ambiente para o doente, detalha-se, neste documento, o processo de limpeza (metodologia, frequência e produtos).

Todos os procedimentos de limpeza ambiental devem utilizar sempre as seguintes estratégias gerais:

- Realizar **avaliação visual preliminar do local** e determinar se:

- O estado do doente pode representar um desafio para uma limpeza segura;
- Existe qualquer necessidade de EPI ou consumíveis adicionais;
- Existem obstáculos ou problemas que possam representar um desafio para uma limpeza segura;
- Retirar todos os equipamentos e materiais que não pertençam à unidade do doente, antes de iniciar as limpezas;
- Prosseguir **da área mais limpa para a mais suja**, de modo a evitar espalhar sujidade e microrganismos.
 - A limpeza deve prosseguir das áreas mais limpas para as áreas mais sujas, iniciando pelas superfícies de toque reduzido antes das superfícies de toque frequente;
 - Nas enfermarias, a limpeza corrente e terminal deve começar pelos equipamentos partilhados e superfícies comuns (pontos de luz, portas e puxadores, paredes e de seguida os batentes das janelas, etc.), seguido das superfícies e itens tocados durante os cuidados aos doentes que esteja dentro da unidade do doente e finalmente os artigos em contacto directo com o doente, de acordo com a figura 8.

Figura 8 - Procedimento de Limpeza



Fonte: Boas Práticas de Limpeza ambiental em Unidades de Cuidados de Saúde: em ambientes de recursos limitados, CDC, Departamento da Qualidade dos Cuidados de Saúde

- Prosseguir **de cima para baixo** para evitar a contaminação das áreas já limpas.
 - Limpar as barras da cama antes das pernas da cama;
 - Limpar todas as rodas e pés/pernas dos equipamentos;
 - Limpar as superfícies ambientais antes de limpar o pavimento;

- Prosseguir de forma metódica e sistemática, para evitar áreas em falta, por exemplo, da **esquerda para a direita** ou **no sentido dos ponteiros do relógio**.
- **Limpar imediatamente derrames de fluidos corporais**, utilizando as técnicas em derrames de sangue ou fluidos corporais.

Processo geral de limpeza de superfícies:

- Antes de desinfetar é obrigatório limpar. A presença de matéria orgânica nas superfícies inativa a maioria dos desinfetantes.
- Apenas são permitidos **métodos de limpeza húmida**, que não façam levantar pó, e que evitem a redistribuição de microrganismos nas superfícies. **O uso de varredura (vassoura), espanadores e limpeza a seco do pó é absolutamente interdito;**
- **Utilizar água morna nas limpezas;**
- Usar rolo de toalhete descartável/ panos limpos, individualizados para a unidade de cada doente. Os **toalhetes** adquiridos **para a higiene** dos doentes **não deverão ser utilizados no processo de limpeza;**
- No processo de limpeza utilizar o toalhete descartável/ pano de limpeza dobrado em 2, até ter o tamanho aproximado de uma mão, o que permitirá utilizar toda a área da sua superfície, desdobrando o toalhete descartável/ pano por forma a utilizar todas as 4 dobras limpas;
- Certifique-se de que existem panos de limpeza suficientes para concluir a sessão de limpeza necessária.

Limpeza Corrente da unidade do doente

É a limpeza realizada diariamente de forma a manter/ conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação. Para tal deve-se:

- Verificar o nível de sujidade das paredes e proceder à limpeza se necessário. Verificar o nível de higiene do cortinado separador, se necessário enviar para lavar e substituir;
- Assegurar, na planificação dos espaços/equipamentos a serem higienizados, que são incluídos os móveis e superfícies horizontais, cadeiras, cadeirões, peitoril da janela, televisão, telefone, mesa de cabeceira, mesa de refeição (levantar as mesas para limpar por baixo) ou outras mesas ou balcões; limpar os equipamentos de paredes (de sucção, manómetros, bem como ponto de TV, etc.);
- A prioridade de limpeza deverá ser definida pelo responsável do serviço; se isolamento protetor, deverá ser a primeira unidade a ser limpa; se isolamento de contenção deverá ser no final da jornada de limpeza.

Limpeza Terminal da unidade do doente

A limpeza terminal das áreas de internamento, que ocorre após a alta/transferência do doente, inclui a zona dos doentes e a área de cuidados dos doentes mais ampla e visa remover material orgânico e reduzir significativamente a contaminação microbiana para garantir que não existe transferência de microrganismos para o doente seguinte.

Processo geral de **limpeza terminal**:

- Remover itens de cuidados pessoais sujos/utilizados (por exemplo, copos, louça) para reprocessamento ou eliminação;
- Remover a roupa de cama fornecida pelas unidades para reprocessamento;
- Deve-se retirar todo o material de oxigenoterapia utilizado, sacos de aspiradores e eliminar como resíduos do Grupo III;
- Os equipamentos médicos elétricos deverão ser retirados e higienizados;
- Os cortinados separadores das camas, devem ser removidos para lavagem/desinfecção em máquina própria com ciclo de desinfecção química;
- Limpar (esfregar) e desinfetar os lavatórios de lavagem das mãos.

- **A limpeza terminal** deve obedecer à limpeza de todas as superfícies, pela seguinte ordem: paredes até à altura do braço (não é necessário lavar as paredes acima de um metro e meio ou o teto) > estruturas acima da cama: varões dos cortinados > barras horizontais com focos de luz (por cima das cabeceiras das camas) > armários/prateleiras > mesas > campainhas e respetivos cabos > camas > cabeceiras de cama e respetivo cabo elétrico > colchões > rodas das camas > chão.
- A ventilação na sala deve ser aumentada durante e após a limpeza com abertura das janelas (se possível);

Limpeza imediata

A exposição a derrame de sangue e/ou a fluidos orgânicos é considerado um evento de risco pelo potencial risco de infeção e, por isso, deve ser realizada por profissionais treinados para o efeito, e de acordo com as normas instituídas.

Devem ser definidos os responsáveis pela limpeza imediata de salpicos e derrames de sangue ou outra matéria orgânica, nos diferentes serviços.

Além do EPI adequado ao **processo de limpeza** o profissional que procede à limpeza imediata deverá assegurar o seguinte material:

- Recipiente para os resíduos do Grupo III (saco branco),
- Toalhetes absorventes de uso único;
- Desinfetante à base de cloro (em pastilha ou em grânulos);
- Solução de água e detergente multiusos;
- Esfregona e balde.
- **Após limpeza do derrame** proceder á limpeza dos utensílios de limpeza.
- Retirar o EPI e proceder à higiene das mãos.

Procedimento a adotar em caso de **derrames de fluídos orgânicos**:

Situação de derrame	Desinfetante	
	Hipoclorito de sódio (lixívia)	Dicloroisocianurato de sódio
Salpicos ou derramamento de fluídos orgânicos até 30 cc (com exceção da urina)	<ol style="list-style-type: none"> 1- <u>Cobrir</u> toda a área do derrame, com toalhete absorvente ou celulose embebido em hipoclorito de sódio*, na diluição de 1%, deixando atuar 5 minutos. 2- <u>Remover</u> os toalhetes absorventes e depositar no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III. 3- <u>Lavar</u> de seguida com água morna e detergente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- <u>Circunscrever</u> e polvilhar toda a área a descontaminar com grânulos de dicloroisocianurato de sódio, deixando atuar durante 5 minutos. 2- <u>Remover</u> os grânulos com papel absorvente e depositar no contentor /saco de resíduos hospitalares do Grupo III. 3- <u>Lavar</u> de seguida com água morna e detergente.
Salpicos ou derramamento de fluídos orgânicos superiores a 30 cc (com exceção da urina)	<ol style="list-style-type: none"> 1- <u>Circunscrever</u> toda a área do derrame, com toalhete absorvente ou celulose para evitar a dispersão dos líquidos. 2- Cobrir toda a área do derrame com toalhete ou celulose embebido em hipoclorito de sódio* na diluição 1%, deixando atuar durante 5 minutos. 3- <u>Remover</u> os toalhetes absorventes e depositar no contentor/saco de resíduos hospitalares do Grupo III. 4- <u>Lavar</u> de seguida com água morna e detergente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1- <u>Circunscrever</u> toda a área do derrame, com toalhete absorvente ou celulose para evitar a dispersão dos líquidos. 2- <u>Polvilhar</u> toda a área a descontaminar com grânulos, deixando atuar durante 5 minutos. 3- <u>Remover</u> os grânulos com toalhetes absorvente e depositar no contentor /saco de resíduos hospitalares do Grupo III. 4- <u>Lavar</u> de seguida com água morna e detergente.

*A diluição deverá ser realizada a 1% de cloro livre(10.000ppm), de acordo com as indicações do produto.

Nota: **NUNCA** utilizar desinfetante à base de cloro diretamente sobre derrames de urina, porque a reação entre o amoníaco da urina e o cloro libertam vapores irritantes e tóxicos.

Fonte: DGS: Higiene, Controlo e Avaliação do Ambiente de Cuidados de Saúde: Controlo Ambiental: Abordagem Teórica (2015)

Equipamento não crítico de cuidados dos doentes

O equipamento portátil ou estacionário de cuidados não críticos dos doentes inclui suportes de medicamentos para administração IV, cadeiras-sanitárias, braçadeiras de pressão arterial e estetoscópios. Estes itens de contacto elevado são:

- Utilizados por profissionais de saúde para tocar nos doentes (ou seja, estetoscópios);
- Frequentemente tocado por profissionais de saúde e doentes (por exemplo, suportes de medicamentos para administração IV);
- Partilhados frequentemente entre doentes.

Boas práticas para a seleção e cuidados do **equipamento não crítico** de cuidados dos doentes:

- Descontaminar todo o equipamento utilizando os métodos e produtos disponíveis nas unidades;
- Todo o equipamento deve incluir instruções do fabricante escritas e detalhadas para limpeza e desinfeção, incluindo instruções pictóricas se for necessária a desmontagem;
- Dar formação ao pessoal responsável pela descontaminação do equipamento sobre os procedimentos antes de o equipamento ser colocado em utilização;
- Nas áreas de cuidados dos doentes, não é permitido equipamento que não possa ser limpo e desinfetado;
- Se existirem coberturas de plástico a proteger equipamento difícil de limpar, limpar estes itens com a mesma frequência, inspecionar as coberturas para verificar se estão danificadas regularmente e reparar ou substituir conforme necessário.

Considerações sobre compatibilidade do material

Deve ser incluída uma lista de produtos de limpeza e desinfetantes compatíveis nas instruções do fabricante ou fornecida pelo fabricante mediante solicitação. Se as instruções do fabricante não estiverem disponíveis, seguem-se as considerações de compatibilidade de materiais aplicáveis e as boas práticas para a utilização de desinfetantes de cuidados de saúde.

Desinfecção de material recomendada e considerações de compatibilidade de desinfetantes:

Tabela 5 - Compatibilidade de desinfetantes

Desinfetante	Considerações sobre compatibilidade do material	Boas práticas para a utilização em equipamento não crítico de cuidados aos doentes
Baseado em cloro/hipoclorito	Corrosivo para metais	<ul style="list-style-type: none"> A concentração não deve exceder 1000ppm ou 0,1% Enxague o equipamento com água limpa após a desinfecção
Álcoois (60-80%)	Podem deteriorar colas e causar danos nos tubos de plástico, silicone e borracha	Bom para desinfetar equipamento ou dispositivos pequenos que possam ser imersos (por exemplo estetoscópios, termómetros)

Fonte: Boas Práticas de Limpeza ambiental em Unidades de Cuidados de Saúde: em ambientes de recursos limitados, CDC, Departamento da Qualidade dos Cuidados de Saúde

Limpeza do pavimento

Os pavimentos geralmente representam um baixo risco de transmissão de agentes patogénicos. Por conseguinte, em circunstâncias normais, devem ser limpos diariamente, mas a utilização de um desinfetante não é necessária.

A diversidade de pavimentos leva a que existam diferentes métodos de limpeza, tanto manuais como mecânicos (máquinas automáticas de lavar e/ou enxaguar e de jatos de vapor de água sob pressão).

Método mecânico: através de máquinas automáticas de lavar e /ou enxugar:

- Na generalidade estas máquinas possuem depósito para soluções de detergente, o qual é doseado diretamente para a escova através de um dispositivo de autoaplicação.

- O processo de lavagem efetua-se através de escovas ou discos de rotação, podendo aspirar simultaneamente a água da superfície do pavimento.
- Este método só se adequa a áreas de maiores dimensões.

Método manual húmido:

- Na limpeza do pavimento preconiza-se a utilização de carros de limpeza indicados segundo a classificação de risco de cada área:
 - **Sistema de duplo balde** – utilizado em áreas não críticas (ex.: corredores, áreas administrativas);
 - **Sistema de uso único para esfregonas pré humedecidas** – utilizado em áreas semicríticas e críticas (ex. enfermarias, sala de tratamentos, instalações sanitárias das enfermarias, gabinete podologia, etc.).
- A água utilizada no processo de limpeza deve ser morna e renovada com a maior frequência possível e sempre na mudança de uma área para outra;
- **O chão deve ser lavado uma vez por semana exclusivamente com água** a fim de remover a película de detergente que vai sendo acumulada;
- **Periodicidade mínima da limpeza do pavimento de acordo com o tipo de área:**
 - **Não crítica:** Lavagem diária com água morna e detergente, pelo menos 1 vez por dia; lavagem simples só com água morna, pelo menos 1 vez por semana;
 - **Semicrítica:** Lavagem diária com água morna e detergente, pelo menos 2 vezes por dia; lavagem simples só com água morna, pelo menos 1 vez por semana;
 - **Crítica:** Lavagem diária com água morna e detergente, pelo menos 2 a 3 vezes por dia; lavagem simples só com água morna, pelo menos 1 vez por semana;
 - **Bloco operativo:** Periodicidade de lavagem específica a ser analisada individualmente.
- **O chão e as superfícies que não contactam diretamente com o doente** não necessitam de aplicação de desinfetante sendo suficiente a sua lavagem com água morna e detergente multiusos.

Cuidados de armazenamento de materiais, equipamentos de limpeza e EPI

- Os materiais e equipamentos de limpeza ficam rapidamente contaminados durante a sua utilização, pelo que é essencial reprocessar regularmente todos os materiais reutilizáveis (limpar, desinfetar e secar);
- Os materiais de limpeza devem ser exclusivos para cada área e não deve existir troca de equipamentos de um serviço para o outro para evitar a redistribuição cruzada de microrganismos;
- As embalagens de detergentes/desinfetantes em utilização nos serviços devem estar identificadas com o respetivo rótulo e com data de abertura da embalagem. É proibido a trasfega de produtos entre embalagens bem como a sua mistura;
- No final da jornada de trabalho e sempre que utilizados em locais contaminados, antes de transitarem para outra área, os equipamentos de limpeza devem ser higienizados de acordo com a informação constante da tabela seguinte:

Tabela 6 - Cuidados de armazenamento de materiais e equipamentos de limpeza

Materiais e equipamentos	Requisitos	Recomendações
Esfregonas/ mops	Os cabos devem ser de material não poroso, pelo que não deverão ser de madeira; Devem ser preferencialmente de algodão e removíveis do cabo, de forma a poderem ser lavadas e secas em máquina com altas temperaturas. Este material deve ser, por isso, termorresistente; Devem ser exclusivas de cada área, podendo recorrer-se a código de cores.	Os cabos das esfregonas/mops e devem ser lavados com água morna e detergente e secos; As esfregonas/mops sujas devem manter-se acondicionadas separadamente em saco fechado; Substitua as cabeças de esfregonas/mops com a frequência necessária; Após serem lavadas e secas, devem ser guardadas em local próprio e fechado.
Panos de limpeza	Os rolos de toalhetes de uso único devem ser o primeiro recurso dos serviços no processo de limpeza.	Se pontualmente os serviços recorrerem a panos têxteis, estes devem ser colocados em sacos plásticos para posteriormente

	<p>Caso se opte por panos reutilizáveis, estes devem ser termorresistentes;</p> <p>Os panos devem ser diferenciados por zona de limpeza pela adoção do código de cores. Sempre que possível utilizar o código padronizado pela OMS;</p> <p>A cor dos panos não deve sair com o uso de desinfetante.</p>	<p>serem submetidos a um tratamento mecânico com ciclo de desinfecção térmica;</p> <p>Não se aconselha o armazenamento prolongado de equipamentos/têxteis, em solução desinfetante, apenas o tempo indicado pelo fabricante e na diluição certa.</p>
Máquinas de lavar pavimentos	<p>Devem ser de fácil higienização;</p> <p>Devem ter, preferencialmente, o regulador da temperatura distinto do botão de seleção do programa;</p> <p>Devem emitir um baixo nível de ruído, quando em funcionamento.</p>	<p>Sempre que tenham depósitos de água deve proceder-se, após cada utilização, ao seu despejo, lavagem e secagem;</p> <p>As escovas da máquina devem ser lavadas diariamente.</p>
Carros de limpeza	<p>Deve ter duplo balde e prateleiras para colocação dos materiais e produtos de limpeza;</p> <p>Deve ser em material liso, lavável, resistente e imputrescível.</p>	<p>Devem ser lavados com água morna e detergente.</p>
Baldes	<p>Devem ser de material liso, lavável, resistente e imputrescível.</p>	<p>Devem ser despejados, na zona de sujos;</p> <p>Devem ser lavados com água morna e detergente e guardados secos, em posição invertida.</p>

Fonte: DGS: Higiene, Controlo e Avaliação do Ambiente de Cuidados de Saúde: Controlo Ambiental: Abordagem Teórica (2015)

Equipamento de Proteção Individual (EPI)

- A utilização de EPI é uma medida complementar de prevenção para reduzir a exposição a microrganismos, a agentes químicos perigosos (produtos de limpeza e desinfecção) e disseminação de microrganismos de uma área dos cuidados para outra;
- A Higiene das mãos deve ser realizada antes de colocar o EPI e imediatamente após a sua remoção;

- Os EPI devem ser selecionados de acordo com o tipo de exposição e o definido na ficha de dados de segurança/ rótulo do produto, tendo em conta:
 - Farda/Bata: deve possibilitar a liberdade de movimentos do profissional;
 - Calçado: confortável, fechado, antiderrapante;
 - Máscara: resistente à penetração de fluidos, na utilização de desinfetantes.
- As luvas constituem uma barreira à higiene das mãos pelo que devem ser sempre trocadas entre cada sessão de limpeza, e sempre que se mudar de área;
- O EPI a utilizar nas áreas de isolamento, de proteção ou contenção, deverá ser o mesmo usado na prestação de cuidados ao doente em causa (**Ver capítulo “Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão”**).

Tabela 9 - Seleção de EPI no processo de limpeza

Equipamento de proteção individual						
	Luvas de borracha ou “de ménage”	Bata	Avental de Plástico	Óculos de proteção	Calçado	Máscara
Limpeza	X	X		X	X	
Desinfecção	X	X	X	X	X	X

Fonte: Adaptado de DGS: Higiene, Controlo e Avaliação do Ambiente de Cuidados de Saúde: Controlo Ambiental: Abordagem Teórica (2015)

Obras

A realização de obras é um procedimento de elevado risco de contaminação ambiental pelo que a UL-PPCIRA deve ser informada das obras previstas, na sua Unidade de Saúde. No fim das obras, para além da habitual limpeza terminal de obra (remoção de poeira e entulho) deve ser feita uma limpeza geral, antes de ocupar/ reocupar o espaço incluindo paredes, tetos, mobiliário e todas as superfícies horizontais. Deve ser efetuada a limpeza e manutenção das torneiras/ chuveiros.

Controlo de pragas

As baratas, moscas, mosquitos, formigas, ratos, aranhas são as espécies animais encontradas com maior frequência nas unidades de saúde. Podem atuar como agentes mecânicos de transmissão de microrganismos, ou como participantes ativos na transmissão de doenças servindo como vetor. Como tal, será essencial que cada unidade de saúde desenvolva um programa de controle de pragas e o monitorize regularmente.

É importante que o controlo ambiental seja implementado no âmbito de um programa de PCI funcional, assegurando ao mesmo tempo uma abordagem multisectorial para permitir o envolvimento e coordenação nos vários sectores que têm um papel a desempenhar de modo a garantir um programa de limpeza funcional e eficaz.

É de suma importância realizar avaliações padronizadas de rotina da limpeza ambiental para garantir que os procedimentos de limpeza ambiental estão a ser realizados de acordo com as boas práticas e a política das unidades.

7. Manuseamento Seguro da Roupa

Fundamentação

A roupa hospitalar pode ser fonte de um elevado número de microrganismos patogénicos. No entanto, são muito poucos os relatos de infeções associadas aos cuidados de saúde relacionadas com a roupa. Considera-se que o risco de transmissão de infeção durante o circuito da roupa é insignificante e, por isso, as medidas básicas de prevenção e controlo são eficazes na redução do risco de infeção. As medidas de prevenção e controlo descritas neste documento referem-se a serviços de lavandaria utilizados por unidades de saúde, internas ou contratadas, e não à lavagem de roupa em casa própria.

Recomendações

Recomendações gerais

Na escolha de roupa hospitalar deve ser tida em conta a termo resistência, a durabilidade e o conforto para os doentes.

A roupa deve existir em quantidade suficiente de modo que não se verifique rutura no fornecimento de roupa lavada aos serviços, mas deve ser evitada também a sua excessiva acumulação. Assim, recomenda-se a sua distribuição e recolha pela lavandaria pelo menos uma vez por dia, ou de acordo com o movimento do serviço.

A roupa limpa deve ser manipulada o mínimo possível e sempre com as mãos higienizadas. A roupa suja deve ser considerada contaminada e colocada em sacos imediatamente após o seu uso.

A roupa usada nos doentes não deve ser usada para outros fins. (p.ex., limpar água, reter a água do chão, limpar as mãos).

Deve existir um serviço responsável pelo tratamento e distribuição da roupa hospitalar e que deve cumprir vários requisitos.

Lavandaria

A estrutura da lavandaria deve permitir a separação física entre as áreas sujas e as áreas limpas. A roupa limpa não deverá entrar em contacto com a roupa suja ou estar no mesmo espaço.

Área suja, com circuito próprio para a receção e triagem dos sacos de roupa suja, com ventilação adequada.

Área limpa onde se processam as seguintes etapas:

- Fim do ciclo de lavagem;
- Secagem, prensagem, calandragem;
- Passagem para a rouparia;
- Armazenamento na rouparia;
- Carregamento dos carros para distribuição;
- Transporte até aos serviços utilizadores.

A lavandaria deve ter instalações para os profissionais tomarem duche e mudarem de roupa.

O pessoal da lavandaria deve:

- Ter farda própria e de cor diferente consoante o posto de trabalho (limpo/sujo);
- Utilizar proteção no cabelo corretamente colocada;
- Usar avental plástico para manuseamento da roupa lavada molhada;
- Não fumar ou comer no local de trabalho;
- Apresentar as unhas sempre cortadas, limpas e sem verniz;
- Não usar adornos que possam cair ou sejam de difícil lavagem, designadamente anéis e/ou pulseiras.

O pessoal que manuseia a roupa suja deverá remover os equipamentos de proteção individual e lavar as mãos imediatamente no final da tarefa. Se o mesmo funcionário tiver que passar para a área **limpa** é recomendado tomar duche e vestir nova farda.

Acondicionamento da roupa limpa na Lavandaria

Após o tratamento, a roupa limpa poderá ser armazenada numa primeira fase no armazém de roupa limpa da Lavandaria que deverá dispor de local próprio para este efeito.

O local deverá ter um plano escrito de higienização, diária, semanal e mensal de acordo com o movimento e circulação da roupa. Deverá existir um plano com periodicidade definida para a higienização das grelhas de ventilação dado que é um local de grande produção de algodão.

A roupa deve estar protegida em sacos ou caixas de plástico, se armazenada em estantes abertas.

A roupa lavada não deve ser armazenada junto a outros produtos.

As prateleiras de armazenamento deverão estar pelo menos a 30 cm do chão e 45 cm do teto.

A roupa lavada deve ser manipulada o mínimo de vezes possível.

Transporte de roupa limpa

O carregamento da roupa limpa deve ocorrer em carros fechados e previamente higienizados. Se não houver carros fechados disponíveis a roupa limpa deve ser embalada em sacos ou caixas fechadas.

O pessoal que transporta roupa limpa deve apresentar-se corretamente fardado e limpo, com o cabelo apanhado, usar unhas curtas, limpas e sem verniz/gel e não trazer adornos.

Os carros de transporte devem ter cor diferente dos da roupa suja e serem higienizados no final da atividade.

Armazenamento de roupa limpa nos serviços

Nos serviços, a roupa deve ser guardada em local próprio e não deve ser armazenada junto a outros produtos e materiais.

A roupa lavada deve ser armazenada preferencialmente em armário fechado de dimensões apropriadas. Se tal não for possível, as prateleiras de armazenamento deverão estar a 30cm do chão e a 45cm do teto.

O espaço deve ser arejado e ter temperatura e humidade controlada e ser limpo e seco com periodicidade definida.

A manipulação da roupa limpa deve ser feita exclusivamente com as mãos higienizadas.

Só deverá ser retirada a roupa necessária para a utilização no momento, devendo evitar-se armazenamentos posteriores de roupa que já circulou pelo serviço.

Roupa suja

A roupa suja deve ser manuseada com cuidado, evitando contaminar a farda ou o ambiente. Logo que seja retirada do local onde foi usada, a roupa deve ser colocada imediatamente nos respetivos sacos e não pousar em cima de outras superfícies (mobiliário, baldes do lixo) ou mesmo no chão.

A roupa suja não deverá ser manuseada depois de contida nos sacos, mas sim colocada diretamente nas máquinas de lavar, sem haver necessidade de a manusear por parte do pessoal da lavandaria. No entanto, esta separação poderá ser necessária para proteger as máquinas de objetos duros, por exemplo, agulhas, seringas ou outros materiais que podem ter sido colocados inadvertidamente junto com a roupa suja. Além disso, se o fluxo de trabalho permitir, fazer ciclos de lavagem por tipo de roupa específicos pode aumentar a eficiência de trabalho nas etapas de secagem e dobragem da roupa.

Na eventualidade de se proceder a separação da roupa suja antes de a colocar na máquina, esta só poderá ser feita na lavandaria em local próprio e fisicamente separado, com condições de ventilação apropriadas, com lavatório para as mãos e duche para os profissionais desta área. O pessoal que efetua esta tarefa deverá estar instruído dos riscos associados e ter vestuário de proteção apropriado: bata de manga comprida,

touca, luvas de borracha (*menage*), máscara e botas. Após a triagem, deverá tomar duche e mudar de roupa.

Triagem da roupa suja nos serviços

Devem existir nos serviços, carros ou suportes rodados para sacos da roupa em quantidade suficiente, de modo que a triagem possa ser feita junto da cama do doente ou do local de prestação de cuidados. Estes carros devem ser apenas para a roupa suja; não deve haver carros que contenham roupa limpa e roupa suja simultaneamente.

A roupa deve ser separada não por tipo de sujidade, mas por tipo de material. Por exemplo, a roupa termossensível, como tem um tratamento especial, deve ser colocada em sacos à parte e devidamente sinalizados pelos serviços. Cada instituição deverá ter sacos de cor diferente para esta separação ou outra que achem ser necessária para minimizar o risco de manipulação posterior.

Os sacos, identificados com o nome do serviço, devem ser cheios até 2/3 da sua capacidade para permitir o seu correto encerramento.

Mesmo não tendo sujidade visível, a roupa deve ser enrodilhada com a parte que se supõe mais contaminada para dentro. A roupa com matéria orgânica deve ser removida pela parte não conspurcada enrolando ou dobrando de modo que as zonas conspurcadas fiquem no centro do “embrulho”. Na medida do possível, deve ser retirada a matéria orgânica da roupa antes de a colocar no saco, principalmente em situações de grandes quantidades de sujidade sólida (p. ex: fezes). Este tipo de roupa deve ser claramente identificado (etiquetas, código de cores ou outros métodos) para que os profissionais de saúde manuseiem esses itens com segurança, independentemente de a roupa ser transportada dentro da instalação ou destinada ao transporte para um serviço de lavandaria externo.

Não existe recomendação que exija uma separação da roupa proveniente de áreas de isolamento. A adesão às precauções básicas de controlo da infeção ao manusear roupas usadas nestas áreas e a minimização da agitação das peças de roupa são consideradas suficientes para evitar a dispersão de partículas potencialmente infecciosas. No entanto,

deve haver um cuidado extra ao manusear os sacos de roupa, assegurando que o exterior dos sacos não acarreta um risco acrescido durante a sua manipulação posterior.

Armazenamento dos sacos de roupa suja

Os sacos da roupa suja (corretamente encerrados) ficam na zona suja de cada um dos serviços, até serem transportados para a Lavandaria. Essas zonas devem estar equipadas com lavatório, sabão e toalhetes de papel para higienização das mãos dos profissionais após manipularem os sacos.

Recolha da roupa suja

A roupa suja deve permanecer o mínimo tempo possível nos serviços, pelo que os horários estabelecidos para a recolha devem ser cumpridos.

Os horários de recolha deverão ser definidos em função da quantidade de produção de roupa suja, no entanto, os sacos devem ser removidos, pelo menos, uma vez por dia. Ao fim-de-semana esta recolha deve ser decidida consoante o fluxo de trabalho de cada um dos serviços.

Transporte da roupa suja

As roupas devem ser colocadas em sacos (outro recipiente apropriado) que devem ser amarrados e fechados com segurança de modo a evitar vazamentos. Os sacos devem ser resistentes à tração suficiente para conter roupas. Para roupa seca poderão ser utilizados sacos de pano (lonas) mas se a roupa estiver molhada é recomendado saco impermeável. Os sacos de lona para o transporte de roupa suja devem ser utilizados apenas para este fim e devem ser lavados após cada utilização.

Os sacos de roupa suja não devem ser atirados de forma violenta, ou seja, não empurrar ou atirar pelo ar, pois pode provocar a libertação de partículas contaminadas, nem devem ser arrastados pelo chão.

O pessoal que efetua a recolha da roupa suja deverá pegar nos sacos pela parte superior evitando o contacto com a farda. Ter o carro de transporte o mais próximo possível das zonas de acondicionamento evitando arrastar os sacos pelo chão.

O pessoal que transporta roupa suja dos serviços deve usar luvas no manuseamento dos sacos. Após o carregamento do carro deve descalçar as luvas e lavar as mãos antes de abandonar o serviço onde fez a recolha. Nunca abrir portas com as luvas colocadas.

O transporte deve ser feito preferencialmente em carros próprios fechados, de cor diferente dos de transporte da roupa limpa e serem de fácil limpeza.

Os carros devem ser higienizados diariamente no final da atividade, com água e detergente, e secos.

Tratamento da roupa suja

Toda a roupa hospitalar deve ser submetida a um processo de desinfeção. Esse processo pode ser conseguido pelo calor ou com a associação de desinfetante químico.

As roupas que têm presença de matéria orgânica devem ser sujeitas a uma pré-lavagem com água fria, para evitar a fixação de manchas que podem acontecer com a água muito quente.

Para a desinfeção por calor, a roupa deve ser lavada a uma temperatura de:

- 70°C durante 25 minutos ou
- 95°C durante 10 minutos.

A roupa termossensível terá que ter associado à lavagem um ciclo de desinfeção química, por exemplo, com lixívia.

As máquinas não devem ser demasiado cheias.

O detergente utilizado deve ser o indicado para as temperaturas mínimas estabelecidas, evitando problemas cutâneos e danos na roupa.

A roupa depois de lavada deve ser manuseada o menos possível para evitar que seja contaminada.

Para os restantes processos (secagem, calandragem e dobragem da roupa) ter em atenção que as superfícies onde as roupas são manipuladas devem estar limpas e desinfetadas. Estas superfícies devem ser em material não poroso que permita uma descontaminação eficaz.

Se a roupa tocar em superfícies que não estejam limpas (p.e: se tocar no chão) deve ser novamente processada.

Devem existir procedimentos/instruções de trabalho para que o tratamento da roupa seja uniformizado e cumprido por todos os profissionais da Lavandaria.

Nos casos de hospitalização domiciliária, não existem requisitos específicos para o tratamento de roupa usada pelo doente, podendo ser processadas em máquinas domésticas, mas sempre que possível deve ser lavada à temperatura máxima possível. As roupas de pessoas com incontinência fecal/urinária ou com presença de feridas exsudativas devem ser lavadas à parte. Na impossibilidade de tratar da roupa do doente na sua própria casa elas devem ser processadas numa lavandaria hospitalar, não devendo ser encaminhadas para lavandarias comerciais.

8. Recolha segura de resíduos

Fundamentação

A gestão de Resíduos Hospitalares (RH) é entendida como o conjunto das operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação dos resíduos, de forma a não constituir perigo ou causar prejuízo para a saúde humana ou para o ambiente, sendo atribuída a responsabilidade dessa gestão aos produtores, designadamente, aos diretores das instituições de saúde.

De acordo com o Despacho n.º 242/96, de 13 de agosto, cada unidade prestadora de cuidados de saúde deve ter um Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares adequado à sua dimensão, estrutura e quantidade de resíduos produzidos, tendo em conta critérios de operacionalidade e de menor risco para os doentes, trabalhadores e público em geral.

O referido despacho procede à sua divisão em quatro grupos:

- Grupo I – resíduos equiparados a urbanos – aqueles que não apresentam exigências especiais no seu tratamento. Integram-se neste grupo:
 - Resíduos provenientes de serviços gerais (gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestiários, etc);
 - Resíduos provenientes de serviços de apoio (oficinas, jardins, armazéns e outros);
 - Embalagens e invólucros comuns (papel, cartão, mangas mistas e outros de natureza idêntica);
 - Resíduos provenientes da hotelaria resultantes da confeção e restos de alimentos servidos a doentes não incluídos no Grupo III.
- Grupo II – resíduos hospitalares não perigosos – aqueles que não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos. Incluem-se neste grupo:
 - Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas não contaminados e sem vestígios de sangue;
 - Fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue;

- Material de proteção individual utilizado nos serviços gerais e de apoio, com exceção do utilizado na recolha de resíduos;
- Embalagens vazias de medicamentos ou de outros produtos de uso clínico/comum, com exceção dos incluídos nos Grupos III e IV;
- Frascos de soros não contaminados, com exceção dos do Grupo IV.
- Grupo III – resíduos hospitalares de risco biológico – resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, suscetíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano. Inserem-se neste grupo:
 - Todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com exceção dos do Grupo IV;
 - Todo o material utilizado em diálise;
 - Peças anatómicas não identificáveis e placentas;
 - Resíduos que resultam da administração de sangue e derivados;
 - Sistemas utilizados na administração de soros e medicamentos, com exceção dos do Grupo IV;
 - Sacos coletores de fluidos orgânicos e respetivos sistemas;
 - Material ortopédico: talas, gessos e ligaduras gessadas contaminados ou com vestígios de sangue; material de prótese retirado a doentes;
 - Fraldas e resguardos descartáveis contaminados ou com vestígios de sangue;
 - Material de proteção individual utilizado em cuidados de saúde e serviços de apoio geral em que haja contacto com produtos contaminados (luvas, máscaras, aventais e outros).
- Grupo IV – resíduos hospitalares específicos – resíduos de vários tipos, de incineração obrigatória. Integram-se neste grupo:
 - Peças anatómicas identificáveis e fetos;
 - Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, catéteres e todo o material invasivo;
 - Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica;

- Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.
- Os resíduos são acondicionados em sacos plásticos de cores diferentes consoante a sua tipologia:
 - Sacos de plástico pretos → Resíduo urbano;
 - Sacos de plástico brancos → Resíduos de risco biológico (Grupo III);
 - Sacos de plástico vermelhos → Resíduos de risco químico (Grupo IV);
 - Contentores de cortoperfurantes → Resíduos de risco químico (Grupo IV).

Os RH do Grupos I e II estão equiparados aos resíduos urbanos estão sujeitos a medidas de valorização como a reciclagem ou compostagem. Estes resíduos devem ser destinados ao aterro ou incineração.

A eliminação dos RH pertencentes aos Grupos III e IV, considerados perigosos, só poderá ser efetuada em unidades devidamente legalizadas de acordo com o disposto na Portaria nº 174/97, de 10 de março ou no Decreto-Lei nº 127/2013, de 30 de agosto. Os resíduos pertencentes ao Grupo III poderão ser sujeitos a um método de tratamento físico ou químico, como autoclavagem, micro-ondas ou desinfeção química, ou sujeitos a incineração. Os resíduos do Grupo IV são de incineração obrigatória.

Recomendações

Controlo da armazenagem

O local de armazenagem de RH deve obedecer a normas técnicas e estruturais, devendo o gestor de RH assegurar o cumprimento desses requisitos, bem como verificada quantidade e qualidade dos contentores. Assim, deve:

- Verificar as condições do local de armazenagem, nomeadamente de segurança, ventilação, sinalização e higiene das instalações;
- Implementar a existência de zona suja e zona limpa, para contentores cheios e vazios respetivamente, devendo ser verificado periodicamente se não existe contacto entre os dois tipos de contentores;

- O armazém de RH deve ficar localizado numa zona de acesso fácil ao exterior, de forma a facilitar a remoção dos contentores de resíduos. Por outro lado, a localização fica dependente do circuito interno dos RH, de modo a impedir contaminações cruzadas.
- Deve também ser um local protegido do sol e das intempéries e inacessível a animais.
- Não deve estar localizado nas proximidades da armazenagem de alimentos ou de áreas de preparação de alimentos;
- O compartimento deve ter como capacidade mínima a correspondente aos contentores utilizados diariamente, multiplicada pelo número de dias de intervalo entre as recolhas, acrescido de espaço para armazenagem dos contentores que estiverem vazios;
- O teto do compartimento deve ser liso e lavável. As paredes e o pavimento devem ser de material impermeável, liso, facilmente lavável e desinfetável;
- O compartimento deve dispor de ventilação natural ou forçada, isto é, entrada de ar fresco (exterior) na parte de baixo do compartimento e saída de ar viciado (para o exterior) na parte de cima do compartimento;
- O compartimento deve dispor de iluminação natural ou artificial;
- O compartimento deve dispor de ponto de água e de ralo no pavimento com ligação à rede de drenagem de águas residuais, com vista à higienização dos contentores e do próprio compartimento;
- A segurança do local de armazenagem deve ser particularmente garantida no que se refere à prevenção contra incêndios. Este local deve estar sinalizado com indicação de risco biológico, deve ser de acesso interdito ao público e condicionado aos profissionais da unidade de saúde.

Recolha segura de resíduos

- 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;
- Depois de acondicionados no saco e/ou contentor, os resíduos não devem ser manipulados;
- 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. Por segurança, os contentores dos cortoperfurantes têm sinalizado no seu exterior o nível máximo de capacidade. Enquanto estão em uso, os contentores que se encontrem junto do local de produção devem manter-se fechados (sistema de fecho intermédio); devem estar identificados no local de produção com *a data de abertura e de encerramento definitivo, assim como o serviço de origem*. Devem ser lacrados se atingirem 2/3 da sua capacidade ou se contentor aberto ao fim de 15 dias;
- 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 periodicamente. Devem permitir a sua abertura sem o uso das mãos.

Manipulação dos resíduos

- Usar sempre Equipamento de Proteção Individual (EPI), (luvas, avental);
- Nunca colocar as mãos dentro de qualquer saco de resíduos;
- Nunca comprimir os sacos de resíduos quando cheios;
- Todos os sacos de resíduos devem ser manipulados com cuidado, nunca atirados, arrastados ou transportados junto ao corpo;
- Os sacos cheios devem ser manipulados apenas pela parte superior;

- Assegurar-se que os sacos não estão furados ou rasgados; se estiverem, colocar um segundo saco da mesma cor;
- **Lavar as mãos após manipular os resíduos.**

Derramamentos

- Todos os derramamentos devem ser considerados como potencialmente perigosos e limpos imediatamente;
- Quando se limpam derrames, usar sempre EPI.
- Tratando-se de resíduos sólidos, colocar o resíduo noutra saco e verificar se não há mais resíduos espalhado;
- Tratando-se de resíduos líquidos, especialmente sangue, inativar antes de limpar;
- Se estiverem presentes agulhas ou outros cortantes e perfurantes, evitar recolher com as mãos os resíduos espalhados;
- Lavar a área onde se verificou o derramamento, com água e detergente e deixar secar;
- **Lavar as mãos.**

Transporte de Resíduos

Quando se manipulam e transportam resíduos evitar:

- Comer;
- Mexer em puxadores de portas, telefones, outros carros limpos, nos cabelos;
- Executar outras tarefas simultaneamente.
- O transporte dos resíduos é efetuado pelo operador de gestão de resíduos hospitalares contratado ou pelo transportador de resíduos hospitalares por conta de outrem subcontratado pelo operador de gestão de resíduos hospitalares.

Lavar as mãos após manipular os resíduos!

Resíduos Hospitalares da Prestação de Cuidados de Saúde no Domicílio

Deve ser assegurada a prevenção e o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e a gestão de resíduos hospitalares em contexto de Hospitalização Domiciliária, nomeadamente:

- Fazer cumprir a legislação em vigor de acordo com o Decreto-lei nº 73/ 2011;
- Implementar um sistema adequado de triagem, de forma a separar materiais recicláveis, bem como assegurar a recolha e armazenamento destes resíduos no serviço, residência dos doentes e nas viaturas;
- Definir os circuitos de recolha e transporte de resíduos hospitalares, em articulação com as recomendações do PPCIRA, de modo a evitar situações de contaminação cruzada;
- Assegurar a limpeza e conservação da viatura afeta à hospitalização domiciliária, de acordo com a elaboração de Plano Ação Limpeza e Conservação das viaturas;
- Assegurar a limpeza e manutenção das malas de visitação domiciliária, de acordo com elaboração de Plano Ação de Atividades Mensal, e sempre que necessário;
- Incluir nas áreas de intervenção os doentes e/ou família/cuidadores, no respetivo ensino, instrução e treino.

As embalagens de acondicionamento dos resíduos para transporte, devem:

- Cumprir as condições do transporte de mercadorias perigosas (Classe 6.2 Matérias Infeciosas, nº ONU 32913), conforme Decreto-Lei n.º 41-A/2010, na sua redação atualizada;
- Corresponder aos requisitos de instrução de embalagem P621, da Secção 4.1.4.1 do Acordo europeu relativo ao transporte Internacional de mercadorias Perigosas por Estrada (ADR);

- Ser facilmente manuseáveis, resistentes, estanques, mantendo-se hermeticamente fechadas, e ser laváveis e desinfetáveis se forem de uso múltiplo.

Os órgãos de gestão de cada unidade de saúde ou o prestador de cuidados de saúde a título individual, atuando como produtores dos resíduos no âmbito da respetiva atividade de prestação de cuidados de saúde, são responsáveis:

- Por dar cumprimento ao determinado no quadro legal em vigor em matéria de transporte de resíduos e de resíduos hospitalares;
- Pela formação e treino dos respetivos profissionais, nomeadamente nos aspetos relacionados com:
 - A adequada separação e acondicionamento dos resíduos hospitalares;
 - A proteção quer do utente quer do profissional de saúde e os corretos procedimentos de segurança e saúde;
 - Por assegurar que os trabalhadores, de acordo com o correspondente posto de trabalho, são devidamente equipados com os EPI adequados à atividade que executam e ao risco profissional a que estão expostos, devendo ser seguidas as recomendações dos respetivos Serviços de Saúde e Segurança do Trabalho/Saúde Ocupacional;
 - Pela definição dos circuitos de prestação de cuidados de saúde, recolha e transporte dos resíduos hospitalares. Estes roteiros devem ser estabelecidos segundo critérios de operacionalidade e de menor risco para utentes, trabalhadores e público em geral.

9. Práticas seguras na administração e preparação de injetáveis

Fundamentação

Na prática clínica, a preparação e administração de medicação injetável são das intervenções invasivas realizadas com maior frequência, podendo a prática segura de preparação de injetáveis, contribuir para minimizar as IACS. Esta temática tem ganho relevo e os estudos realizados salientam a baixa uniformização das práticas entre instituições e entre profissionais, bem como, desvios no que respeita aos princípios da segurança.

A garantia das condições de assepsia na manipulação de preparações injetáveis é uma componente fundamental no controlo básico de contaminação e infeção. Assim, de forma a garantir e assegurar que todos os profissionais de saúde compreendem e aderem às boas práticas recomendadas, a técnica asséptica deve ser reforçada em programas de treino e incorporada nas auditorias institucionais de monitorização.

Na preparação e administração de injetáveis deve-se:

- Usar técnica assética para evitar contaminação do material de injeção estéril;
- Não administrar medicamentos a múltiplos utentes usando a mesma seringa, mesmo que a agulha ou cânula tenham sido mudadas;
- Usar, sempre que possível, embalagem de dose única para medicamentos injetáveis;
- Se for necessário usar embalagens de doses múltiplas, tanto a agulha/cânula, como a seringa e/ou sistema e prolongadores usados para aceder à embalagem, devem estar estéreis;
- Cumprir as condições de armazenamento recomendadas pelo fabricante;
- Se a esterilidade do injetável ou dispositivos estiverem comprometidas, ou forem duvidosas, devem ser descartadas.

Recomendações

A garantia das condições de assepsia na manipulação de preparações injetáveis é uma componente fundamental no controlo básico de contaminação e infeção.

Recomendações gerais de segurança na preparação e administração de injetáveis:

- Utilizar material individualizado, estéril e descartável;
- Cumprir os princípios de assepsia na colocação de dispositivos intravasculares (ex.: cateteres venosos centrais), cateteres de anestesia e epidurais ou na administração de fármacos por via endovenosa;
- Confirmar sempre os prazos de validade do material esterilizado e abrir as embalagens esterilizadas pela zona designada pelo fabricante para o efeito, nunca rasgar;
- Os frigoríficos destinados ao armazenamento de medicamentos devem ser utilizados apenas para este fim;
- Os métodos para reduzir a exposição e prevenir a transmissão de infeções incluem:
 - Higiene das Mãos;
 - Barreira de Proteção - Luvas;
 - Preparação e Desinfeção cutânea do doente.

Higiene das Mãos

Devem ser cumpridos os princípios enumerados na Norma DGS nº 007/2019 “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde”. No contexto da preparação e administração de injetáveis deve ser realizada antes da preparação e administração do injetável e após administração dos mesmos.

Pode ser necessário realizar a Higiene das Mãos entre a administração de injetáveis num mesmo utente, se estas se tiverem contaminado entre procedimentos.

Barreira de proteção - luvas

O uso de luvas na prestação de cuidados de saúde visa reduzir o risco de contaminação das mãos, protegendo o profissional de saúde e minimizando a transmissão de microrganismos patogénicos aos doentes. As luvas devem ser usadas apenas quando indicado, não só devido ao custo, mas também pelos riscos que acarretam, nomeadamente perda de destreza, transpiração excessiva e potencial alergia ao látex (profissional de saúde e/ou utente).

Nestas circunstâncias, os profissionais de saúde devem utilizar luvas não esterilizadas, descartáveis e de tamanho adequado, para não comprometer a destreza manual.

Utilize Luvas:

- Quando há probabilidade de entrar em contato direto com sangue ou outros materiais potencialmente contaminados;
- Quando faz venopunção, flebotomia ou administra injetáveis via endovenosa, devido à possibilidade de exposição a sangue no sítio da punção;
- Se a pele do profissional de saúde ou a do utente não estiver intacta.

Não utilize luvas:

- Para injetáveis administrados por via intradérmica, subcutânea e intramuscular de rotina se a pele do profissional de saúde e do utente estiver intacta.

As luvas não protegem contra a picada de agulha ou outros ferimentos devidos a perfuração por objetos cortantes. Estes objetos devem ser manipulados com extremo cuidado.

Não lavar ou friccionar com SABA luvas de uso único, para reutilização.

Importa sublinhar que as luvas não substituem a higienização das mãos. A proteção conferida pelas luvas não é total, e existe possibilidade de contaminação das mãos durante a sua remoção.

O uso de outro EPI deverá ser selecionado de acordo com o nível de exposição previsto a sangue ou outros fluidos orgânicos.

Preparação e desinfeção cutânea do utente

A administração por via injetável, sendo um procedimento invasivo, está associado a um risco de infeção, o que requer a utilização e o cumprimento rigoroso de técnicas de assepsia. Porém, a necessidade de desinfetar a pele antes da administração de injetáveis por via intradérmica ou subcutânea, ou em imunizações por via intramuscular, apesar de não ser consensual, configura uma boa prática.

Para assegurar uma correta técnica de desinfeção cutânea:

- Aplicar uma solução baseada em álcool de 60-70% (álcool isopropílico ou etanol) em compressa de uso único. Não usar metanol ou álcool metílico, que não são seguros para uso humano.
- Utilizar a correta técnica de desinfeção: limpar a região partindo do centro do local da punção para fora, sem passar outra vez pela mesma área;
- Aplicar a solução por 30 segundos e deixe secar completamente ou seguir as indicações fornecidas pelo fabricante.

Aspetos a ter em consideração na preparação de injetáveis

Sempre que possível, efetuar a preparação da medicação em local designado na Sala de Enfermagem e/ou carro de medicação, que permanece na Sala de Trabalho/ Enfermagem. Esta área encontra-se preferencialmente fechada, quando não está em utilização.

Mantenha a área de preparação de injetáveis livre de acumulação de materiais desnecessários para que todas as superfícies possam ser facilmente limpas.

Os produtos medicamentosos e outros produtos de saúde não devem estar expostos ao sol, calor e humidade.

Antes de iniciar a preparação de injetáveis limpe as superfícies de preparação com álcool 70% (álcool isopropílico ou etanol) e deixe secar. Se houver contaminação com sangue ou outros fluídos orgânicos devem ser removidos com procedimento adequado.

Reúna todo o equipamento necessário: agulhas e seringas estéreis de uso único; soluções de reconstituição como a água estéril ou diluente específico; compressas estéreis humedecidas com álcool 70% e contentor para objetos cortoperfurantes.

Verifique os prazos de validade dos medicamentos e dispositivos a utilizar.

Inspeção a integridade das embalagens, descartando as que se encontrem violadas ou danificadas.

Não reutilize seringas, mesmo que a agulha seja trocada.

Opte por frascos de dose única a fim de reduzir a contaminação cruzada entre utentes.

Utilize frascos de dose múltipla somente se inevitável, pois representa uma alta probabilidade de contaminação se a técnica asséptica for imperfeita. Descarte o frasco de dose múltipla se a esterilidade ou o conteúdo estiver comprometido.

Não armazene frascos de dose múltipla nas enfermarias. Armazenar de acordo com as recomendações do fabricante.

Higienize sempre as mãos antes da preparação da medicação.

Sempre que aceder a frascos de dose múltipla desinfete o diafragma de acesso (membrana oclusora) com álcool a 70% (álcool isopropílico ou etanol), e deixe secar ao ar antes de inserir um dispositivo no frasco.

Não toque na membrana após a desinfecção com álcool a 70% (álcool isopropílico ou etanol).

Use seringa e agulha estéril para cada inserção em frasco de dose múltipla e nunca deixe uma agulha em um frasco de dose múltipla.

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.

Deve-se assegurar a rotulagem dos frascos de dose múltipla.

Não mude a agulha para reutilizar a seringa, não use a mesma seringa de mistura para reconstituir vários frascos (mesmo que seja a mesma medicação), não combine restos de medicação para uso posterior.

Não use sacos ou frascos de soluções intravenosas como fonte comum de suprimento para diversos utentes (exceto em farmácias que usam camaras de fluxo laminar).

Para a preparação de um medicamento injetável com ou sem necessidade de reconstituição, elimine a agulha após a reconstituição/aspiração do fármaco e adapte nova agulha esterilizada à seringa.

Descartar os dispositivos de injeção que tenham, inadvertidamente, tocado em qualquer superfície não estéril.

Após reconstituição/preparação o medicamento deve ser administrado com a maior brevidade possível.

Usar tabuleiro desinfetado para transportar a medicação até ao utente.

Aspetos a ter em consideração na administração de injetáveis

Registar e confirmar antes de utilizar, a data de abertura e validade, dos medicamentos/produtos farmacêuticos multidose.

Utilizar fluidos e sistemas de administração apenas para um utente e descartar adequadamente após o uso. Considerar a seringa ou a agulha/cânula contaminada quando é utilizada para entrar ou conectar nos sistemas de administração.

Não utilizar sacos ou frascos de soluções intravenosas para vários utentes, em simultâneo.

Usar sempre rótulo definido pela instituição, para os medicamentos manipulados e perfusões.

Para punções especiais (ex.: mielografia, punção lombar ou anestesia epidural), usar máscara cirúrgica durante a colocação de cateter ou injeção de medicação no canal espinal, espaço subdural ou durante colheita.

Desinfetar os acessos das torneiras com álcool a 70% antes de aceder ao sistema endovenoso.

Manter os acessos das torneiras tapados quando não estão a ser utilizados.

Evitar o uso de agulhas de aço (tipo “*butterfly*”) para administração de fluidos ou medicação que possam causar necrose dos tecidos, no caso de extravasamento.

10. Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

Fundamentação

O risco de exposição a doenças transmitidas pelo sangue e outros fluidos orgânicos por parte dos profissionais de saúde é elevado, pelo que a prevenção, a formação e informação, a responsabilidade e adoção de práticas seguras durante a utilização de objetos cortoperfurantes, imediatamente após utilização dos mesmos e a forma como são eliminados, são aspetos fundamentais para a segurança e proteção de todos. São exemplos de situações de alto-risco:

- Durante a prestação de cuidados ao utente:
 - Inserção ou remoção de agulha no utente;
 - Inserção de agulhas nos sistemas de perfusão endovenosos;
 - Manusear ou passar de mão em mão objetos cortoperfurantes.
- Imediatamente após o uso de cortoperfurantes:
 - Reencapsular agulhas;
 - Transferir colheitas ou processar espécimes.
- Durante o uso ou eliminação de cortoperfurantes:
 - Colocação dos objetos afiados no contentor de resíduos;
 - Descontaminação de objetos afiados após os procedimentos;
 - Presença de objetos afiados no chão, mesas de procedimentos, roupas, camas ou contentores de resíduos não perigosos (Grupo I e II);
 - Outros objetos incluindo vidro, podem também causar incidentes.

As vias de transmissão são por via percutânea: contato direto (quando não são respeitadas as regras básicas de higiene) e contato indireto (através do contato com objetos/equipamentos contaminados); por via aérea, através das mucosas ou por ingestão.

Na prevenção da exposição a agentes biológicos e microbianos é essencial:

- Limitar ao mínimo o número de trabalhadores expostos;
- Assegurar procedimentos e práticas seguras no local de trabalho;
- Os profissionais de saúde devem cumprir programas de vacinação e práticas seguras, para evitar exposição a agentes infecciosos;
- Disponibilizar equipamentos de trabalho seguros;
- Disponibilizar EPI's necessários à execução das tarefas;
- Promover a imunização dos colaboradores através de campanhas de vacinação;
- Monitorização da saúde dos trabalhadores através da vigilância da saúde/protocolos;
- Observar e monitorizar as boas práticas de higiene ambiental e de materiais e equipamentos;
- Conhecer o plano de ação em caso de acidente de trabalho que envolva agentes biológicos:
 - Traumatismo percutâneo com cortoperfurantes contaminados
 - Exposição de feridas ou outras lesões de pele;
 - Exposição de mucosas (incluindo a ocular) a salpicos de sangue e outros fluídos orgânicos de risco.

Todos os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa.

Recomendações

Manipulação de agulhas e objetos cortoperfurantes

- As agulhas não devem ser encapsuladas após utilização, nem dobradas. Se for necessário proteger a agulha da exposição ao ar, mantenha a tampa de proteção em superfície plana (previamente limpa) e insira a agulha no seu centro:

Figura 10 - Colocação tampa de proteção em agulha



Fonte: Administração de vacinas e medicamentos injetáveis por farmacêuticos, um abordagem prática. Ordem dos Farmacêuticos (2015)

- As agulhas ou objetos cortoperfurantes não devem passar de mão em mão. Quem utiliza deve ser responsável pelo seu descarte em segurança;
- Nunca dirigir a ponta de uma agulha ou objeto cortoperfurante após utilização em direção ao seu corpo e/ou o de outro profissional;
- Esteja alerta sobre quem o rodeia, avise verbalmente quando movimentar objetos afiados;
- Não remover com a mão a agulha de uma seringa descartável após utilização;
- Não reutilizar agulhas;
- Após o uso as agulhas não devem ser espetadas nos colchões ou almofadas;
- Adote medidas preventivas e observe presença de objetos cortantes e perfurantes em áreas de risco como: roupas da cama, cama, chão, contentores de lixo (inclusive Grupo I e II);
- Descarte imediatamente os dispositivos usados (agulhas, bisturis e objetos afiados) em contentor de cortoperfurantes no local de produção;
- Ao colocar dispositivos usados no contentor de cortoperfurantes, mantenha os dedos afastados da sua abertura;
- Garantir que os contentores rígidos de corto perfurantes, se mantêm sempre na posição vertical, sem risco de queda, inacessíveis a crianças e/ou visitas. Não

devem ficar em local de fácil acesso dos utentes (ex.: parapeitos das janelas dos quartos de utentes com mobilidade), nem serem colocados no chão ou nas prateleiras baixas dos carros;

- Utilizar o contentor cortoperfurante até capacidade máxima indicada, para garantir encerramento seguro. Respeite a marca de capacidade máxima de cada contentor;
- Utilizar, sempre que possível, dispositivos e equipamentos médicos mais seguros, dotados de elementos de segurança, tais como seringas com agulhas retrácteis;
- Usar se possível, os transferes adaptadores para colheitas de sangue;
- O profissional de saúde deve utilizar calçado fechado, resistente e antiderrapante.

Acidente com objetos cortoperfurantes

Aspetos a ter em consideração para a prevenção de acidentes/incidentes de trabalho provocadas por objetos cortoperfurantes:

- Certifique-se de que o utente está adequadamente preparado para o procedimento;
- Não dobre, quebre, manipule ou remova manualmente as agulhas antes de descartá-las;
- Evite reencapsular agulhas, mas se for necessário use a técnica de recolhê-la usando uma só mão (ponto 4.3, alínea a. deste documento);
- Descarte os objetos cortoperfurantes imediatamente após o uso em contentor apropriado;
- Coloque o recipiente para material cortoperfurantes ao alcance da mão (de preferência em área protegida) para permitir o fácil descarte de objetos cortoperfurantes;

- Substituir e selar o contentor para objetos cortoperfurantes quando estiver no nível máximo indicado no próprio contentor.

Atuação imediata em caso de lesões em profissionais de saúde por objetos cortoperfurantes

Perante uma ocorrência, a atuação imediata pelo colaborador acidentado baseia-se no tipo de exposição (ex.: salpico, picada de agulha ou outra lesão) e nos meios de exposição (ex.: pele intacta, pele não intacta). A atuação imediata, surge de forma resumida no quadro seguinte:

Tabela 7- Atuação imediata após lesões com cortoperfurantes

Lesão ou Exposição	Gestão
 <p>Picada de agulha ou outra lesão por objeto cortoperfurante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suspende de imediato a tarefa e remover as luvas, se aplicável; • Lavar imediatamente a região afetada com água e sabão; • Desinfecção intensiva com antisséptico (não devem ser utilizados agentes cáusticos – ex.: hipoclorito de sódio; não devem ser injetados antissépticos na ferida).
 <p>Salpico de sangue e/ou líquidos corporais na pele NÃO intacta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar imediatamente a região afetada com água e sabão; • NÃO usar desinfetante na pele; • NÃO esfregar ou friccionar a área.
 <p>Salpico de sangue ou líquidos corporais nos olhos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enxaguar a área completamente com água corrente ou solução salina por pelo menos 15 minutos, com os olhos abertos. Manter a pálpebra suavemente reversa.
 <p>Salpico de sangue ou líquidos corporais na boca ou nariz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuspir imediatamente o sangue ou os líquidos e enxaguar a boca intensivamente com água limpa, solução salina isotónica ou se possível solução iodada; • Assoar o nariz e limpar a região afetada com água ou solução salina; • Desinfecção intensiva com antisséptico;



Salpico de sangue e/ou líquidos corporais na pele sã

- NÃO usar desinfetante.

- Lavar imediatamente a zona afetada com água e sabão;
- Não friccionar a área.

Fonte: Documentação da UI-PPCIRA HSEIT; Adaptado da OMS/SIGN (2010). Jogo de Ferramentas para Segurança das Injeções e Procedimentos Correlatos

De seguida deverá agir de acordo com o os procedimentos definidos na instituição.

Todos os profissionais devem saber exatamente o que fazer, onde recorrer para serem avaliados, aconselhados e sujeitos a profilaxia pós-exposição, quando indicada. Deve ser assegurado um seguimento adequado e vigilância até que se possa excluir a possibilidade de infeção ocupacional.

Práticas gerais de segurança na gestão de resíduos cortoperfurantes

- O uso de recipientes selados à prova de perfuração e vazamento para objetos cortoperfurantes ajuda a prevenir o acesso a dispositivos usados;
- Os contentores de corto- perfurantes devem ser identificados no local de produção com o serviço, data de abertura e de encerramento definitivo;
- Coloque no contentor de cortoperfurantes agulhas, cateteres e todo o material invasivo, frascos pequenos e ampolas com restos significativos de medicação; se ampolas/frascos de grande dimensão e com restos de medicação coloque no saco vermelho (Grupo IV);
- As ampolas e frascos de medicação vazios e de pequena dimensão devem ser colocados em recipiente rígido, como por exemplo, uma garrafa de água vazia ou outro recipiente cujo material permita evitar acidentes por corte na manipulação dos sacos de resíduos. Devem ser eliminados como resíduos grupo II;

- Não coloque seringas no contentor de cortoperfurantes, separe a agulha da seringa recorrendo ao próprio contentor de cortoperfurantes e nunca com a mão.

Figura 11- Inserção de agulhas no contentor de cortoperfurantes



Fonte: Administração de vacinas e medicamentos injetáveis por farmacêuticos, um abordagem prática. Ordem dos Farmacêuticos (2015)

- Os resíduos devem ser manipulados com segurança, o transporte e o armazenamento dos contentores com material cortoperfurante deve ser efetuado numa área segura antes do descarte final.
- Respeitar a capacidade do contentor de cortoperfurantes (a marca limite presente no contentor) de modo a propiciar o seu fecho, vedação e eliminação em segurança. Assegure-se que ao encerrar o contentor este ficou devidamente selado. Mesmo que os contentores não se encontrem na sua capacidade máxima, devem ser encerrados após 8 dias de utilização.

11. Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

Fundamentação

As Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) são um dos pilares essenciais dos Programas de Prevenção e Controlo da Infeção, sendo complementadas pelas Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT).

As PBCI são medidas que devem estar implementadas de forma transversal por todos os profissionais de saúde a todos os doentes, reduzindo por si só o risco de transmissão cruzada de microrganismos. Estas permitem minimizar o contacto com fluidos orgânicos e a contaminação ambiental.

As PBVT vêm reforçar as PBCI quando os doentes possam estar colonizados ou infetados por microrganismos com especial capacidade de disseminação, elevada morbimortalidade, difícil tratamento ou agentes emergentes.

A transmissão de agentes infecciosos em ambiente de saúde requer três elementos:

- Fonte ou reservatório de agentes infecciosos: os agentes infecciosos transmitidos durante os cuidados de saúde derivam principalmente de fontes humanas, mas fontes ambientais inanimadas também estão implicadas na transmissão. Os reservatórios humanos incluem doentes, profissionais de saúde, membros da família ou outros visitantes. Esses indivíduos-fonte podem ter infeções ativas, podem estar no período assintomático e/ou de incubação de uma doença infecciosa, ou podem estar transitória ou cronicamente colonizados por microrganismos patogénicos, particularmente nos tratos respiratório e gastrointestinal;
- Hospedeiro suscetível: a infeção resulta da interação do agente infeccioso com o hospedeiro. As características dos próprios doentes podem torná-los vulneráveis à infeção, como por exemplo, diabetes, tabagismo, obesidade ou imunossupressão, ou em consequência de serem submetidos a procedimentos invasivos de diagnósticos ou terapêuticos (cateteres vasculares, sondas vesicais, ventilação mecânica, etc.).

- Via de transmissão: Traduz o modo como um agente é transmitido ao hospedeiro, sendo que um agente pode ser transmitido por uma ou mais vias de transmissão. Compreende:
 - Contacto direto: Transferência direta de uma pessoa para outra sem intervenção de terceiros ou objeto inanimado;
 - Contacto indireto: Transferência de um agente através de uma terceira pessoa ou de um objeto inanimado contaminado;
 - Gotículas: Quando gotículas respiratórias contendo o agente infeccioso se transmitem diretamente para superfícies mucosas de um hospedeiro suscetível. Geralmente estes agentes disseminam-se numa área pequena e não se mantêm infecciosos nas superfícies;
 - Via aérea: Transmissão de agentes infecciosos por aerossóis ou pequenas partículas que permanecem infecciosas durante um longo período de tempo.

A transmissão de agentes infecciosos pode ocorrer em qualquer contexto de cuidados de saúde. O risco de transmissão é transversal aos cuidados em ambiente hospitalar, no entanto, os cuidados de saúde ocorrem de forma cada vez mais frequente em contexto extra-hospitalar e numa diversidade de contextos em termos de unidades. Cada um destes locais tem riscos próprios e contextos específicos, devendo ser desenvolvido um programa com características adaptadas, sendo que as recomendações descritas para controlo de infeção são transversais, carecendo de adequada adaptação ao contexto em questão.

Relativamente às Unidades de Cuidados Continuados e Estruturas Residenciais para Idosos, são **instituições que combinam** doentes predominantemente idosos e com maior risco infeccioso, onde têm períodos de internamento prolongado, partilhando áreas e atividades comuns de forma livre. O controlo de infeção neste ambiente coloca um desafio adicional. A restrição de doentes infetados ou colonizados ao seu quarto coloca diversos riscos psicossociais que devem ser tidos em conta na gestão do risco infeccioso e a morbimortalidade que possa ser induzida pelo agente em causa. Esta é ainda uma população com uma elevada prevalência de fatores que aumentam o risco infeccioso como imobilidade, desnutrição, múltiplas comorbilidades, presença de dispositivos e plurimedicação.

As infeções associadas a cuidados de saúde prestados em regime de ambulatório estão pouco documentadas, ocorrendo primariamente em contexto de pouca adesão aos procedimentos básicos de controlo de infeção. Está descrita a transmissão para diversos microrganismos, em especial por aerossóis. O reconhecimento precoce destes doentes com implementação de medidas preventivas e de controlo deverá diminuir os riscos de transmissão.

A emergência de cuidados de saúde prestados em ambiente domiciliário leva a um cuidado específico onde não existe bibliografia de suporte. Presume-se que o risco de transmissão de doenças será mínimo, considerando-se que estará predominantemente associado a equipamentos contaminados ou um profissional de saúde infetado.

Recomendações

Recomendações transversais:

- Identificar precocemente doentes com infeção/colonização e instituir as medidas de isolamento adequadas, assegurar correta descontaminação de materiais e equipamentos;
- Aplicar as PBCI transversalmente, com adesão aos 5 momentos da higiene das mãos e correta seleção de EPI e do uso de luvas;
- Minimizar a exposição a dispositivos invasivos;
- Promover o uso racional de antimicrobianos.

Tabela 8 - Recomendações Gerais PBVT

Alocação do doente	
Contacto + Gotícula	<p>Quarto individual sempre que possível, em alternativa, coortes de doentes. Priorizar para quartos individuais doentes com tosse frequente e expetoração produtiva.</p> <p>Em quarto partilhado com outro que não se encontre infetado/colonizado com o mesmo agente infeccioso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar a alocação com doente imunossuprimido, com feridas expostas e/ou antecipação de longo período de internamento; - Garantir separação física (> 1 metro) com separação espacial com os cortinados; - O doente em isolamento deverá estar o mais distante da porta;

	<p>- A casa de banho só poderá ser partilhada com higienização entre doentes.</p> <p>Contacto: a porta pode permanecer aberta Gotícula: a porta pode permanecer aberta exceto SARS-Cov, Monkeypox e gripe pandémica.</p>
Via aérea	<p>Quarto individual com WC privativo com ventilação por pressão negativa relativamente às áreas contíguas e antecâmara.</p> <p>Manter janelas e porta sempre fechadas.</p> <p>Doentes com suspeita ou confirmação de formas resistentes de tuberculose não podem dividir o mesmo quarto com outros doentes com tuberculose.</p>
Contacto Gotícula Via aérea (Ambulatório)	<p>Identificação precoce de doentes com sintomas respiratórios, diarreia ou com suspeita de doença potencialmente transmissível, alocando-as em espaços adequados.</p> <p>Em salas de espera, manter distância de doentes sintomáticos para assintomáticos superior a 1 metro.</p>
Contacto (Ambulatório)	<p>O doente deve ser, sempre que possível, o último a ser atendido.</p>
Via aérea (Ambulatório)	<p>Fornecer máscara cirúrgica ao doente e acompanhantes e alocá-los a sala individual; no final, aquando da saída, este espaço deve ser ventilado para renovação do ar (por exemplo, através da abertura de janela para o exterior com a porta fechada) antes de se proceder à limpeza e atender novos doentes (aproximadamente 30 a 60 minutos).</p>
Contacto Gotícula Via aérea (Domicílio)	<p>Limitar o contacto com coabitantes vulneráveis.</p> <p>Limitar as visitas.</p>
Sinalética	
Contacto Gotícula Via aérea	<p>Fixar no quarto de isolamento em local visível identificação do tipo de isolamento.</p>
Higiene das Mãos	
Contacto Gotícula Via aérea	<p>A higiene das mãos deve ser sempre realizada de acordo com os 5 momentos.</p> <p>As unhas devem manter-se curtas, limpas e sem verniz ou unhas artificiais.</p>
Equipamento de Proteção Individual	
Contacto	<p>Avental descartável no contacto breve com o doente e/ou a sua unidade e que não envolva o contacto com os braços do profissional.</p> <p>Bata de manga comprida se previsto contacto extenso com risco de contaminação da roupa ou braços do profissional.</p> <p>Luvas no contacto direto com o doente ou ambiente próximo deste.</p>
Gotícula	<p>A máscara cirúrgica deve ser colocada no contacto a menos de 1 metro do doente, preferencialmente à entrada da unidade de isolamento ou da área de corte, devendo ser solicitado ao doente que utilize também em contactos prolongados.</p>

	<p>A proteção ocular está indicada quando se antecipa risco de projeção de salpicos de fluídos orgânicos ou secreções respiratórias.</p> <p>Bata ou avental impermeável no contacto com o doente e/ou a sua unidade de acordo com o procedimento.</p> <p>O uso de luvas está indicado nas atividades que impliquem o contacto direto com o doente ou com locais da sua unidade potencialmente contaminados com secreções respiratórias.</p> <p>O doente deve ser instruído para o cumprimento das medidas de etiqueta respiratória e usar máscara cirúrgica sempre que tenha que sair do quarto ou área de coorte.</p>
Via aérea	<p>O respirador de partículas FFP2 deve ser colocado antes de entrar no quarto de isolamento, na antecâmara ou antes de realizar/ assistir em procedimentos geradores de aerossóis a doentes com suspeita ou confirmação de infeção transmissível por via aérea e removido fora do quarto de isolamento.</p> <p>A seleção do restante EPI deverá ser de acordo com as PBCI adequadas ao procedimento a ser realizado.</p>
Higiene Ambiental	
Contacto Gotícula Via aérea	<p>O processo de descontaminação, desinfeção ou esterilização de um equipamento de ser de acordo com a classificação de risco, conforme recomendações gerais.</p> <p>Sempre que possível, o equipamento deve ser de uso exclusivo pelo doente e higienizado após.</p> <p>Levar apenas o material de consumo clínico necessário para o quarto ou unidade do doente e desprezar tudo na alta.</p> <p>A higienização da unidade do doente deve ser realizada de acordo com o nível de classificação de risco, com reforço das superfícies de toque frequente, deve ser o último a ser higienizado e o material de limpeza deve ser de uso exclusivo.</p>
Contacto	<p>No caso de isolamento por infeção por <i>Clostridioides difficile</i>, a limpeza deverá ser realizada com um produto com propriedades esporicidas.</p>
Via aérea	<p>Após a alta, o quarto deve permanecer livre durante pelo menos 30 a 60 minutos, para renovação do ar antes de proceder à higienização.</p>
Tratamento da roupa	
Contacto Gotícula Via aérea	<p>Devem ser cumpridos os princípios básicos de manuseamento da roupa suja:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não sacudir as roupas ou manipulá-las de modo a não gerar aerossóis; - Evitar o contato do corpo e do fardamento com as roupas sujas que estão a ser manuseadas; - Toda a roupa suja deve ser acondicionada em saco de roupa devidamente sinalizado, sem ultrapassar 2/3 da sua capacidade e posteriormente fechado; - Deve ser acondicionada e contida próximo do doente, de modo a não contaminar os circuitos (nunca no lado da unidade do doente). Após encerramento do saco este deve ser acondicionado na zona suja até ser recolhido; - Colocar em segundo saco no caso de contaminação exterior do primeiro;

	- A roupa da cama deve ser trocada diariamente e sempre que se justifique.
Contacto Gotícula Via aérea (Domicílio)	As roupas do doente devem ser lavadas em água quente, à temperatura máxima permitida pelo têxtil, não sendo necessária lavagem em separado.
Tratamento de resíduos	
Contacto Gotícula Via aérea	Os resíduos produzidos nos quartos/áreas de isolamento, incluindo o EPI utilizado durante a prestação de cuidados, são classificados resíduos grupo III (saco branco), com exceção de resíduos grupo IV, devendo obedecer ao circuito determinado para estes resíduos.
Contacto Gotículas	À entrada da unidade de isolamento deve existir um contentor de resíduos do grupo I e II, sendo considerada área limpa.
Via aérea	Na antecâmara deve existir um contentor de resíduos do grupo I e II, bem como um contentor do grupo III para acondicionar os respiradores FFP2/FFP3.
Fornecimento de refeições	
Contacto Gotículas Via aérea	A lavagem com água quente e detergente utilizado pelas máquinas é suficiente para a descontaminação da louça. Se não estiverem assegurados os recursos adequados à limpeza dos utensílios, devem ser utilizados materiais descartáveis.
Contacto Gotículas Via aérea (Domicílio)	Os utensílios utilizados pelo doente não devem ser partilhados.
Transporte do doente	
Contacto Gotículas Via aérea	Limitar o transporte e a movimentação do doente para fora da unidade a situações essenciais; Durante o transporte evitar contacto com outros doentes e, sempre que possível, deve ser o último doente a ser atendido; Minimizar a contaminação do ambiente: higienizar as zonas que possam contactar com o ambiente imediatamente antes do transporte, cobrir o doente com roupa limpa, os profissionais que acompanham o doente não devem levar luvas, bata ou avental durante o transporte, colocando no destino, se necessário, ou se necessidade de cuidados diretos durante o transporte; Em transporte extra-hospitalar, notificar o destino e os tripulantes dos cuidados necessários.
Gotículas Via aérea	O doente deve usar máscara tipo cirúrgico durante o transporte.
Visitas	
Contacto Gotículas Via aérea	Instruir o doente e visitantes da necessidade de correta higienização das mãos. As visitas devem-se restringir de acordo com a avaliação de risco, sendo preferencialmente o mesmo visitante. Incentivar a etiqueta respiratória. Não partilhar objetos pessoais.
Gotículas	As visitas devem utilizar máscara cirúrgica durante a permanência na unidade.

Via aérea	As visitas devem utilizar respirador FFP2 que é colocado e removido na antecâmara.
Descontinuidade das medidas de isolamento	
Contacto Gotículas Via aérea	Após resolução dos sinais e sintomas de infeção ou conforme estipulado para o microrganismo – esta informação está especificada no Anexo 1, pode ser complementada e mantém-se atualizada em https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/appendix-a-type-duration.html Manter sempre as PBCI.

Tabela 9 - Medidas de isolamento e duração de acordo com o agente infeccioso

Infecção/Condição	Tipo	Duração	Observações
Abcesso:			
Drenagem major	C	DD	Sem penso ou penso incapaz de conter a drenagem; até a drenagem parar ou poder ser contida pelo penso.
Drenagem minor ou limitada	P	N/A	O penso cobre e contém a drenagem adequadamente.
Actinomicose	P	N/A	
Adenovírus		N/A	Ver especificamente em Gastroenterites, Conjuntivites e Pneumonia
Amebíase	P	N/A	A transmissão de pessoa para pessoa é rara.
Ancilostomíase	P	N/A	
Antraz (ou Carbúnculo):	P	N/A	Doentes infetados geralmente não representam um risco de transmissão.
Cutâneo	P	N/A	Se lesões com drenagem e pele não íntegra, usar precauções de contacto (C). A lavagem das mãos com água e sabão é recomendada (álcool não tem atividade esporicida).
Pulmonar	P	N/A	
Ambiental		AD	Usar respirador (respirador de partículas FFP2 ou superior) e vestuário de proteção Higiene das mãos: Lavar as mãos durante 30-60 segundos com água e sabão antisséptico (Clorhexidina a 2%) após contacto com os esporos (o álcool é inativo sobre os esporos). Deve ser efetuada profilaxia pós - exposição (https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/appendix-a-type-duration.html)
Ascaridíase	P	N/A	
Aspergilose	P	N/A	Precauções de contacto (C) e via aérea (A) caso exista infeção nos tecidos moles com drenagem abundante e necessidade de procedimentos de limpeza frequentes.
Babesiose	P	N/A	
<i>Bartonella</i> (Doença da arranhadela do gato)	P	N/A	
Blastomicose	P	N/A	
<i>Borrelia</i> (Doença de Lyme)	P	N/A	
Botulismo	P	N/A	

Bronquiolite	C	DD	Ver Infecções respiratórias em bebés e crianças. Usar máscara de acordo com as PBCI.
Brucelose	P	N/A	Não é transmitida de pessoa para pessoa, exceto raramente por contacto sexual. Deve ser efetuada profilaxia pós - exposição aos profissionais do laboratório.
Cancróide (<i>Haemophilus ducreyi</i>)	P	N/A	Transmissão sexual de pessoa para pessoa.
Candidíase (todas as formas, incluindo a mucocutânea)	P	N/A	
Celulite	P	N/A	
<i>Chlamydia trachomatis</i>		N/A	
Conjuntivite	P	N/A	
Genital (linfogranuloma venéreo)	P	N/A	
Pneumonia (crianças ≤3 meses idade)	P	N/A	
<i>Chlamydia pneumonia</i>	P	N/A	
Cisticercose	P	N/A	
Citomegalovirus (incluindo neonatos e doentes imunodeprimidos)	P	N/A	
<i>Clostridioides</i>		N/A	
<i>C. Botulinum</i> - Botulismo	P	N/A	
<i>C. difficile</i> (ver Gastroenterites)	C	DD	
<i>C. perfringens</i> :		N/A	
Intoxicação alimentar	P	N/A	
Gangrena gasosa	P	N/A	A transmissão de pessoa a pessoa é rara. Uso de precauções de contacto (C) se a drenagem da ferida for extensa.
Coccidioidomicose		N/A	
Lesões drenantes	P	N/A	Não é transmitido de pessoa para pessoa, exceto sob circunstâncias extraordinárias, porque a forma infecciosa (artroconídios de <i>Coccidioides immitis</i>), não é produzida em humanos.
Pneumonia	P	N/A	Não é transmitido de pessoa para pessoa, exceto sob circunstâncias extraordinárias (ex.: inalação de aerossóis na fase de endosporo libertados durante a autópsia ou em transplantes de pulmões infetados), porque a forma infecciosa (artroconídios de <i>Coccidioides immitis</i>) não é produzida em humanos.
Colite associada a antibióticos		N/A	Ver em <i>Clostridioides difficile</i> (Gastroenterite).
Conjuntivite:		N/A	
Bacteriana aguda	P	N/A	
<i>Chlamydia</i>	P	N/A	
Gonocócica	P	N/A	

Vírica aguda (hemorrágica aguda)	C	DD	Altamente contagioso.
Coronavírus (SARS)	N/A	N/A	Ver Síndrome Respiratório Agudo Severo.
Coriomeningite linfocítica	P	N/A	
Criptococose	P	N/A	
Dengue	P	N/A	
Difteria:	N/A	N/A	
 Cutânea	C	CN	2 Culturas negativas com diferença a 24 horas.
 Faríngea	G	CN	2 Culturas negativas com diferença a 24 horas.
Doença de Creutzfeldt-Jakob (encefalopatia espongiforme subaguda)	P	N/A	Uso de instrumentos descartáveis ou desinfecção/ esterilização especial das superfícies e objetos contaminados com tecido neural.
Doença estafilocócica (S. aureus):	N/A	N/A	Ver também Multirresistentes.
Pele, ferida ou queimadura:	N/A	N/A	
 Major	C	DD	Sem penso ou penso incapaz de conter drenagem
 Minor ou limitada	P	N/A	O penso cobre e contém a drenagem adequadamente
Enterocolite	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) para crianças com fralda ou incontinentes durante a duração da doença.
Pneumonia	P	N/A	
Síndrome da pele escaldada	C	DD	Considerar os profissionais de saúde como fonte potencial de surto em UCI neonatais e berçários.
Síndrome de choque tóxico	P	N/A	
Doença estreptocócica (Streptococcus Grupo A):	N/A	N/A	
Pele, ferida, queimadura:	N/A	N/A	
 Major	C, G	24h após início de terapêutica	Até parar a drenagem ou esta possa ser contida por penso.
 Minor ou limitada	P	N/A	O penso cobre e contém a drenagem adequadamente.
Endometrite (sépsis puerperal)	P	N/A	
Faringite em crianças	G	24 h após início de terapêutica	
Pneumonia	G	24h após início de terapêutica	
Febre por escarlatina em crianças	G	24h após início de terapêutica	
Doença invasiva grave	G	24 h após início de terapêutica	
Doença estreptocócica (Streptococcus Grupo B)	P	N/A	
Doença estreptocócica (Streptococcus não Grupo A ou B)	P	N/A	

Doença respiratória infecciosa (não incluído nas infeções referidas):	N/A	N/A	
Adultos	P	N/A	
Crianças	C	DD	
Echovirus (ver infeção por enterovírus)	N/A	N/A	
Encefalite (ou encefalomielite)	N/A	N/A	Ver o agente etiológico específico.
Encefalite Vírica transmitida por Artrópodes (Vírus Eastern, Vírus Western, Vírus encefalomielite Venezuela equino, Vírus S Louis, Vírus encefalites Califórnia, Vírus Nile West)	P	N/A	Não é transmissível de pessoa para pessoa. No caso do vírus West Nile, pode ser transmitido pelo transplante de órgãos, leite materno ou através da placenta.
Endometrite	P	N/A	
Enterocolite (Oxiuríase)	P	N/A	
Enterocolite por <i>C. difficile</i> (ver em gastroenterite)	N/A	N/A	
Enterocolite Necrotizante	P	N/A	Em caso de surto aplicar precauções de contrato (C)
Epiglotite (<i>Haemophilus influenzae tipo b</i>)	G	24 h após início de terapêutica	Ver doenças causadores de epiglotites de outras etiologias.
Epstein-Barr (incluindo a mononucleose infecciosa)	P	N/A	
Equinococose (Hidatidose)	P	N/A	
Eritema infeccioso (ver também Parvovírus B19)	P	N/A	
Escabiose (Sarna)	C	24h	
Esporotricose	P	N/A	
Esquistossomose ou Bilharzíase (<i>Schistosoma</i>)	P	N/A	
Estrongiloidíase	P	N/A	
Exantema Súbito (<i>Roséola Infantil</i>) causada pelo HHV- 6	P	N/A	
Febre Aftosa (ver infeção por enterovírus)	P	N/A	
Febre Hemorrágica Viral, devido aos vírus Lassa, Ébola, Marburg ou Crimeia - Congo	P, G e C	DD	Consultar especificações de EPI em documento próprio. Utilizar FFP2 em procedimentos geradores de aerossóis.
Febre Q	P	N/A	
Febre por mordedura de rato (<i>Streptobacillus</i>)	P	N/A	

<i>moniliformis, Spirillum minus</i>)			
Febre Recidivante (<i>Borrelia</i>)	P	N/A	
Febre Reumática	P	N/A	Não é condição infecciosa.
Furunculose Estafilocócica:	P	N/A	Precauções de contacto (C) se drenagem não controlada. Seguir procedimento interno para MRSA.
Lactentes e crianças jovens	C	DD	
Gangrena gasosa	P	N/A	
Gastroenterites:		N/A	
Adenovírus	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
<i>Campylobacter species</i>	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
<i>Vibrio cholerae</i>	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
<i>Clostridioides difficile</i>	C	DD	Parar antibióticos se possível. Não partilhar material clínico. Assegurar limpeza e desinfeção apropriada do ambiente. Higiene das mãos com água e sabão e não com solução alcoólica (sem ação esporicida).
<i>Cryptosporidium species</i>	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
<i>Escherichia coli:</i>		N/A	
Enteropatogénica O157:H7 OU outras produtoras de toxinas Shiga	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
Outras espécies	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
<i>Giardia lamblia</i>	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
Norovírus	C	N/A	Usar precauções de contacto (C) no mínimo 48 horas após resolução dos sintomas e/ou para controlar surtos. Os profissionais que higienizam as áreas contaminadas com fezes ou vômitos devem usar máscara, devido à possibilidade de formação de aerossóis. Para mais informação consultar: https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/appendix-a-type-duration.html
Rotavírus	C	DD	Assegurar uma limpeza e desinfeção do ambiente e frequente remoção de fraldas sujas.
<i>Salmonella</i> (incluindo <i>S.typhi</i>)	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
<i>Shigella species</i>	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
<i>Vibrio parahaemolyticus</i>	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
Víricas (não incluídas nas mencionadas)	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.
<i>Yersinia enterocolitica</i>	P	N/A	Usar precauções de contacto (C) em doentes incontinentes durante a duração da doença OU para controlar surtos.

Gengivite necrotizante (Angina de Vincent)	P	N/A	
Giardíase (ver gastroenterite)	N/A	N/A	Ver gastroenterite.
Gonorreia	P	N/A	
Granuloma Inguinal (Donovanose)	P	N/A	
Gripe:	N/A	N/A	Consultar normas atualizadas
Humana (sazonal)	G	N/A	
Aviária (ex: H5N1, H7, H9)		N/A	
Pandémica	G	N/A	
<i>Helicobacter pylori</i>	P	N/A	
Hepatites Víricas:	N/A	N/A	
Tipo A:	P	N/A	Providenciar vacina da hepatite A pós - exposição.
Doentes incontinentes ou com fralda	C	N/A	Manter Precauções de contacto em crianças com <3 anos durante a hospitalização, para crianças dos 3-14 anos durante 2 semanas após início dos sintomas; > 14 anos durante 1 semana após o início dos sintomas.
Tipo B. AgHBs positivo; aguda ou crónica	P	N/A	Ver recomendações de cuidados para doentes nos Centros de hemodiálise.
Tipo C e outras não especificadas Não A, Não B	P	N/A	Ver recomendações de cuidados para doentes nos Centros de hemodiálise.
Tipo D (ver apenas com hepatite B)	P	N/A	
Tipo E	P	N/A	Uso de Precauções de Contacto (C) para indivíduos incontinentes ou fralda durante a doença.
Tipo G (Human pegivirus-1)	P	N/A	
Herpes simples:		N/A	
Encefalite	P	N/A	
Mucocutânea, disseminada ou primária, severa	C	Até as lesões secarem	
Mucocutânea recorrente (pele, oral, genital)	P	N/A	
Neonatal	C	Até as lesões secarem	Para recém-nascidos, mesmo que assintomáticos, mas que tenham nascido por parto vaginal ou cesariana em mães com infeção ativa e com rutura de membranas ≥ 4 -6h, realizar culturas superficiais do recém-nascido até 24 a 36h, mantendo os cuidados até obter culturas negativas.
Herpes zoster (<i>Varicella zoster</i>):	N/A	N/A	
Doença disseminada em qualquer doente; Doença localizada em doente imunocomprometido até que a infeção disseminada seja excluída	A e C	DD	Profissionais de saúde suscetíveis não devem entrar no quarto; nenhuma recomendação de proteção para cuidados vacinados; não existe recomendações para tipo proteção, ou seja, máscara cirúrgica ou respirador de partículas para profissionais de saúde suscetíveis.

Doença localizada em doentes com sistema imune intacto, com lesões que podem ser cobertas	P	Até as lesões secarem	Profissionais de saúde suscetíveis não devem ter contacto direto com o doente se existirem pessoas não suscetíveis que o possam substituir.
Histoplasmose	P	N/A	
Impetigo	C	24h após início de terapêutica	
Infeção em cavidade fechada:	N/A	N/A	
Com drenagem limitada ou minor, com sistema de drenagem aberto	P	N/A	Precauções de contacto (C) se drenagem não contida.
Sem drenagem ou sistema de drenagem fechado	P	N/A	
Infeção do Trato Urinário (incluindo pielonefrite) com ou sem cateter urinário	P	N/A	
Infeção por Enterovírus	P	N/A	Uso de Precauções de Contacto (C) nas crianças, que usam fraldas e incontinentes, durante a doença (DD)
Infeção respiratória por vírus Parainfluenza em crianças	C	DD	A excreção viral pode ser prolongada em indivíduos imunodeprimidos.
Intoxicação alimentar:	N/A	N/A	
Botulismo	P	N/A	
<i>Clostridioides perfringens</i> ou <i>welchii</i>	P	N/A	
Estafilocócica	P	N/A	
<i>Legionella</i> (Doença de legionário)	P	N/A	
Lepra (Doença de Hansen)	P	N/A	
Leptospirose	P	N/A	
Listeriose (<i>Listeria monocytogenes</i>)	P	N/A	Transmissão de pessoa a pessoa rara; transmissão via feto - materna possível.
Malária	P	N/A	
Melioidose	P	N/A	
Meningite:		N/A	
Asséptica (não bacteriana ou viral; ver também em infeções por enterovírus)	P	N/A	Precauções de contacto (C) em crianças e jovens.
Bacteriana, Gram negativo entéricos, em recém-nascidos	P	N/A	
Fúngica	P	N/A	
<i>Haemophilus influenza</i>, tipo b conhecida ou suspeita	G	24h após início de terapêutica	

<i>Listeria monocytogenes</i> (listeriose)	P	N/A	
<i>Neisseria meningitidis</i> (meningocócica) conhecida ou suspeita	G	24 h após início de terapêutica	Ver Meningococemia.
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	P	N/A	
<i>M. tuberculosis</i>	P	N/A	Doença pulmonar ativa ou lesões cutâneas em drenagem concomitantes, podem necessitar de adição de Precauções de Contacto (C) e/ ou da via aérea (A).
Outra bactéria diagnosticada	P	N/A	
Meningococémia: sépsis, pneumonia, meningite	G	24 h após início de terapêutica	Quimioprofilaxia pós- exposição para contacto domiciliares e profissionais de saúde expostos a secreções respiratórias; vacina pós-exposição só para controlar os surtos.
Metapneumovírus humano	C	DD	Usar máscara de acordo com PBCI (P).
Micobactéria atípica (não tuberculosa)		N/A	
Pulmonar	P	N/A	
Feridas	P	N/A	
<i>Molluscum contagiosum</i>	P	N/A	
Monkeypox			Consultar normas atualizadas
Mononucleose infecciosa	P	N/A	
Mucormicose	P	N/A	
Multirresistentes (ex.: MRSA, VRE, ESBL): Colonização ou infeção	C	N/A	Cumprir precauções de acordo com a via de transmissão.
MRSA	C	N/A	Cumprir precauções de acordo com a via de transmissão. Cumprir protocolo de descolonização.
<i>Enterobacteriales</i> produtoras de carbapenemases	C	1 ano	Cumprir precauções de acordo com a via de transmissão.
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	G	DD	
Nocardiose	P	N/A	
Norovírus (ver em Gastroenterites)		N/A	
Oftalmia gonocócica neonatal (conjuntivite aguda do recém-nascido)	P	N/A	
Parotidite Infeciosa (Papeira)	G	5 dias	Após o aparecimento de tumefação, os profissionais de saúde suscetíveis não devem prestar cuidados.
Parvovírus B19 (Eritema infeccioso)	G	N/A	Manter precauções durante a hospitalização quando a doença crónica ocorre em doentes imunodeprimidos. Para doentes com crises aplásicas transitórias ou crises da série vermelha deve-se manter precauções durante 7 dias. A duração das precauções nestes indivíduos com persistência de PCR positivo não está definida.
Peste (<i>Yersinia pestis</i>): Bubónica	N/A P	N/A N/A	

Pneumónica	G	48 h após início de terapêutica	Profilaxia antimicrobiana para profissionais de saúde expostos.
Piolho:		N/A	
Cabeça (Pediculose)	C	24 h após tratamento	
Corpo	P	N/A	Transmitido de pessoa para pessoa através de roupa infestada. Necessárias medidas de precaução com bata, touca e luvas, quando se ajuda a remover a roupa ao doente.
Púbis	P	N/A	Transmissão através de contacto sexual.
Pneumonia:	N/A	N/A	
Adenovírus	G e C	DD	Foram relatados surtos de Pediatria. Nos hospedeiros imunodeprimidos deve-se fazer um alargamento da duração das precauções de gotícula e de contacto devido à prolongada libertação do vírus.
Bactérias não listadas (incluindo Gram negativos)	P	N/A	
<i>Burkholderia cepacia</i>:			
Doentes com fibrose cística (FC), incluindo colonização do trato respiratório	C	Desconhecido	Evitar exposição a outros doentes com FC; de preferência quarto individual.
Doentes sem FC (ver organismos Multirresistentes)	N/A	N/A	
<i>Chlamydia</i>	P	N/A	
Fúngica	P	N/A	
<i>Haemophilus influenzae</i>, tipo b:		N/A	
Adultos	P	N/A	
Crianças	G	24 h após início de terapêutica	
<i>Legionella</i>	P	N/A	
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	G	DD	
Meningocócica (Ver Meningococcemia)	G	24 h após início de terapêutica	
Pneumococos	P	N/A	Uso e precauções de gotícula (G) se evidência de transmissão entre doentes de uma enfermaria.
<i>Pneumocystis jiroveci</i>	P	N/A	Evitar internar no mesmo quarto os doentes imunodeprimidos.
<i>Staphylococcus aureus</i>	P	N/A	Para o MRSA ver Multirresistentes .
<i>Streptococcus group A</i>:		N/A	
Adultos	G	24 h após início de terapêutica	Ver Doença estreptocócica (<i>Streptococcus</i> Grupo A). Precauções de contacto (C) se lesões na pele.
Criança	G	24 h após início de terapêutica	Precauções de contacto (C) se lesões na pele.

Varicella zoster (Ver Herpes zoster)	N/A	N/A	
Viral:	N/A	N/A	
Adultos	P	N/A	
Crianças	N/A	N/A	Ver doenças respiratórias infecciosas, agudas, ou por agentes específicos.
Poliomielite	C	DD	
Psitacose (<i>Chlamydia psittaci</i>)	P	N/A	
Raiva	P	N/A	Rara a transmissão pessoa a pessoa.
Rhinovírus	G	DD	Forma de transmissão por gotícula é a mais importante. As precauções de contacto (C) ajudam nos casos de presença de secreções e contactos próximos como as crianças.
Rickettsioses (Febre da carraça, febre das Montanhas Rochosas)	P	N/A	
Rickettsiose vesicular (<i>Rickettsialpox</i>)	P	N/A	
Rubéola	A	4 dias após o início do exantema DD em imunodeprimidos	Prestadores de cuidados suscetíveis não devem entrar no quarto. Pessoas suscetíveis e que tenham estado expostas, devem ser vacinadas dentro de 72 horas após a exposição. Grávidas não imunes não devem cuidar destes doentes.
Rubéola Congénita	C	Até 1 ano de idade	Implementar as PBCI em crianças até 1 ano de idade se culturas da nasofaringe e urina repetidamente negativas depois dos 3 meses de idade.
Sarampo	A	4 dias após o início do exantema DD em imunodeprimidos	Prestadores de cuidados suscetíveis não devem entrar no quarto, se existirem profissionais imunes. Pessoas suscetíveis e que tenham estado expostas, devem ser vacinadas dentro de 72 horas ou administrada imunoglobulina dentro de 6 dias após a exposição.
Sarampo Alemão (ver rubéola e rubéola congénita)	N/A	N/A	
SARS (ver Síndrome Respiratório Agudo Severo)	N/A	N/A	
Sífilis:	N/A	N/A	
Latente (terciária) e seropositividade sem lesões	P	N/A	
Pele e mucosas (incluindo congénita, primária e secundária)	P	N/A	
Síndrome de choque Tóxico (Doença estafilocócica, doença estreptocócica)	P	N/A	Precauções de gotícula (G) nas primeiras 24H após implementação de terapêutica antibiótica se a etiologia provável é o <i>Streptococcus</i> Grupo A
Síndrome de Reye	P	N/A	Não é condição infecciosa.
Síndrome Guillain - Barré	P	N/A	Não é condição infecciosa.

Síndrome Kawasaki	P	N/A	Não é condição infecciosa.
Síndrome Respiratório Agudo Severo (SARS)	A, G e C	DD+ 10 dias após a resolução da febre, desde que sintomas respiratórios ausentes ou em remissão	
Síndrome Pulmonar por Hantavírus	P	N/A	
Ténias:	N/A	N/A	
<i>Hymenolepis nana</i>	P	N/A	
<i>Taenia solium</i> (porco)	P	N/A	
Outras	P	N/A	
Tétano	P	N/A	
Tifo:		N/A	
<i>Rickettsia prowazekii</i> (epidémica ou por piolho tifo)	P	N/A	Transmissível de pessoa para pessoa através da proximidade ou do contacto com o vestuário.
<i>Rickettsia typhi</i>	P	N/A	
Tinha	P	N/A	Rara a transmissão pessoa a pessoa.
Tosse convulsa	G	5 dias após início de terapêutica	Quarto individual preferencialmente. Coorte é uma opção. Quimioprofilaxia após exposição para o cuidador domiciliário e para profissionais com exposição prolongada às secreções respiratórias.
Toxoplasmose	P	N/A	A transmissão de pessoa para pessoa é rara; transmissão vertical de mãe para filho; transmissão através de órgãos e por transfusão de sangue também é rara.
Tracoma Agudo (conjuntivite granulomatosa)	P	N/A	
Tricuríase	P	N/A	
Tricomoniase	P	N/A	
Triquinoses	P	N/A	
Tuberculose:	N/A	N/A	
Extra- pulmonar, com lesões a drenar	A e C	N/A	Suspender as precauções apenas quando o doente está a melhorar clinicamente e se as drenagens pararam ou existem três cultura negativas das mesmas. Avaliar evidência de tuberculose pulmonar.
Extra - pulmonar, sem lesões drenantes ou meningite	P	N/A	Avaliar evidência de tuberculose pulmonar. Para lactentes e crianças, usar precaução aérea até tuberculose pulmonar ativa ser descartada nos membros da família que a visitam.
Pulmonar ou laríngea confirmada	A	N/A	Suspender precauções apenas quando os doentes melhoram clinicamente com a terapêutica e têm 3 exames diretos de expetoração negativas consecutivos, colhidos em três dias separados.

Pulmonar ou laríngea não confirmada	A	N/A	Suspender precauções apenas quando a probabilidade de infeção de Tuberculose Pulmonar é considerada insignificante E 1) houver outro diagnóstico que explica o síndrome clínico OU 2) o resultado das 3 culturas expetoração são negativos. Cada uma das 3 amostras de expetoração deve ser colhidas com 8 a 24h de diferença e pelo menos uma deve ser uma amostra da manhã.
Teste cutâneo positivo sem doença ativa	P	N/A	
Tularémia:		N/A	
Lesões drenantes	P	N/A	
Pulmonar	P	N/A	
Úlceras de decúbito infetadas:		N/A	
Major	C	DD	Até drenagem parar ou até ser contida pelo penso.
Minor ou limitada	P	N/A	Se o penso cobre e contém a drenagem.
Varicella zoster (ver Herpes zoster)			Ver Herpes zoster.
Varíola	A e C	DD	Até as escaras estarem encrustadas e separadas (3- 4 semanas). Profissionais não vacinados não deve prestar cuidados a estes doentes se profissionais vacinados disponíveis. Pessoal vacinado ou suscetível deve usar respiradores de partículas FFP2 ou superior; vacinação pós exposição deve ser feita dentro de 4 dias.
VIH (Vírus da imunodeficiência Humana)	P	N/A	Quimioprofilaxia pós- exposição para algumas para algumas exposições ao sangue.
Vírus Sincicial Respiratório (RSV) (em crianças e em adultos imunodeprimidos)	C	DD	Uso de máscara de acordo com PBCI. Em doentes imunodeprimidos deve-se estender a duração das precauções de contacto (C) devido à libertação prolongada do vírus. A fiabilidade do teste antigénico para determinar quando suspender precauções de contacto em doentes com hospitalização prolongada, é incerta.
Vírus Orf	P	N/A	

Legenda: **P**: Precauções Básicas de Controlo de Infeção; **C**: Isolamento de Contacto; **A**: Isolamento de Via aérea; **G**: Isolamento de Gotícula; **DD**: Duração da Doença; **U**: até fim do período especificado; **CN**: até final de antibioterapia e cultura negativa; **AD**: Descontaminação ambiental completa

Estas informações são completadas e mantêm-se atualizadas em:

<https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/appendix-a-type-duration.html>

Fonte: Adaptado de documentação da UL-PPCIRA HSEIT e CDC (2007) *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*, atualizada em setembro de 2024

12. Glossário

Áreas de cuidados dos doentes – Qualquer área onde os cuidados dos doentes sejam prestados diretamente

Carro de limpeza – Um carrinho ou trolley exclusivo que transporta materiais e equipamento de limpeza ambiental, além de sacos ou caixotes para materiais sujos, como resíduos, para eliminação ou reprocessamento

Colonização – presença de microrganismos com multiplicação, mas sem efeito clínico adverso (sem reação do hospedeiro)

Compatibilidade do material – A compatibilidade química e outros fatores que afetam a corrosão, distorção ou outros danos nos materiais

Contaminação – A presença de qualquer agente potencialmente infeccioso em superfícies ambientais, vestuário, roupa de cama, instrumentos cirúrgicos ou curativos, ou outros artigos ou substâncias inanimados, incluindo água, medicamentos e alimentos.

Descontaminação – É o processo que consiste na remoção física de elementos contaminantes ou na alteração de sua natureza química, através de métodos quimiomecânicos, transformando-os em substâncias inócuas e, assim, tornando-os mais seguros para serem manuseados ou tocados. A descontaminação inclui os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.

Desinfecção – destruição química (desinfetantes) ou física (térmico) que elimina os microrganismos patogénicos entre 90 a 99%, mas não garante a eliminação total dos esporos.

Desinfetante – Geralmente agente químico (poderá algumas vezes ser físico), capaz de destruir microrganismos patogénicos, mas podendo não eliminar esporos, reduzindo-os a um nível não prejudicial à saúde. Segundo o seu nível de atividade pode ser classificado em alto, baixo ou intermédio.

Detergente – Agente de limpeza, substância tensoativa que remove a sujidade das superfícies, mantendo-as em suspensão na água, reduzindo a concentração de microrganismos.

Dispositivo médico – Qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, implante, reagente, material ou outro artigo, destinado pelo fabricante a ser utilizado, isolada ou conjuntamente, em seres humanos, para um ou mais dos seguintes fins médicos específicos:

- diagnóstico, prevenção, monitorização, previsão, prognóstico, tratamento ou atenuação de uma doença;
- diagnóstico, monitorização, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
- estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo ou estado fisiológico ou patológico;
- fornecimento de informações por meio de exame in vitro de amostras provenientes do corpo humano, incluindo dádivas de órgãos, sangue e tecidos;

e cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios.

Eliminação – A operação que visa dar um destino final adequado aos resíduos, nos termos previstos na legislação em vigor;

Embalagem – Todos e quaisquer produtos feitos de materiais de qualquer natureza, utilizados para conter, proteger, movimentar, manusear, entregar e apresentar mercadorias, tanto matérias-primas como produtos transformados, desde o produtor ao utilizador ou consumidor, incluindo todos os artigos descartáveis utilizados para os mesmos fins.

Equipamento/material crítico de cuidados ao doente – Equipamento e dispositivos que entram no tecido estéril ou no sistema vascular.

Equipamento/material não crítico de cuidados a doentes – Equipamento, como estetoscópios, braçadeiras para medição da pressão arterial e arrastadeiras, que entram em contacto com a pele intacta.

Equipamento/material semicrítico de cuidados de doentes – Equipamento, como endoscópios, equipamento respiratório e de anestesia e sondas de ecografia vaginal, que entra em contacto com membranas mucosas.

Equipamento de Proteção Individual – Variedade de barreiras de proteção usadas, individualmente ou em conjunto, com o objetivo de proteger as mucosas, pele e a roupa do contato com agentes infecciosos, destinados a serem utilizados pelos profissionais, ou por doentes e visitantes (em circunstâncias específicas), no decorrer do exercício das suas atividades ou da prestação de cuidados de saúde. Os EPI incluem luvas, máscaras, respiradores, óculos de proteção, viseiras, aventais, batas, fato completo, toucas e proteção de calçado.

Estéril – livre de microrganismos viáveis. Na prática, significa que a probabilidade de encontrar um microrganismo viável, é inferior a 1 por milhão.

Esterilização – processo validado, através do qual se eliminam todas as formas viáveis dos microrganismos. Realiza-se através do calor húmido, calor seco, radiações ionizantes, oxido de etileno, peróxido de hidrogénio, entre outros.

Esterilizante químico – Um agente que é aplicado a objetos inanimados ou dispositivos sensíveis ao calor para matar todos os microrganismos e esporos bacterianos.

Ficha de dados de segurança – Um documento do fornecedor ou fabricante de um produto químico que contém informações sobre os potenciais perigos do produto e como trabalhar em segurança com ele. Também contém informações sobre a utilização, armazenamento, manuseamento e procedimentos de emergência.

Fluidos Orgânicos – Sangue, excreções como urina, fezes e vômito; secreções como saliva, lágrimas, esperma, leite, secreções mucosas; exsudados, transudados como linfa, líquido cefalorraquidiano, líquido ascítico, pleural e pericárdico; exceto suor.

Gestão de Resíduos – As operações de recolha, transporte, armazenagem, tratamento, valorização e eliminação de resíduos, incluindo a monitorização dos locais de descarga após o encerramento das respetivas instalações, bem como o planeamento dessas operações.

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

Higiene das mãos – Qualquer ação de descontaminação das mãos para remover, física ou mecanicamente, a sujidade, os materiais orgânicos ou os microrganismos.

Infeção – A transmissão de microrganismos para um hospedeiro após invasão ou superação dos mecanismos de defesa, resultando numa resposta inflamatória local e por vezes sistémica

Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) – Infeções adquiridas pelos utentes e profissionais de saúde, associadas aos cuidados de saúde, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários).

Isolamento – conjunto de medidas adicionais às PBCI adotadas para impedir a transmissão de agentes patogénicos de um doente colonizado ou infetado, para os outros e/ou para os profissionais de saúde ou visitas.

Isolamento em Coorte – Quando não há quarto individual de isolamento, colocação dos doentes colonizados ou infetados com o mesmo microrganismo juntos no mesmo quarto/área de isolamento.

Limpeza – processo de remoção da sujidade e microrganismos, geralmente recorrendo a detergente e água ou detergente enzimático e água, por processos mecânicos ou manuais. Este processo reduz mais de 80% dos microrganismos presentes nos materiais e superfícies.

Limpeza corrente – realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujidade e risco de contaminação.

Limpeza final ou terminal – Limpeza e desinfeção após o doente ter alta, transferência ou óbito. É uma limpeza mais aprofundada de todas as superfícies, mobiliário e equipamentos. Inclui a remoção de material orgânico e redução significativa e eliminação de contaminação microbiana.

Limpeza Global – limpeza não diária, de frequência variável, de acordo com a criticidade, adicional á limpeza corrente, que contribui para a manutenção das estruturas arquitetónicas. Deve ser definida pelos serviços, de acordo com as suas especificidades.

Limpeza imediata – realizada imediatamente após derrame ou salpicos de fluidos orgânicos, com o objetivo de conter a disseminação ambiental.

Local de Prestação de Cuidados – Local onde ocorrem conjuntamente os três elementos: doente, profissional de saúde e cuidado ou tratamento envolvendo contato com o doente.

Máscara cirúrgica – Dispositivo médico com dupla função: proteger o doente e o utilizador. É destinado a filtrar os microrganismos expirados pelo profissional para proteção do doente em procedimentos invasivos e, como proteção do profissional, destina-se a prevenir a transmissão por gotículas (>5 µm). Existem dois tipos de máscara cirúrgica:

- Classe ou tipo I – usada apenas com o objetivo de proteção dos outros, não da pessoa que a usa (deve reter >95% das partículas)
- Classe ou tipo II – protege o utilizador e as outras pessoas que estão na sua proximidade (deve reter pelo menos 98% das partículas)

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.

Microrganismos Multirresistentes – são microrganismos, predominantemente bactérias, resistentes a diferentes classes de antimicrobianos.

Precauções Básicas de Controlo de Infeção – Conjunto de medidas, a ser aplicado por todos os que entram em contato com os serviços de saúde, como forma de prevenir a transmissão de agentes infecciosos de um indivíduo para outro.

Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão – Quando, no doente, existe suspeita ou confirmação de colonização ou infeção por agentes infecciosos cuja transmissão não é completamente interrompida apenas com a implementação das Precauções Básicas em Controlo da Infeção. Inclui as medidas de isolamento de contacto, gotículas e via aérea.

Procedimentos Geradores de Aerossóis – Ex.: Entubação e extubação traqueal; ventilação manual; ventilação não-invasiva (BIPAP e CIPAP); oxigenoterapia de alto

fluxo; traqueostomia e procedimentos relacionados com a traqueostomia (inserção, aspiração ou remoção); broncoscopia; cinesiterapia respiratória que envolva indução da expetoração com nebulizações com Soro Fisiológico; procedimentos de Otorrinolaringologia da via aérea superior que envolvam sucção da via aérea; procedimentos dentários usando dispositivos de alta velocidade; endoscopia digestiva alta; corte de alta velocidade em cirurgia; autópsias e procedimentos pós-mortem, aspiração de secreções brônquicas.

Produtos de limpeza – Líquidos, pós, sprays ou grânulos que removem material orgânico (por exemplo, sujidade, fluidos corporais) de superfícies e suspendem gordura ou óleo. Pode incluir sabonete líquido, agentes de limpeza enzimáticos e detergentes.

Reprocessamento – O processo de descontaminação de um dispositivo ou peça de equipamento para reutilização no mesmo doente ou em outros doentes.

Risco – É o efeito combinado da probabilidade de ocorrência de um evento indesejável e a consequência do evento.

Zona suja – Uma sala ou área dedicada nos serviços onde é armazenado material utilizado nos doentes antes do seu reprocessamento final, como por exemplo, resíduos ou roupa suja. O acesso é restrito ao pessoal de limpeza e pessoal autorizado.

Sessão de limpeza – Uma atividade de limpeza ambiental contínua realizada durante um período de tempo definido em áreas de cuidados do doente definidas. Uma sessão de limpeza pode incluir limpeza corrente ou final.

Sistema de duplo balde – Sistema de limpeza do pavimento apenas para limpeza (não desinfeção). Um balde contém um detergente ou solução de limpeza e o segundo balde contém água limpa para enxaguar a esfregona.

Solução de limpeza – Uma combinação de água e produto de limpeza (por exemplo, detergente) numa proporção especificada pelo fabricante.

Solução desinfetante – Uma combinação de água e desinfetante, numa proporção especificada pelo fabricante.

Superfícies de toque frequente – Superfícies, habitualmente em áreas de cuidados de doentes, que são frequentemente tocadas por profissionais de saúde e doentes.

Superfícies de toque reduzido – Superfícies que são minimamente tocadas por profissionais de saúde e doentes.

Tempo de contacto – O tempo em que um desinfetante tem de estar em contacto com uma superfície ou dispositivo para garantir que ocorreu a desinfeção adequada.

Transmissão por Contacto – É a via de transmissão mais comum e mais importante de transmissão de doenças infecciosas e é dividida em dois subgrupos: contato direto e contato indireto.

- Contato direto: a via mais frequente de transmissão, em que os microrganismos patogénicos são transferidos de pessoa a pessoa, por contato direto através das mãos durante a prestação de cuidados (ex.: lavagem inapropriada das mãos).
- Contato indireto: ocorre a transferência de microrganismos através de equipamento contaminado (ex.: estetoscópio, batas, descontaminação deficiente de materiais e equipamentos); preparação, distribuição e administração inapropriada de medicamentos; contenção e eliminação inapropriada de resíduos/ corto-perfurantes.

Transmissão por Gotículas – A via de transmissão ocorre por deposição direta nas mucosas (proximidade excessiva: ≤ 1 metro) ou indireta nas superfícies. Estas partículas são geradas pela tosse, espirro ou fala ou durante a realização de procedimentos geradores de aerossóis*. Como são muito pesadas as partículas não ficam em suspensão no ar pelo que não são necessários cuidados especiais com a ventilação.

Transmissão por via aérea – A via de transmissão ocorre por disseminação de pequenas partículas residuais libertadas durante a fala, espirro ou tosse. Uma vez libertadas, estas partículas assentam nas superfícies horizontais, no entanto, podem ficar de novo suspensas e manterem-se no ar durante longos períodos e deslocarem-se a grandes distâncias conforme as correntes de ar presentes, ou então, as gotículas podem secar e constituir núcleos que, devido ao seu baixo peso, ficam suspensas no ar, podendo ser inaladas por outros indivíduos suscetíveis mesmo que não tenha existido contato direto com o indivíduo infeccioso. Prevenir a propagação de microrganismos transmitidos por via aérea requer o uso de sistemas especiais de ventilação com salas de pressão negativa.

Unidade do doente – O doente e o seu ambiente circundante imediato. Inclui todas as superfícies que são temporária e exclusivamente designadas para esse doente, incluindo equipamento (diversos dispositivos médicos), mobiliário (cama, cadeira, mesas de cabeceira), cortinados separadores e objetos pessoais (roupa, livros, etc) manipulados pelo utente e pelo pessoal de saúde aquando da prestação de cuidados ao doente.

Vias de Transmissão – É o movimento através do qual um agente potencialmente infetante pode disseminar-se para um novo hospedeiro. Na cadeia epidemiológica a via de transmissão é o elemento mais importante, por ser o elo mais passível de quebra ou interrupção. As principais vias de transmissão são por contacto (direto e indireto), por gotículas e por via aérea.

13. Bibliografia

- ✓ Documentação das UL-PPCIRA, nomeadamente: capítulos 5, 6, 9, 10 e 11 – UL-PPCIRA HSEIT; capítulos 2 e 7 UL-PPCIRA Hospital da Horta; capítulo 8 – UL-PPCIRA HDES
- ✓ CDC (2003). *Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities - Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*, atualizada em 2019;
- ✓ CDC (2007) *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*, atualizada em setembro de 2024;
- ✓ CDC (2008). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*, atualizado em maio 2019;
- ✓ Comité Consultivo para Práticas de Controlo de Infecções em Cuidados de Saúde (*Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, HICPAC*);
- ✓ Decreto Legislativo Regional n.º 29/2011/A, de 16 de novembro - Regime geral de prevenção e gestão de resíduos;
- ✓ Direção Geral de Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos. Lisboa: Ministério da Saúde, acedido a 11 de março de 2024 em [DGS_PCIRA_V8.pdf](#) (sns.gov.pt);
- ✓ Direção-Geral da Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde. (2014). Manual de Acreditação de Unidades de Saúde: MS1.02. (2ªed.). Lisboa: Direção-Geral da Saúde;
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2007). Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares em Centros de Saúde. Lisboa. 12 p. ISBN 978-972-675-171-7;
- ✓ Direção-Geral da Saúde. (2014). Resíduos Hospitalares (Documento de orientação) Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013690.pdf> [Consultado em 11/03/2024];

- ✓ Direção-Geral da Saúde. Norma nº 020/2018, de 20/12/2018: Hospitalização Domiciliária em idade adulta. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>;
- ✓ Direção-Geral da Saúde. Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI). Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>;
- ✓ Direção-Geral da Saúde. Orientação nº 002/2022 de 15/02/2022. Acondicionamento e Transporte de Resíduos Hospitalares da Prestação de Cuidados de Saúde no Domicílio. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022022-de-15022022-pdf.aspx>;
- ✓ Higiene, Controlo e avaliação do ambiente em Cuidados de saúde: Controlo ambiental: Abordagem Teórica, Apresentação de Prof.Dr.José Arur Paiva, Dr. Paulo A.Fernandes e Enf. M^a Goreti Silva, Março 2015;
- ✓ Higienização do ambiente nas Unidades de Saúde - Recomendações de Boa Prática-PNCI 2007;
- ✓ NHS (2021). *National Standards of Healthcare Cleanliness*;
- ✓ Norma nº 029/2012 atualizada a 31/10/2013 - Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI);
- ✓ PNCI - Prevenção das infeções Adquiridas no hospital - Um Guia Prático, 2^a edição;
- ✓ PNCI – Prevenção de infeções adquiridas no hospital: um guia prático, 2002;
- ✓ Reis, L. M. G. (2014). O conhecimento dos estudantes de Medicina Dentária sobre o risco/controlo da infeção cruzada na prática clínica. (Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária, Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto);

- ✓ Revista *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, Vol 32-nº10, dezembro 2014- *Fundamentos de antisepsia, desinfección y esterilización*, Maria Jesus Hernández-Navarrete et al.

§ O presente manual não dispensa a consulta e cumprimento de outras orientações da DGS e da DRS em vigor.