



VERSÃO 2

Boas Práticas de Limpeza Ambiental em Unidades de Cuidados de Saúde: em Ambientes de Recursos Limitados



**Centers for Disease
Control and Prevention**
National Center for Emerging and
Zoonotic Infectious Diseases

Departamento de Promoção da Qualidade
dos Cuidados de Saúde (Division of
Healthcare Quality Promotion)

Este documento fornece orientações sobre as melhores práticas para procedimentos e programas de limpeza ambiental em unidades de cuidados de saúde em ambientes de recursos limitados. Foi desenvolvido como uma colaboração entre os Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) e a Rede Africana de Controlo de Infecções (Infection Control Africa Network, ICAN).

Boas Práticas de Limpeza Ambiental em Unidades de Cuidados de Saúde: em Ambientes de Recursos Limitados é uma publicação da Divisão de Promoção da Qualidade dos Cuidados de Saúde no Centro Nacional de Doenças Infecciosas Emergentes e Zoonóticas (National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases) no CDC e do Grupo de Trabalho Educativo da Rede Africana de Controlo de Infecções.

Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention)

Dr. Robert Redfield, Director

Centro Nacional de Doenças Infecciosas Emergentes e Zoonóticas

Dr.^a Rima Khabbaz, Directora

Divisão de Promoção da Qualidade dos Cuidados de Saúde (Division of Healthcare Quality Promotion)

Dr.^a Denise Cardo, Directora

Rede Africana de Controlo de Infecções (Infection Control Africa Network)

Dr.^a Sade Ogunsola, Presidente

Grupo de Trabalho de Educação

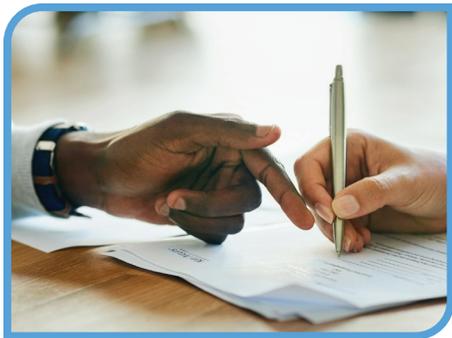
Dr.^a Shaheen Mehtar, Presidente (Anterior Presidente da ICAN)

Crédito das fotografias:

A fotografia da página de rosto apresenta a Sra. De Bruin, um elemento dedicado e apaixonado da equipa de limpeza ambiental há mais de 40 anos num hospital na Cidade do Cabo, África do Sul.

Citação sugerida:

CDC e ICAN. Boas Práticas de Limpeza Ambiental em Unidades de Cuidados de Saúde: em Ambientes de Recursos Limitados. Atlanta, GA: Departamento de Saúde e Serviços Humanos (Department of Health and Human Services) dos EUA, CDC; Cidade do Cabo, África do Sul: Rede Africana de Controlo de Infecções; 2019 Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/prevent/resource-limited/index.html> e <http://www.icanetwork.co.za/icanguideline2019/>



Agradecimentos

Coordenação geral e redacção das boas práticas:

Molly Patrick (Programa Internacional de Controlo de Infecções [International Infection Control Program], Divisão de Promoção da Qualidade dos Cuidados de Saúde, CDC, Atlanta, Geórgia, EUA) coordenou o desenvolvimento em conjunto e liderou a redacção das boas práticas. Shaheen Mehtar (Grupo de Trabalho Educativo [Education Working Group], Rede Africana de Controlo de Infecções, Cidade do Cabo, África do Sul) coordenou conjuntamente o desenvolvimento e contribuiu significativamente para a estrutura e para o conteúdo das boas práticas. Danielle Carter, Joyce Thomas e Sonya Arundar (Divisão de Promoção da Qualidade dos Cuidados de Saúde, CDC) forneceram assistência para a edição profissional (linguagem simples e usabilidade).

Comité de especialistas:

Os seguintes especialistas participaram em consultas técnicas para orientar o desenvolvimento e forneceram uma revisão técnica das boas práticas: Benedetta Allegranzi, Nathalie Tremblay (Departamento de Prestação de Serviços e Segurança [Department of Service Delivery and Safety], Organização Mundial de Saúde (OMS), Suíça); Margaret Montgomery (Unidade de Água, Saneamento, Higiene e Saúde [Water, Sanitation, Hygiene and Health Unit], OMS, Suíça); Claire Kilpatrick (Soapbox Collaborative, Reino Unido); Joost Hopman (Microbiologista Consultor, Radboud University Medical Center, Países Baixos); Nkwan Jacob Gobte (Rede Africana de Controlo de Infecções, Camarões); Matt Arduino, Michael Bell, Bryan Christensen, Denise Kirley, Cliff McDonald, Sujan Reddy, Rachel Smith, Amy Valderrama (Divisão de Promoção da Qualidade dos Cuidados de Saúde, CDC).

Grupo de Revisão pelos Pares Externo:

Os seguintes especialistas forneceram conhecimentos técnicos sobre prevenção e controlo de infeções (PCI) em ambientes de recursos limitados: Nizam Damani (Consultor PCI, OMS e Fundo para a Saúde e Segurança Social [Southern Health & Social Care Trust], Reino Unido); Briette du Toit (Responsável pela Prevenção e Controlo de Infecções, Mediclinic Southern Africa, África do Sul); Nagwa Khamis (Consultora de CEO e Chefe do Departamento de PCI, Hospital do Cancro Pediátrico do Egipto [Children Cancer Hospital of Egypt], Egipto); Linus Kirimi Ndegwa (Gestor do Programa, PCI/AMR, Divisão de Protecção de Saúde Global [Division of Global Health Protection], Secretário-Geral do CDC e IPNET-K, Quénia); Robert M Njee (Cientista Investigador Sénior, Instituto Nacional de Investigação Médica [National Institute for Medical Research], Tanzânia); Marcelyn Magwenzi (Microbiologista/Formador PCI, Associação de Controlo de Infecções do Zimbabué [Infection Control Association of Zimbabwe], Zimbabué); Ana Maruta (Líder da Equipa do PCI, OMS, Serra Leoa); Apurba S Sastry (Responsável pelo Controlo de Infecções, Responsável de Gestão de Antimicrobianos, Professor Associado de Microbiologia, Instituto Jawaharlal de Pós-Graduação em Educação e Investigação Médica [Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research], Índia); Yolanda Van Zyl (Sociedade de Controlo de Infecções da África do Sul [Infection Control Society South Africa], Hospital Paarl, Departamento de Saúde de Western Capt [Western Capt Department of Health], África do Sul).

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Abreviaturas	viii
Principais definições	1
Legendas dos ícones	4
1. Introdução	5
1.1 Transmissão ambiental de IACS	5
1.2 Limpeza ambiental e PCI	6
1.3 Limpeza ambiental e infra-estrutura de WASH	7
1.4 Base e evidência para boas práticas propostas	8
1.5 Finalidade e âmbito deste documento	8
1.6 Público-alvo do documento	9
1.7 Descrição geral do documento	9
2. Programas de limpeza	11
2.1 Elementos organizacionais	12
2.1.1 Apoio administrativo	12
2.1.2 Comunicações	13
2.1.3 Gestão e supervisão	14
2.2 Elementos de alocação de pessoal	15
2.2.1 Níveis de alocação de pessoal	15
2.2.2 Formação e educação	16
2.3 Infra-estrutura de apoio e elementos de abastecimento	17
2.3.1 Espaço designado	17
2.3.2 Serviços de abastecimento de água e águas residuais	17
2.3.3 Aprovisionamento e gestão de materiais e equipamento	19
2.3.4 Acabamentos, mobiliário e outras considerações	19
2.4 Políticas e elementos processuais	20
2.4.1 Políticas de limpeza	20
2.4.2 Procedimento operativo normalizado	21
2.4.3 Listas de verificação de limpeza, registos e auxiliares de tarefas	22

2.5	Elementos de monitorização, feedback e auditoria	23
2.5.1	Monitorização de rotina.....	24
2.5.2	Mecanismos de feedback	25
2.5.3	Auditorias ao programa.....	26
3.	Materiais e equipamento de limpeza ambiental.....	27
3.1	Produtos para limpeza ambiental	27
3.1.1	Produtos de limpeza	28
3.1.2	Desinfectantes	28
3.1.3	Detergente/desinfectantes combinados.....	30
3.2	Preparação de produtos para limpeza ambiental.....	31
3.3	Materiais e equipamento para limpeza ambiental.....	31
3.3.1	Preparação de materiais e equipamento	33
3.4	Equipamento de protecção individual para limpeza ambiental	34
3.5	Cuidados e armazenamento de materiais, equipamento e equipamento de protecção individual	37
4.	Procedimentos de limpeza ambiental	41
4.1	Técnicas gerais de limpeza ambiental	42
4.2	Áreas de doentes gerais	44
4.2.1	Enfermarias de ambulatório	45
4.2.2	Limpeza de rotina de enfermarias de internamento.....	45
4.2.3	Limpeza final ou após a alta de enfermarias de internamento.....	45
4.2.4	Limpeza agendada	46
4.3	Casas de banho de áreas dos doentes.....	47
4.4	Pavimentos de áreas dos doentes.....	47
4.5	Derrames de sangue ou fluidos corporais.....	48
4.6	Áreas de doentes especializadas	49
4.6.1	Blocos operatórios	50
4.6.2	Áreas de preparação de medicação.....	52
4.6.3	Departamentos de serviços de esterilização (DSE)	53
4.6.4	Unidades de cuidados intensivos	54
4.6.5	Departamentos de emergência.....	54

4.6.6	Enfermarias de obstetrícia e salas de parto	55
4.6.7	Outras áreas especializadas	56
4.6.8	Enfermarias de precaução baseada na transmissão/de isolamento	59
4.7	Equipamento não crítico de cuidados dos doentes	61
4.7.1	Considerações sobre compatibilidade do material	63
4.7.2	Salas de resíduos hospitalares	63
4.8	Métodos para avaliação da limpeza e higienização.....	64
5.	Conclusão e caminho a seguir	67
	Leitura adicional	67
	Referências	68
	Anexo A – Avaliação de risco para determinar o método e a frequência da limpeza ambiental.....	71
	Anexo B1 – Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas dos doentes gerais.....	73
	Anexo B2 – Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas dos doentes especializadas.....	78
	Anexo C – Exemplo de superfícies de contacto elevado numa área dos doentes especializada	91
	Anexo D – Gestão de roupa de cama e lavandaria	92
	Anexo E – Preparação de solução desinfetante de cloro.....	94

Designações abreviadas

Designação abreviada	Termo
ATP	Trifosfato de adenosina (Adenosine tri-phosphate)
CDC	Centros de Prevenção e Controlo de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention)
C. diff	<i>Clostridioides difficile</i>
GRAU	Classificação de recomendações, avaliação, desenvolvimento e avaliação
IACS	Infecções associadas aos cuidados de saúde
HEPA	Partículas de alta eficiência (High-Efficiency Particulate Air)
ICAN	Rede Africana de Controlo de Infecções (Infection Control Africa Network)
UCI	Unidade de cuidados intensivos
PCI	Prevenção e controlo de infeções
MRSA	Staphylococcus aureus resistente à meticilina (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus)
BO	Bloco operatório
EPI	Equipamento de protecção individual
PON	Procedimento operativo normalizado
SDS	Ficha de dados de segurança (Safety Data Sheet)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Emergency Fund)
VRE	Enterococos resistentes à vancomicina (Vancomycin-resistant Enterococci)
WASH	Água, saneamento e higiene (Water, Sanitation and Hygiene)
WASH FIT	Ferramenta de melhoria de água e saneamento para unidades de saúde (Water and Sanitation for Health Facility Improvement Tool)
OMS	Organização Mundial de Saúde

Principais definições

Ação mecânica: a acção física da limpeza – inclui esfregar, esfregar e fricção.

Ambientes de recursos limitados: configurações com recursos individuais ou sociais insuficientes – humanos, financeiros ou tecnológicos – para apoiar um sistema de cuidados de saúde público robusto.

Anti-séptico: uma substância que impede ou interrompe o crescimento ou acção dos micro-organismos inibindo a sua actividade ou destruindo-os. O termo é utilizado especialmente para preparações aplicadas topicamente a tecido vivo.

Aparelho de lavagem/desinfecção: uma máquina utilizada para limpar e desinfetar equipamento reutilizável de cuidados dos doentes (por exemplo, arrastadeiras, urinóis e bacias) e instrumentos cirúrgicos menores reutilizáveis pré-limpos antes da esterilização.

Área de serviços de limpeza ambiental: um espaço dedicado para preparar, reprocessar e armazenar materiais e equipamento limpos ou novos de limpeza ambiental, incluindo produtos de limpeza e EPI. O acesso é restrito ao pessoal de limpeza e pessoal autorizado.

Áreas de cuidados dos doentes: qualquer área onde os cuidados dos doentes sejam fornecidos directamente (por exemplo, sala de exames) e indirectamente (por exemplo, área de preparação da medicação). Inclui o ambiente de cuidados de saúde circundante (por exemplo, casas de banho dos doentes).

Áreas de doentes especializadas: enfermarias ou unidades de doentes internados (por exemplo, áreas de preparação de medicação) para doentes de alta dependência (por exemplo, UCI), doentes imunossuprimidos (por exemplo, transplante de medula óssea, quimioterapia), doentes submetidos a procedimentos invasivos (por exemplo, blocos operatórios) ou doentes que sejam expostos regularmente a sangue ou fluidos corporais (por exemplo, enfermaria de obstetrícia e salas de parto, unidades de queimados).

Áreas de doentes gerais: enfermarias de cuidados sem internamento ou ambulatorios e enfermarias de internamento com doentes internados para procedimentos médicos de rotina que não estejam a receber cuidados agudos (ou seja, episódios de lesão e doença súbitas, urgentes ou emergentes que exijam intervenção rápida).

Campo cirúrgico: inclui a zona do doente nos blocos operatórios onde a assepsia é necessária. Apenas objetos e pessoal esterilizados são permitidos no campo cirúrgico.

Carrinho de limpeza (também conhecido como trolley de limpeza): um carrinho ou trolley exclusivo que transporta materiais e equipamento de limpeza ambiental, além de sacos ou caixotes para materiais sujos, como roupa, para eliminação ou reprocessamento.

Casas-de-banho privadas vs. partilhadas: as casas-de-banho privadas são exclusivas para uma pessoa durante um determinado período de tempo — a limpeza ambiental ocorre sempre antes de serem utilizadas por uma pessoa diferente. As casas-de-banho partilhadas são utilizadas por mais de uma pessoa num período de tempo especificado e não podem ser limpas antes da utilização por uma pessoa diferente.

Compatibilidade do material: a compatibilidade química e outros factores que afectam 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.

Desinfectantes: compostos químicos que inactivam (ou seja, matam) agentes patogénicos e outros micróbios e enquadram-se numa de três categorias com base na formulação química: nível baixo, nível intermédio e nível elevado. Os desinfectantes são aplicados apenas a objetos inanimados. Todos os materiais orgânicos e solo têm de ser removidos por um produto de limpeza antes da aplicação de desinfectantes. Alguns produtos combinam um detergente com um desinfectante.

Desinfecção: um processo térmico ou químico para inactivar micro-organismos em objectos inanimados.

Desinfecção de nível baixo: inactiva a maioria das bactérias vegetativas, alguns fungos e alguns vírus num tempo de contacto prático, mas não mata vírus mais resistentes (por exemplo, sem envelope), género bacteriano (por exemplo, micobactérias) ou esporos bacterianos.

Desinfecção de nível elevado: mata todos os micro-organismos, com excepção de pequenos números de esporos bacterianos.

Desinfecção de nível intermédio (também desinfecção de nível médio): mata bactérias inactivadas, incluindo micobactérias, a maioria dos vírus e a maioria dos fungos, mas não mata esporos bacterianos.

Detergente: um agente de limpeza sintético que pode emulsionar e suspender óleo. Contém surfactante ou uma mistura de surfactantes com propriedades de limpeza em soluções diluídas para reduzir a tensão da superfície e auxiliar na remoção de solo orgânico e óleos, gorduras e lubrificantes.

Equipamento crítico de cuidados ao doente: equipamento e dispositivos que entram no tecido estéril ou no sistema vascular, como instrumentos cirúrgicos, cateteres cardíacos e urinários.

Equipamento de cuidados a doentes não críticos: equipamento, como estetoscópios, braçadeiras para medição da pressão arterial e arrastadeiras, que entram em contacto com a pele intacta.

Equipamento de cuidados de doentes semicríticos: equipamento, como endoscópios, equipamento respiratório e de anestesia e sondas de ecografia vaginal, que entra em contacto com membranas mucosas.

Equipamento de protecção individual (EPI): vestuário ou equipamento utilizado pela equipa para se proteger contra perigos (por exemplo, sangue ou fluidos corporais).

Esterilizante químico: um agente que é aplicado a objectos inanimados ou dispositivos sensíveis ao calor para matar todos os micro-organismos e esporos bacterianos.

Equipamento de transporte: cadeiras de rodas, carrinhos, macas e outro equipamento portátil usado para transportar doentes.

Ficha de dados de segurança (SDS): um documento do fornecedor ou fabricante de um produto químico que contém informações sobre os potenciais perigos do produto (saúde, incêndio, reactividade e meio ambiente) e como trabalhar em segurança com ele. Também contém informações sobre a utilização, armazenamento, manuseamento e procedimentos de emergência.

Higiene das mãos: qualquer acção da limpeza das mãos para remover, física ou mecanicamente, a sujidade, os materiais orgânicos ou os micro-organismos.

Incubadora (também conhecida como isolette): uma unidade autónoma que fornece um microambiente de temperatura, humidade e oxigénio controlados para o isolamento e cuidado de recém-nascidos prematuros e com baixo peso no nascimento.

Limpeza: remoção física de material estranho (por exemplo, pó, sujidade) e material orgânico (por exemplo, sangue, secreções, excreções, micro-organismos). A limpeza remove fisicamente, não mata micro-organismos. Isto é conseguido com água, detergentes e acção mecânica.

Limpeza a seco: utilizar uma mopa seca para limpar o pavimento seco.

Limpeza agendada: limpeza (e desinfecção, quando indicado) que ocorre simultaneamente com a limpeza de rotina e tem como objectivo reduzir o pó e a sujidade em superfícies de contacto reduzido.

Limpeza ambiental: limpeza e desinfecção (quando necessário, de acordo com o nível de risco) de superfícies ambientais (por exemplo, barras da cama, colchões, botões de chamada, cadeiras) e superfícies de equipamento de cuidados não críticos do doente (por exemplo, suportes de IV, estetoscópios).

Limpeza de rotina: a limpeza regular (e desinfecção, quando indicado) quando a sala está ocupada para remover material orgânico, reduzir a contaminação microbiana e proporcionar um ambiente visualmente limpo. A ênfase é colocada nas superfícies dentro da zona dos doentes.

Limpeza final (alta): limpeza e desinfecção após o doente ter alta ou ser transferido. Inclui a remoção de material orgânico e redução significativa e eliminação de contaminação microbiana.

Luvas de borracha reutilizáveis (também referidas como luvas domésticas): luvas que protegem as mãos de líquidos, incluindo soluções de limpeza ou desinfectantes e químicos. São luvas de látex mais fortes (mais duradouras) do que as descartáveis (de utilização única).

Luvas resistentes a químicos: luvas que protegem as mãos de químicos. Podem ser fabricadas com látex ou outro material fabricado, como o nitrilo, e podem ser à prova de água ou de líquidos.

Organismos multirresistentes (Multidrug-resistant organisms, MDRO) e agentes patogénicos: germes (vírus, bactérias e fungos) que desenvolvem a capacidade de derrotar os medicamentos concebidos para os matar. Habitualmente refere-se a um isolado que é resistente a, pelo menos, um antibiótico em três ou mais classes de medicamentos.

Precauções com base na transmissão: são utilizadas além das Precauções padrão para doentes com infeções conhecidas ou suspeitas. Existem três categorias:

- **Contacto:** destinado a prevenir a transmissão de agentes infecciosos, incluindo micro-organismos epidemiologicamente importantes, que são disseminados por contacto direto ou indireto com o doente ou com o ambiente do doente
- **Gotículas:** destinam-se a prevenir a transmissão de patogénicos disseminados através do contacto próximo das membranas respiratórias ou mucosas com secreções respiratórias
- **Transmissão pelo ar:** destinam-se a prevenir a transmissão de agentes infecciosos que permanecem infecciosos a longas distâncias quando suspensos no ar (por exemplo, vírus da rubéola [sarampo], vírus da varicela [chickenpox], M. tuberculosis e, possivelmente, SARS-CoV)

Para algumas doenças que têm múltiplas vias de transmissão (por exemplo, SARS), podem ser utilizadas mais do que uma categoria de Precauções com base na transmissão.

Precauções padrão: são utilizadas para todos os cuidados do doente. Com base numa avaliação de risco e utilizando práticas de senso comum, proteção pessoal e outro equipamento que protege os profissionais de saúde de infeções e previne a disseminação de infeções de doente para doente.

Produtos de limpeza (também conhecidos como agentes 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 limpeza e desinfecção de um dispositivo ou peça de equipamento para reutilização no mesmo doente (por exemplo, hemodialisadores) ou outros doentes.

Responsável focal: uma pessoa que serve como coordenador ou ponto focal de informação relativamente a uma actividade ou programa.

Sala de resíduos hospitalares: uma sala ou área dedicada, separada em áreas sujas e limpas, onde o equipamento de cuidados para doentes não críticos é reprocessado. O acesso é restrito ao pessoal de limpeza e pessoal autorizado.

Sessão de limpeza: uma actividade 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 de rotina ou final.

Sistema de dispensa automática: sistemas que fornecem controlos computadorizados (automatização) para preparação de soluções de limpeza ou desinfectantes. Estes sistemas substituem a necessidade de medir manualmente uma quantidade de produtos de limpeza ou desinfectantes e água.

Sistema de três baldes (limpeza com mopa): sistema de limpeza do pavimento para limpeza e desinfecção. Um balde contém um detergente ou solução de limpeza, o segundo balde contém desinfectante ou solução desinfectante e o terceiro balde contém água limpa para enxaguar a mopa.

Sistema de dois baldes (limpeza): sistema de limpeza do pavimento apenas para limpeza (não desinfecção). Um balde contém um detergente ou solução de limpeza e o segundo balde contém água limpa para enxaguar a mopa.

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

Solução desinfectante: uma combinação de água e desinfectante, numa proporção especificada pelo fabricante.

Superfícies de contacto elevado: superfícies, frequentemente em áreas de cuidados de doentes, que são frequentemente tocadas por profissionais de saúde e doentes (por exemplo, berços, camas, suportes de IV, manípulos de portas, carrinhos de medicação).

Superfícies de contacto reduzido: superfícies que são minimamente tocadas por profissionais de saúde e doentes (por exemplo, paredes, tetos, pavimento).

Tecidos de microfibra: panos feitos de uma combinação de poliéster e fibras de poliamida (nylon).

Tempo de contacto: o tempo em que um desinfetante tem de estar em contacto com uma superfície ou dispositivo para garantir que ocorreu a desinfecção adequada. Para a maioria dos desinfetantes, a superfície deve permanecer húmida durante o tempo de contacto necessário.

Unidade de hemodiálise: uma máquina de hemodiálise com uma cadeira ou cama e ligações a água purificada e saneamento. As estações em unidades com entrega central também podem ter ligações de concentrado de ácido e concentrado de bicarbonato.

Vaporização de desinfetante: vaporização ou pulverização de um desinfetante químico líquido para desinfetar as superfícies ambientais num espaço fechado.

Varredura a seco: utilizar uma vassoura para limpar pavimentos secos.

Zona dos doentes: o doente e o seu ambiente circundante imediato. Inclui todas as superfícies que são temporária e exclusivamente designadas para esse doente.

Legendas dos ícones



Representa uma secção onde deve ser dada especial atenção ao conteúdo



Representa uma pessoa ou pessoas essenciais para implementar a limpeza ambiental



Representa conteúdo que se aplica à situação em que os serviços de limpeza ambiental são fornecidos por uma empresa externa (ou seja, através de um contrato ou acordo de nível de serviço)



Representa uma área onde as listas de verificação e outros auxiliares de tarefas são necessários para implementar a limpeza ambiental



1. Introdução

As infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS) têm um impacto significativo mundialmente, com milhões de doentes afectados todos os anos.¹ Estas infecções afectam contextos de cuidados de saúde de recursos elevados e limitados, mas em ambientes de recursos limitados, as taxas são aproximadamente duas vezes mais elevadas (15 em cada 100 doentes versus 7 em cada 100 doentes). Além disso, as taxas de infecções em determinadas populações de doentes, incluindo doentes cirúrgicos, doentes em unidades de cuidados intensivos (UCI) e unidades neonatais, são significativamente mais elevadas em ambientes de recursos limitados.

Está bem documentado que a contaminação ambiental em ambientes de cuidados de saúde desempenha um papel na transmissão de IACS.^{2,3} Por conseguinte, **a limpeza ambiental é uma intervenção fundamental para a prevenção e controlo de infecções (PCI)**. É uma intervenção multifacetada que envolve limpeza e desinfecção (quando indicado) do ambiente juntamente com outros elementos-chave do programa (por exemplo, apoio à liderança, formação, monitorização e mecanismos de feedback).

Para serem eficazes, as actividades de limpeza ambiental devem ser implementadas dentro do enquadramento do programa de PCI da unidade e não como uma intervenção autónoma. Também é essencial que os programas de PCI defendam e trabalhem com a administração das unidades e representantes do Governo para orçamentar, operar e manter uma infra-estrutura adequada de água, saneamento e higiene (WASH) para garantir que a limpeza ambiental pode ser realizada de acordo com as boas práticas.

1.1 Transmissão ambiental de IACS

Em vários contextos de cuidados de saúde, a contaminação ambiental foi significativamente associada à transmissão de patógenos em grandes surtos de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA), enterococos resistentes à vancomicina (VRE), *Clostridioides difficile* (*C.diff*) e, mais recentemente, em surtos prolongados de *Acinetobacter baumannii*. As investigações de surtos determinaram que o risco de colonização e infecção dos doentes aumentou significativamente se o doente ocupou um quarto que tinha sido previamente ocupado por um doente infectado ou colonizado. Por conseguinte, o papel do ambiente de cuidados imediatos do doente – principalmente, as superfícies ambientais dentro da zona do doente que são frequentemente tocadas por ou em contacto físico directo com o doente, como as barras da cama, mesas de cabeceira e cadeiras – na facilitação da sobrevivência e subsequente transferência de micro-organismos foi estabelecido.⁴⁻¹⁰ No entanto, é importante notar que a transmissão ambiental de IACS pode ocorrer por diferentes vias.

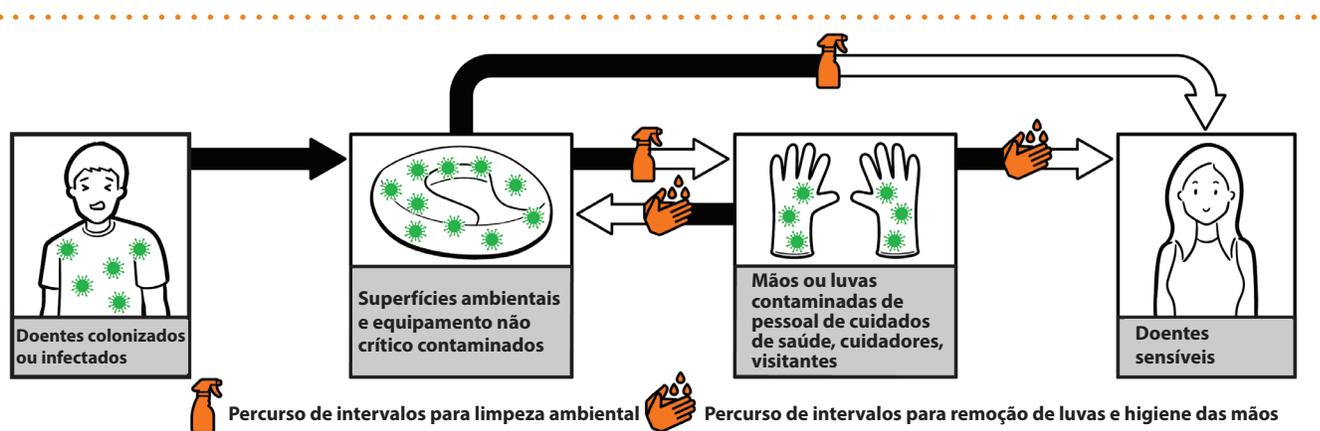
Também foi documentado que alguns patógenos associados aos cuidados de saúde podem sobreviver em superfícies ambientais durante meses.³ Em 2006, um estudo laboratorial documentou os tempos de sobrevivência de uma variedade de agentes patógenos significativos associados aos cuidados de saúde, incluindo bacilos gram-negativos, e descobriu que poderiam persistir muito mais tempo no ambiente do que foi anteriormente entendido. Por exemplo, o *Acinetobacter* spp. sobreviveu até 5 meses e *Klebsiella* spp. até 30 meses.¹¹⁻¹² **Os tempos de sobrevivência reais em ambientes de cuidados de saúde variam consideravelmente com base em factores como temperatura, humidade e tipo de superfície.**

A Figura 1 (abaixo) ilustra a via de transmissão ambiental em termos gerais. Os micro-organismos são transferidos do ambiente para um hospedeiro susceptível através de:

- contacto com superfícies ambientais e equipamento não crítico contaminados
- contacto com mãos ou luvas contaminadas de profissionais de saúde durante a prestação de cuidados, bem como por cuidadores e visitantes

As mãos ou luvas contaminadas também irão continuar a espalhar micro-organismos pelo meio ambiente. A Figura 1 também mostra como estas vias podem ser interrompidas e destaca que a limpeza ambiental e a higiene das mãos (precedidas pela remoção de luvas, conforme aplicável) podem quebrar esta cadeia de transmissão.

Figura 1. Via de transmissão de contacto que mostra o papel das superfícies ambientais, o papel da limpeza ambiental e a higiene das mãos para quebrar a cadeia de transmissão



Um doente colonizado ou infectado pode contaminar superfícies ambientais e equipamento não crítico. Os micro-organismos destas superfícies ambientais contaminadas e equipamento não crítico podem ser transferidos para um doente susceptível de duas formas:

- Se o doente susceptível entrar em contacto directamente com as superfícies contaminadas (por exemplo, tocar neles).
- Se um profissional de cuidados de saúde, cuidador ou visitante entrar em contacto com as superfícies contaminadas e, em seguida, transferir os micro-organismos para o doente susceptível.

As mãos ou luvas contaminadas do pessoal de cuidados de saúde, cuidadores e visitantes também podem contaminar as superfícies ambientais desta forma. A higiene das mãos e a limpeza ambiental adequadas podem impedir a transferência de micro-organismos para o pessoal de cuidados de saúde, prestadores de cuidados e visitantes e para doentes susceptíveis.

As evidências estão a aumentar, mas permanecem limitadas, de que as estratégias de limpeza ambiental eficazes reduzem o risco de transmissão e contribuem para o controlo de surtos.^{7,13-22} Consequentemente, recomenda-se o uso de múltiplas intervenções (ou seja, um conjunto), bem como uma abordagem multimodal geral às actividades e programas de PCI, tanto para o surto como para o contexto de rotina.

1.2 Limpeza ambiental e PCI

A limpeza ambiental faz parte das Precauções Padrão, que devem ser aplicadas a todos os doentes em todas as unidades de cuidados de saúde. É importante implementar programas de limpeza ambiental no âmbito dos programas de PCI ao nível das unidades. Sempre que possível, durante a formação e educação dos funcionários, por exemplo, considere a possibilidade de gerar sinergias e destacar a relação entre as actividades de limpeza ambiental e de higiene das mãos na prevenção da transmissão ambiental de IACS.

Os programas de PCI ao nível da unidade incluem vários elementos, que vão desde a vigilância de IACS à formação e educação de todos os profissionais de saúde em PCI. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu componentes fundamentais dos programas de PCI nas [Directrizes sobre componentes fundamentais dos programas de prevenção e controlo de infeções a nível nacional e em unidades de cuidados de saúde agudos](https://www.who.int/gpsc/ipc-components/en/) [Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level] (<https://www.who.int/gpsc/ipc-components/en/>)

A limpeza ambiental é abordada explicitamente no Componente fundamental 8: Construir ambiente, materiais e equipamento para PCI a nível das unidades.

Mas outros componentes também incluem aspectos importantes para a implementação da limpeza ambiental, tais como:

- Componente fundamental 2: Directrizes de PCI
- Componente fundamental 3: Educação e formação
- Componente fundamental 6: Monitorização/auditoria das práticas de PCI e feedback

A nível nacional, é importante que estes Componentes fundamentais (2, 3 e 6) incluam quadros e orientações para informar as abordagens ao nível das unidades relativamente à limpeza ambiental.

Dado o amplo leque de responsabilidades da PCI nas unidades de cuidados de saúde agudos, a implementação de programas robustos de PCI requer uma equipa dedicada e treinada de PCI (ou pelo menos um responsável focal). A equipa de PCI deve consultar e estar envolvida nos aspectos técnicos do programa de limpeza ambiental (por exemplo, formação, desenvolvimento de políticas). É recomendada uma equipa separada para a gestão geral e implementação do programa de limpeza ambiental. Em pequenas unidades de cuidados primários com serviços de internamento limitados, a equipa de PCI ou responsável focal pode ser directamente responsável pela gestão de actividades de limpeza ambiental.

1.3 Limpeza ambiental e infra-estrutura de WASH

As Unidades de Cuidados de Saúde devem ter uma infra-estrutura de abastecimento de água e saneamento adequada (por exemplo, eliminação segura de águas residuais) para realizar a limpeza ambiental de acordo com as boas práticas. Um relatório global recente resumiu a **falta crítica de acesso a serviços básicos de água, saneamento e higiene (WASH) em Unidades de Cuidados de Saúde em ambientes de recursos limitados, o que atrasa a capacidade das unidades de implementar programas de limpeza ambiental eficazes.**²³

Em resposta à necessidade identificada de melhorar a WASH nas unidades de cuidados de saúde, a OMS e a UNICEF contrataram parceiros e propuseram medidas práticas para melhorar os serviços de WASH. De notar que isto inclui a utilização e comunicação sobre:

- indicadores de monitorização harmonizados para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável: [Unidades de Cuidados de Saúde](https://washdata.org/monitoring/health-care-facilities), Programa de Monitorização Conjunta (Joint Monitoring Programme, JMP) (<https://washdata.org/monitoring/health-care-facilities>)
- uma ferramenta de melhoria das unidades para ajudar a melhorar gradualmente os serviços de WASH: [Ferramenta de melhoria de água e saneamento para unidades de saúde \(WASH FIT\): um guia prático para melhorar a qualidade dos cuidados através da água, saneamento e higiene em Unidades de Cuidados de Saúde](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en) (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en)
- oito passos práticos recomendados que fornecem um roteiro para a melhoria a longo prazo do país e estão alinhados com a Resolução da Assembleia Mundial de Saúde de 2019 sobre a WASH em unidades de cuidados de saúde: [OMS | WASH em Unidades de Cuidados de Saúde](https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities/en/) (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities/en/)

1.4 Base e evidência para boas práticas propostas

As seguintes boas práticas para limpeza ambiental em ambientes de recursos limitados são propostas como referência padrão e como um recurso para:

- complementar as directrizes existentes
- informar sobre o desenvolvimento de directrizes quando necessário
- aumentar a atenção para este aspecto crítico e sub-recursos dos cuidados de saúde e segurança dos doentes

Estas boas práticas derivam directamente de uma variedade de boas práticas e documentos normalizados de limpeza a partir de vários ambientes de recursos elevados de língua inglesa, principalmente, nos Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e Austrália. Estes documentos foram gerados por uma combinação de opiniões de especialistas e classificação das evidências actuais. Consulte [Leitura adicional](#) (página 67) para obter uma lista dos documentos que foram utilizados extensivamente no desenvolvimento destas boas práticas.

Estas boas práticas foram desenvolvidas por um comité de especialistas em limpeza ambiental em ambientes de recursos limitados. Utilizando um processo orientado por consenso, **incluímos as boas práticas mais relevantes e alcançáveis para o contexto-alvo.**

Por exemplo, as boas práticas nas UCI neste documento incluem uma limpeza ambiental mais frequente do que a recomendada em vários dos documentos referenciados, devido ao aumento do risco e carga de IACS nas UCI em ambientes de recursos limitados. Em alternativa, a utilização de dispositivos de desinfecção sem recurso a manuseamento e novos dispositivos de desinfecção, que são cada vez mais frequentes em ambientes de recursos elevados, foram excluídos deste documento devido ao seu custo proibitivo e evidência limitada sobre a sua eficácia na redução de IACS em ambientes de recursos limitados.

Este é um documento dinâmico que será actualizado e melhorado à medida que novas evidências ficam disponíveis.

1.5 Finalidade e âmbito deste documento

O objectivo destas boas práticas é melhorar e normalizar a implementação da limpeza ambiental em áreas de cuidados de doentes em todas as unidades de cuidados de saúde em ambientes de recursos limitados.



Os seguintes estão fora do âmbito deste documento:

- Procedimentos de limpeza fora das áreas de cuidados dos doentes, tais como consultórios e áreas administrativas
- Limpeza do ambiente exterior dos edifícios das unidades (por exemplo, áreas de armazenamento de resíduos, ambulâncias e terrenos das unidades)
- Descontaminação e reprocessamento de equipamento semicrítico e crítico

1.6 Público-alvo do documento

Este documento destina-se ao pessoal das unidades de cuidados de saúde que tenha um papel no desenvolvimento, gestão ou supervisão de serviços de limpeza ambiental (internos ou contratados) para as unidades de cuidados de saúde.



Público principal:

Responsáveis de limpeza a tempo inteiro ou a tempo parcial, supervisores de limpeza ou outro pessoal clínico que auxilia no desenvolvimento e implementação de programas de limpeza ambiental, tais como, membros de comités de controlo de infecções ou de higiene existentes.

Público secundário:

Outro pessoal que garanta um ambiente limpo de cuidados aos doentes, como supervisores de enfermarias ou departamentos, parteiras, pessoal de enfermagem, administradores, pessoal de aprovisionamento, gestão de unidades e quaisquer outros responsáveis pelos serviços de WASH ou PCI na unidade de cuidados de saúde.

1.7 Descrição geral do documento

As boas práticas estão divididas em três capítulos, descritos abaixo e de forma relacional na [Figura 2](#) (página 10).

Capítulo 2: Programas de limpeza ambiental

- Um programa de limpeza ambiental é um conjunto estruturado de elementos ou intervenções que facilitam a implementação da limpeza ambiental numa unidade de cuidados de saúde.
- Os programas de limpeza ambiental requerem uma abordagem padronizada e multimodal e uma forte gestão e envolvimento de vários intervenientes e departamentos da unidade de cuidados de saúde, tais como, administração, PCI, WASH ou gestão de unidades.
- Este capítulo fornece as boas práticas para implementar programas de limpeza ambiental para todos os mecanismos do programa (geridos internamente ou contratados), incluindo os elementos-chave do programa de:
 - organização/administração
 - pessoal e formação
 - infra-estrutura e fornecimentos
 - políticas e procedimentos
 - monitorização, feedback e auditoria

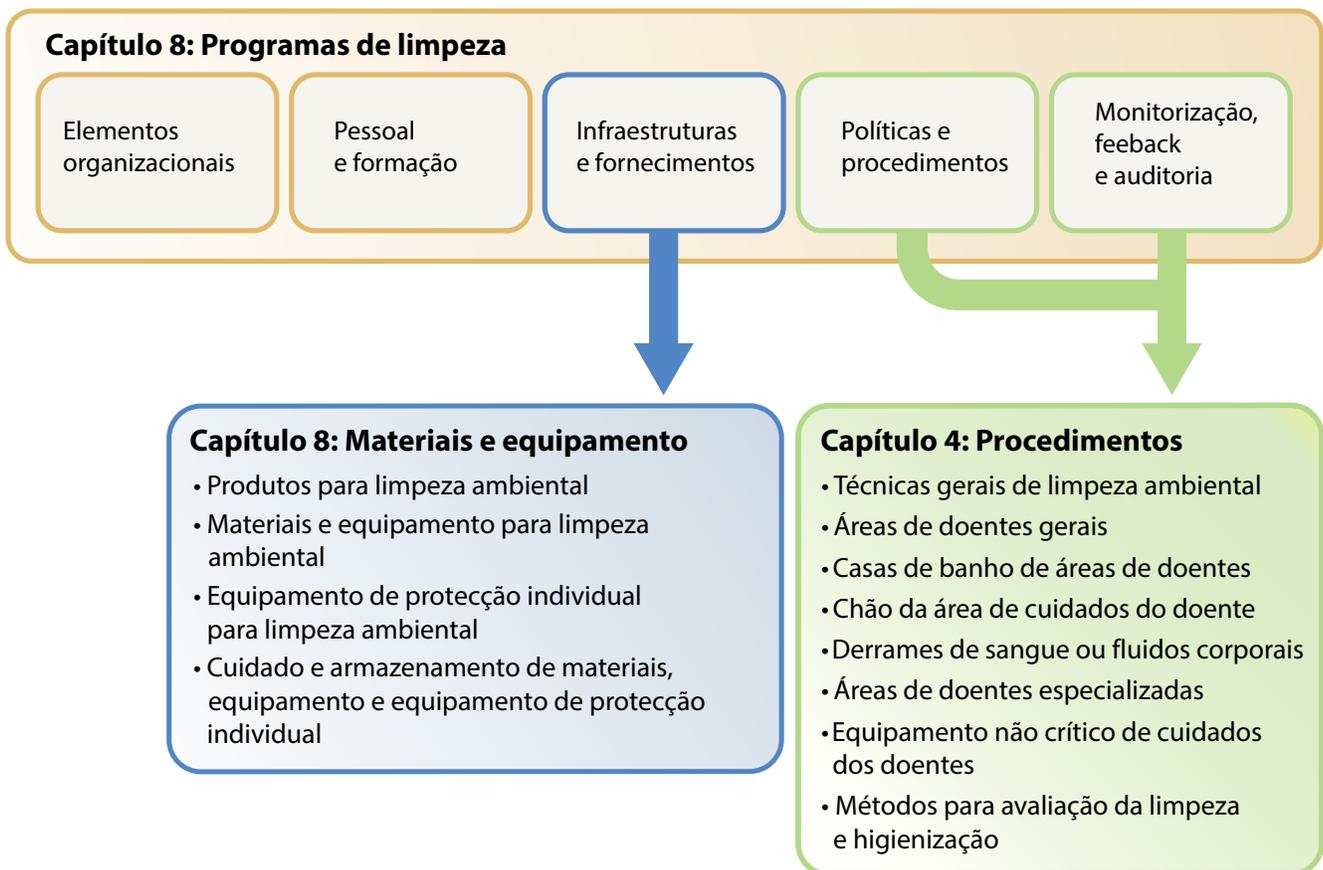
Capítulo 3: Materiais e equipamento de limpeza ambiental

- A selecção e utilização adequada de materiais e equipamento é fundamental para uma limpeza ambiental eficaz nas áreas de cuidados dos doentes.
- Este capítulo fornece as boas práticas gerais para a selecção, preparação e cuidados com o equipamento e materiais de limpeza ambiental, incluindo:
 - produtos de limpeza e desinfectantes
 - materiais reutilizáveis e descartáveis
 - equipamento de limpeza
 - equipamento de protecção individual (EPI) para a equipa de limpeza

Capítulo 4: Procedimentos de limpeza ambiental

- É fundamental desenvolver e implementar procedimentos operativos normalizados (PON) para áreas de cuidados aos doentes.
- Este capítulo fornece:
 - as estratégias e técnicas gerais para realizar limpeza ambiental de acordo com as boas práticas com base na avaliação de risco
- As boas práticas para a frequência, método e processo para todas as principais áreas em ambientes de cuidados de saúde para ajudar os utilizadores a desenvolver PON personalizados para todas as áreas de cuidados de doentes nas respectivas unidades, incluindo:
 - ambulatório
 - internamento geral
 - áreas de doentes especializadas

Figura 2. Enquadramento para as boas práticas – por capítulo



2. Programas de limpeza

Os programas de limpeza ambiental em Unidades de Cuidados de Saúde envolvem recursos e envolvimento de vários intervenientes e departamentos, tais como, administração, PCI, WASH e gestão de unidades. Requerem uma abordagem padronizada e multimodal, bem como uma gestão e supervisão fortes, para serem implementadas de forma eficaz.

O âmbito do programa de limpeza ambiental e a sua implementação podem variar (por exemplo, gestão interna versus contrato externo), com base no tamanho da unidade e nível de serviços prestados. **Os programas abrangentes de limpeza ambiental são mais importantes em unidades de cuidados de saúde agudos e níveis mais elevados de cuidados de saúde, onde o impacto das IACS é mais elevado.**

Independentemente do tipo de unidade, os elementos-chave do programa para programas de limpeza ambiental eficazes incluem:

- organização/administração
- pessoal e formação
- infra-estrutura e fornecimentos
- políticas e procedimentos
- monitorização, feedback e auditoria

Este capítulo descreve as boas práticas para cada um destes elementos-chave do programa.



Programas contratados externamente

Os programas de limpeza ambiental são cada vez mais implementados por empresas externas através de um *contrato ou acordo de nível de serviço*. O pessoal contratado, incluindo o pessoal de limpeza e os supervisores de limpeza, devem trabalhar em estreita colaboração com o responsável focal do programa de limpeza ambiental e o pessoal de PCI nas unidades para garantir que a limpeza ambiental é realizada de acordo com as boas práticas e a política das unidades.

É essencial que todos os elementos do programa standard sejam descritos explicitamente no acordo de nível de serviço com a empresa externa, para garantir a responsabilização.

Em geral, os componentes do acordo de nível de serviço devem ser semelhantes aos da política de limpeza das unidades e, no mínimo, devem incluir:

- um organograma para todos os funcionários contratados, incluindo linhas de reporte funcionais e responsabilidades
- o plano de equipa para cada área de cuidados do doente, incluindo planos de contingência para pessoal adicional
- o conteúdo e a frequência da formação para funcionários contratados
- um resumo dos calendários e métodos de limpeza para cada área de cuidados do doente, de acordo com a política da instituição
- os métodos para monitorização e feedback de rotina
- os materiais e equipamento a serem utilizados

2.1 Elementos organizacionais

O apoio organizacional ao nível da unidade é um elemento-chave do programa na implementação de um programa de limpeza ambiental eficaz. As principais áreas de apoio incluem:

- apoio administrativo e de liderança
- processos de comunicação formalizados e integração do programa de limpeza e PCI
- estrutura de gestão definida

2.1.1 Apoio administrativo

O apoio necessário da administração das unidades de cuidados de saúde para o programa de limpeza ambiental inclui um gestor ou responsável focal do programa de limpeza.



Gestor ou responsável focal do programa de limpeza designado

Um membro ou gestor da equipa da unidade que age como um responsável focal é essencial para um programa de limpeza ambiental eficaz.

Este responsável focal é essencial independentemente de o programa ser gerido internamente ou por uma empresa externa.

O responsável focal pode ser a tempo parcial ou a tempo inteiro:

- Um gestor de programa de limpeza a tempo inteiro pode ser o melhor para programas geridos internamente, especialmente em unidades de cuidados secundários ou terciários.
- O responsável focal deve ter uma descrição escrita do cargo/termos de referência, juntamente com a atribuição de salário, para as actividades do programa de limpeza.

As responsabilidades específicas incluem:

- Desenvolver a política de limpeza ambiental específica da unidade e o acordo ou contrato de nível de serviço correspondente (conforme aplicável).
- Desenvolver e manter um manual de procedimentos operativos normalizados para todas as tarefas de limpeza necessárias nas unidades.
- Garantir que são realizadas actividades de formação estruturadas para todo o pessoal novo e de forma recorrente.
- Garantir que a monitorização de rotina é implementada e que os resultados são utilizados para melhoria do programa.
- Garantir que os materiais e equipamento de limpeza estão disponíveis em quantidades e em boas condições (ou seja, prevenir faltas de stock).
- Responder às preocupações do pessoal e questões dos doentes sobre o programa de limpeza.
- Comunicar com a empresa externa sobre qualquer um dos elementos do programa (se aplicável).

Validação da liderança da política do programa de limpeza

A responsabilidade final pelo programa de limpeza ambiental cabe ao nível da liderança das unidades.



Envolver a liderança no desenvolvimento e validação da política de limpeza das unidades e acordo de nível de serviço (se forem utilizados serviços contratados), os quais descrevem os elementos técnicos e programáticos chave (por exemplo, requisitos de monitorização e formação) do programa. Consulte as [Políticas de limpeza](#) (página 20).

Orçamento anual

Um orçamento anual é essencial para um programa de limpeza ambiental eficaz. Os principais elementos de um orçamento incluem:

- pessoal (salário e benefícios para o pessoal de limpeza, supervisores e um gestor geral do programa)
- formação do pessoal (pelo menos, antes da manutenção e actualização anual)
- materiais e equipamento de limpeza ambiental, incluindo EPI para funcionários de limpeza
- equipamento para monitorização do programa (por exemplo, marcadores fluorescentes, luzes UV)
- Custo administrativo
- custos de produção e impressão para listas de verificação, registos e outros auxiliares de tarefas
- custos de infra-estrutura/serviços, tais como, serviços de apoio à água e águas residuais (conforme aplicável)

2.1.2 Comunicações

Um programa de limpeza ambiental eficaz requer uma forte comunicação e colaboração em vários níveis das unidades, tanto nas fases de desenvolvimento do programa como de implementação. Os sistemas de comunicação fortes também melhoram a compreensão da importância da limpeza ambiental para a PCI e a segurança dos doentes entre toda a equipa clínica. As principais estruturas de comunicação a estabelecer incluem:

- comissão de planeamento multisectorial
- reuniões de rotina com os principais intervenientes

Comissão de planeamento multisectorial

Uma comissão de planeamento multisectorial envolve todas as partes interessadas das unidades durante o desenvolvimento de acordos de nível de serviço de políticas, procedimentos e (se forem utilizados serviços contratados).

O comité de planeamento pode incluir:

- um representante da comissão de PCI
- um representante da equipa clínica de cada enfermaria (por exemplo, enfermeiro responsável)
- gestão de unidades ou pessoal de WASH
- pessoal administrativo responsável pelo aprovisionamento

Reuniões de rotina com os principais intervenientes

As reuniões de rotina com os principais intervenientes, especialmente aqueles que representam a PCI, facilitam a comunicação regular entre o gestor do programa de limpeza, a PCI e outros intervenientes nas unidades (por exemplo, pessoal encarregado da enfermaria).

Estas reuniões devem ser realizadas pelo menos mensalmente com:

- O gestor do programa de limpeza e o PCI ou comissão de higiene para rever e actualizar aspectos técnicos do programa (por exemplo, alterações na limpeza relacionadas com surtos). Em vez de uma reunião separada, isto poderia ser melhor realizado pelo gestor do programa de limpeza que participa nas reuniões permanentes de PCI ou de comissões de higiene.
- O gestor do programa de limpeza e a pessoa encarregada de cada enfermaria ou departamento deverá informar o pessoal da enfermaria sobre a política geral de limpeza e calendários de limpeza específicos (por exemplo, quem limpa o quê) para as suas enfermarias e para permitir feedback do pessoal da enfermaria sobre quaisquer deficiências nos procedimentos de limpeza, pessoal de limpeza ou fornecimentos.



O gestor do programa de limpeza e a empresa externa devem ter uma reunião mensal para analisar o desempenho e comunicar deficiências.

2.1.3 Gestão e supervisão

Um programa de limpeza ambiental eficaz requer uma estrutura de gestão definida, incluindo linhas organizacionais e de reporte e supervisão no local. Os elementos necessários incluem:

- organograma do programa de limpeza
- supervisores no local

Organograma do programa de limpeza

Um **organograma** descreve as linhas de comunicação funcional entre o pessoal de limpeza, supervisores, gestor e quaisquer outras relações directas ou indirectas (por exemplo, com o responsável focal de PCI das unidades, para o pessoal encarregado da enfermaria).



Se os supervisores forem de uma empresa externa, inclua uma linha de comunicação funcional, desde supervisores ao gestor do programa de limpeza das unidades ou responsável focal que possa comunicar com a comissão de PCI e outro pessoal das unidades, como a gestão de unidades e pessoal administrativo.



Supervisores no local

A supervisão no local da equipa de limpeza garante:

- conformidade com as boas práticas através de monitorização e feedback directos
- disponibilidade consistente de materiais e equipamento de limpeza

A supervisão no local também permite ao pessoal de limpeza comunicar quaisquer desafios ou preocupações sobre conformidade (por exemplo, falta de fornecimentos, preocupações de segurança).

Todos os funcionários de limpeza devem saber a quem comunicam e quem podem contactar se surgirem problemas durante o seu trabalho.

Os rácios de supervisores/empregados de limpeza devem permitir observações de desempenho de rotina e monitorização (por exemplo, semanalmente). Não existe um índice de referência definitivo para este rácio, que irá variar com base numa série de factores. Pode ser recomendado um limite máximo de 20 funcionários de limpeza por supervisor. Ver PIDAC, 2018 em [Leitura adicional](#) (página 67).

2.2 Elementos de alocação de pessoal

O número adequado de colaboradores (níveis de alocação de pessoal) e a formação e educação são elementos-chave do programa.

O pessoal da limpeza deve ter sempre uma posição remunerada que tenha:

- descrições escritas de funções ou termos de referência
- formação estruturada e direccionada (por exemplo, pré-serviço, anual, quando é apresentado um novo equipamento)
- definir padrões de desempenho ou competências
- acesso a um supervisor no local para garantir que consegue desempenhar o seu trabalho de forma segura (por ex., lidar com a escassez de fornecimentos, preocupações de segurança)

De acordo com as boas práticas, a equipa de limpeza deve:

- estar familiarizada com as descrições das funções e padrões de desempenho
- realizar tarefas apenas para as quais receberam formação (por exemplo, não deve ser solicitado aos funcionários de limpeza que limpem enfermarias de alto risco (por exemplo, blocos operatórios), a menos que tenham recebido formação específica para essa área de cuidados do doente)
- conhecer as identidades e perigos dos químicos aos quais podem ser expostos no local de trabalho
- ter materiais e equipamento, incluindo EPI, para desempenhar as suas funções
- ter turnos de trabalho consistentes com normas aceitáveis para um determinado contexto

2.2.1 Níveis de alocação de pessoal

Um pessoal adequado é um dos factores mais importantes para um programa de limpeza ambiental eficaz. Em pequenas unidades de cuidados primários com serviços de internamento limitados, o pessoal de limpeza pode ocupar posições a tempo parcial ou ter outras responsabilidades, como serviços de lavandaria, mas a maioria dos hospitais requer pessoal de limpeza dedicado a tempo inteiro.



Determinar níveis adequados de alocação de pessoal

O número necessário de pessoal de limpeza irá variar com base em vários factores, incluindo:

- número de camas de doentes
- nível de ocupação
- tipo de limpeza (por exemplo, rotina ou final)
- tipos de áreas de cuidados dos doentes (por exemplo, áreas de cuidados especializados, tais como, UCI e BO)

Os níveis de pessoal devem incluir a consideração da duração razoável dos turnos e a necessidade de intervalos, bem como pessoal extra para contingências, tais como, surtos e outras emergências.

Existe uma variedade de métodos para calcular as necessidades de pessoal, desde estudos de tempo a software de carga de trabalho, mas não existe um único método de boas práticas.

As unidades devem consultar os conhecimentos especializados disponíveis para determinar recursos (por exemplo, software de carga de trabalho) e dados existentes (por exemplo, de outras unidades semelhantes) para calcular as respectivas necessidades de pessoal de limpeza.

Na ausência de dados existentes, os níveis de pessoal devem ser calculados empiricamente, com base na realização da limpeza de acordo com a política da unidade e refinados ao longo do tempo. Consulte [Políticas e elementos processuais](#) (página 20).

2.2.2 Formação e educação

A formação para o pessoal de limpeza deve basear-se em políticas e directrizes de limpeza ambiental nacionais ou das unidades. Deve ser obrigatória, estruturada, orientada e ministrada no estilo certo (por exemplo, participativa) e realizada antes de o pessoal poder trabalhar de forma independente dentro da unidade de saúde.

- O teor da formação deve incluir, no mínimo:
 - introdução geral aos **princípios de PCI**, incluindo:
 - transmissão de agentes patogénicos
 - o papel-chave da equipa de limpeza em manter os doentes, a equipa e os visitantes seguros
 - como o pessoal de limpeza se pode proteger dos agentes patogénicos
 - revisão detalhada das tarefas específicas de limpeza ambiental pelas quais são responsáveis, incluindo revisão de PON, listas de verificação e outros auxiliares de tarefas
 - quando e como preparar com segurança e utilizar diferentes detergentes, desinfectantes e soluções de limpeza
 - como preparar, utilizar, reprocessar e armazenar materiais e equipamento de limpeza (incluindo EPI)
 - métodos de formação participativos, componente prático com demonstração e prática
 - lembretes visuais fáceis de utilizar que mostram os procedimentos de limpeza (ou seja, sem a necessidade de muita leitura)
 - orientação para o esquema das unidades e principais áreas para o programa de limpeza (por exemplo, áreas de serviços de limpeza ambiental)
 - outros aspectos de saúde e segurança, conforme adequado
- Desenvolver o programa de formação de acordo com o público-alvo, em termos de nível de educação e literacia.
- Desenvolver conteúdo de formação especificamente para pessoal de limpeza que possa ser responsável pelos procedimentos de limpeza em áreas de doentes especializadas – especialmente áreas de alto risco, tais como, unidades de cuidados intensivos, blocos operatórios e unidades de maternidade.
- Manter registos de formação, incluindo datas, conteúdo da formação e nomes de formadores e formandos.
- Seleccionar formadores adequados e qualificados a nível das unidades ou distrital – geralmente, o pessoal com formação em PCI que tenha estado envolvido no desenvolvimento de políticas de limpeza ambiental é o mais qualificado possível. Podem ser membros de PCI ou comissões de higiene existentes, o gestor do programa de limpeza ou pessoal do Ministério da Saúde local ou distrital.
- Realizar avaliações periódicas de competência e formações de actualização conforme necessário (por exemplo, pelo menos anualmente, antes da introdução de novos materiais ou equipamentos de limpeza ambiental).
 - Focar as formações de actualização nas lacunas identificadas durante as avaliações de competências e actividades de monitorização de rotina.



Se forem contratados serviços de limpeza, os requisitos de formação e o conteúdo devem ser especificados no acordo de nível de serviço.

Responder prontamente a necessidades de formação suplementar identificadas pelo pessoal das unidades (por exemplo, gestor de programa de limpeza) dentro do âmbito do acordo.

2.3 Infra-estrutura de apoio e elementos de abastecimento

A infra-estrutura das unidades é fundamental para um programa de limpeza ambiental eficaz. As principais áreas da infra-estrutura necessária incluem^a:

- um espaço físico designado
- acesso a sistemas/serviços adequados de água e águas residuais
- sistemas para adquirir e gerir equipamentos e materiais de limpeza ambiental
- selecção adequada de acabamentos, mobiliário e equipamento de cuidados ao doente

^aVárias das infra-estruturas de apoio e dos elementos de fornecimento necessários para os programas de limpeza ambiental também são abordados na ferramenta de avaliação ao nível das unidades (Facility level assessment tool, PCIAF) da [OMS | Componentes fundamentais para a PCI – Ferramentas e recursos de implementação](https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/) (https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/) e a publicação da OMS – [Requisitos mínimos para prevenção e controlo de infeções em Unidades de Cuidados de Saúde](https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/) (https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/).

2.3.1 Espaço designado

Para a implementação de programas eficazes de limpeza ambiental, é importante que as unidades tenham:

- espaço físico designado para armazenamento, preparação e cuidados com materiais e equipamento de limpeza
- salas ou áreas de resíduos hospitalares (sujos ou limpos) separadas para o reprocessamento de equipamento não crítico de doentes



Estas áreas devem estar disponíveis nas próprias unidades, independentemente de o programa ser gerido internamente ou por uma empresa externa.

A disposição e localização recomendadas destas áreas de acordo com as boas práticas estão incluídas em [Cuidado e armazenamento de materiais, equipamento e equipamento de protecção individual](#) (página 37) e [Salas de resíduos hospitalares](#) (página 63), respectivamente.

2.3.2 Serviços de abastecimento de água e águas residuais

A limpeza ambiental requer grandes quantidades de água e produz quase a mesma quantidade de águas residuais, que devem ser eliminadas de forma segura e adequada para prevenir a contaminação do ambiente e da comunidade envolvente.

A Ferramenta de melhoria de água e saneamento para unidades de saúde (WASH FIT) facilita um processo abrangente para avaliar, priorizar e melhorar os serviços básicos de água, saneamento e higiene em Unidades de Cuidados de Saúde de acordo com os indicadores definidos. Consulte [Limpeza ambiental e WASH](#) (página 7). O Quadro 1 (abaixo) utiliza estes indicadores para descrever os serviços adicionais de água e águas residuais necessários para realizar a limpeza ambiental de acordo com as boas práticas.



Estes serviços devem estar disponíveis nas próprias unidades, independentemente de o programa ser gerido internamente ou por uma empresa externa.

Quadro 1. Serviços de água, saneamento e higiene necessários para programas de limpeza ambiental, expandidos dos indicadores WASH FIT

Indicador WASH FIT da OMS	Elementos necessários para programas de limpeza ambiental
<p>Melhor abastecimento de água canalizada para as unidades ou nas unidades e disponível (ou seja, funcional)</p>	<p>O acesso a uma fonte de água melhorada nas unidades irá geralmente satisfazer as necessidades de qualidade da água para limpeza ambiental.</p> <p>A água para limpeza não precisa de ser potável ou tratada de acordo com os padrões de água potável, mas é importante que a água não tenha turvação (ou seja, turvação devido a partículas suspensas ou sujidade), pois isso pode reduzir a eficácia dos detergentes e das soluções desinfectantes.</p> <p>Nota: algumas águas não turvas podem ter um teor orgânico mais elevado, por isso, ao utilizar cloro como desinfectante, monitorize a concentração para garantir que o alvo foi alcançado.</p>
<p>Os serviços de água devem estar sempre disponíveis e em quantidade suficiente para todas as utilizações</p>	<p>O fornecimento de água deve estar sempre disponível a partir da fonte de água ou no local e a quantidade diária disponível (ou seja, produção) deve ser suficiente para satisfazer as necessidades de limpeza das unidades.^b</p>
<p>Todos os pontos terminais (ou seja, torneiras) devem estar ligados a um fornecimento de água disponível e a funcionar</p>	<p>Os pontos de acesso (canalizados para torneiras ou dentro de grandes recipientes de armazenamento de água) devem estar disponíveis dentro das unidades em áreas de serviços de limpeza ambiental designadas e áreas de resíduos hospitalares.</p> <p>Para grandes unidades, deve existir uma torneira funcional disponível nestas áreas em cada andar e em cada enfermaria ou ala principal da unidade.</p>
<p>Devem estar disponíveis postos funcionais de higiene das mãos nas áreas de serviço^c e pontos de cuidados</p>	<p>O pessoal de limpeza deve ter acesso a postos dedicados de higiene das mãos (ou seja, não utilizado para limpeza do equipamento), com água e sabão antes e depois de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • preparar a solução de limpeza e desinfectante • reprocessar equipamento • realizar limpeza ambiental em áreas de cuidados dos doentes • colocar e retirar equipamento de protecção individual (EPI)
<p>O sistema de drenagem de águas residuais (ou seja, águas pluviais ou água de lavagem) desvia a água das unidades (ou seja, sem água parada) e também protege as casas nas proximidades</p>	<p>Devem estar disponíveis lavatórios ou drenos (ou seja, lavatórios não utilizados para higiene das mãos) dentro das unidades em áreas de serviços de limpeza ambiental designadas e áreas de resíduos hospitalares.</p> <p>As drenagens devem levar a sistemas de águas residuais no local (por exemplo, sistema de drenagem) ou a um sistema de esgotos em funcionamento.</p>

^bNormas de Saúde Ambiental Essenciais da OMS para as instituições de saúde definiram quantidades de água para serviços específicos, incluindo limpeza (por exemplo, 40-60 litros por doente internado geral por dia). No entanto, as unidades devem determinar esta quantidade a nível das unidades porque irá variar dependendo de vários factores (por exemplo, nível de diluição necessário para produtos de limpeza e desinfectantes).

^cPara fins de limpeza ambiental, "áreas de serviço" são a área de serviços de limpeza ambiental e as áreas de resíduos hospitalares.

2.3.3 Aproveitamento e gestão de materiais e equipamento

A selecção e utilização adequada de equipamento e materiais de limpeza ambiental é fundamental para programas de limpeza ambiental eficazes. Estes aspectos são abrangidos em [Materiais e equipamento de limpeza ambiental](#) (página 27).

Para evitar faltas de stock, é importante gerir eficazmente o aprovisionamento, manutenção e manutenção de equipamentos e consumíveis de limpeza ambiental. Isto requer o estabelecimento de sistemas e processos em vários departamentos dentro da unidade.



Se uma empresa externa gerir o programa de limpeza, o contrato ou acordo de nível de serviço deve incluir:

- materiais e produtos de limpeza ambiental aprovados
- especificações do equipamento
- programa de manutenção

As boas práticas para a gestão de materiais e equipamentos para **programas geridos internamente** são as seguintes:

- Uma lista principal dos materiais e equipamento (ou seja, especificações detalhadas e informações do fornecedor) e quantidades necessárias (por exemplo, base anual) desenvolvidas pelo gestor do programa de limpeza, equipa de aprovisionamento das unidades e PCI das unidades ou comissão de higiene.
- Os resultados das inspecções de rotina e actividades de manutenção devem determinar as quantidades necessárias de materiais e equipamentos.
- Os inventários e inspecções regulares (por exemplo, mensais) de materiais e equipamentos irão:
 - evitar rupturas de stock
 - antecipar necessidades de materiais
 - assegurar a disponibilidade de materiais adicionais para contingências, tais como, surtos
- As grandes unidades podem ter uma loja central que recebe materiais e equipamento após os relatórios de inventário e distribui-os regularmente por áreas de serviços de limpeza ambiental designadas em todas as unidades.
 - O gestor do programa de limpeza deve gerir as inspecções e reabastecimento das áreas de serviços de limpeza ambiental.
 - A equipa de aprovisionamento das unidades deve gerir os materiais na loja central.

2.3.4 Acabamentos, mobiliário e outras considerações

É importante garantir que todos os acabamentos, mobiliário e equipamento de cuidados ao doente possam ser limpos de forma eficaz e sejam compatíveis com o(s) desinfectante(s) das unidades. A equipa de aprovisionamento das unidades, o gestor do programa de limpeza e o PCI ou o comité de higiene devem desenvolver em colaboração um processo de tomada de decisões e uma política para orientar a selecção e o aprovisionamento e selecção de acabamentos (por exemplo, pavimento para a nova construção de áreas de cuidados dos doentes).

As características recomendadas para acabamentos e mobiliário encontram-se resumidas no Quadro 2 (abaixo). Para equipamento de cuidados directos aos doentes, muitas vezes, existem menos opções para composição do material. Por conseguinte, encontrar desinfectantes compatíveis pode ser o principal impulsionador e não o tipo de equipamento em si – consulte [Considerações de compatibilidade de materiais](#) (página 63).

Quadro 2. Características ideais de acabamentos, mobiliário e outras superfícies (por exemplo, pavimentos)

Característica	Orientação de selecção
Passível de limpeza	Evite itens com características difíceis de limpar (por exemplo, fendas). Não utilize carpete nas áreas de cuidados dos doentes. Selecione material que possa suportar limpezas repetidas.
Fácil de manter e reparar	Evite materiais que sejam propensos a fissuras, riscos ou lascas e, caso ocorram, proceda rapidamente à correcção/reparação. Selecione materiais que sejam duráveis ou fáceis de reparar.
Resistentes ao crescimento microbiano	Evite materiais que retenham humidade, como madeira ou pano, porque facilitam o crescimento microbiano. Selecione metais e plásticos duros.
Não porosos	Evite itens com superfícies porosas, tais como, algodão, madeira e nylon. Evite plásticos porosos, tais como, polipropileno, em áreas de cuidados dos doentes.
Uniformes	Evite itens uniformes (por ex., sem juntas ou costuras). Evite mobiliário estofado nas áreas de cuidados dos doentes.

2.4 Políticas e elementos processuais

O desenvolvimento da política de limpeza das unidades, PON, listas de verificação e outros auxiliares de tarefas são elementos-chave para implementar um programa de limpeza ambiental eficaz de acordo com as boas práticas.

2.4.1 Políticas de limpeza

A política de limpeza ambiental específica da unidade fornece a norma segundo a qual a unidade irá agir para cumprir as boas práticas e permite um entendimento comum entre a equipa dos elementos do programa necessários.

Se uma empresa externa gerir o programa de limpeza, a política da unidade pode ser utilizada para desenvolver o contrato ou acordo de nível de serviço.



Se uma empresa externa gerir o programa de limpeza, pode ser aplicada a política da unidade para desenvolver o contrato ou acordo de nível de serviço.

Políticas de limpeza ambiental das unidades

Deve incluir sempre os seguintes elementos:

- definir linhas de responsabilidade e linhas de comunicação funcional e responsabilidades para todo o pessoal implicado
- **programas de limpeza** para cada área de cuidados dos doentes e equipamento não crítico de cuidados do doente, especificando a frequência, o método e a equipa responsável
- planos de contingência e procedimentos de limpeza necessários para organismos ambientalmente resistentes e para a gestão de surtos
- requisitos de formação e padrões de desempenho para a equipa de limpeza
- métodos de monitorização, frequência e pessoal responsável
- lista de produtos, materiais e equipamento de limpeza aprovados e quaisquer especificações necessárias sobre a sua utilização
- lista de EPI necessários e quando é recomendada a acção de higiene das mãos para segurança da equipa e dos doentes

A boa prática é consultar políticas governamentais nacionais ou subnacionais (por exemplo, provinciais) durante o desenvolvimento de políticas de unidades, de modo a garantir que as normas governamentais para limpeza ambiental dos cuidados de saúde sejam incorporadas no documento. Por exemplo, os organismos governamentais podem ter listas de produtos de limpeza ambiental aprovados para utilização em cuidados de saúde. Também podem existir organismos de acreditação nacionais para hospitais que tenham requisitos para programas e políticas de limpeza de cuidados de saúde.

Calendários de limpeza

Forneça detalhes sobre os principais requisitos técnicos para limpeza ambiental, incluindo:

- frequência
- método (produto, processo)
- pessoal responsável por tarefas de limpeza específicas

Estes requisitos afectam o pessoal e as necessidades de programação, supervisão e necessidades de monitorização e têm implicações nas necessidades de fornecimento e equipamento (particularmente materiais consumíveis).

- Utilizar avaliações de risco específicas da unidade para desenvolver calendários de limpeza. Consulte o [Anexo A – Avaliação de risco para determinar o método e a frequência da limpeza ambiental](#) (página 71).
- Nas fases iniciais do desenvolvimento do programa de limpeza, utilize os resultados desta avaliação de risco para priorizar o desenvolvimento de PON e outros auxiliares de tarefas para áreas de risco mais elevado.
- [Os procedimentos de limpeza ambiental](#) (página 41) também podem ser consultados como referência para o desenvolvimento de programas de limpeza.

2.4.2 Procedimentos operativos normalizados

Os procedimentos operativos normalizados específicos das unidades para cada tarefa de limpeza ambiental são essenciais para orientar as práticas do pessoal de limpeza.

Os PON devem estar prontamente disponíveis para o pessoal de limpeza, supervisores de limpeza e outro pessoal de enfermaria, conforme necessário para referência.



Se uma empresa externa gere o programa de limpeza, a unidade deve fornecer os seus PON à empresa contratante ou, no mínimo, validar internamente os PON da empresa para garantir que estão em conformidade com a política da unidade.

Procedimentos operativos normalizados (PON)

Os PON de limpeza ambiental devem incluir sempre os seguintes elementos:

- os materiais e equipamento específicos necessários para a sessão de limpeza; consulte [Materiais e equipamento de limpeza ambiental](#) (página 27).
- etapas de preparação, incluindo sessão sobre higiene das mãos e de EPI necessário; consultar [Equipamento de protecção pessoal para limpeza ambiental](#) (página 34).
- instruções passo a passo sobre o processo de limpeza, pela ordem em que devem ser realizadas; consulte [Técnicas gerais de limpeza ambiental](#) (página 42).
- etapas finais, incluindo a recolha de materiais de limpeza sujos para reprocessamento ou eliminação, remoção segura de EPI e higiene das mãos; consultar [Cuidado e armazenamento de materiais, equipamento e equipamento de protecção individual](#) (página 37).

Utilizar as instruções do fabricante para desenvolver PON e incluir:

- preparação de produtos de limpeza ambiental (ou seja, diluição, se aplicável)
- reprocessamento de materiais de limpeza reutilizáveis, equipamento e equipamento de protecção individual
- reprocessamento (ou seja, limpeza e desinfecção) de equipamento não crítico de cuidados dos doentes

Estas são as boas práticas adicionais para os PON:

- Desenvolver sempre PON e outros auxiliares de tarefas escritos ou ilustrativos tendo em consideração atenta os níveis de literacia e o idioma preferencial do pessoal da limpeza.
 - Utilizar infografias para apresentar uma mensagem clara.
- Deve estar disponível um manual com todos os PON das unidades com o gestor do programa de limpeza.
- Os PON individuais também devem estar disponíveis em local(is) central(is) dentro de cada enfermaria ou área de serviço, o mais próximo possível de onde são necessários.

2.4.3 Listas de verificação de limpeza, registos e auxiliares de tarefas

A boa prática é desenvolver materiais suplementares para auxiliar na implementação dos PON.



As **listas de verificação de limpeza** são uma ferramenta interactiva que pode ajudar a garantir que todos os passos de um PON são concluídos. Por exemplo, uma lista de verificação com as superfícies individuais de alto contacto pode complementar um PON para limpeza de rotina numa área de cuidados do doente específica.



Os **registos de limpeza** são auxiliares de tarefas que podem ajudar a orientar o fluxo de trabalho diário do pessoal de limpeza e, em última análise, a tornar-se registos.

Especificam o local (ou seja, sala, enfermaria), sessão de limpeza (por exemplo, limpeza de rotina, limpeza final), data e nome/assinatura do pessoal de limpeza. São normalmente desenvolvidos utilizando registos de ocupação, onde a equipa clínica (por exemplo, enfermaria responsável) regista as camas/áreas ocupadas.

Também são importantes como registos de que a limpeza ambiental está a ocorrer conforme especificado na política da unidade e nos mecanismos de responsabilização e acompanhamento.

- Disponibilizar registos em locais centrais ou onde ocorra a tarefa de limpeza para que o pessoal supervisor possa geri-los diariamente, juntamente com o pessoal (por exemplo, responsável focal de PCI) responsável pelas actividades de monitorização periódica.
- Desenvolva também registos para as tarefas de limpeza periódicas ou agendadas necessárias (por exemplo, semanalmente, mensalmente), como a substituição de coberturas de janelas (por exemplo, cortinas).

Os **auxiliares de tarefas de limpeza** incluem posters, guias ilustrativos e outros lembretes visuais para tarefas de limpeza importantes.



Para monitorizar equipamento e materiais de limpeza ambiental:

- Utilizar listas de verificação e registos para facilitar a inspecção de rotina e a manutenção destes itens.
- Para evitar faltas de stock, mantenha listas de verificação e registos no armário de serviços de limpeza ambiental designado, e o gestor do programa de limpeza deverá revê-los periodicamente (por exemplo, semanal, mensal) para informar a equipa de aprovisionamento ou a empresa contratada das necessidades de materiais.
- Afixe auxiliares de tarefas (por exemplo, guias ilustrativos) no armário de serviço de limpeza ambiental designado para a preparação de produtos, materiais e equipamento de limpeza ambiental (por exemplo, carrinho de limpeza, se aplicável).

2.5 Elementos de monitorização, feedback e auditoria

Os programas de monitorização estruturados garantem que a limpeza ambiental é realizada de acordo com as boas práticas. Deve haver apoio organizacional e recursos para resolver deficiências identificadas durante as actividades de monitorização. Utilizar uma metodologia normalizada para monitorização, aplicá-la de **forma regular** e fornecer **feedback atempado** à equipa de limpeza e à liderança no programa.



Se uma empresa externa gerir o programa de limpeza, o pessoal das unidades, como o gestor do programa de limpeza ou o responsável focal, ou um membro da comissão de PCI, deve ainda realizar periodicamente actividades de monitorização.

Os métodos de monitorização comuns encontram-se resumidos no Quadro 3 (abaixo) e descritos detalhadamente em [Métodos para avaliação da limpeza e higienização](#) (página 64).

Dadas as vantagens e desvantagens destes métodos, é uma boa prática:

- Utilizar métodos directos (por exemplo, observação do desempenho) e indirectos (por exemplo, marcação ambiental).
- Utilize métodos objectivos (por exemplo, bioluminescência de ATP) em vez de métodos subjetivos (por exemplo, avaliações de limpeza), se os recursos o permitirem.

Quadro 3. Pessoal de monitorização sugerido e frequência para métodos de monitorização de rotina comuns

Método de monitorização	Monitorização do pessoal ^d	Frequência de monitorização
Observações de desempenho	Supervisores de limpeza	Pelo menos semanalmente Pode ser mais frequente com novos funcionários de limpeza e, eventualmente, reduzir a frequência após ter sido atingido um tempo definido ou uma pontuação-alvo
Avaliações visuais da limpeza	Supervisores de limpeza Gestor ou responsável focal do programa de limpeza Pessoal de PCI ou da comissão de higiene	Desenvolvido ao nível da unidade, com base na política e contexto locais (por exemplo, recursos) Consultar Métodos para avaliação da limpeza e higienização (página 64)
Marcadores fluorescentes (por exemplo, UV visível)	Supervisores de limpeza Gestor ou responsável focal do programa de limpeza Pessoal de PCI ou da comissão de higiene	Desenvolvido ao nível da unidade, com base na política e contexto locais (por exemplo, recursos) Consultar Métodos para avaliação da limpeza e higienização (página 64)

^dConfigurar processos para que os funcionários externos ao programa de limpeza ambiental realizem actividades de monitorização periódicas para validar as conclusões. Por exemplo, o pessoal de PCI ou da comissão de higiene que não esteja directamente envolvido na supervisão e gestão quotidianas do programa de limpeza deve realizar periodicamente a monitorização para validar os resultados gerados internamente pelos supervisores de limpeza

2.5.1 Monitorização de rotina

Em ambientes de internamento, é uma boa prática monitorizar de forma regular (por exemplo, semanalmente); consultar [Opções para avaliar a limpeza ambiental \[Options for Evaluating Environmental Cleaning\]](#), CDC (<https://www.cdc.gov/hai/toolkits/appendices-evaluating-environ-cleaning>):

- Pelo menos 5% das camas (≥150 camas) ou um mínimo de 15 camas/áreas de cuidados dos doentes (para hospitais com menos de 150 camas).
 - para unidades com menos de 15 camas, isto pode ser aumentado para 25%
- Se os recursos o permitirem, 10 a 15% das camas devem ser monitorizadas semanalmente durante o primeiro ano do programa de monitorização.

É importante que a frequência acordada (por exemplo, semanalmente) possa ser mantida de forma consistente, de modo a estabelecer marcos de referência e a registar alterações na prática e no desempenho ao longo do tempo.

Em ambientes de ambulatório, é uma boa prática monitorizar, pelo menos, 10 a 15% das áreas de exames ou procedimentos semanalmente. Se os recursos o permitirem, isto pode ser aumentado para 25% semanalmente, permitindo que cada área de exame ou procedimento seja monitorizada mensalmente.

2.5.2 Mecanismos de feedback

Devolver prontamente os resultados de monitorização ao pessoal da limpeza, para que possam fazer melhorias imediatas na prática e gestão (por exemplo, gestor do programa de limpeza), para implementar melhorias mais gerais ao programa de limpeza. Os mecanismos de feedback devem incluir:

- feedback direto ao pessoal
- comunicar à administração

Feedback directo ao pessoal:

Forneça vários tipos de feedback directo ao pessoal da limpeza, incluindo:

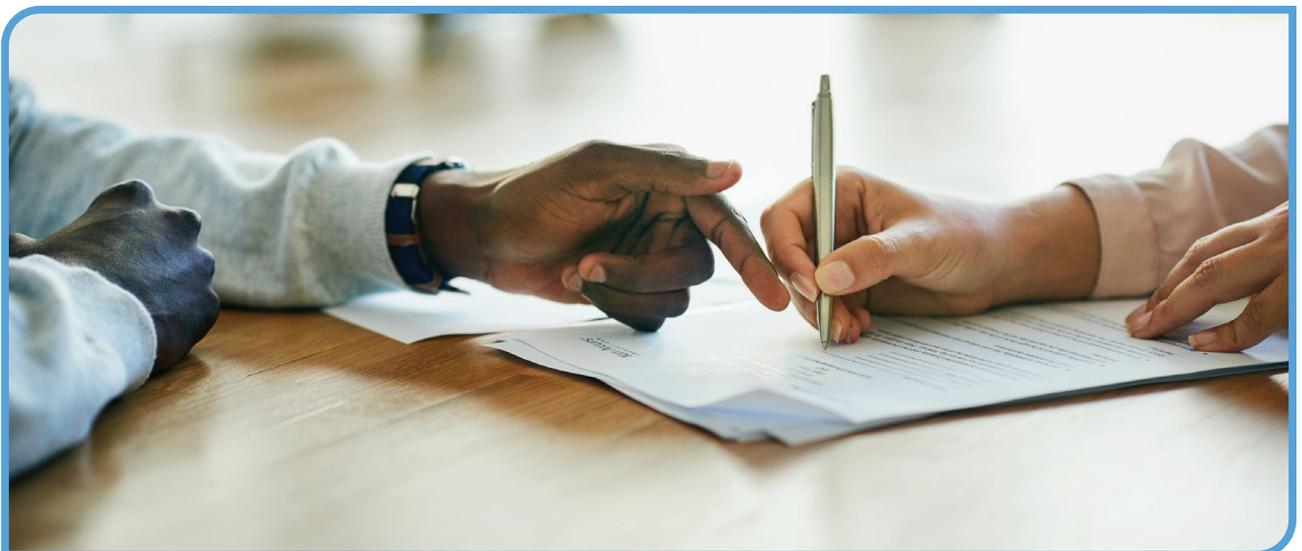
- feedback e mentoria em tempo real, durante ou após observações de desempenho
- uma reunião informal verbal habitual (por exemplo, mensalmente), normalmente durante uma reunião individual entre a equipa de limpeza e os supervisores directos
- avaliações de desempenho (escritas ou verbais), normalmente anualmente

Comunicar à administração:

Partilhe os resultados de monitorização com o gestor do programa de limpeza e PCI das unidades ou a comissão de higiene para que possam apresentar relatórios resumidos ou agregados – tanto ao nível das unidades como estratificados por área de cuidados dos doentes (por exemplo, enfermaria) ou tipo de limpeza (por exemplo, final vs. rotina) – para administração e gestão. Esta análise irá identificar tendências e lacunas ao nível do programa que requerem medidas correctivas. Por exemplo, pode haver pontuações de limpeza consistentemente mais baixas para limpezas terminais ou dentro de uma determinada área de cuidados dos doentes, identificando a necessidade de entender melhor as barreiras e lacunas para estes procedimentos de limpeza. Em geral, estes relatórios de tendências de alto nível serão mais úteis ao longo do tempo quando houver mais dados disponíveis a partir do programa.



Durante as fases iniciais do desenvolvimento do programa de limpeza, a forma mais valiosa de feedback é “mentoria” directa do pessoal de limpeza e supervisores de forma não punitiva, para que possam fazer melhorias rápidas na prática.



2.5.3 Auditorias ao programa

Em programas de limpeza ambiental com programas funcionais de monitorização de rotina, é uma boa prática realizar periodicamente uma auditoria abrangente do programa para rever os principais elementos do programa e identificar áreas para melhoria a nível programático.

- As auditorias ao programa devem rever todos os elementos-chave do programa.
- Realize-as anualmente ou a cada dois anos.
- Os auditores não devem ser funcionários das unidades ou, pelo menos, não devem estar directamente envolvidos na implementação do programa.
- As opções para auditores serão específicas do contexto, mas algumas opções potenciais incluem auditores de uma empresa externa, Ministério da Saúde ou funcionários de saúde subnacionais (por exemplo, distritais/provinciais) ou pessoal de outra instituição de cuidados de saúde na mesma rede.
- Arquite relatórios de auditoria do programa e registos no local nas unidades para permitir a determinação de marcos e informar sobre o desenvolvimento de planos de acção correctiva e projectos de melhoria da qualidade.



Os resultados da auditoria também podem informar as modificações necessárias para contratos ou acordos de nível de serviço, se o programa de limpeza for gerido por uma empresa externa.



3. Materiais e equipamento de limpeza ambiental

A selecção e utilização adequada de materiais e equipamento é fundamental para uma limpeza ambiental eficaz. Este capítulo fornece as boas práticas gerais para a selecção, preparação e cuidado com materiais de limpeza ambiental e equipamento de limpeza, incluindo:

- produtos de limpeza e desinfectantes
- materiais e equipamentos reutilizáveis/descartáveis
- PPE utilizado pelo pessoal de limpeza para realizar procedimentos de limpeza

3.1 Produtos para limpeza ambiental

Existem diferentes tipos de produtos disponíveis para limpeza ambiental, todos com propriedades e vantagens e desvantagens distintas para a sua potencial utilização nos cuidados de saúde.

Propriedades ideais

Para todos os produtos utilizados para limpeza ambiental de cuidados de saúde:

- **Não tóxico:** não deve ser irritante para a pele ou membranas mucosas do utilizador, visitantes e doentes. Sendo tudo igual, escolha produtos com a classificação de toxicidade mais baixa.
- **Fácil de utilizar:** as instruções de preparação e utilização devem ser simples e conter informações sobre o EPI, conforme necessário.
- **Odor aceitável:** não deve ter odores ofensivos para utilizadores e doentes.
- **Solubilidade:** deve ser facilmente solúvel em água (quente e fria).
- **Económico/baixo custo:** deve ser acessível.

Propriedades ideais adicionais

Para produtos de limpeza:

- **Eficaz:** deve remover sujidade, sujidade e várias substâncias orgânicas.
- **Ecológico:** não deve causar poluição ambiental ao eliminar; biodegradável.

Para desinfectantes:

- **Espectro alargado:** deve ter uma ampla gama de agentes antimicrobianos, incluindo os agentes patogénicos que são causas comuns de IACS e surtos.
- **Acção rápida:** deve ser de acção rápida e ter um tempo de contacto curto.
- **Permanece húmido:** deve manter as superfícies húmidas durante tempo suficiente para cumprir os tempos de contacto recomendados com uma única aplicação.
- **Não afectado por factores ambientais:** deve estar activo na presença de vestígios de matéria orgânica (por exemplo, sangue) e compatível com materiais de limpeza (por exemplo, panos) e produtos (por exemplo, detergentes) e outros químicos encontrados na utilização.
- **Compatibilidade com o material:** deve ser comprovadamente compatível com equipamentos e superfícies de cuidados de saúde comuns.
- **Persistência:** deve ter um efeito antimicrobiano residual na superfície tratada.
- **Detergente:** deve ter algumas propriedades de limpeza.
- **Não inflamável:** deve ter um ponto de inflamação superior a 65 °C (150 °F).
- **Estabilidade:** deve ser estável na concentração e usar diluição.

Estas são as boas práticas para produtos de limpeza ambiental (por exemplo, detergentes, desinfectantes):

- Desenvolver e manter uma lista principal de produtos de limpeza ambiental aprovados pelas unidades na política de limpeza das unidades, bem como uma lista de fornecedores aprovados (ou seja, fabricantes, distribuidores).
- Minimize o número de diferentes produtos de limpeza ambiental em utilização nas unidades. Esta afirmação clara na política de limpeza das unidades irá:
 - simplificar o processo de limpeza ambiental
 - minimizar os requisitos de formação para o pessoal da limpeza
 - reduzir o potencial de erros na preparação e utilização
- Armazene os produtos de limpeza ambiental de forma a:
 - eliminar o risco de contaminação e degradação
 - minimizar o contacto com o pessoal (por exemplo, inalação, contacto com a pele)
- Faça a gestão dos produtos de limpeza ambiental de acordo com a ficha de dados de segurança (SDS) do produto. Coloque a ficha de dados de segurança onde estes produtos são armazenados e preparados.
- Prepare as soluções de limpeza e desinfecções de acordo com as instruções do fabricante. Preparar concentrações mais elevadas ou diluir para além das recomendações pode representar um risco desnecessário para os doentes, para a equipa, para os visitantes e para o meio ambiente.
- Certifique-se de que são seleccionados produtos de limpeza ambiental que não danifiquem as superfícies e o equipamento a ser limpo e desinfectado.
- Certifique-se de que estão disponíveis instruções ou procedimentos operativos normalizados para a preparação, utilização e eliminação de produtos de limpeza ambiental.

3.1.1 Produtos de limpeza

Os produtos de limpeza incluem sabonete líquido, agentes de limpeza enzimáticos e detergentes. Removem material orgânico (por exemplo, sujidade, fluidos corporais) e suspendem a gordura ou o óleo. Isto é feito combinando o produto de limpeza com água e utilizando acção mecânica (ou seja, esfregar e friccionar).

Para a maioria dos procedimentos de limpeza ambiental, seleccione detergentes neutros (pH entre 6 e 8) que sejam facilmente solúveis (em água quente e fria).

Também existem produtos de limpeza especializados, que podem proporcionar vantagens para áreas ou materiais específicos dentro da unidade de cuidados de saúde (por exemplo, produtos de limpeza casas-de-banho/sanitas, polidores do pavimento, limpa-vidros). No entanto, considere produtos especializados caso a caso, ponderando as vantagens e desvantagens (por exemplo, custo adicional) e a capacidade da unidade de garantir o armazenamento, preparação e utilização correctos.

3.1.2 Desinfectantes

Os desinfectantes destinam-se apenas a desinfectar após a limpeza e não são substitutos da limpeza, a menos que sejam um produto desinfectante combinado com detergente. Consulte [Detergente-desinfectantes combinados](#) (página 30). **Antes de desinfectar, utilize um produto de limpeza para remover todo o material orgânico e a sujidade.**

A desinfecção de nível baixo é geralmente adequada para procedimentos de limpeza ambiental, mas existem casos específicos em que é necessária a desinfecção de nível intermédio com propriedades esporicidas (por exemplo, *C. difficile*). Consulte [Precauções com base na transmissão/enfermarias de isolamento](#) (página 59).

Os desinfetantes comuns de nível baixo e intermédio que podem ser utilizados para superfícies ambientais em ambientes de cuidados de saúde incluem:

- compostos quaternários de amónio
- álcool (etílico ou isopropílico)
- agentes libertadores de cloro (por exemplo, lixívia)
- peróxido de hidrogénio melhorado

O Quadro 4 (abaixo) mostra as principais vantagens e desvantagens de cada um destes desinfetantes. Na prática, as vantagens e desvantagens de cada produto terão de ser ponderadas com outros factores, incluindo disponibilidade e custo.



Não utilize estes produtos para desinfecções de superfícies ambientais e equipamento não crítico de cuidados dos doentes:

- esterilizante químico líquido ou desinfetantes de nível elevado (por exemplo, glutaraldeído, ácido peracético, ortoftaldeído)
- anti-sépticos (por ex., clorexidina, iodóforo)
- fenólicos (devido a toxicidade elevada)

Quadro 4. Vantagens e desvantagens de desinfetantes de cuidados de saúde comuns (modificados a partir da referência 24)

Desinfetante	Vantagens	Desvantagens
<p>Desinfetante de nível baixo: Compostos quaternários de amónio</p> <p>por ex., cloreto de alquil dimetil benzil amónio, cloreto de alquil dimetil etilbenzil amónio</p> <p>Espectro de actividade</p> <p>Bactericida Virucida (apenas vírus revestidos) Fungicida</p>	<p>Toxicidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pode ser utilizado em superfícies que contactam com alimentos. <p>Ampla compatibilidade de materiais</p> <ul style="list-style-type: none"> • não corrosivo <p>Propriedades do detergente, com boa capacidade de limpeza</p> <ul style="list-style-type: none"> • baixo custo 	<p>Toxicidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • irritante para a pele, também pode causar irritação respiratória <p>Espectro microbicida restrito</p> <ul style="list-style-type: none"> • não micobactericida nem esporicida, actividade limitada apenas contra vírus não envolvidos • as soluções diluídas podem suportar o crescimento de micro-organismos, particularmente organismos Gram-negativos <p>Afectados por factores ambientais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • actividade reduzida por vários materiais (por exemplo, algodão, dureza da água, panos de microfibras, material orgânico) • podem induzir resistência cruzada com antibióticos • persiste no ambiente e nas vias respiratórias
<p>Desinfetante de nível intermédio: Álcoois (60-80%)</p> <p>por ex., álcool isopropílico, álcool etílico e álcool desnaturado</p> <p>Espectro de actividade</p> <p>Bactericida Virucida Fungicida Micobactericida</p>	<p>Espectro amplo (mas não esporicida)</p> <p>Acção rápida</p> <p>Não tóxico</p> <p>Sem coloração, sem resíduos</p> <p>Não corrosivo</p> <p>Baixo custo</p> <p>Bom para desinfetar equipamento ou dispositivos pequenos que possam ser imersos</p>	<p>Acção lenta contra vírus sem envelope</p> <p>Não permanece húmido</p> <ul style="list-style-type: none"> • evaporação rápida dificulta a adesão ao tempo de contacto (em grandes superfícies ambientais) <p>Afectados por factores ambientais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inactivado por material orgânico <p>Compatibilidade com o material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pode danificar materiais (tubo de plástico, silicone, borracha, deteriorar colas) <p>Inflamável</p>

Quadro 4 (Continuação)

Desinfetante	Vantagens	Desvantagens
<p>Desinfetante de nível intermédio: Agentes libertadores de cloro</p> <p>por ex., lixívia/hipoclorito de sódio ou de cálcio, dicloroisocianurato de sódio (NaDCC)</p> <p>Espectro de actividade</p> <p>Bactericida Virucida Fungicida Micobactericida Esporicida (hipocloritos apenas a 5000 ppm ou 0,5%)</p>	<p>Os hipocloritos são de largo espectro (esporicidas)</p> <p>Acção rápida</p> <p>Não inflamáveis</p> <p>Baixo custo</p> <p>Amplamente disponíveis</p> <p>Podem reduzir os biofilmes</p>	<p>Afectados por factores ambientais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inactivado por material orgânico <p>Alta toxicidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pode libertar cloro tóxico se misturado com ácidos ou amónio • irritante para a pele e membranas mucosas <p>Compatibilidade com o material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • danifica tecidos, carpetes • corrosivo <p>Deixa resíduos, requer enxaguamento ou neutralização</p> <p>Odores ofensivos</p> <p>Estabilidade fraca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sujeito a deterioração em caso de exposição ao calor e aos raios UV
<p>Desinfetante de nível intermédio: Peróxido de hidrogénio melhorado</p> <p>por ex., peróxido de hidrogénio a 0,5% de acção melhorada, peróxido de hidrogénio a 3%</p> <p>Espectro de actividade</p> <p>Bactericida Virucida Fungicida Micobactericida Esporicida (apenas a 4-5 %)</p>	<p>Acção rápida</p> <p>Não tóxico</p> <p>Propriedades do detergente, com boa capacidade de limpeza</p> <p>Não afectado por factores ambientais</p> <ul style="list-style-type: none"> • activo na presença de material orgânico <p>Seguro para o ambiente</p>	<p>Compatibilidade com o material:</p> <ul style="list-style-type: none"> • contra-indicado para utilização em cobre, latão, zinco, alumínio <p>Custo elevado</p>

3.1.3 Detergente/desinfetantes combinados

Os produtos de detergente-desinfetantes combinados (uma etapa) podem geralmente ser utilizados em vez de um processo de dois passos (de detergente e desinfetante separados) quando a desinfecção é indicada para procedimentos de limpeza ambiental específicos. Consulte [Procedimentos de limpeza ambiental](#) (página 41).



Não utilize um produto desinfetante com detergente combinado (uma etapa) (em vez de utilizar um processo de duas etapas) ao realizar a limpeza ambiental para:

- *C. difficile* – consulte [Enfermarias de precaução com base na transmissão/de isolamento](#) (página 59).
- derrames de sangue ou fluidos corporais – consulte [Derrames de sangue ou fluidos corporais](#) (página 48).

Ao utilizar um produto combinado para limpeza ambiental, recomenda-se que, periodicamente (ou seja, de acordo com o calendário) utilize um passo de enxaguamento para remover resíduos das superfícies. Além disso, deve ter-se cuidado para garantir que o produto combinado permanece molhado na superfície durante o tempo de contacto necessário (para concluir o processo de desinfecção). Consulte a etiqueta do produto para obter o tempo de contacto correcto.

3.2 Preparação de produtos para limpeza ambiental

Os produtos de limpeza ambiental são frequentemente vendidos como fórmulas concentradas que são diluídas (ou seja, combinadas com água) para criar uma solução.

Estas são as boas práticas para a preparação de produtos de limpeza ambiental:

- Prepare sempre as soluções de acordo com as instruções do fabricante. A maioria dos químicos (incluindo produtos de limpeza) funciona numa diluição ideal – uma diluição demasiado diluída ou demasiado concentrada tem impacto na eficácia do produto e pode representar um risco desnecessário para o pessoal, doentes, visitantes e para o meio ambiente.
- Prepare sempre produtos de limpeza ambiental em áreas de serviços de limpeza ambiental designadas (ou seja, um espaço dedicado e protegido que não seja utilizado para outros fins). Consulte [Cuidado e armazenamento de materiais, equipamento e equipamento de protecção individual](#) (página 37).
- Forneça formação e instruções simples (por exemplo, procedimentos operativos normalizados [PON]) para preparar soluções de acordo com as instruções do fabricante.
- Pode ser necessário equipamento de protecção individual (EPI) para a preparação de soluções, especialmente para desinfetantes (por exemplo, hipoclorito de sódio). Consulte o SDS do produto para o EPI necessário.
- Os recipientes normalizados (para soluções de medição) e auxiliares ilustrativos das tarefas de fácil utilização (por exemplo, cartazes) devem ser utilizados para a preparação de soluções.

Se exequível, é altamente recomendado:

- Prepare soluções com um sistema de dispensa automática que seja calibrado regularmente. A diluição manual e a mistura estão mais sujeitas a erro.
- Utilize tiras-teste para confirmar as concentrações correctas de soluções (por exemplo, para produtos à base de cloro).

As soluções são geralmente preparadas em lotes em recipientes grandes, que são depois transferidos para recipientes portáteis mais pequenos (por exemplo, garrafas, baldes) para procedimentos de limpeza diários. Consulte [Materiais e equipamento para limpeza ambiental](#) abaixo. As soluções também podem ser preparadas directamente em baldes para a limpeza ambiental do pavimento, se estiver disponível um balde de tamanho standard.

Todos os recipientes utilizados para armazenar soluções de produtos de limpeza ambiental devem:

- estar limpos, claramente etiquetados e ter uma data de validade com base nas instruções do fabricante para estabilidade
- ser cuidadosamente limpos e secos antes de voltar a encher
- nunca devem ser cheios até ao cimo – utilize-os até à data de validade indicada (após a qual devem ser eliminados) ou até que o recipiente esteja vazio, o que ocorrer primeiro

3.3 Materiais e equipamento para limpeza ambiental

Os materiais e equipamento essenciais para a limpeza ambiental incluem:

- **Materiais de limpeza de superfícies:** recipientes portáteis (por exemplo, garrafas, pequenos baldes) para armazenar produtos (ou soluções) de limpeza ambiental e panos de limpeza de superfícies.
- **Materiais de limpeza do pavimento:** mopas ou esponjas de limpeza com panos para o pavimento, baldes e sinais de pavimento/cuidados molhados.



Não utilize estes materiais e equipamento de limpeza para desinfecção de superfícies ambientais e equipamento não crítico de cuidados dos doentes:

- vassouras e mopas secas
- fumigadores (e fumigação) e nebulização de desinfetantes
- frascos com spray: em vez disso, utilizar frascos comprimíveis

Em geral, todos os materiais e equipamento de limpeza ambiental essenciais são reutilizáveis, mas as unidades também podem optar por utilizar materiais descartáveis (por exemplo, panos) para determinadas tarefas de limpeza ou quando os recursos o permitirem. O equipamento de limpeza deve ser:

- adequado à finalidade prevista
- limpo e armazenado seco entre utilizações
- devidamente utilizado
- bem conservado. Consulte [Cuidado e armazenamento de materiais, equipamento e equipamento de protecção individual](#) (página 37).

Considere a compra de materiais e equipamentos suplementares, tais como, escovas para casas de banho ou esfregões abrasivos, para limpar determinadas superfícies ou áreas. Algumas unidades podem também ter acesso a equipamento mais sofisticado, como esfregões de pavimento ou aspiradores com filtros de partículas de alta eficiência (HEPA). Se a utilização de filtros HEPA fizer parte da política da instituição, forneça um PON sobre a respectiva limpeza e manutenção.

Materiais de limpeza de superfícies

Os recipientes portáteis para produtos (ou soluções) de limpeza ambiental devem estar limpos, secos, de tamanho apropriado, rotulados e datados.

- São preferíveis garrafas de gargalo estreito em vez de baldes para evitar panos de limpeza “dupla”, que podem contaminar as soluções.
- É preferível apertar os frascos em vez de frascos com spray para aplicar soluções de limpeza ou desinfectantes directamente nos panos de limpeza antes da aplicação numa superfície.



Figura 3: Frasco comprimível portátil

Os panos de limpeza de superfícies devem ser de algodão ou microfibras (podem ser utilizados toalhetes descartáveis se os recursos o permitirem). **Tenha um stock de panos de cores diferentes para permitir a codificação por cores:** por exemplo, uma cor para limpeza e uma segunda cor para desinfecção. Os códigos de cor também previnem a contaminação cruzada entre áreas, como as casas de banho de áreas dos doentes ou áreas de isolamento de áreas de doentes gerais. Por exemplo, os panos vermelhos podem ser utilizados especificamente para áreas de casas-de-banho, azul para áreas dos doentes gerais e amarelo para áreas de isolamento.



Figura 4: Panos de limpeza codificados por cores

Materiais de limpeza

As mopas/esfregonas ou os panos do pavimento devem ser de algodão ou microfibras.

- Utilize um carrinho ou trolley com dois ou três baldes para o processo de limpeza – consulte [Preparação de materiais e equipamento](#) (página 33).
- É altamente recomendável afixar um sinal de pavimento molhado/cuidado antes de iniciar as actividades de limpeza com mopa.



Figura 5: Mopa de algodão (esquerda), pano de chão de microfibras (direita) e um sinal de segurança para pavimento

Microfibrã versus algodão

Considere cuidadosamente o tipo de material antes de comprar panos de limpeza.

Os panos de microfibras são frequentemente preferidos em vez do algodão para panos de limpeza e cabeças de mopa porque a microfibrã absorve mais sujidade e micro-organismos do que o algodão. No entanto, os panos de microfibrã podem ser danificados pelo pH elevado e, por isso, não são compatíveis com todos os produtos desinfetantes (especialmente à base de cloro). Têm de ser lavados separadamente de panos/lençóis de algodão, o que pode ser dispendioso.

Toalhetes desinfetantes ou com detergente-desinfetante

Toalhetes preparados (prontas a utilizar) saturados com um desinfetante adequado ou produto detergente-desinfetante podem ser utilizados como alternativa a panos de limpeza de algodão ou microfibras. Tenha cuidado para avaliar a adequação do produto, considerando as propriedades recomendadas. Também é importante garantir que são devidamente guardados com a tampa fechada, para que os toalhetes permaneçam húmidos. Elimine os toalhetes se já não estiverem saturados. Siga as instruções do fabricante para armazenar toalhetes e recipientes de reprocessamento, bem como as instruções de utilização (por exemplo, tempos de contacto recomendados).

3.3.1 Preparação de materiais e equipamento

A preparação diária de materiais e equipamento para um determinado membro da equipa de limpeza ou local irá depender dos factores locais, incluindo o tamanho das áreas de cuidados do doente e o número e tipo de zonas dos doentes a limpar.

Carrinhos e trolleys de limpeza

- Os carrinhos e trolleys de limpeza oferecem vários benefícios, tais como, a capacidade de transportar e gerir com segurança todos os materiais e equipamentos de limpeza essenciais e aumentar a segurança ocupacional do pessoal da limpeza.
- Armazene os carrinhos de limpeza com quantidades suficientes de materiais (por exemplo, panos de limpeza, soluções de limpeza) para evitar a necessidade de voltar para buscar mais materiais a meio da limpeza numa determinada área de cuidados dos doentes.

Estas são as boas práticas para carrinhos e trolleys de limpeza:

- Separe itens limpos e sujos (por exemplo, panos de limpeza)
- Nunca coloque objectos pessoais, alimentos ou bebidas nos carrinhos.
- Equipe-os com um compartimento bloqueável para recipientes de soluções de limpeza e desinfetantes.
- Limpe-os minuciosamente no fim de cada dia ou turno – consulte [Cuidado e armazenamento de materiais, equipamento e equipamento de protecção individual](#) (página 37).
- Enquanto estiverem a ser utilizados, nunca os deixe sem vigilância ou fora da vista.
- Quando não estiverem a ser utilizados, guarde-os numa área de serviços de limpeza ambiental designada.



Figura 6: Configuração do carrinho de limpeza, incluindo baldes codificados por cores para diferentes soluções de limpeza ambiental (por exemplo, desinfetantes, detergentes)

Materiais de limpeza de superfícies

Os recipientes portáteis de produtos (ou soluções) de limpeza ambiental e panos de limpeza podem ser transportados directamente no carrinho de limpeza ou num kit de caddie, se não estiver disponível um carrinho de limpeza completo.

O carrinho deve ter panos de limpeza suficientes para concluir a sessão de limpeza necessária, com um pano limpo para cada zona dos doentes de modo a evitar contaminação cruzada. Mantenha os panos limpos e sujos separados. Coloque roupas limpas num recipiente ou secção do carrinho e panos sujos noutra.

Materiais de limpeza

A boa prática é utilizar um sistema de dois ou três baldes para a mopa. Isto pode ser facilitado no carrinho de limpeza ou num trolley separado, se não estiver disponível um carrinho de limpeza completo.

- **Sistema de dois baldes (limpeza de rotina):** um balde contém detergente ou solução de limpeza e o outro contém água para enxaguar (Figura 7).
- **Sistema de três baldes (para desinfectação):** um balde contém o detergente ou solução de limpeza, um contém água para enxaguar e um dos baldes contém desinfectante ou solução desinfectante (Figura 8).

O balde da água para enxaguar permite que a mopa seja enxaguada e rodada antes de ser novamente mergulhada na solução preparada. Isto prolonga a vida da solução (ou seja, são necessárias menos alterações), o que poupa tanto tempo como custos com materiais.



Figura 7: Sistema de lavagem de dois baldes



Figura 8: Sistema de lavagem de três baldes

3.4 Equipamento de protecção individual para limpeza ambiental

Deve estar sempre disponível um EPI adequado para o pessoal de limpeza para todos os procedimentos de limpeza ambientais, que deve ser utilizado de forma adequada de modo a reduzir o risco tanto para os doentes como para o pessoal.

O EPI é necessário para prevenir:

- exposição a micro-organismos
- exposição a químicos de limpeza (por exemplo, desinfectantes)
- a disseminação de micro-organismos de uma área de cuidados dos doentes para outra



O EPI necessário deve estar visivelmente assinalado ou comunicado verbalmente à equipa de limpeza pelo pessoal da PCI pelos supervisores de limpeza, antes de iniciar cada sessão de limpeza.

O pessoal da PCI deve marcar visivelmente ou comunicar verbalmente o EPI necessário ao pessoal ou supervisores de limpeza antes de iniciar cada sessão de limpeza.

Estas são as boas práticas para a limpeza de EPI da equipa:

- Realize sempre a higiene das mãos imediatamente antes de utilizar luvas (dólares) e imediatamente após a remoção.
- Dê formação ao pessoal de limpeza sobre a utilização, aplicação e remoção adequadas do EPI necessário para todos os procedimentos e tarefas de limpeza ambiental pelos quais são responsáveis.
 - O [Quadro 5](#) (página 36) mostra as indicações gerais para o uso de EPI, mas consulte sempre a equipa local de PCI sobre os requisitos de EPI específicos da localização.
- Coloque todo o EPI necessário antes de entrar numa área de cuidados do doente e remova-o (para eliminação ou reprocessamento, se for reutilizável) antes de sair dessa área.
 - **Exceção:** não retire o EPI numa área de precaução transmissão pelo ar (por exemplo, enfermaria de TB) onde seja necessário uma máscara de partículas (por exemplo, N95 ou FFP2) até depois de sair dessa área.
- Os PON e auxiliares ilustrativos de tarefas devem listar o EPI necessário para tarefas específicas (incluindo sinalização para áreas de isolamento, preparação de soluções).
- Utilize a SDS para determinar o EPI necessário para preparar produtos e soluções de limpeza ambiental (por exemplo, diluições manuais).
- Certifique-se de que todo o EPI (reutilizável e descartável):
 - tem um bom fornecimento
 - está bem conservado (boa qualidade, adequadamente armazenado)
 - é limpo antes da utilização
 - está em bom estado
- Processe novamente (ou seja, limpe e desinfete) todo o EPI reutilizável pelo menos uma vez por dia. Consulte [Cuidado e armazenamento de materiais, equipamento e equipamento de protecção individual](#) (página 37).
- Realize exames regulares para os funcionários da limpeza que têm de usar máscaras de partículas.
- Utilize luvas de borracha reutilizáveis para a **limpeza**.
- Utilize luvas resistentes a químicos (por exemplo, nitrilo, látex) para a **preparação de químicos de limpeza**.

Boas práticas para a utilização de luvas para limpeza:

- Realize a higiene das mãos imediatamente antes de colocar as luvas e imediatamente depois de as retirar.
- A utilização habitual de luvas não é recomendada a menos que:
 - os doentes na área estejam sob precaução com base na transmissão
 - existe o risco de contacto das mãos com sangue ou fluidos corporais (por exemplo, limpar um derrame, limpar a cama de um doente com incontinência)
 - existe contacto prolongado com desinfetantes (por exemplo, limpeza final)
- **Quando a utilização de luvas é indicada**, mude-as sempre (ou seja, reprocesse) entre cada sessão de limpeza (por exemplo, limpeza de rotina da zona do doente sob precauções de contacto, limpeza final de uma área dos doentes geral). Consulte o [Quadro 5](#) (página 36).

Boas práticas para limpar vestuário/cuidados pessoais da equipa:

- Mantenha as mangas ao longo ou acima do cotovelo para não interferir com o uso de luvas ou com a higiene das mãos.
- Utilize sapatos fechados ou botas com sola de borracha (ou seja, não sandálias), para evitar lesões acidentais (por exemplo, escorregadelas e quedas) e exposição a químicos de limpeza, sujidade ou bactérias.
- Remova relógios de pulso e jóias das mãos antes de iniciar tarefas de limpeza – estes artigos podem rasgar luvas e também agarrar micro-organismos.
- Mantenha as unhas curtas e livres de verniz das unhas para evitar rasgar as luvas e agarrar sujidade e bactérias.

Quadro 5. Equipamento de protecção pessoal recomendado para tarefas de limpeza ambiental/ limpeza em áreas específicas do doente

Tipo de tarefa de limpeza	Equipamento de protecção individual necessário para o pessoal da limpeza
Limpeza de rotina (precauções standard)	Nenhuma (a menos que haja risco de derrames ou contaminação – ver abaixo)
Limpeza final (precauções standard)	Luvas de borracha reutilizáveis
Derrames de sangue e fluidos corporais e áreas de alto risco de contaminação (por exemplo, cama de limpeza de um doente com incontinência, enfermarias de obstetrícia e salas de parto)	Bata e/ou avental de plástico Luvas de borracha reutilizáveis Máscara facial com óculos de protecção ou máscara facial
Precauções com as gotículas (limpeza de rotina e final)	Bata e/ou avental de plástico Luvas de borracha reutilizáveis Máscara facial com óculos de protecção ou máscara facial
Precauções de contacto (limpeza de rotina e final)	Bata e/ou avental de plástico Luvas de borracha reutilizáveis
Precauções relativas a transmissão pelo ar (limpeza de rotina e final)	Máscara de partículas (N95 ou FFP2), ajustada Luvas de borracha reutilizáveis
Preparação de produtos e soluções desinfectantes	De acordo com as especificações na SDS (instruções do fabricante) Se a SDS não estiver disponível, então: <ul style="list-style-type: none">• Luvas resistentes a químicos (por exemplo, nitrilo)• Bata e/ou avental• Máscara facial com óculos de protecção ou máscara facial

Equipamento de protecção individual recomendado



3.5 Cuidados e armazenamento de materiais, equipamento e equipamento de protecção individual

Os materiais e equipamento de limpeza ambiental ficam rapidamente contaminados durante a utilização. Reprocesse regularmente todos os itens reutilizáveis (ou seja, limpe, desinfecte e seque bem).

Estas são as boas práticas para reprocessar materiais e equipamento de limpeza reutilizáveis:

- Envie todos os materiais e equipamento reutilizáveis (por exemplo, baldes, luvas de borracha) para reprocessamento:
 - directamente após a utilização numa área de precaução com base na transmissão
 - quando sujos com sangue ou fluidos corporais
- Limpe, desinfecte e lave cuidadosamente o equipamento, como baldes e recipientes, sempre que a solução for substituída e diariamente. Guarde-os virados ao contrário para permitir uma secagem completa.
- Lave cabeças de mopa, panos do chão e panos de limpeza sujos, **pelo menos, diariamente** (por exemplo, no fim do dia) e deixe-os secar completamente antes de os guardar e reutilizar.
- Reprocesse todos os materiais e equipamento reutilizáveis numa área dedicada que não seja utilizada para outros fins (ou seja, o reprocessamento do equipamento de limpeza nunca deve ser realizado em lavatórios de lavagem das mãos).
- Reprocesse (por ex., lave) todos os materiais e equipamentos reutilizáveis de acordo com as instruções do fabricante.

Passos do reprocessamento manual

Se as instruções do fabricante não estiverem disponíveis, utilize este processo geral para reprocessar manualmente materiais reutilizáveis, equipamento e EPI:

1. Mergulhe em solução de detergente e utilize acção mecânica (por exemplo, esfregar) para remover a sujidade.
2. Desinfecte:
 - mergulhando completamente os itens em água a ferver ou
 - mergulhando totalmente os itens na solução desinfectante durante o tempo de contacto necessário e enxaguar com água limpa para remover resíduos
3. Deixe secar totalmente
 - Coloque os itens a secar numa área limpa e seca para evitar a contaminação.
 - Posicione as mopas com a cabeça para cima para permitir que a cabeça da mopa seque completamente.



Não utilize desinfectantes à base de cloro para desinfectar panos de microfibras.

Utilize os serviços de lavanderia com água quente (70-80 °C x 10 min) [158-176 °F] para reprocessar panos e cabeças de mopa, se estiverem disponíveis. Da mesma forma, um secador comercial pode ser utilizado para estes itens, se disponíveis (caso contrário, estes itens são reprocessados conforme acima).

Lave sempre as cabeças de mopa e os panos de limpeza separadamente de outros ingredientes do hospital sujos.

Todos os materiais e equipamento reutilizáveis devem ser devidamente mantidos, limpos e em bom estado de conservação. Quando necessário, inspecione e substitua ou repare regularmente todo o equipamento reutilizável. Desenvolva um calendário de monitorização e manutenção das unidades que documente claramente os materiais e equipamentos reutilizáveis, a frequência da inspecção e o pessoal responsável.

Determinados equipamentos, como enceradeiras, podem exigir verificações de manutenção por pessoas qualificadas, de acordo com as instruções do fabricante. Mantenha um registo de serviço e disponibilize-o para inspecção por parte do gestor do programa de limpeza e pela equipa de PCI.

Área de serviços de limpeza ambiental

Indique, pelo menos, uma área de serviços de limpeza ambiental dentro das unidades para preparação, armazenamento e reprocessamento de equipamento e materiais de limpeza reutilizáveis. Esta área não deve ser utilizada para quaisquer outros fins. Para unidades de vários andares, é uma boa prática ter uma destas áreas em cada andar.

A área de serviços de limpeza ambiental designada deve:

- estar bem ventilada e iluminada (acesso a luz ou janela)
- ser identificada com um sinal de risco biológico na porta
- ter um abastecimento de água adequado (acesso a água quente e fria, se exequível)
- ter uma pia/sifão no pavimento para uma eliminação segura das soluções usadas
- ser concebida de forma a que, sempre que possível, os baldes possam ser esvaziados para tranques/escoadouros sem os levantar nem criar salpicos

- ter um lava-louças exclusivo para lavar as mãos, utilizado apenas para lavar as mãos
- ter acesso a uma estação de lavagem ocular
- ter EPI apropriado disponível
- ter espaço suficiente para manter o reprocessamento (áreas sujas) separado das áreas de armazenamento para equipamento limpo
- ser facilmente acessível em relação às áreas que serve (ou seja, facilmente acessíveis em toda a unidade)
- ser devidamente dimensionada em função da quantidade de materiais, equipamentos e químicos armazenados na sala/área
- ter cópias da SDS para todos os produtos de limpeza ambiental, instruções do fabricante e auxiliares de tarefas para a preparação de soluções de limpeza e desinfetantes
- nunca conter vestuário pessoal ou artigos de higiene pessoal, comida ou bebidas
- deve haver uma área separada para o pessoal de limpeza guardar estes artigos
- ter um armazenamento de químicos e acesso seguros
- ter dispositivos de bloqueio instalados em todas as portas para restringir o acesso apenas ao pessoal da limpeza
- estar arrumado
- apresentar superfícies laváveis (pavimento, paredes, prateleiras)



4. Procedimentos de limpeza ambiental

Este capítulo fornece as boas práticas actuais para procedimentos de limpeza ambiental em áreas de cuidados do doente, bem como limpeza para situações específicas (por exemplo, derrames de sangue) e para equipamento não crítico de cuidados dos doentes; consulte o resumo no [Anexo B1 – Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas de doentes gerais](#) (página 73) e o [Anexo B2 – Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas de doentes especializadas](#) (página 77).

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

- probabilidade de contaminação
- vulnerabilidade dos doentes a infecções
- possibilidade de **exposição** (ou seja, superfícies de contacto elevado vs. contacto reduzido)

Estes três elementos combinam-se para determinar o risco baixo, moderado e alto – é necessária uma limpeza ambiental mais frequente e rigorosa (com um método ou processo diferente) em áreas de risco elevado. **O risco determina a frequência, método e processo de limpeza nos calendários de limpeza de rotina e contingência para todas as áreas de cuidados dos doentes.** Esta abordagem baseada no risco é descrita no [Anexo A – Avaliação de risco para determinar o método e a frequência da limpeza ambiental](#) (página 71).

Princípios de frequência da limpeza ambiental baseados no risco

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 infecções: As superfícies e itens em áreas de cuidados que contenham doentes vulneráveis (por exemplo, imunocomprometidos) 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 contacto elevado (por exemplo, barras da cama) requerem uma limpeza ambiental mais frequente e rigorosa do que as superfícies de contacto reduzido (por exemplo, paredes).

Todas as unidades devem desenvolver calendários de limpeza, incluindo:

- a identificação da pessoa responsável
- a frequência
- o método (produto, processo)
- PON detalhados para limpeza ambiental de superfícies e equipamento não crítico em todos os tipos de área de cuidados dos doentes



Também são necessárias listas de verificação e outros auxiliares de tarefas para garantir que a limpeza é exaustiva e eficaz.

Estes aspectos são abordados de forma mais pormenorizada nas [Listas de verificação de limpeza, registos e auxiliares de tarefas](#) (página 22).

4.1 Técnicas gerais de limpeza ambiental

Para todos os procedimentos de limpeza ambiental, utilize sempre as seguintes estratégias gerais:

Realizar avaliação visual preliminar do local

Prossiga apenas após uma avaliação visual preliminar do local para determinar se:

- o estado do doente pode representar um desafio para uma limpeza segura
- existe qualquer necessidade de EPI ou consumíveis adicionais (por exemplo, se houver derrames de sangue/fluidos corporais ou se o doente estiver sob precauções com base na transmissão)
- existem obstáculos (por exemplo, desorganização) ou problemas que possam representar um desafio para uma limpeza segura
- existe qualquer mobiliário ou superfícies danificadas ou partidas a comunicar ao supervisor/gestão

Prosseguir da área mais limpa para a mais suja

Prossiga de áreas mais limpas para mais sujas de modo a evitar espalhar sujidade e micro-organismos. Os exemplos incluem:

- Durante a limpeza final, limpe as superfícies de contacto reduzido antes das superfícies de contacto elevado.
- Limpe as áreas dos doentes (por exemplo, zonas dos doentes) antes das casas de banho dos doentes.



Figura 9. Exemplo de uma estratégia de limpeza desde áreas mais limpas para áreas mais sujas

- Dentro de uma sala específica dos doentes, a limpeza final deve começar com equipamento **partilhado e superfícies comuns** e, em seguida, prosseguir para as **superfícies e itens tocados durante os cuidados dos doentes** que estejam fora da zona dos doentes e, por fim, para as **superfícies e itens tocados directamente pelos doentes** dentro da zona dos doentes (Figura 9). Por outras palavras, as superfícies de contacto elevado fora da zona dos doentes devem ser limpas antes das superfícies de contacto elevado dentro da zona dos doentes.
- Limpe as áreas dos doentes gerais que não estão sob precauções com base na transmissão antes das áreas sob precauções com base na transmissão.

Prosseguir do alto para o baixo (de cima para baixo)

Prossiga de uma posição **alta para baixa** para evitar que a sujidade e os micro-organismos pinguem ou caiam e contaminem áreas já limpas. Os exemplos incluem:

- limpar as barras da cama antes das pernas da cama
- limpar as superfícies ambientais antes de limpar o pavimento
- a limpeza do pavimento permite a acumulação de sujidade e micro-organismos que possam ter caído

Prosseguir de forma metódica e sistemática

Prossiga de forma **sistemática** para evitar áreas em falta, por exemplo, da esquerda para a direita ou no sentido dos ponteiros do relógio (Figura 10).

Numa área com várias camas, limpe cada zona dos doentes da mesma forma – por exemplo, começando pelos pés da cama e movendo-a no sentido dos ponteiros do relógio.

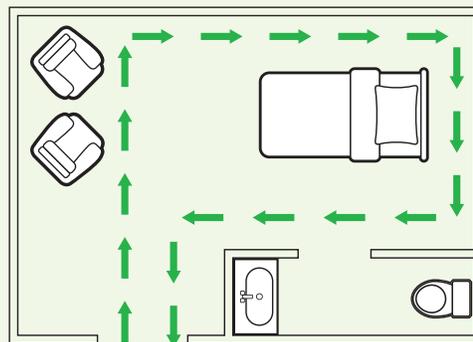


Figura 10. Exemplo de uma estratégia de limpeza para superfícies ambientais, movendo-se de forma sistemática na área de cuidados dos doentes

Limpar imediatamente derrames de fluidos corporais

- Limpe derrames de sangue ou fluidos corporais imediatamente, utilizando as técnicas em [Derrames de sangue ou fluidos corporais](#) (página 48).

Este é o processo geral de limpeza de superfícies:

1. Humedeça completamente (molhe) um pano de limpeza fresco na solução de limpeza ambiental.
2. Dobre o pano de limpeza ao meio até ser do tamanho aproximado da sua mão. Isto irá garantir que consegue utilizar toda a área de superfície de forma eficiente (geralmente, dobre-o ao meio e, depois, novamente ao meio e irá criar oito lados).
3. Limpe as superfícies utilizando as estratégias gerais anteriores (por exemplo, limpar a sujidade, de cima para baixo, de forma sistemática), certificando-se de que utiliza a acção mecânica (para passos de limpeza) e que a superfície está completamente molhada para permitir o tempo de contacto necessário (para passos de desinfeção).
4. Rode e desdobre regularmente o pano de limpeza para utilizar todos os lados.
5. Quando todas as partes laterais do pano tiverem sido utilizadas ou quando já não estiver saturado com solução, elimine o pano de limpeza ou guarde-o para reprocessamento.
6. Repita o processo a partir do passo 1.

Para todos os procedimentos de limpeza ambiental, estas são as boas práticas para a limpeza ambiental de superfícies:

- Utilize panos de limpeza limpos no início de cada sessão de limpeza (por exemplo, limpeza diária de rotina numa enfermaria geral de internamento).
- Substitua os panos de limpeza quando já não estiverem saturados de solução, por um pano novo humedecido. Os panos sujos devem ser armazenados para reprocessamento.
- Para áreas de maior risco, mude os panos de limpeza entre cada zona do doente (ou seja, utilize um pano de limpeza novo para cada cama dos doentes). Por exemplo, numa unidade intensiva de várias camas, utilize um pano limpo para todas as camas/incubadoras – consulte [Áreas de doentes especializadas](#) (página 49) para obter mais orientações.
- Certifique-se de que existem panos de limpeza suficientes para concluir a sessão de limpeza necessária.



- Nunca coloque panos de limpeza duplos em recipientes portáteis (por exemplo, garrafas, pequenos baldes) utilizados para armazenar produtos (ou soluções) de limpeza ambiental.
- Nunca agite cabeças de mopa e panos de limpeza – dispersa o pó ou as gotículas que possam conter micro-organismos.
- Nunca deixe cabeças de mopa sujas e panos de limpeza imersos dentro de baldes.

Superfícies de contacto elevado:

A identificação de superfícies e itens de contacto elevado em cada área de cuidados ao doente é um pré-requisito necessário para o desenvolvimento de procedimentos de limpeza, uma vez que estes irão frequentemente diferir consoante a sala, enfermaria e unidade. Consulte o [Anexo C – Exemplo de superfícies de contacto elevado numa área de doentes especializada](#) (página 91). Realize avaliações e observações do fluxo de trabalho em consulta com a equipa clínica em cada área de cuidados dos doentes para determinar as principais superfícies de contacto elevado.



Inclua superfícies e itens de contacto elevado identificados nas listas de verificação e outros auxiliares de tarefas para facilitar a conclusão dos procedimentos de limpeza. Consulte [Listas de verificação, registos e auxiliares de tarefas de limpeza](#) (página 22).

As superfícies de contacto elevado comuns incluem:

- barras de camas
- suportes de IV
- torneiras de lavatórios
- mesas de cabeceira
- balcões onde os medicamentos e materiais são preparados
- extremidades de cortinas de privacidade
- equipamento de monitorização do doente (por exemplo, teclados, painéis de controlo)
- equipamento de transporte (por exemplo, pegas de cadeira de rodas)
- campainhas de chamadas
- maçanetas das portas
- interruptores de luz

4.2 Áreas de doentes gerais

As áreas de doentes gerais incluem:

- áreas de consultas externas ou serviço de ambulatório
- enfermarias gerais de internamento com doentes internados para procedimentos médicos, que não estejam a receber cuidados agudos (ou seja, episódios súbitos, urgentes ou emergentes de lesão e doença que exijam intervenção rápida)

São necessários três tipos de limpeza para estas áreas:

- limpeza de rotina
- limpeza final
- limpeza agendada



Em geral, a probabilidade de contaminação ou vulnerabilidade dos doentes a infecções é baixa, por isso, estas áreas podem requerer limpeza menos frequente e rigorosa (por exemplo, método, processo) do que áreas de doentes especializadas.

4.2.1 Enfermarias de ambulatório

As enfermarias de consultas externas gerais ou de cuidados de ambulatório incluem áreas de espera, áreas de consulta e áreas de procedimentos menores.

Quadro 6. Frequência, método e processo recomendados para serviços de ambulatório

Área	Frequência	Método	Processo
Espera/admissão	Pelo menos uma vez por dia (por exemplo, por período de 24 horas)	Limpeza	Superfícies e pavimento de contacto elevado
Consulta/exame	Pelo menos duas vezes por dia	Limpeza	Superfícies e pavimento de contacto elevado
Procedimentais (procedimentos cirúrgicos menores; por exemplo, sutura de feridas, drenagem de abscessos)	Antes e depois (ou seja, entre ⁹) cada procedimento	Limpar e desinfetar	Superfícies e pavimentos de contacto elevado, com ênfase na zona dos doentes, mesas de procedimentos
Processuais (procedimentos cirúrgicos menores; por exemplo, sutura de feridas, drenagem de abscessos)	Fim do dia (limpeza final)	Limpar e desinfetar	Todas as superfícies e todo o pavimento Lavatórios de lavagem das mãos, limpar (esfregar) cuidadosamente e desinfetar Áreas de resíduos hospitalares/lavatórios ou áreas de desinfecção dos profissionais
Todos	Agendada (por exemplo, semanalmente, mensalmente) e quando visivelmente suja	Limpeza	Superfícies de contacto reduzido; consulte Limpeza programada (página 46)

⁹Se houver um período prolongado entre procedimentos ou condições locais que criem risco de geração/dispersão de pó, volte a limpar as superfícies com solução desinfetante imediatamente antes do procedimento subsequente.

4.2.2 Limpeza de rotina de enfermarias de internamento

A limpeza de rotina de áreas de internamento ocorre enquanto o doente é internado, concentra-se nas zonas dos doentes e tem como objectivo remover material orgânico e reduzir a contaminação microbiana para proporcionar um ambiente visualmente limpo.



Nota: isto ocorre quando o quarto está ocupado e os sistemas devem ser estabelecidos para garantir que o pessoal da limpeza tenha acesso razoável para realizar a limpeza de rotina.

Quadro 7. Frequência, método e processo recomendados para limpeza de rotina das enfermarias de internamento

Frequência	Método	Processo
Pelo menos uma vez por dia (por exemplo, por período de 24 horas)	Limpeza	Superfícies e pavimento de contacto elevado Lavatórios de lavagem das mãos
Agendada (por exemplo, semanalmente) e quando visivelmente suja	Limpeza	Superfícies de contacto reduzido; consulte Limpeza programada (página 46)

4.2.3 Limpeza final ou após a alta de enfermarias de internamento

A limpeza final 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 e eliminar a contaminação microbiana para garantir que não existe transferência de micro-organismos para o doente seguinte.



Pessoal responsável

A limpeza final requer colaboração entre o pessoal de limpeza, PCI e a equipa clínica, para delinear a responsabilidade por todas as superfícies e itens, incluindo assegurar que:

- os itens descartáveis de cuidados pessoais são eliminados
- o equipamento de cuidados do doente é removido para reprocessamento



É importante que o pessoal responsável por estas tarefas seja identificado nas listas de verificação e nos PON para garantir que os itens não são negligenciados devido a confusão na responsabilidade.

Quadro 8. Frequência, método e processo recomendados para limpeza final das enfermarias de internamento

Frequência	Método	Processo
------------	--------	----------

Transferência ou alta do doente	Limpar e desinfetar	Ver abaixo
---------------------------------	---------------------	------------

Este é o processo geral de limpeza final:

1. Remova itens de cuidados pessoais sujos/utilizados (por exemplo, copos, louça) para reprocessamento ou eliminação.
2. Remova a roupa de cama fornecida pelas unidades para reprocessamento ou eliminação; consulte o [Anexo D – Gestão de roupa de cama e lavandaria](#) (página 92).
3. Inspeccione cortinados das janelas. Se estiverem sujas, limpe as persianas no local e remova as cortinas para lavagem.
4. Reprocesse todo o equipamento reutilizável (não crítico) de cuidados dos doentes; consulte Equipamento não crítico de cuidados dos doentes (página 61).
5. Limpe e desinfecte todas as superfícies de contacto reduzido e elevado, incluindo as que possam não estar acessíveis quando a sala/ área estiver ocupada (por exemplo, colchão do doente, estrutura da cama, topo de prateleiras, aberturas de ventilação) e pavimento.
6. Limpe (esfregue) e desinfecte os lavatórios de lavagem das mãos.

4.2.4 Limpeza agendada

A limpeza agendada ocorre simultaneamente com a limpeza de rotina ou final e destina-se a reduzir o pó e a sujidade em superfícies ou itens de contacto reduzido. Realize a limpeza programada em itens ou superfícies que não estejam em risco de sujidade em circunstâncias normais, utilizando detergente neutro e água. Mas se estiverem visivelmente sujas de sangue ou fluidos corporais, limpe e desinfecte estes itens assim que possível.

Quadro 9. Frequência, método e processo recomendados para limpeza programada das enfermarias de internamento

Frequência	Método	Processo
------------	--------	----------

Semanalmente	Limpeza	<ul style="list-style-type: none"> • Superfícies altas (altura acima dos ombros) como partes superiores de armários, aberturas de ventilação • Paredes, rodapés e cantos
--------------	---------	--

Mensalmente	Consulte o Anexo D – Gestão de roupa de cama e lavandaria (página 92)	<ul style="list-style-type: none"> • Cortinas para janelas, cortinas para camas
-------------	---	--

Anualmente	Consulte o Anexo D – Gestão de roupa de cama e lavandaria (página 92)	<ul style="list-style-type: none"> • Cortinas para janelas
------------	---	---

4.3 Casas de banho de áreas dos doentes

As casas de banho nas áreas de cuidados dos doentes podem ser privadas (dentro de um quarto privado para doentes) ou partilhadas (entre doentes e visitantes). Têm uma exposição elevada do doente (ou seja, superfícies de contacto elevado) e são frequentemente contaminadas. Por conseguinte, representam um risco mais elevado de transmissão de agentes patogénicos do que as áreas de doentes gerais.

Considerações culturais:

As práticas de higiene variam, em termos dos tipos de casas-de-banho em utilização (por exemplo, agachar-se ou sentar-se, molhadas ou secas) bem como da adesão à utilização correcta. Por conseguinte, as necessidades de limpeza e desinfecções variam. Em alguns casos, podem ser necessárias mais do que duas limpezas e desinfecções diárias.

Dependendo dos níveis de recursos e pessoal, o pessoal de limpeza dedicado colocado em casas-de-banho partilhadas em Unidades de Cuidados de Saúde pode reduzir o risco associado a estas áreas.

Quadro 10. Frequência, método e processo recomendados para casas-de-banho nas áreas de doentes

Área	Frequência	Método	Processo
Casas-de-banho privadas	Pelo menos uma vez por dia (por exemplo, por período de 24 horas após a limpeza de rotina da área de cuidados dos doentes)	Limpar e desinfectar	<ul style="list-style-type: none">• Superfícies de contacto elevado e frequentemente contaminadas nas áreas da casa-de-banho (por exemplo, lavatórios, torneiras, pegas, assento da sanita, maçanetas das portas) e no pavimento
Casas-de-banho públicas ou partilhadas (por exemplo, doentes, visitantes, familiares)	Pelo menos duas vezes por dia	Limpar e desinfectar	<ul style="list-style-type: none">• Superfícies de contacto elevado e frequentemente contaminadas nas áreas da casa-de-banho (por exemplo, lavatórios, torneiras, pegas, assento da sanita, maçanetas das portas) e no pavimento
Ambas (privadas e partilhadas)	Agendada (por exemplo, semanalmente) e quando visivelmente suja	Limpeza	<ul style="list-style-type: none">• Superfícies de contacto reduzido; consulte Limpeza programada (página 46)

4.4 Pavimentos de áreas dos doentes

Os pavimentos geralmente têm uma baixa exposição dos doentes (ou seja, são superfícies de contacto reduzido) e representam um baixo risco de transmissão de agentes patogénicos. Por conseguinte, em circunstâncias normais, devem ser limpos diariamente, mas a utilização de um desinfectante não é necessária.



Existem situações em que existe um risco mais elevado associado aos pavimentos (por exemplo, alta probabilidade de contaminação), por isso, reveja os procedimentos específicos nas [áreas dos doentes gerais](#) (página 44) e [áreas de doentes especializadas](#) (página 49) para obter orientações sobre a frequência da limpeza ambiental dos pavimentos e quando também devem ser desinfectados.

Quadro 11. Frequência, método e processo recomendados para pavimentos na área do doente

Área	Frequência	Método	Processo
Pavimento em áreas gerais de internamento e ambulatório, sempre limpo em último lugar após outras superfícies ambientais	Pelo menos uma vez por dia (por exemplo, por período de 24 horas) ou com a frequência especificada na área de cuidados específicos dos doentes	<ul style="list-style-type: none"> Limpeza (salvo especificação em contrário na área de cuidados específicos dos doentes) 	Ver abaixo

Este é o processo geral de limpeza:

1. Mergulhe a mopa ou o pano do chão no balde com solução de limpeza ambiental e torça.
2. Limpe num padrão como se desenhasse o número 8 com movimentos sobrepostos, virando a cabeça da mopa regularmente (por exemplo, a cada 5-6 movimentos).
3. Depois de limpar uma pequena área (por exemplo, 3 m x 3 m mergulhe a mopa ou o pano do chão no balde com água de lavagem e torça.
4. Repita o processo a partir do passo 1.

Estas são as boas práticas para a limpeza ambiental do pavimento da área de doentes gerais:

- Utilize o pavimento molhado ou sinais de cuidado para evitar lesões.
- Retire o pó desde áreas mais limpas a áreas mais sujas.
- Limpe a mopa de forma sistemática, saindo da área mais afastada da saída e avançando para a saída (Figura 11).
- Substitua as cabeças de mopa/panos do chão e baldes de soluções de limpeza e desinfetantes com a frequência necessária (por exemplo, quando visivelmente sujos, após cada quarto de isolamento, a cada 1-2 horas) e no final de cada sessão de limpeza.

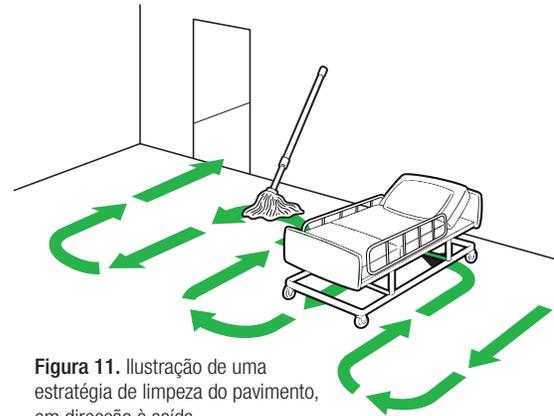


Figura 11. Ilustração de uma estratégia de limpeza do pavimento, em direcção à saída

4.5 Derrames de sangue ou fluidos corporais



Independentemente do nível de risco de uma área, os derrames ou contaminação com sangue ou fluidos corporais (por exemplo, vômito), devem ser limpos e desinfetados imediatamente utilizando um processo de dois passos.

Quadro 12. Frequência, método e processo recomendados para derrames de sangue ou fluidos corporais

Área	Frequência	Método	Processo
Qualquer derrame em qualquer área dos doentes ou não doentes	Imediatamente, assim que possível	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • não utilize produtos detergente-desinfetantes combinados • utilize desinfetante de nível intermédio 	Ver abaixo

Este é o processo geral para a limpeza de derrames de sangue ou fluidos corporais:

1. Utilize EPI apropriado. Consulte o [Quadro 5](#) (página 36).
2. Confine o derrame e limpe-o imediatamente com toalhas, panos ou grânulos absorventes (de papel) (se disponíveis) que sejam espalhados sobre o derrame para solidificar o sangue ou o fluido corporal (todos devem ser eliminados como resíduos infecciosos).
3. Limpe bem, utilizando detergente neutro e solução de água morna.
4. Desinfecte utilizando um desinfectante de nível intermédio aprovado pelas unidades.
 - Habitualmente, os desinfectantes à base de cloro a cloro livre 500-5000 ppm (diluição de 1:100 ou 1:10 de 5% de cloro-lixívia; dependendo do tamanho do derrame) são adequados para desinfectar derrames (no entanto, não utilize desinfectantes à base de cloro em derrames de urina). Consulte o [Anexo E – Preparação de solução desinfectante de cloro](#) (página 94).
 - Tenha cuidado para permitir que o desinfectante permaneça molhado na superfície durante o tempo de contacto necessário (por exemplo, 10 minutos) e, em seguida, lave a área com água limpa para remover os resíduos de desinfectante (se necessário).
5. Envie imediatamente todos os materiais e equipamento reutilizáveis (por exemplo, panos de limpeza, esfregonas) para reprocessamento (por exemplo, limpeza e desinfectação) após o derrame ser limpo.

4.6 Áreas de doentes especializadas

As áreas de doentes especializadas incluem as enfermarias ou unidades que prestam serviços a:

- doentes de alta dependência, (por exemplo, UCI)
- doentes imunocomprometidos (por ex., transplante de medula óssea, quimioterapia)
- doentes submetidos a procedimentos invasivos (por ex., blocos operatórios)
- doentes que são regularmente expostos a sangue ou fluidos corporais (por exemplo, enfermaria de obstetrícia e salas de parto, unidades de queimados)

Preste especial atenção às funções e responsabilidades da limpeza ambiental.



Esta população vulnerável é mais propensa a infecções e a probabilidade de contaminação é elevada, tornando estas áreas de maior risco do que as áreas de doentes gerais.



Salvo indicação em contrário, as superfícies ambientais e os pavimentos nas secções seguintes requerem limpeza e desinfectação com um desinfectante aprovado pelas unidades para todos os procedimentos de limpeza descritos.

4.6.1 Blocos operatórios

Os blocos operatórios são áreas altamente especializadas com uma atmosfera mecanicamente controlada onde são realizados procedimentos cirúrgicos. Estes requerem uma limpeza ambiental em três intervalos distintos ao longo do dia:

- antes do primeiro procedimento
- entre procedimentos
- após o último procedimento (isto é, limpeza final)



Pessoal responsável

Uma vez que os blocos operatórios são áreas altamente especializadas, a equipa clínica do departamento de cirurgia gere normalmente a limpeza ambiental. Os enfermeiros dos blocos operatórios e os seus assistentes por vezes executam tarefas de limpeza juntamente com, ou por vezes em vez de, pessoal geral da limpeza.

O equipamento crítico e semicrítico nos blocos operatórios requer procedimentos de reprocessamento especializados e nunca são da responsabilidade do pessoal de limpeza ambiental. Os processos descritos abaixo dizem respeito apenas à limpeza e desinfecção de superfícies ambientais e superfícies de equipamento não crítico.



Quando estiverem envolvidas várias pessoas, devem ser implementadas responsabilidades de limpeza claramente definidas e delineadas para a limpeza de todas as superfícies ambientais e equipamento não crítico de cuidados aos doentes (estacionário e portátil). A utilização de listas de verificação e PON é altamente recomendada.

Quadro 13. Frequência e processo recomendados para salas de operações

Frequência	Processo
Antes do primeiro procedimento	<p>Inspeccione cuidadosamente os registos e avalie o espaço de funcionamento para garantir que a limpeza final foi concluída na noite anterior.</p> <p>Limpe todas as superfícies horizontais da sala (por exemplo, mobiliário, luzes cirúrgicas, mesa de operações, equipamento imóvel) com um desinfetante para remover qualquer poeira acumulada durante a noite.</p> <ul style="list-style-type: none">• Em circunstâncias normais, não é necessário realizar o passo de limpeza de manhã se a limpeza final tiver sido realizada na noite anterior. Esta limpeza preliminar utiliza apenas um desinfetante para garantir que o espaço é totalmente descontaminado antes do primeiro procedimento. <p>Se não houver confirmação escrita ou limpeza final no dia anterior, faça uma limpeza final completa (ver abaixo).</p> <p>Limpe e desinfete cuidadosamente equipamento portátil de cuidados a doentes que não esteja armazenado no bloco operatório, como reguladores de sucção, carrinho de anestesia, tanques de gás comprimido, máquinas de raios X e batas de chumbo, antes da introdução no bloco operatório.</p>

Quadro 13. Frequência e processos recomendados para blocos operatórios (continuação)

Frequência	Processo
Antes e após cada procedimento	<p>Remova todos os panos de campo usados, resíduos (incluindo recipientes de sucção usados, recipientes para objectos cortantes cheios a 3/4) e baldes para enxaguar, para reprocessamento ou eliminação.</p> <p>Limpar e desinfectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado (por exemplo, interruptores de luz, maçanetas das portas) fora do campo cirúrgico • qualquer sangue ou fluidos corporais visíveis fora do campo cirúrgico (por exemplo, paredes, chão) • todas as superfícies (elevado e contacto reduzido) e o pavimento dentro do campo cirúrgico, incluindo: <ul style="list-style-type: none"> ‣ parte de cima das luzes cirúrgicas ‣ parte reflectora das luzes cirúrgicas ‣ contentores de sucção ‣ braçadeiras e guias de torniquete ‣ carrinho de anestesia ‣ mesa de operações de cima para baixo
Após o procedimento final (ou seja, limpeza final)	<p>Limpar e desinfectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • superfícies horizontais (contacto elevado e reduzido) e equipamento fixo na sala, incluindo suportes/ braços e rodas de qualquer equipamento (por exemplo, carrinhos) • superfícies verticais, como paredes e janelas, conforme necessário para remover sujidade visível • ventilação (condutas) • lavatório, áreas/lavatórios de desinfecção do pessoal • todo o pavimento, incluindo rodapés <ul style="list-style-type: none"> ‣ tenha o cuidado de mover a mesa de operações e qualquer equipamento móvel para se certificar de que chega às áreas do pavimento por baixo <p>Limpe e desinfecte cuidadosamente equipamento portátil de cuidados do doente que não seja armazenado no bloco operatório antes de ser removido do bloco operatório. Os exemplos incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reguladores de sucção • carrinho de anestesia • depósitos de gás comprimido • máquinas de raios X • batas de chumbo
Agendada (por exemplo, semanalmente)	<p>Em simultâneo com a limpeza diária final, limpe e desinfecte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto reduzido que não são limpas todos os dias (a menos que estejam visivelmente sujas), incluindo: <ul style="list-style-type: none"> ‣ tectos ‣ paredes ‣ interior dos armários

Materiais de limpeza ambiental e equipamento para o bloco operatório (BO):

Tenha materiais e equipamento dedicados para o bloco operatório (por exemplo, esfregonas, baldes).

Utilize esfregonas/panos limpos e soluções de limpeza para cada sessão de limpeza, incluindo entre procedimentos.

Utilize panos de limpeza limpos para cada sessão de limpeza, substituindo-os regularmente durante a limpeza e nunca os coloque duas vezes em soluções de limpeza e desinfetante.

4.6.2 Áreas de preparação de medicação

Os departamentos ou áreas onde a medicação é preparada (por exemplo, farmácia ou áreas clínicas) prestam frequentemente serviços a doentes vulneráveis em áreas de alto risco e cuidados críticos, além de outras populações de doentes.



Pessoal responsável

O pessoal que trabalha na área de preparação de medicação pode ser responsável pela limpeza e desinfecções, em vez do pessoal de limpeza ambiental.



Desenvolver PON e listas de verificação detalhadas para cada unidade para identificar funções e responsabilidades para limpeza ambiental nestas áreas.

Quadro 14. Frequência e processo recomendados para áreas de preparação da medicação

Frequência	Processo
Antes e após cada utilização	Bancadas e carrinhos portáteis utilizados para preparar ou transportar medicamentos
Pelo menos uma vez a cada 24 horas	Todas as superfícies de contacto intenso (por exemplo, interruptores de luz, bancadas, lavatórios de lavagem das mãos, portas de armário) e pavimento
Agendada (por exemplo, semanalmente)	Superfícies de contacto reduzido, como o topo das prateleiras, paredes, respiradouros

4.6.3 Departamentos de serviços de esterilização (DSE)

Os departamentos ou áreas onde o equipamento semicrítico e crítico é esterilizado e armazenado (ou seja, serviços esterilizados) prestam frequentemente assistência a doentes vulneráveis em áreas de alto risco e cuidados críticos, além de outras populações de doentes.



Pessoal responsável

Os colaboradores que trabalham na unidade de DSE podem ser responsáveis pela sua limpeza e desinfecção, em vez de colaboradores de limpeza ambiental. Em alternativa, é possível dar formação e atribuir um membro dedicado da equipa de limpeza a esta área



Desenvolver PON e listas de verificação detalhados para cada unidade para identificar funções e responsabilidades para limpeza ambiental nestas áreas

Quadro 15. Frequência e processo recomendados para os departamentos de serviço de esterilização (DSE)

Frequência	Processo
Antes e após cada utilização	Lavatórios utilizados para lavar dispositivos médicos (por exemplo, endoscópios)
Pelo menos duas vezes por dia	Todas as superfícies de contacto intenso (por ex., bancadas, superfícies de equipamento de lavagem, lavatórios de lavagem das mãos) e pavimentos
Agendada (por exemplo, semanalmente)	Superfícies de contacto reduzido, como o topo das prateleiras, paredes, respiradouros

Boas práticas adicionais para os departamentos de serviço de esterilização (DSE)

As unidades de DSE possuem duas áreas distintas, a área “suja” (também denominada área de descontaminação) e a área “limpa”.

- Inicie a limpeza ambiental diária com a área limpa e termine com a área suja.
- Forneça materiais e equipamento de limpeza ambiental separados, incluindo EPI para funcionários de limpeza (por exemplo, luvas de borracha reutilizáveis, batas) para evitar contaminação cruzada entre estas áreas.
- Se os recursos o permitirem, atribua pessoal/equipas de limpeza separadas a cada área. Caso contrário, limpe a diferentes horas do dia, dependendo do fluxo de trabalho.

Encontre mais orientações sobre limpeza ambiental nas unidades de DSE aqui: [Descontaminação e reprocessamento de dispositivos médicos para Unidades de Cuidados de Saúde](https://www.who.int/infection-prevention/publications/decontamination/en/) (https://www.who.int/infection-prevention/publications/decontamination/en/)

4.6.4 Unidades de cuidados intensivos

As unidades de cuidados intensivos (UCI) são áreas de alto risco devido à gravidade da doença e vulnerabilidade dos doentes para desenvolver infecções.

A frequência e o processo são os mesmos para as unidades adultas, pediátricas e neonatais, mas existem considerações específicas para as áreas neonatais. Consulte “Processos/orientações adicionais” no quadro abaixo.

Quadro 16. Frequência e processos recomendados para unidades de cuidados intensivos

Frequência	Processos/orientações adicionais
Duas vezes por dia e quando necessário	Limpe e desinfete superfícies de contacto elevado. Limpe o pavimento com detergente neutro e água. Se uma incubadora neonatal estiver ocupada, limpe e desinfete apenas o exterior; limpe apenas (detergente neutro) no interior. Certifique-se de que os calendários de limpeza detalham o pessoal responsável (por exemplo, pessoal de enfermagem ou de limpeza) pela limpeza ambiental das superfícies do equipamento de cuidados não críticos do doente. Última limpeza do dia: limpar também superfícies de contacto reduzido; ver Limpeza agendada (página 46)
Agendada (por exemplo, semanalmente) e quando visivelmente suja	Substitua os filtros nas incubadoras de acordo com as instruções do fabricante, quando estiverem molhados ou se o recém-nascido estiver sob precauções de contacto (durante a limpeza final).
Após transferência ou alta do doente (ou seja, limpeza final)	Consulte Limpeza final ou após alta de enfermarias de internamento (página 45). Preste especial atenção à limpeza final das incubadoras. Preste especial atenção para garantir o reprocessamento de equipamento não crítico de cuidados dos doentes.

Materiais e equipamento de limpeza ambiental para a UCI

Forneça materiais e equipamento dedicados à UCI (por exemplo, esfregonas, balde) que não sejam utilizados em nenhum outro lugar.

Utilize esfregonas/panos para chão limpos e soluções de limpeza para cada sessão de limpeza.

Utilize panos de limpeza limpos para superfícies para cada sessão de limpeza (pelo menos duas por dia), substituindo-os regularmente durante a limpeza e nunca os utilize duas vezes em soluções de limpeza e desinfetante.

4.6.5 Departamentos de emergência

Os departamentos de emergência são áreas de risco moderado a elevado devido à ampla variabilidade na condição dos doentes e admissões, que podem:

- aumentar a probabilidade de contaminação do ambiente por agentes infecciosos ou sangue e fluidos corporais
- tornam-nos mais susceptíveis a infecções (por exemplo, doentes com traumatismo)



Pessoal responsável

Uma vez que os departamentos de emergência são áreas especializadas e de elevada capacidade, a equipa clínico (por exemplo, enfermeiros) pode desempenhar um papel activo na realização de limpeza ambiental, especialmente em áreas de exame e procedimentos.



Desenvolver PON detalhados, incluindo listas de verificação para cada unidade para identificar funções e responsabilidades para limpeza ambiental nestas áreas.

Quadro 17. Frequência e processos recomendados para emergências

Área	Frequência	Processo
Espera/admissão	Pelo menos uma vez por dia (por exemplo, por período de 24 horas)	Superfícies e pavimentos de contacto elevado e contacto reduzido
Consulta/exame (acuidade baixa)	Após cada evento/caso e pelo menos duas vezes por dia, e conforme necessário	Superfícies de contacto elevado Fim do dia: pavimento inteiro e superfícies de contacto reduzido
Procedimento (trauma, cuidados críticos)	Antes e depois (ou seja, entre*) de cada procedimento	Superfícies de contacto elevado, mesa de procedimentos e pavimento, dentro da zona dos doentes
Procedimento (trauma, cuidados críticos)	Fim do dia (limpeza final)	Todas as superfícies e todo o pavimento Lavatórios de lavagem das mãos (limpar (esfregar) cuidadosamente e desinfectar) Áreas de resíduos hospitalares/lavatórios ou áreas de desinfecção dos profissionais
Todos	Agendada (por exemplo, semanalmente, mensalmente) e quando visivelmente suja	Consulte Limpeza agendada (página 46)

*Se houver um tempo prolongado entre procedimentos ou condições locais que criam risco de geração/dispersão de poeiras, volte a limpar as superfícies com solução desinfetante imediatamente antes do procedimento subsequente.

4.6.6 Enfermarias de obstetrícia e salas de parto

As enfermarias de obstetrícia e salas de parto são frequentemente contaminadas e os doentes são vulneráveis a infecções.



Pessoal responsável

Uma vez que as enfermarias de obstetrícia e salas de parto são muitas vezes áreas de elevado rendimento, a equipa clínica (por exemplo, enfermeiros) pode desempenhar um papel activo na realização de limpeza ambiental, particularmente entre procedimentos.



Desenvolver PON detalhados, incluindo listas de verificação, para cada unidade com o objectivo de identificar funções e responsabilidades para limpeza ambiental nestas áreas.

Quadro 18. Frequência e processos recomendados para enfermarias de obstetrícia e salas de parto

Frequência	Processo
Antes e depois (ou seja, entre) de cada procedimento e pelo menos diariamente	Remova roupa de cama suja e recipientes de resíduos para eliminação/reprocessamento; consulte o Anexo D – Gestão de roupa de cama e lavanderia (página 92). Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none">• superfícies e pavimentos de contacto elevado com foco na zona dos doentes• qualquer superfície (por exemplo, paredes) visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais
Após o último parto (limpeza final)	Como acima <ul style="list-style-type: none">• Limpe e desinfecte outras superfícies de contacto elevado (por exemplo, interruptores de luz, maçanetas) fora da zona dos doentes e superfícies de contacto reduzido• Limpar (esfregar) e desinfectar os lavatórios de lavagem das mãos• Limpar e desinfectar todo o pavimento (mover a cama do doente e outros equipamentos portáteis)
Agendada (por exemplo, semanalmente, mensalmente)	Consulte Limpeza agendada (página 46)

4.6.7 Outras áreas especializadas

As áreas nesta secção são de maior risco devido a:

- alta probabilidade de contaminação
- elevado grau de vulnerabilidade do doente a infecções



Pessoal responsável

O pessoal de enfermagem e limpeza pode ser responsável pela limpeza de determinadas áreas/itens nestas áreas, portanto, tem de haver responsabilidades de limpeza claramente definidas para todas as superfícies e equipamento (estacionário e portátil).

Desenvolver PON detalhados, incluindo listas de verificação, para cada unidade com o objectivo de identificar funções e responsabilidades para limpeza ambiental nestas áreas.



As unidades de hemodiálise incluem as estações de diálise (cadeira ou cama, mesa e aparelho de diálise) para o tratamento de diálise.

Quadro 19. Frequência e processos recomendados para unidades de hemodiálise

Frequência	Processo
Antes e depois (ou seja, entre) cada doente	<p>Remova os itens/resíduos descartáveis de cuidados dos doente e reprocesso equipamento não crítico de cuidados dos doentes reutilizável; consulte “Equipamento Partilhado” em Equipamento não crítico de cuidados do doente (página 61).</p> <p>Limpar e desinfetar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • todas as superfícies da estação/área de diálise (por ex., cama/cadeira, bancadas, superfícies externas da máquina) e pavimentos na zona do doente • qualquer superfície (por exemplo, paredes) visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais
Após o último doente (limpeza final)	<p>Como acima</p> <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado (por exemplo, interruptores de luz, maçanetas de portas, lavatórios de lavagem das mãos) • todo o pavimento (mover a mesa de procedimentos e outro equipamento portátil)
Agendada (por exemplo, semanalmente, mensalmente)	<p>Superfícies de contacto reduzido; consulte Limpeza agendada (página 46).</p>

As unidades de queimados alojam doentes com queimaduras significativas.

Quadro 20. Frequência e processos recomendados para unidades de queimados

Frequência	Processo
Antes e depois (ou seja, entre) de cada procedimento e duas vezes por dia e conforme necessário	<p>Remova roupa de cama suja e recipientes de resíduos para eliminação/reprocessamento; consulte o Anexo D – Gestão de roupa de cama e lavanderia (página 92).</p> <p>Limpar e desinfetar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • superfícies e pavimentos de contacto elevado com foco na zona dos doentes • qualquer superfície (por exemplo, paredes) visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais <p>Última limpeza do dia: limpe e desinfete todo o pavimento e superfícies de contacto reduzido</p>
Agendada	<p>Consulte Limpeza agendada (página 46)</p>

As unidades especiais de isolamento alojam doentes altamente imunocomprometidos com condições específicas de depleção dos glóbulos brancos (por exemplo, transplante de medula óssea, leucemia).

Quadro 21. Frequência e processos recomendados para unidades de isolamento especiais

Frequência	Processo
Diariamente, antes de limpar qualquer outra área de cuidados dos doentes (ou seja, primeira sessão de limpeza do dia)	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado e contacto reduzido • qualquer superfície (por exemplo, paredes) visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais Limpe o pavimento com detergente neutro e água
Agendada (por exemplo, semanalmente, mensalmente)	Consulte Limpeza agendada (página 46)
Limpeza final	Consulte Limpeza final ou após a alta de enfermarias de internamento (página 45)

Enfermarias pediátricas (excluindo unidades de cuidados intensivos pediátricos)

Quadro 22. Frequência e processos recomendados para enfermarias pediátricas

Área	Frequência	Processo
Enfermarias pediátricas em ambulatório (área de espera/admissão)	Pelo menos diariamente e conforme necessário (por exemplo, visivelmente suja, derrames de sangue/fluidos corporais)	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies e pavimentos de contacto elevado e contacto reduzido
Enfermarias pediátricas em ambulatório (área de consulta/exame)	Após cada evento/caso e pelo menos duas vezes por dia e conforme necessário	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado • última limpeza do dia: todo o pavimento e superfícies de contacto reduzido
Enfermarias pediátricas em ambulatório (salas pequenas de cirurgia/procedimento)	Antes e depois (ou seja, entre) cada procedimento	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado e pavimentos na zona dos doentes/mesa de procedimentos; qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais • última limpeza do dia: outras superfícies de contacto elevado e superfícies de contacto reduzido, lavatórios de lavagem das mãos e áreas de desinfecção dos profissionais/resíduos hospitalares e todo o pavimento
Enfermarias pediátricas em internamento	Igual às enfermarias de internamento de adultos	Igual às enfermarias de internamento para adultos; consulte Limpeza de rotina de enfermarias de internamento (página 45) e Limpeza final ou de alta de enfermarias de internamento (página 46)
Todas as enfermarias pediátricas	Agendada	Consulte Limpeza agendada (página 46)
Todas as enfermarias pediátricas	Após cada utilização e pelo menos diariamente	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • brinquedos; para brinquedos que possam ser colocados na boca de um bebé ou criança, certifique-se de que são limpos, desinfetados e enxaguados cuidadosamente após cada utilização

Quadro 23. Frequência e processos recomendados para salas de procedimentos gerais

Frequência	Processo
Antes e depois (ou seja, entre) cada doente	Remova o equipamento descartável de cuidados do doente e reprocesse equipamento não crítico de cuidados dos doentes reutilizável; consulte “Equipamento partilhado” em Equipamento não crítico de cuidados do doente (página 61). Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none">• superfícies de contacto elevado (por exemplo, mesa/estação de procedimentos, bancadas, superfícies externas de equipamento fixo) e pavimentos com foco na zona dos doentes, qualquer superfície que esteja visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais
Após o último doente (limpeza final)	Como acima Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none">• superfícies de contacto elevado (por exemplo, interruptores de luz, maçanetas de portas, lavatórios de lavagem das mãos)• todo o pavimento (mover a mesa de procedimentos e outro equipamento portátil)• superfícies de contacto reduzido
Agendada (por exemplo, semanalmente, mensalmente)	Consulte Limpeza agendada (página 46).

4.6.8 Enfermarias de precaução baseada na transmissão/de isolamento

O isolamento ou áreas coortes com casos suspeitos ou confirmados de infeções que exijam precauções com base na transmissão são consideradas áreas de alto risco, particularmente para:

- agentes patogénicos ambientalmente resistentes (por exemplo, resistentes a desinfetantes)
- agentes patogénicos multirresistentes que são altamente transmissíveis e/ou estão associados a elevada morbidade e mortalidade

Os três tipos de precauções com base na transmissão são:

- transmissão pelo ar
- contacto
- gotícula



É necessário um EPI específico da transmissão para todas as sessões de limpeza em áreas sob precauções com base na transmissão, de acordo com a política local ou o [Quadro 5](#) (página 36).

O EPI deve ser sempre colocado e removido seguindo as indicações publicadas/recomendadas segundo a PCI.

Uma lista completa de agentes patogénicos/infecções que exigem estas precauções está incluída nas [Directrizes para Precauções de Isolamento](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html) [Guideline for Isolation Precautions] do CDC (<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>).

Estas são as boas práticas para a limpeza ambiental em áreas de precaução com base na transmissão:

- Limpe estas áreas após as áreas não isoladas.
- Mude os materiais e equipamentos de limpeza ambiental, incluindo PPE, directamente após a limpeza destas áreas.
 - Se os recursos o permitirem, tenha materiais e equipamento exclusivos para estas áreas
- Afixe o tipo de precaução e os procedimentos necessários, incluindo o EPI necessário, na sinalização visível fora da área de isolamento, garantindo que estas indicações são compreendidas pelo pessoal de limpeza.
- Não traga carrinhos de limpeza para a área – mantenha-os à porta e apenas o equipamento e traga apenas os materiais necessários para o processo de limpeza.

Quadro 24. Frequência e processos recomendados para precauções de transmissão pelo ar

Frequência	Processo
Pelo menos uma vez por dia (por exemplo, por período de 24 horas)	Consulte Limpeza de rotina de enfermarias de internamento (página 45) (apenas limpeza necessária) O gestor da unidade ou o líder do turno deve coordenar o agendamento Tenha o cuidado de manter a porta fechada durante o processo de limpeza (requisitos de ventilação)
Após transferência do doente ou alta hospitalar (limpeza final)	Consulte Limpeza final ou após a alta de enfermarias de internamento (página 45) • remover cortinas de privacidade e de janelas para lavagem O gestor da unidade ou o líder do turno deve coordenar o agendamento Tenha o cuidado de manter a porta fechada durante o processo de limpeza (requisitos de ventilação)

Quadro 25. Frequência e processos recomendados para precauções por contacto e gotículas

Frequência	Processo
Pelo menos duas vezes por dia e conforme necessário	Superfícies e pavimento de contacto elevado Qualquer superfície (por exemplo, paredes) visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais Consulte Limpeza para <i>C. difficile</i> (formação de esporos) (abaixo) Última limpeza do dia: limpar e desinfetar superfícies de contacto reduzido
Após transferência do doente ou alta hospitalar (limpeza final)	Consulte Limpeza final ou após a alta de enfermarias de internamento (página 45) • remover cortinas de privacidade e de janelas para lavagem

Limpeza para *C. difficile* (formação de esporos):

Processo de duas etapas necessário:

1. Processo de limpeza mecânica rigoroso (por exemplo, utilizando fricção)
2. Desinfectante com propriedades esporicidas, por exemplo:
 - solução de hipoclorito de sódio (por exemplo, 1000 ppm ou 5000 ppm Consulte o [Anexo E – Preparação de solução desinfectante de cloro](#) (página 94).
 - peróxido de hidrogénio a 4,5% melhorado



Limpeza para enterobactérias, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a carbapenemos (CRE-CRAB-CRPsA):

Estes organismos pertencem a um grupo de bactérias gram-negativas resistentes a carbapenemos, com preocupações nacionais e internacionais, devido ao seu envolvimento como causa emergente de infeções associadas aos cuidados de saúde graves. Em 2017, a Organização Mundial de Saúde publicou as primeiras directrizes globais para a prevenção e controlo de CRE-CRAB-CRPsA em Unidades de Cuidados de Saúde, que incluem a limpeza e desinfeção ambientais como recomendação-chave. Este guia de implementação discute os elementos-chave da limpeza ambiental necessária para a prevenção e controlo destes organismos: [OMS 2019: Implementation manual to prevent and control the spread of carbapenem-resistant organisms at the national and health care facility level \[PDF – 98 páginas\]](#)

(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312226/WHO-UHC-SDS-2019.6-eng.pdf>)



Agentes patogénicos altamente infecciosos com potencial epidémico, tais como aqueles que causam febres hemorrágicas virais (por exemplo, Ébola):

Podem existir procedimentos de limpeza específicos para áreas de isolamento de agentes patogénicos altamente infecciosos. Os programas de formação autónomos e a adesão rigoroso ao EPI exigido são essenciais para a realização de uma limpeza ambiental eficaz nestas situações.

Encontre mais informações sobre o desenvolvimento de protocolos específicos do contexto:

[OMS: Prevenção de infeções e orientação de controlo para cuidados de doentes em contextos de cuidados de saúde, com foco no Ébola \(Infection prevention and control guidance for care of patients in health-care settings, with focus on Ebola\)](#) (https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/filovirus_infection_control/en/)

[OMS | Doença do vírus do ébola: Principais perguntas e respostas sobre água, saneamento e higiene \(Key questions and answers concerning water, sanitation and hygiene\)](#) (<https://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/water-sanitation-hygiene/en/>)

4.7 Equipamento não crítico de cuidados dos doentes

O equipamento portátil ou estacionário de cuidados não críticos dos doentes inclui suportes de IV, cadeiras para sanita, 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 IV)
- partilhados frequentemente entre doentes

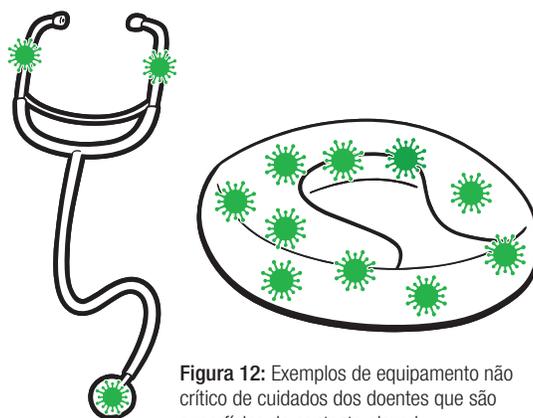


Figura 12: Exemplos de equipamento não crítico de cuidados dos doentes que são superfícies de contacto elevado



Nota: o equipamento crítico e semicrítico requer procedimentos de reprocessamento especializados e nunca é da responsabilidade do pessoal de limpeza ambiental.



Pessoal responsável

A responsabilidade pela limpeza de equipamento não crítico de cuidados dos doentes pode ser dividida entre a limpeza e a equipa clínica, por isso, é uma boa prática definir e delinear claramente as responsabilidades de limpeza para todo o equipamento (estacionário e portátil).



Desenvolva um gráfico ou calendário de limpeza que delinieie o método, a frequência e o pessoal responsável pela limpeza de cada peça do equipamento nas áreas de cuidados dos doentes e tenha o cuidado de garantir que tanto a equipa de limpeza como a equipa clínica (por exemplo, enfermeiros) são informados destes procedimentos para que os itens não sejam ignorados.

Estas são as boas práticas para a selecção e cuidados do equipamento não crítico de cuidados dos doentes:

- Limpe todo o equipamento utilizando os métodos e produtos disponíveis nas unidades.
- Todo o equipamento deve incluir instruções escritas detalhadas para limpeza e desinfectação do fabricante, incluindo instruções pictóricas se for necessária a desmontagem.
- Dê formação ao pessoal responsável pela limpeza do equipamento sobre os procedimentos antes de o equipamento ser colocado em utilização.
- Nas áreas de cuidados dos doentes, não adquira, instale ou utilize equipamento que não possa ser limpo e desinfectado, a menos que possa estar equipado com coberturas de plástico (ou outro material).
- Se as coberturas de plástico estiverem a proteger equipamento difícil de limpar, limpe estes itens com a mesma frequência, inspecione as coberturas para verificar se estão danificadas regularmente e repare-as ou substitua-as conforme necessário.

Quadro 26. Selecção e cuidados recomendados de equipamento não crítico de cuidados dos doentes

Tipo de equipamento	Frequência	Método	Orientação adicional
Partilhado (por exemplo, enfermarias gerais de internamento)	Antes e após cada utilização	Limpar e desinfectar	<p>Selecione um desinfectante compatível; consulte Considerações de compatibilidade do material (página 63).</p> <p>Limpe e desinfecte itens muito sujos (por exemplo, arrastadeiras) fora da área de cuidados dos doentes em Salas de resíduos hospitalares exclusivas (página 63).</p> <p>Desinfecte as arrastadeiras com um aparelho de lavagem/desinfectação ou água a ferver em vez de um processo de desinfectação química.</p>
Exclusivas (por exemplo, precauções com base na transmissão, enfermarias de isolamento)	De acordo com a frequência da área de cuidados do doente (ao mesmo tempo que a limpeza de rotina)	Método com base no nível de risco da área de cuidados dos doentes	<p>Selecione um desinfectante compatível; consulte Considerações de compatibilidade do material (página 63).</p> <p>Limpe e desinfecte itens muito sujos (por exemplo, arrastadeiras) fora da área de cuidados dos doentes em Salas de resíduos hospitalares exclusivas (página 63).</p> <p>Desinfecte as arrastadeiras com um aparelho de lavagem/desinfectação ou em água a ferver em vez de um processo de desinfectação química</p>
Todos	Após transferência ou alta do doente (ou seja, limpeza final)	Limpar e desinfectar	Realize a limpeza final de todo o equipamento não crítico de cuidados dos doentes em Salas de resíduos hospitalares (página 63).

4.7.1 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 comuns:

Quadro 27. Limpeza de material recomendada e considerações de compatibilidade de desinfetantes

Desinfetante	Considerações sobre compatibilidade do material	Boas práticas para 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 1000 ppm 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	<ul style="list-style-type: none">• Bom para desinfetar equipamento ou dispositivos pequenos que possam ser imersos (por exemplo, estetoscópios, termómetros)

4.7.2 Salas de resíduos hospitalares

Cada área de cuidados principais do doente deve estar equipada com uma sala de resíduos hospitalares designadas para reprocessar equipamento não crítico de cuidados do doente sujo (por exemplo, cadeiras para sanita, arrastadeiras). Em alternativa, podem existir armazéns centrais onde estes procedimentos são realizados.

As salas de resíduos hospitalares devem estar o mais próximo possível das áreas de cuidados dos doentes que servem e devem ter um fluxo de trabalho organizado de material sujo para limpo.

A área de material sujo (utilizada para o equipamento de **reprocessamento**) deve ser adequadamente dimensionada e ter:

- uma porta que é sempre mantida fechada e que, idealmente, funciona sem utilizar as mãos
- um balcão de trabalho e um lava-loiças de resíduos/serviço com uma torneira com água quente e fria
- um lavatório exclusivo para lavar as mãos
- espaço para máquinas de lavar/aparelhos de desinfecção (se os recursos o permitirem)
- EPI disponível para proteger o pessoal durante os procedimentos de limpeza e desinfecção

A área limpa (utilizada para armazenar equipamento reprocessado) deve:

- ser distintamente separada (por fluxo de trabalho) das áreas com materiais sujos para evitar confusão relativamente ao estado do reprocessamento
- ter prateleiras lisas, não porosas e fáceis de limpar
- estar protegidos de água, sujidade e pó
- estar o mais próximo possível das áreas dos doentes e facilmente disponível para a equipa

Quadro 28. Frequência, método e processo recomendados para salas de resíduos hospitalares

Tipo de equipamento	Frequência	Método	Orientação adicional
Áreas com equipamento sujo	Pelo menos uma vez por dia (por exemplo, por período de 24 horas)	Limpar e desinfectar	Superfícies de contacto elevado e frequentemente contaminadas, incluindo bancadas de trabalho e lavatórios, e pavimento (os pavimentos apenas requerem limpeza)
Limpar área	Pelo menos uma vez por dia (por exemplo, por período de 24 horas)	Limpeza	Superfícies horizontais e pavimento O equipamento limpo deve ser coberto ou removido durante o processo de limpeza
Ambos	Agendada (por exemplo, semanalmente) e quando visivelmente suja	Limpeza	Superfícies de contacto reduzido (por exemplo, respiradouros, topo de armários)

4.8 Métodos para avaliação da limpeza e higienização

A boa prática é realizar avaliações padronizadas de rotina da limpeza ambiental (ou seja, práticas, nível de limpeza) para:

- garantir que os procedimentos de limpeza ambiental estão a ser realizados de acordo com as boas práticas e a política da unidade
- utilizar os resultados para informar a melhoria do programa (por exemplo, formação, atribuição de recursos)

Esta secção inclui uma visão geral dos métodos disponíveis, bem como as suas vantagens e desvantagens. As boas práticas para desenvolver um sistema de monitorização de rotina, auditoria e feedback na implementação de programas de limpeza ambiental são abrangidas em [Elementos de monitorização, feedback e auditoria](#) (página 23).

Os métodos para avaliar as práticas de limpeza incluem ([Quadro 29](#) abaixo):

- observações de desempenho directo
- avaliação visual
- marcadores fluorescentes

Os métodos para avaliar o nível de limpeza incluem ([Quadro 30](#) abaixo):

- medição da carga biológica residual (ou seja, ATP)
- fazer uma cultura bacteriológica da superfície utilizando um esfregaço ou método de placa de ágar de contacto

Quadro 29. Vantagens e desvantagens dos métodos de monitorização para avaliar a prática de limpeza: adesão aos procedimentos de limpeza

Método	Vantagens	Desvantagens
<p>Observações de desempenho: os observadores (por exemplo, supervisores de limpeza) utilizam observações estruturadas realizadas de forma padronizada utilizando listas de verificação que são específicas de áreas de cuidados individuais do doente. O objectivo é classificar a eficácia da equipa de limpeza e a adesão ao PON (como identificar o número de passos correctamente realizados).</p>	<p>Pode ser utilizado para grandes áreas (unidades, enfermarias)</p> <p>Fácil de implementar</p> <p>Possibilita a avaliação comparativa</p> <p>Simple e pouco dispendioso</p> <p>Permite feedback imediato e directo ao pessoal individual</p> <p>Incentiva o envolvimento e contributo do pessoal de limpeza</p> <p>Identifica lacunas na formação do pessoal/melhorias na ajuda ao trabalho</p>	<p>Subjectivo – dificuldade em padronizar a metodologia e a avaliação entre observadores</p> <p>Trabalhoso</p> <p>Resultados afectados por enviesamento de Hawthorne (ou seja, mais de uma avaliação do conhecimento do que uma prática real)</p> <p>Não avalia nem se correlaciona com a carga biológica</p>
<p>Avaliação visual da limpeza: após uma área ter sido limpa, os observadores verificam a limpeza dos itens. Por exemplo, com uma mão com luva, limpe as superfícies para verificar se existe pó.</p>	<p>Pode ser aplicado a toda a unidade ou a unidades/enfermarias específicas</p> <p>Fácil de implementar</p> <p>Possibilita a avaliação comparativa</p> <p>Pouco dispendioso</p> <p>Permite feedback imediato e directo ao pessoal individual</p>	<p>Pode haver atraso no feedback dependendo do método utilizado para compilar resultados</p> <p>Subjectivo — com base em determinações individuais dos níveis de pó/detrítos</p> <p>Não avalia nem se correlaciona com a carga biológica</p>
<p>Marcadores fluorescentes (por exemplo, UV visível): um agente de rastreio (por exemplo, material fluorescente, marcador químico) marca os itens e superfícies pré-determinados antes da limpeza. Após a limpeza, um observador com formação utiliza um agente de deteção (por exemplo, luz ultravioleta, detector enzimático) para determinar se resta algum agente de rastreio. O observador conta os itens que ainda mostram o agente de rastreio e dá uma pontuação com base em quantos foram limpos de forma completa, parcial ou não foram limpos.</p>	<p>Rápido</p> <p>Fornecer feedback imediato sobre o desempenho</p> <p>Formação mínima necessária para realizar</p> <p>Objectivo</p> <p>Possibilita a avaliação comparativa</p> <p>Relativamente pouco dispendioso</p>	<p>Não avalia nem se correlaciona com a carga biológica</p> <p>Trabalhoso, pois as superfícies devem ser marcadas antes da limpeza e verificadas após a limpeza ter sido concluída</p> <p>Algumas dificuldades documentadas em termos de remoção de marcadores em superfícies porosas ou ásperas (por exemplo, correias de tela)</p> <p>Intensivo em termos de tempo</p> <p>Necessidade de variar a frequência e os objectos para evitar que o sistema de monitorização se torne conhecido</p>

Quadro 30. Vantagens e desvantagens dos métodos de monitorização para avaliar a limpeza: Eficácia dos procedimentos de limpeza

Método	Vantagens	Desvantagens
<p>Bioluminescência de ATP: a detecção de ATP indica que material orgânico (microbiano ou biológico) está presente num objecto ou superfície. Os objectos são testados antes e depois da limpeza para determinar a eficácia de um procedimento de limpeza. Pode ser gerada uma pontuação numérica com base na proporção de superfícies/objectos marcados que estavam abaixo do limiar predeterminado.</p>	<p>Rápido</p> <p>Fornece feedback imediato</p> <p>Formação mínima necessária para realizar</p> <p>Objectivo</p>	<p>Dispendioso</p> <p>Baixa sensibilidade e especificidade</p> <p>Não tem um limite ou referência padronizado para determinar o nível ou estado de limpeza (ou seja, níveis ATL “seguros” pós-limpeza) para superfícies específicas ou áreas de cuidados dos doentes</p> <p>Valores de referência variáveis</p> <p>Tecnologia em constante mudança</p> <p>Interferência de produtos de limpeza, materiais e, em alguns casos, superfícies, que podem reduzir ou aumentar os níveis de ATP (por exemplo, lixívia, microfibras, aço inoxidável)</p>
<p>Culturas ambientais: a única medição directa de níveis de contaminação microbiana após a limpeza. Neste processo, são colhidas culturas (por zaragatoa ou utilização de RODAC ou placas de ágar de contacto) depois de um item ser limpo. A formação de esfregaços pode indicar a presença de uma bactéria específica numa superfície. As placas de ágar de contacto podem mostrar o nível de contaminação bacteriana numa área de uma superfície grande e plana.</p>	<p>Alta sensibilidade e especificidade</p> <p>Fornece indicação directa da presença de agentes patogénicos específicos (culturas de zaragatoa directas)</p> <p>Pode ser útil para identificar a origem de surtos e/ou reservatórios ambientais</p> <p>Objectivo</p>	<p>Não recomendado para utilização de rotina</p> <p>Dispendioso</p> <p>Tempo prolongado para resultados (48 h)</p> <p>Requer acesso a recursos laboratoriais e pessoal formado para interpretar resultados</p> <p>Falta de limite ou referência definido para determinar o nível ou estado de limpeza (por exemplo, unidades formadoras de colónias por área de superfície)</p>

5. Conclusão e caminho a seguir

A importância da limpeza ambiental como uma intervenção fundamental de PCI não pode ser sobrestimada. A contaminação ambiental desempenha um papel na transmissão de IACS, que são um fardo significativo globalmente e afectam desproporcionalmente aqueles em ambientes de recursos limitados.

As boas práticas contidas neste documento fornecem o enquadramento para a implementação de programas e procedimentos de limpeza ambiental eficazes em Unidades de Cuidados de Saúde em ambientes de recursos limitados. Embora estejam estruturadas de modo a serem mais relevantes para configurações limitadas por recursos, implementando todas as boas práticas para a limpeza de materiais e equipamento, procedimentos de limpeza e, mais importante, para programas de limpeza, irá exigir um compromisso forte e sustentado, incluindo tempo e recursos dedicados do pessoal. Um forte apoio de liderança para a limpeza ambiental e o reconhecimento do importante papel que desempenha na PCI é um pré-requisito crítico para implementar estas boas práticas.

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

Um conjunto de ferramentas para orientar a implementação destas boas práticas está actualmente em desenvolvimento. Irá utilizar a abordagem por etapas que os programas de melhoria do PCI utilizam extensivamente. Também abordará a necessidade de priorizar acções que visam o risco de transmissão mais elevado com base na contaminação ambiental e na vulnerabilidade dos doentes, bem como os elementos basilares do programa que são necessários em primeiro lugar para construir um programa de limpeza ambiental eficaz e robusto ao longo do tempo.

Leitura adicional

Boas práticas a partir de ambientes de recursos elevados

1. Comité Consultivo para Práticas de Controlo de Infecções em Cuidados de Saúde (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, HICPAC). [Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities](https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html). 2003. Disponível em: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
2. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Provincial Infectious Diseases Advisory Committee (Agência de Ontário para Protecção e Promoção da Saúde, Comité Consultor de Doenças Infecciosas). [Best practices for environmental cleaning for prevention and control of infections in all health care settings](https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning.pdf). 3rd ed. [PDF – 250 páginas]. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2018. Disponível em: https://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Best_Practices_Environmental_Cleaning.pdf
3. Rede Provincial de Controlo de Infecções da Colômbia Britânica (Provincial Infection Control Network of British Columbia, PICNet). [British Columbia Best Practices for Environmental Cleaning for Prevention and Control of Infection in All Healthcare Settings and Programs](https://www.picnet.ca/wp-content/uploads/British-Columbia-Best-Practices-for-Environmental-Cleaning-for-Prevention-and-Control-of-Infections-in-All-Healthcare-Settings-and-Programs.pdf) [PDF – 158 páginas]. 2016. Disponível em: <https://www.picnet.ca/wp-content/uploads/British-Columbia-Best-Practices-for-Environmental-Cleaning-for-Prevention-and-Control-of-Infections-in-All-Healthcare-Settings-and-Programs.pdf>
4. National Patient Safety Agency (England and Wales) (Agência Nacional de Segurança do Doente) (Inglaterra e País de Gales) – [The revised health care cleaning manual](https://www.hygiena.com/fr/doc_download/166-the-revised-healthcare-cleaning-manual) 2009. Disponível em: https://www.hygiena.com/fr/doc_download/166-the-revised-healthcare-cleaning-manual
5. Governo do Sul da Austrália. [Cleaning Standards for Healthcare Facilities](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/cleaning+standard+for+south+australian+healthcare+facilities). 2017. Disponível em: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/cleaning+standard+for+south+australian+healthcare+facilities>

Targeted training package for cleaning staff, generated for resource-limited settings

6. Soapbox Collaborative, Reino Unido. [TEACH CLEAN](https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/march-centre/soapbox-collaborative/teach-clean). 2019. Disponível em: <https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/march-centre/soapbox-collaborative/teach-clean>

Referências

1. Allegranzi B, Begheri Nejad S, Combescure C, Graafmans W, Attar H, Donaldson L, Pittet D. 2011. *Burden of endemic health-care-associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis*. The Lancet; 377:9761.
2. Weber DJ, Rutala WA, Miller MB, et al. 2010. *Role of hospital surfaces in the transmission of emerging healthcare-associated pathogens: norovirus, Clostridium difficile, and Acinetobacter species*. Am J Infect Control 38:S25–S33.
3. Otter JA, Yezli S, Salkeld J, French G. 2013. *Evidence that contaminated surfaces contribute to the transmission of hospital pathogens and an overview of strategies to address contaminated surfaces in hospital settings*. American Journal of Infection Control; 41: S6-S11.
4. Huang SS, Datta R, Platt R. 2006. *Risk of acquiring antibiotic-resistant bacteria from prior room occupants*. Archs Intern Med; 166:1945-1951.
5. Drees M, Snyderman DR, Schmid CH, et al. 2008. *Prior environmental contamination increases the risk of acquisition of vancomycin-resistant enterococci*. Clin Infect Dis; 46:678-685.
6. Nseir S, Blazejewski C, Lubret R, Wallet F, Courcol R, Durocher A. 2011. *Risk of acquiring multidrug-resistant Gram-negative bacilli from prior room occupants in the intensive care unit*. Clin Microbiol Infect; 17:1201-1208.
7. Datta R, Platt R, Yokoe DS, Huang SS. 2011. *Environmental cleaning intervention and risk of acquiring multidrug-resistant organisms from prior room occupants*. Archs Intern Med; 171:491-494.
8. Shaughnessy MK, Micielli RL, DePestel DD, et al. 2011. *Evaluation of hospital room assignment and acquisition of Clostridium difficile infection*. Infect Control Hosp Epidemiol; 32:201-206.
9. Ajao AO, Johnson K, Harris AD, et al. 2013. *Risk of acquiring extended spectrum b-lactamase-producing Klebsiella species and Escherichia coli from prior room occupants in the intensive care unit*. Infect Control Hosp Epidemiol; 34:453-458.
10. Mitchell BG, Digney W, Ferguson JK. 2014. *Prior room occupancy increases risk of methicillin-resistant Staphylococcus aureus acquisition*. Healthcare Infect; 19:135-140.
11. Kramer A, Schwebke I, Kampf G. 2006. *How long do nosocomial pathogens persist on inanimate surfaces? A systematic review*. BMC Infect Dis; 6:130.
12. Dancer SJ. 2014. *Controlling hospital-acquired infection: focus on the role of the environment and new technologies for decontamination*. Clin Microbiol Rev; 27:665-690.
13. Falk PS, Winnike J, Woodmansee C, Desai M, Mayhall CG. 2000. *Outbreak of vancomycin-resistant enterococci in a burn unit*. Infect Control Hosp Epidemiol 21:575-82.
14. Rampling A, Wiseman S, Davis L, Hyett AP, Walbridge AN, Payne GC, et al. 2001. *Evidence that hospital hygiene is important in the control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus*. J Hosp Infect 49:109-16.
15. Wilcox M., Fawley W., Wigglesworth N., Parnell P., Verity P., Freeman J. (2003) *Comparison of the effect of detergent versus hypochlorite cleaning on environmental contamination and incidence of Clostridium difficile infection*. J Hosp Infect 54: 109–114.
16. Denton M, Wilcox MH, Parnell P, Green D, Keer V, Hawkey PM, et al. 2004. *Role of environmental cleaning in controlling an outbreak of Acinetobacter baumannii on a neurosurgical intensive care unit*. J Hosp Infect 56:106-10.
17. Hayden MK, Bonten MJ, Blom DW, Lyle EA, van de Vijver DA, Weinstein RA. 2006. *Reduction in acquisition of vancomycin-resistant enterococcus after enforcement of routine environmental cleaning measures*. Clin Infect Dis 42:1552-60.

18. McMullen K., Zack J., Coopersmith C., Kollef M., Dubberke E., Warren D. (2007) *Use of hypochlorite solution to decrease rates of Clostridium difficile-associated diarrhea*. Infect Control Hosp Epidemiol 28: 205–207.
19. Dancer SJ, White LF, Lamb J, Girvan EK, Robertson C. 2009. Measuring the effect of enhanced cleaning in a UK hospital: a prospective cross-over study. BMC Med 7:28.
20. Wilson AP, Smyth D, Moore G, Singleton J, Jackson R, Gant V, et al. 2011. *The impact of enhanced cleaning within the intensive care unit on contamination of the near-patient environment with hospital pathogens: a randomized crossover study in critical care units in two hospitals*. Crit Care Med 39:651-8.
21. Grabsch EA, Mahony AA, Cameron DR, Martin RD, Heland M, Davey P, et al. 2012. *Significant reduction in vancomycin-resistant Enterococcus colonization and bacteraemia after introduction of a bleach-based cleaning-disinfection programme*. J Hosp Infect 82:234-42.
22. Mitchell BG, Hall L, White N, Barnett AG, Halton K, Paterson DL, Riley TV, Gardner A, Page K, Farrington A, Gericke CA, Graves N. 2019. *An environmental cleaning bundle and health-care-associated infections in hospitals (REACH): a multicenter, randomized trial*. The Lancet Infectious Diseases. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30714-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30714-X).
23. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP), 2019. WASH in Health Care Facilities: Global Baseline Report 2019. OMS: Genebra. Disponível em: https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities-global-report/en/.
24. Rutala WA, Weber DJ. 2016. *Monitoring and improving the effectiveness of surface cleaning and disinfection*. American Journal of Infection Control 44: e69-e76.



Anexo A – Avaliação de risco para determinar o método e a frequência da limpeza ambiental

[Reproduzido directamente de PIDAC, 2018]

Passo 1: Categorizar os factores de risco que determinam a necessidade de limpeza ambiental:

Probabilidade de contaminação com agentes patogénicos

Contaminação grave (pontuação = 3)

Uma área é designada como estando fortemente contaminada se as superfícies e o equipamento forem regularmente expostos a grandes quantidades de sangue fresco ou outros fluidos corporais (por exemplo, sala de partos, sala de autópsia, laboratório de cateterização cardíaca, estação de hemodiálise, serviço de urgência, casa-de-banho de clientes/doentes/residentes se estiverem visivelmente sujos).

Contaminação moderada (pontuação = 2)

Uma área é designada como moderadamente contaminada se as superfícies e o equipamento não forem contaminados de forma regular (mas podem) ficar contaminados com sangue ou outros fluidos corporais e as substâncias contaminadas forem contidas ou removidas (por exemplo, lençóis molhados). Todos os quartos de clientes/doentes/residentes e casas-de-banho devem ser considerados, no mínimo, moderadamente contaminados.

Contaminação ligeira (pontuação = 1)

Uma área é designada como estando ligeiramente contaminada se as superfícies não estiverem expostas ao sangue, a outros fluidos corporais ou a itens que tenham entrado em contacto com sangue ou fluidos corporais (por exemplo, salas de estar, bibliotecas, escritórios).

Vulnerabilidade da população à infecção

Mais susceptível (pontuação = 1)

Os clientes/doentes/residentes sensíveis são mais susceptíveis a infecções devido à sua condição médica ou falta de imunidade. Estes incluem os que estão imunocomprometidos (unidades de oncologia, transplante e quimioterapia), recém-nascidos (berçários de nível 2 e 3) e aqueles que têm queimaduras graves (ou seja, que requerem cuidados numa unidade de queimados).

Menos susceptível (pontuação = 0)

Para efeitos de estratificação de risco para limpeza, todos os outros indivíduos e áreas são classificados como menos susceptíveis.

Potencial de exposição

Superfícies de contacto elevado (pontuação = 3):

As superfícies de contacto elevado têm contacto frequente com as mãos. Os exemplos incluem maçanetas das portas, telefone, botões de chamada, corrimãos, interruptores de luz, áreas de parede em redor da sanita e extremidades de cortinas de privacidade.

Superfícies de contacto reduzido (pontuação = 1):

As superfícies de contacto reduzido têm um contacto mínimo com as mãos. Os exemplos incluem paredes, tectos, espelhos.

Passo 2: Determinar a pontuação total de estratificação de risco:

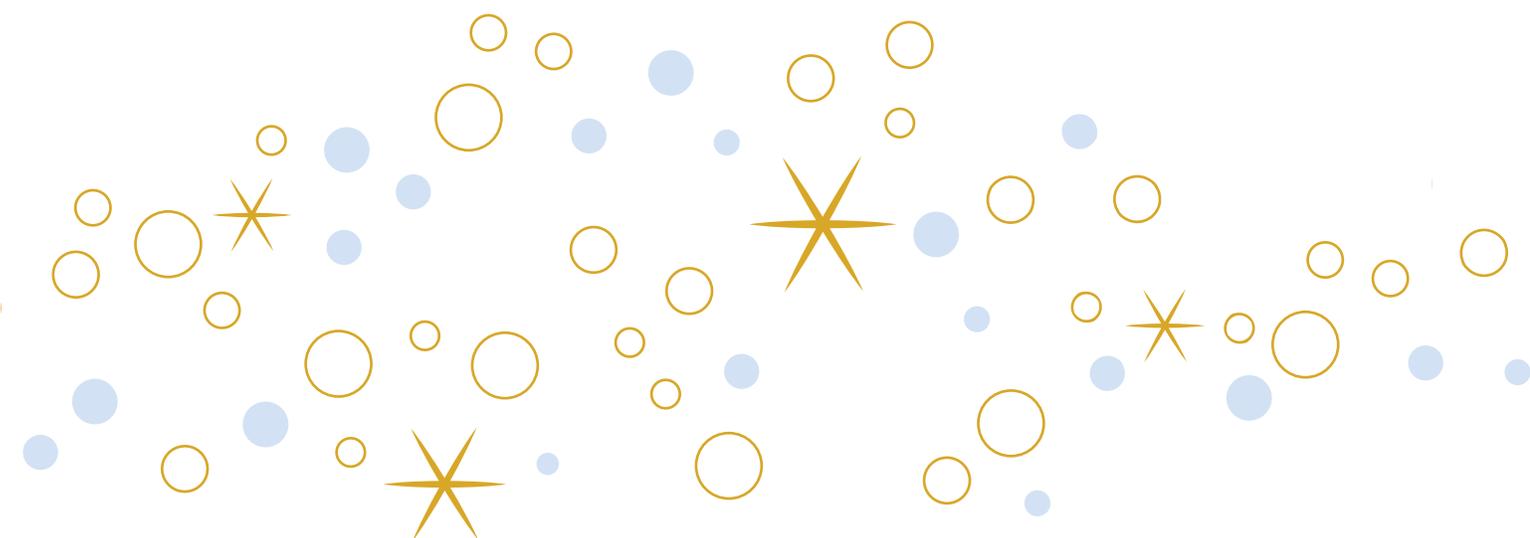
A frequência da limpeza baseia-se nos factores listados acima. É dada uma pontuação se os factores estiverem presentes e a frequência da limpeza for baseada na pontuação total, conforme derivado na seguinte matriz:

Anexo A Quadro 1. Pontuações de estratificação de risco para superfícies *de contacto elevado* (Pontuação de potencial de exposição = 3)

Probabilidade de contaminação com agentes patogénicos	População mais susceptível (pontuação = 1)	População menos susceptível (pontuação = 0)
Grave (pontuação = 3)	7 (3+3+1)	6 (3+3+0)
Moderada (pontuação = 2)	6 (3+2+1)	5 (3+2+0)
Ligeira (pontuação = 1)	5 (3+1+1)	4 (3+1+0)

Anexo A Quadro 2. Pontuações de estratificação de risco para superfícies *de contacto reduzido* (Pontuação de potencial de exposição = 1)

Probabilidade de contaminação com agentes patogénicos	População mais susceptível (pontuação = 1)	População menos susceptível (pontuação = 0)
Grave (pontuação = 3)	5 (1+3+1)	4 (1+3+0)
Moderada (pontuação = 2)	4 (1+2+1)	3 (1+2+0)
Ligeira (pontuação = 1)	3 (1+1+1)	2 (1+1+0)



Passo 3: Determinar a frequência da limpeza com base na matriz de estratificação de risco:

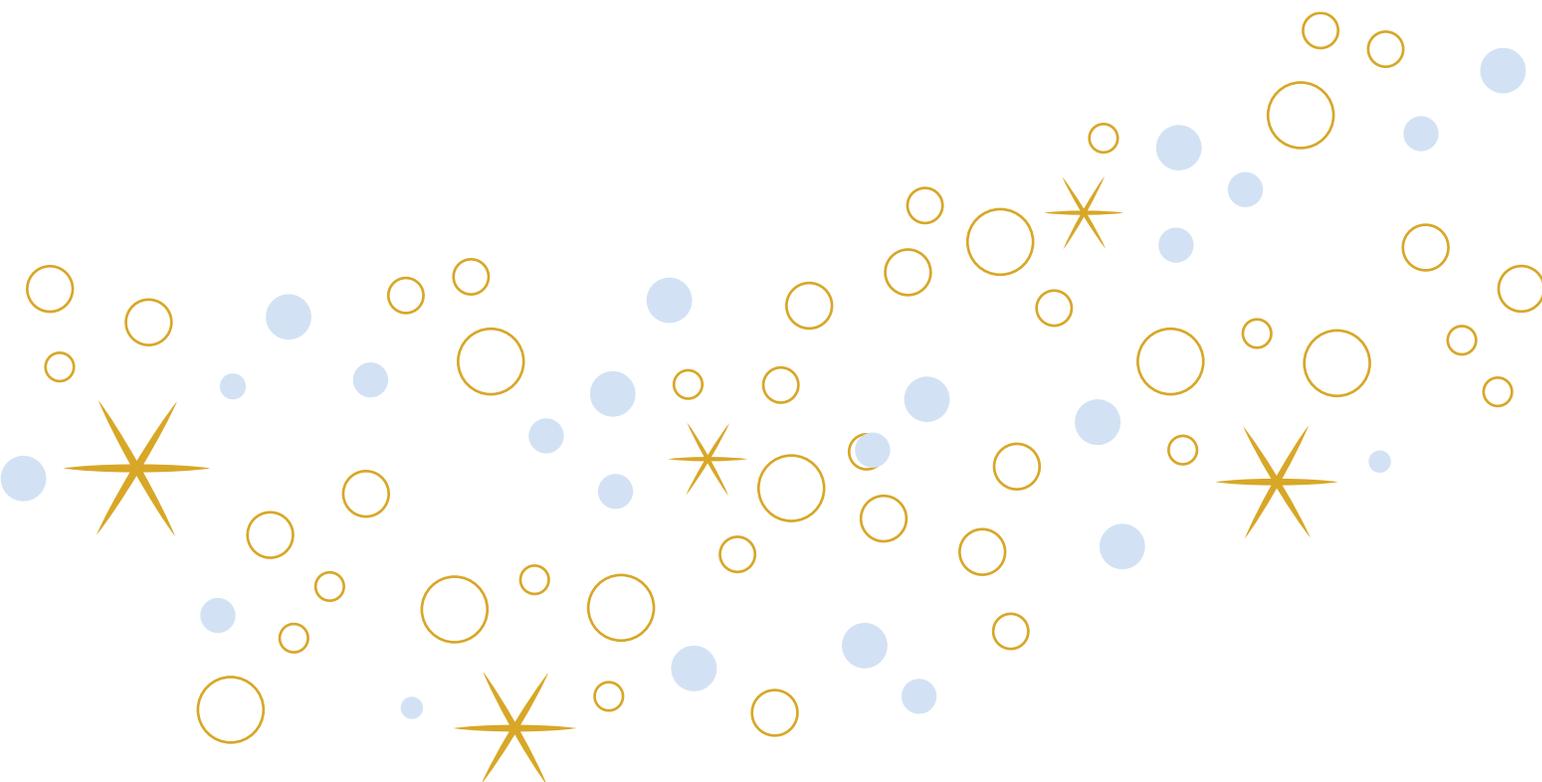
As frequências de limpeza para cada área de cuidados do doente derivam da pontuação total que resulta da matriz de estratificação de risco acima.

Anexo A Quadro 3. Frequências de limpeza com base na pontuação de risco total

Pontuação de risco total	Tipo de risco	Frequência mínima de limpeza
7	Risco elevado	Limpar após cada caso/evento/procedimento e limpe adicionalmente conforme necessário
4–6	Risco moderado	Limpar pelo menos uma vez por dia Limpar adicionalmente conforme necessário (por ex., sujidade extensa)
2–3	Baixo risco	Limpar de acordo com um calendário fixo Limpar adicionalmente conforme necessário (por ex., sujidade extensa)

Anexo A Quadro 4. Exemplos de áreas de cuidados de doentes

Localização	Probabilidade de contaminação	Potencial de exposição	Vulnerabilidade da população	Pontuação total	Frequência mínima de limpeza
Unidade de queimados	2–3	3	1	6–7	Limpar após cada caso/evento/procedimento, pelo menos duas vezes ao dia, e limpe adicionalmente conforme necessário
Internamento geral	1–2	3	0	4–5	Limpar pelo menos uma vez por dia e limpe adicionalmente conforme necessário



Anexo B1 – Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas dos doentes gerais

Área de ambulatório geral (adultos)

Esta é uma área de baixo risco porque a probabilidade de contaminação e a vulnerabilidade dos doentes a infecções é baixa; no entanto, as áreas de procedimentos são de risco moderado e, por conseguinte, requerem uma limpeza ambiental mais frequente e rigorosa.

Anexo B, Quadro 1. Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas de ambulatório gerais (adultos)

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Áreas de espera/admissão (adultos)	Pelo menos diariamente	Pessoal de limpeza	Limpar (detergente neutro e água): <ul style="list-style-type: none"> superfícies de contacto elevado pavimentos 	Além disso, limpe as superfícies de contacto reduzido de forma agendada (por ex., semanalmente)
Áreas de consulta/exame (adultos)	Pelo menos duas vezes por dia	Limpeza partilhada possível: equipa clínica e de limpeza	Limpar (detergente neutro e água): <ul style="list-style-type: none"> superfícies de contacto elevado 	Última limpeza do dia: limpar todo o pavimento com detergente neutro e água Além disso, limpe as superfícies de contacto reduzido de forma agendada (por ex., semanalmente)
Pequenas salas de procedimentos cirúrgicos	Antes e depois (ou seja, entre) cada procedimento	Limpeza partilhada possível: equipa clínica e de limpeza	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais superfícies de contacto elevado na zona dos doentes pavimentos na zona dos doentes 	Na última limpeza do dia limpar e desinfetar : <ul style="list-style-type: none"> outras superfícies de contacto elevado superfícies de contacto reduzido lavatórios de lavagem das mãos áreas de desinfecção dos profissionais/de resíduos hospitalares todo o pavimento

Área de internamento geral (adultos)

Esta é uma área de baixo risco porque a probabilidade de contaminação e a vulnerabilidade dos doentes face a infecções é baixa.

Anexo B, Quadro 2. Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas de internamento gerais (adultos)

Tipo de limpeza	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Limpeza de rotina	Pelo menos diariamente	Pessoal de limpeza	Limpar (detergente neutro e água): <ul style="list-style-type: none">• superfícies de contacto elevado na zona dos doentes• lavatórios de lavagem das mãos• pavimentos	Além disso, limpe as superfícies de contacto reduzido de forma agendada (por ex., semanalmente)
Limpeza final	Na alta ou transferência do doente	Limpeza partilhada possível: equipa clínica e de limpeza	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none">• superfícies de contacto elevado• superfícies de contacto reduzido• pavimentos	<ol style="list-style-type: none">1. Remova itens de cuidados pessoais sujos/utilizados (por exemplo, copos, louça) para reprocessamento ou eliminação.2. Remova a roupa de cama fornecida pelas unidades para reprocessamento ou eliminação; consulte o Anexo D – Gestão de roupa de cama e lavanderia (página 92).3. Inspeccione cortinados das janelas. Se estiverem sujas, limpe as persianas no local e remova as cortinas para lavagem.4. Reprocesse todo o equipamento reutilizável (não crítico) de cuidados dos doentes; consulte Equipamento não crítico de cuidados dos doentes (página 61).5. Limpe e desinfete todas as superfícies de contacto reduzido e elevado, incluindo as que possam não estar acessíveis quando a sala/área estiver ocupada (por exemplo, colchão do doente, estrutura da cama, topo de prateleiras, aberturas de ventilação) e pavimento.6. Limpe (esfregue) e desinfete os lavatórios de lavagem das mãos.

Casas de banho de áreas dos doentes

Estas são áreas de alto risco porque têm alta exposição ao doente, são frequentemente contaminadas e, por conseguinte, representam um maior risco de transmissão de agentes patogénicos do que outras áreas dos doentes gerais.

Anexo B, Quadro 3. Resumos dos procedimentos de limpeza para casas-de-banho na área dos doentes

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Casas de banho para áreas gerais de internamento e ambulatório; frequentemente utilizadas por visitantes, familiares	Pelo menos uma vez por dia (sala privada para doentes) Pelo menos duas vezes por dia (casas de banho públicas/partilhadas) e conforme necessário	Pessoal de limpeza	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado/frequentemente contaminadas <ul style="list-style-type: none"> ▸ lavatórios de lavagem das mãos ▸ torneiras ▸ puxadores ▸ assento da sanita ▸ maçanetas das portas • pavimentos • qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais 	Além disso, limpe as superfícies de contacto reduzido de forma agendada (por ex., semanalmente).

Pavimentos de áreas dos doentes

Os pavimentos em áreas gerais de internamento e ambulatório geralmente têm uma baixa exposição dos doentes (ou seja, são superfícies de contacto reduzido) e representam um baixo risco de transmissão de agentes patogénicos.

Anexo B, Quadro 4. Resumos dos procedimentos de limpeza para pavimentos na área dos doentes

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Pavimento em áreas gerais de internamento e ambulatório, sempre limpo em último lugar após outras superfícies ambientais	Pelo menos diariamente	Pessoal de limpeza	Limpar (detergente neutro e água): <ul style="list-style-type: none"> • de limpo para sujo, de forma sistemática de limpo para sujo, de forma sistemática (padrão com número 8, enxaguar regularmente no balde para enxaguar) 	Os pavimentos podem exigir, dependendo do nível de risco numa área de cuidados dos doentes específica: <ul style="list-style-type: none"> • limpeza mais frequente • utilização de um desinfetante

Derrames de sangue ou fluidos corporais

Independentemente do nível de risco de uma área, os derrames ou contaminação com sangue ou fluidos corporais (por exemplo, vômito) devem ser limpos e desinfetados imediatamente utilizando um processo de dois passos.

Anexo B, Quadro 5. Resumos dos procedimentos de limpeza para derrames de sangue ou fluidos corporais

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Qualquer derrame em qualquer área dos doentes ou não doentes	Imediatamente, assim que possível	Pessoal de limpeza	<ol style="list-style-type: none">1. Utilize EPI apropriado; consulte o Quadro 5 (página 36).2. Confine o derrame e limpe-o imediatamente com toalhas, panos ou grânulos absorventes (de papel) (se disponíveis) que sejam espalhados sobre o derrame para solidificar o sangue ou o fluido corporal (todos devem ser eliminados como resíduos infecciosos).3. Limpar (detergente neutro e água).4. Desinfecte utilizando um desinfetante de nível intermédio aprovado pelas unidades.5. Reprocesse imediatamente todos os materiais e equipamento reutilizáveis (por exemplo, panos de limpeza, esfregonas/mopas) após o derrame ser limpo.	Assinale a área do derrame para evitar o contacto, bem como escorregadelas e quedas acidentais

Anexo B2 – Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas dos doentes especializadas

Bloco operatório

Estas são áreas dos doentes especializadas de alto risco com uma atmosfera mecanicamente controlada onde são realizados procedimentos cirúrgicos. É necessário um alto grau de assepsia porque a vulnerabilidade dos doentes a infecções é elevada.

Anexo B2 Quadro 1. Resumos dos procedimentos de limpeza para bloco operatório

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Antes do primeiro procedimento	Limpeza partilhada possível: pessoal de enfermagem perioperatório/equipa clínica e pessoal de limpeza	Desinfectar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies horizontais <ul style="list-style-type: none"> ‣ mobiliário ‣ luzes cirúrgicas ‣ mesa de operação ‣ equipamento estacionário 	Consulte Blocos operatórios (página 50) São necessários registos da limpeza final da noite anterior; se não for o caso ou se não tiver havido cirurgias no dia anterior, realize a limpeza final (conforme abaixo)
Antes e depois de cada procedimento	Limpeza partilhada possível: pessoal de enfermagem perioperatório/equipa clínica e pessoal de limpeza	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado (por ex., interruptores de luz, manípulos da porta) fora do campo cirúrgico • qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais • todas as superfícies e equipamento não crítico e o pavimento dentro do campo cirúrgico 	Consulte Blocos operatórios (página 50) Remover toda a roupa de cama e vestuário cirúrgico utilizados, resíduos (incluindo contentores de sucção utilizados, recipientes para objectos cortantes cheios até 3/4) e baldes rodados, para reprocessamento ou eliminação O equipamento portátil não crítico (por exemplo, depósitos de gás comprimido, máquina de raios X) deve ser cuidadosamente limpo e desinfectado antes e após cada procedimento
Após o último procedimento (limpeza final)	Limpeza partilhada possível: pessoal de enfermagem perioperatório/equipa clínica e pessoal de limpeza	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none"> • todas as superfícies e equipamento não crítico no bloco operatório • todo o pavimento • qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais • áreas/lavatórios de desinfectação e lavagem 	Consulte Blocos operatórios (página 50) Tenha o cuidado de mover a mesa de operações e qualquer equipamento móvel para se certificar de que as áreas do pavimento por baixo estão minuciosamente limpas e desinfectadas Limpe e desinfecte superfícies de contacto reduzido (por exemplo, o interior de armários e tectos/paredes) de forma agendada (por exemplo, semanalmente)

Áreas de preparação de medicação

As áreas onde a medicação é preparada (incluindo farmácia ou áreas clínicas) são áreas de alto risco nas quais é necessário um alto grau de assepsia.

Anexo B2 Quadro 2. Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas de preparação de medicação

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Entre utilizações	Equipa clínica	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none"> • bancadas • carrinhos portáteis utilizados para transportar ou preparar medicamentos 	Nenhuma
Fim de cada dia	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none"> • todas as superfícies de contacto elevado • pavimentos 	Limpe e desinfecte superfícies de contacto reduzido, tais como, as partes superiores das prateleiras e paredes/ventilações, de forma agendada (por exemplo, semanalmente)

Áreas de serviços de esterilização

Áreas onde o equipamento semicrítico e crítico é esterilizado e armazenado em que é necessário um elevado grau de assepsia.

Anexo B2 Quadro 3. Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas de serviços de estilização

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Antes e após cada utilização	Equipa clínica	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none"> • lavatórios utilizados para lavagem • equipamento semicrítico (por exemplo, endoscópios) 	Nenhuma
Duas vezes por dia	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none"> • todas as superfícies de contacto elevado <ul style="list-style-type: none"> ‣ bancadas ‣ superfícies do equipamento de lavagem ‣ lavatórios de lavagem das mãos • pavimentos 	Limpe e desinfecte superfícies de contacto reduzido, tais como, as partes superiores das prateleiras e paredes/ventilações, de forma agendada (por exemplo, semanalmente) durante a limpeza diária final

UCI (adultos, pediátrica, neonatal)

Estas são áreas de alto risco porque os doentes podem estar imunocomprometidos por doenças subjacentes, modalidades de tratamento (por ex., dispositivos invasivos) e outras condições potencialmente fatais (por exemplo, traumatismo grave, AVC) e a vulnerabilidade a infecções é elevada.

Anexo B2 Quadro 4. Resumos dos procedimentos de limpeza para UCI (adultos, pediátrica, neonatal)

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Duas vezes por dia e quando necessário	Pessoal de limpeza	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none">• superfícies de contacto elevado (apenas fora da incubadora neonatal quando ocupada) Limpar: <ul style="list-style-type: none">• com detergente neutro e água	Última limpeza do dia: limpar superfícies de contacto reduzido
Na alta/transferência (limpeza final)	Pessoal de limpeza	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none">• superfícies de contacto elevado• superfícies de contacto reduzido• pavimentos	<ol style="list-style-type: none">1. Remova itens de cuidados pessoais sujos/ utilizados (por exemplo, copos, louça) para reprocessamento ou eliminação.2. Remova a roupa de cama fornecida pelas unidades para reprocessamento ou eliminação.3. Inspeccione cortinados das janelas. Se estiverem sujas, limpe as persianas no local e remova as cortinas para lavagem.4. Reprocesse todo o equipamento reutilizável (não crítico) de cuidados dos doentes.5. Limpe e desinfecte todas as superfícies de contacto reduzido e elevado, incluindo as que possam não estar acessíveis quando a sala/área estiver ocupada (por exemplo, colchão do doente, estrutura da cama, topo de prateleiras, aberturas de ventilação) e pavimento.6. Limpe (esfregue) e desinfecte os lavatórios de lavagem das mãos. <p>Preste especial atenção à limpeza final das incubadoras.</p> <p>Substitua os filtros nas incubadoras de acordo com as instruções do fabricante, quando estiverem molhados ou se o recém-nascido estiver sob precauções de contacto (durante a limpeza final).</p>

Unidades de isolamento especiais

Estas são áreas de alto risco nas quais os doentes são altamente imunocomprometidos (por ex., transplante de medula óssea, leucemia) e a vulnerabilidade a infecções é elevada.

Anexo B2 Quadro 5. Resumos dos procedimentos de limpeza para unidades de isolamento especiais

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Diariamente, antes de limpar qualquer outra área de cuidados dos doentes (ou seja, primeira sessão de limpeza do dia)	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	<p>Limpar e desinfectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> superfícies de contacto elevado, com foco na zona dos doentes <p>Limpar:</p> <ul style="list-style-type: none"> com detergente neutro e água 	Além disso, limpe as superfícies de contacto reduzido
Na alta/transferência (limpeza final)	Pessoal de limpeza	<p>Limpar e desinfectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> superfícies de contacto elevado superfícies de contacto reduzido pavimentos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remova itens de cuidados pessoais sujos/utilizados (por exemplo, copos, louça) para reprocessamento ou eliminação. 2. Remova a roupa de cama fornecida pelas unidades para reprocessamento ou eliminação. 3. Inspeccione cortinados das janelas. Se estiverem sujas, limpe as persianas no local e remova as cortinas para lavagem. 4. Reprocesse todo o equipamento reutilizável (não crítico) de cuidados dos doentes. 5. Limpe e desinfecte todas as superfícies de contacto reduzido e elevado, incluindo as que possam não estar acessíveis quando a sala/área estiver ocupada (por exemplo, colchão do doente, estrutura da cama, topo de prateleiras, aberturas de ventilação) e pavimento. 6. Limpe (esfregue) e desinfecte os lavatórios de lavagem das mãos.

Unidades de queimados

Estas são unidades de alto risco em que a vulnerabilidade dos doentes a infecções (imunocomprometidos) e a probabilidade de contaminação (por exemplo, com sangue e fluidos corporais) são elevadas.

Anexo B2 Quadro 6. Resumos dos procedimentos de limpeza para unidades de queimados

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Antes e depois (ou seja, entre) de cada procedimento e duas vezes por dia e conforme necessário	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none">• superfícies e pavimentos de contacto elevado, com foco na zona dos doentes• qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais	Remover roupa de cama suja e recipientes de resíduos para eliminação/reprocessamento Última limpeza do dia: limpe e desinfete todo o pavimento e superfícies de contacto reduzido
Na alta/transferência (limpeza final)	Pessoal de limpeza	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none">• superfícies de contacto elevado• superfícies de contacto reduzido• todo o pavimento	<ol style="list-style-type: none">1. Remova itens de cuidados pessoais sujos/utilizados (por exemplo, copos, louça) para reprocessamento ou eliminação.2. Remova a roupa de cama fornecida pelas unidades para reprocessamento ou eliminação.3. Inspeccione cortinados das janelas. Se estiverem sujas, limpe as persianas no local e remova as cortinas para lavagem.4. Reprocesse todo o equipamento reutilizável (não crítico) de cuidados dos doentes.5. Limpe e desinfete todas as superfícies de contacto reduzido e elevado, incluindo as que possam não estar acessíveis quando a sala/área estiver ocupada (por exemplo, colchão do doente, estrutura da cama, topo de prateleiras, aberturas de ventilação) e todo o pavimento.6. Limpe (esfregue) e desinfete os lavatórios de lavagem das mãos.

Áreas de procedimentos gerais

Estas são áreas de alto risco (tais como, serviços de radiologia e endoscopia) porque servem frequentemente doentes com vulnerabilidade elevada a infecções (por exemplo, imunocomprometidos), além de outras populações de doentes.

Anexo B2 Quadro 7. Resumos dos procedimentos de limpeza para áreas de procedimentos gerais

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Antes e depois de cada procedimento	Equipa clínica	<p>Limpar e desinfectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> qualquer superfície que esteja visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais superfícies de contacto elevado dentro da zona dos doentes <ul style="list-style-type: none"> mesa/estação de procedimentos bancadas superfícies externas de equipamento fixo pavimentos dentro da zona dos doentes 	<p>Remova todo o equipamento reutilizável e reprocessse o equipamento não crítico reutilizável de cuidados dos doentes; consulte Equipamento não crítico de cuidados dos doentes (página 61)</p>
Após o último doente do dia (limpeza final)	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	<p>Limpar e desinfectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> todas as superfícies de contacto elevado e contacto reduzido todo o pavimento 	<p>Mova a mesa de procedimentos e outro equipamento portátil para limpar e desinfectar todo o pavimento</p> <p>Os lavatórios da lavagem das mãos devem ser cuidadosamente limpos (esfregados) e desinfectados</p>

Enfermarias de obstetrícia/salas de parto

Estas são áreas de alto risco porque estão habitualmente contaminadas e a vulnerabilidade dos doentes contra a infeções é elevada.

Anexo B2 Quadro 8. Resumos dos procedimentos de limpeza para enfermarias de obstetrícia/salas de parto

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Antes e depois (ou seja, entre) cada procedimento	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none">• qualquer superfície que esteja visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais• superfícies de contacto elevado dentro da zona dos doentes• pavimentos dentro da zona dos doentes	Remover roupa de cama suja e recipientes de resíduos para eliminação/reprocessamento
Após a última entrega do dia (limpeza final)	Pessoal de limpeza	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none">• qualquer superfície que esteja visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais• todas as superfícies de contacto elevado e contacto reduzido• todo o pavimento	Mova a mesa de procedimentos e outro equipamento portátil para limpar e desinfetar todo o pavimento Os lavatórios da lavagem das mãos devem ser cuidadosamente limpos (esfregados) e desinfetados

Estações/áreas de hemodiálise

Estas são áreas de alto risco porque estão habitualmente contaminadas e a vulnerabilidade dos doentes contra a infecções é elevada.

Anexo B2 Quadro 9. Resumos dos procedimentos de limpeza para estações/áreas de hemodiálise

Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Após cada evento/caso	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	<p>Limpar e desinfetar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • qualquer superfície que esteja visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais • todas as superfícies da área da estação de diálise <ul style="list-style-type: none"> ‣ cama ‣ cadeira ‣ bancadas ‣ superfícies externas da máquina • pavimentos dentro da zona dos doentes 	<p>Remova itens/resíduos descartáveis de cuidados dos doentes e reprocessse o equipamento reutilizável de cuidados dos doentes conforme abaixo</p> <p>Tenha o cuidado de permitir tempo de contacto suficiente antes da utilização subsequente da estação/área</p>
Após o último caso do dia (limpeza final)	Pessoal de limpeza	<p>Limpar e desinfetar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • qualquer superfície que esteja visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais • todas as superfícies da estação/área de diálise • superfícies de contacto elevado na área/sala das estações de hemodiálise • todo o pavimento 	<p>Mova a mesa de procedimentos e outro equipamento portátil para limpar e desinfetar todo o pavimento</p> <p>Além disso, limpe as superfícies de contacto reduzido de forma agendada (por ex., semanalmente)</p>

Área de ambulatório pediátrica

Estas são áreas de alto risco porque estão frequentemente contaminadas e os doentes pediátricos são mais vulneráveis a infecções devido a agentes patogénicos como vírus entéricos e gripe.

Anexo B2 Quadro 10. Resumos de procedimentos de limpeza para área de ambulatório pediátrica

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Áreas de espera/admissão	Pelo menos diariamente e conforme necessário (por exemplo, visivelmente suja, derrames de sangue/fluidos corporais)	Pessoal de limpeza	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado e contacto reduzido • pavimentos 	Os brinquedos que podem ser colocados na boca de um bebé ou criança devem ser limpos, desinfetados e enxaguados cuidadosamente após cada utilização
Áreas de consulta/exame	Após cada evento/caso e pelo menos duas vezes por dia e conforme necessário	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado 	Última limpeza do dia: limpar e desinfetar todo o pavimento e superfícies de contacto reduzido
Pequenas salas de procedimentos cirúrgicos	Antes e depois (ou seja, entre) cada procedimento	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais • superfícies de contacto elevado na zona dos doentes • pavimentos na zona dos doentes 	Última limpeza do dia: limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> • outras superfícies de contacto elevado e superfícies de contacto reduzido • lavatórios de lavagem das mãos • áreas de desinfeção dos profissionais/de resíduos hospitalares • todo o pavimento

Serviço de emergência:

Estas são áreas de risco moderado a elevado devido ao número de pessoas que podem contaminar o ambiente e porque alguns doentes podem ser mais susceptíveis a infecções (por exemplo, doentes traumatizados).

Anexo B2 Quadro 11. Resumos dos procedimentos de limpeza para serviço de emergência

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Áreas de espera/admissão	Pelo menos diariamente e conforme necessário (por exemplo, visivelmente suja, derrames de sangue/fluidos corporais)	Pessoal de limpeza	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> superfícies de contacto elevado e contacto reduzido pavimentos 	Esta célula foi deixada em branco intencionalmente
Áreas de consulta/exame	Após cada evento/caso e pelo menos duas vezes por dia e conforme necessário	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> superfícies de contacto elevado 	Última limpeza do dia: limpar e desinfetar todo o pavimento e superfícies de contacto reduzido
As áreas de procedimento incluem áreas de trauma para doentes com elevada acuidade	Antes e depois (ou seja, entre) cada procedimento	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais superfícies de contacto elevado na zona dos doentes pavimentos na zona dos doentes 	Última limpeza do dia: limpar e desinfetar: <ul style="list-style-type: none"> outras superfícies de contacto elevado e superfícies de contacto reduzido lavatórios de lavagem das mãos áreas de desinfeção dos profissionais/de resíduos hospitalares todo o pavimento

Enfermarias de precaução baseada na transmissão/de isolamento

Estas são áreas de alto risco, especialmente para agentes patogénicos ambientalmente resistentes (por exemplo, resistentes a desinfetantes) e para agentes patogénicos multirresistentes que são altamente transmissíveis ou estão associados a elevada morbidade e mortalidade.

Anexo B2 Quadro 12. Resumos dos procedimentos de limpeza para enfermarias baseadas em transmissão/de isolamento

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Precauções relativas a transmissão pelo ar	Diariamente e conforme necessário	Pessoal de limpeza	Limpar (detergente neutro e água): <ul style="list-style-type: none"> superfícies de contacto elevado pavimentos 	O foco principal é a adesão ao EPI obrigatório e procedimentos adicionais de entrada/saída; ver Quadro 5 (página 36) Além disso, limpe as superfícies de contacto reduzido de forma agendada (por ex., semanalmente)
Precauções relativas a transmissão por gotículas e/ou contacto	Duas vezes por dia e quando necessário	Pessoal de limpeza	Limpar e desinfectar: <ul style="list-style-type: none"> qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais superfícies de contacto elevado pavimentos 	O pessoal de limpeza deve utilizar o de EPI obrigatório, consulte o Quadro 5 (página 36) Descarte ou reprocessse materiais de limpeza e equipamento imediatamente após a limpeza Última limpeza do dia: limpar e desinfectar todo o pavimento e superfícies de contacto reduzido
Doente diagnosticado com <i>C. difficile</i> sob precauções de transmissão por gotículas e contacto	Duas vezes por dia e quando necessário	Pessoal de limpeza	Limpe e desinfecte (processo de dois passos e agente esporicida necessários): <ul style="list-style-type: none"> qualquer superfície visivelmente suja com sangue ou fluidos corporais superfícies de contacto elevado na zona dos doentes pavimentos 	Processo de duas etapas necessário (não utilizar detergente-desinfetante combinado): <ol style="list-style-type: none"> Processo de limpeza mecânica rigoroso (por exemplo, utilizando fricção). Desinfetante com propriedades esporicidas, por exemplo: <ul style="list-style-type: none"> solução de hipoclorito de sódio (por ex., 1000 a 5000 ppm) peróxido de hidrogénio a 4,5% melhorado
Equipamento não crítico exclusivo de cuidados dos doentes sob precauções com base na transmissão	Consistente com a frequência de limpeza para a zona dos doentes, antes e após cada utilização e conforme necessário	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Produtos com base no nível de risco da área de cuidados dos doentes	Selecione um desinfetante compatível; consulte Considerações de compatibilidade do material (página 63) Reprocessse (ou seja, limpe e desinfete) equipamento exclusivo depois de o doente ter alta ou ser transferido (limpeza final) Realize a limpeza final de todo o equipamento não crítico de cuidados dos doentes em Salas de resíduos hospitalares (página 63)

Anexo B2 Quadro 12. Resumos dos procedimentos de limpeza para enfermarias baseadas em transmissão/de isolamento *(Continuação)*

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Todas as precauções com base na transmissão	Na alta/transferência (limpeza final)	Pessoal de limpeza; conduzida em estreita colaboração com a equipa clínica, especificamente o gestor da unidade ou líder do turno, que deve coordenar o horário	<p>Limpar e desinfectar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • superfícies de contacto elevado • superfícies de contacto reduzido • pavimentos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Remova itens de cuidados pessoais sujos/utilizados (por exemplo, copos, louça) para reprocessamento ou eliminação. 2. Remova a roupa de cama fornecida pelas unidades para reprocessamento ou eliminação. 3. Remova sempre as cortinas de privacidade e cortinados de janela para lavagem (cortinas, persianas). 4. Reprocesse todo o equipamento reutilizável (não crítico) de cuidados dos doentes nas salas de resíduos hospitalares. 5. Limpe e desinfecte todas as superfícies de contacto reduzido e elevado, incluindo as que possam não estar acessíveis quando a sala/área estiver ocupada (por exemplo, colchão do doente, estrutura da cama, topo de prateleiras, aberturas de ventilação) e pavimento. 6. Limpe (esfregue) e desinfecte os lavatórios de lavagem das mãos. <p>Precauções relativas a transmissão pelo ar:</p> <p>O pessoal de limpeza deve utilizar o de EPI obrigatório; consulte o Quadro 5 (página 36)</p> <p>Mantenha a porta fechada durante o processo de limpeza ambiental (requisitos de ventilação).</p>

Equipamento não crítico de cuidados dos doentes

Estes itens são superfícies de contacto elevado que são tocadas por doentes e por profissionais de saúde e podem ser utilizados em vários doentes. Incluem equipamento não crítico portátil ou estacionário de cuidados dos doentes, tais como suportes de IV, cadeiras para sanita, braçadeiras de pressão arterial, cadeiras de rodas e estetoscópios.

Anexo B2 Quadro 13. Resumos dos procedimentos de limpeza para equipamento não crítico de cuidados dos doentes

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Equipamento partilhado (incluindo equipamento de transporte – por exemplo, cadeiras de rodas) – partilhado entre doentes	Antes e depois de cada doente e conforme necessário	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfetar: Selecione um desinfetante compatível; consulte Considerações de compatibilidade do material (página 63)	Assegure a divisão da responsabilidade de limpeza entre o pessoal de enfermagem e de limpeza Limpe e desinfete itens muito sujos (por exemplo, arrastadeiras) em Salas de resíduos hospitalares (página 63) <ul style="list-style-type: none"> Desinfete as arrastadeiras com um aparelho de lavagem/desinfecção ou em água a ferver em vez de um processo de desinfecção química
Equipamento exclusivo – quando exclusivo de um doente em particular durante a sua permanência	Consistente com a frequência de limpeza para a área dos doentes e conforme necessário	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Produtos com base no nível de risco da área de cuidados dos doentes	Assegure a divisão da responsabilidade de limpeza entre o pessoal de enfermagem e de limpeza
Equipamento partilhado e exclusivo	Na alta/transferência do doente	Limpeza partilhada possível (equipa clínica e de pessoal de limpeza)	Limpar e desinfetar: Selecione um desinfetante compatível; consulte Considerações de compatibilidade do material (página 63)	Realize a limpeza final de todo o equipamento não crítico de cuidados dos doentes exclusivo em Salas de resíduos hospitalares (página 63)

Derrames de sangue ou fluidos corporais

Independentemente do nível de risco de uma área, os derrames ou contaminação com sangue ou fluidos corporais (por exemplo, vômito) devem ser limpos e desinfectados imediatamente utilizando um processo de dois passos.

Anexo B2 Quadro 14. Resumos dos procedimentos de limpeza para derrames de sangue ou fluidos corporais

Descrição da área	Frequência	Pessoa/responsável pelo pessoal	Produtos/técnica	Orientação adicional/descrição da limpeza
Qualquer derrame em qualquer área dos doentes ou não doentes	Imediatamente, assim que possível	Pessoal de limpeza	<ol style="list-style-type: none">1. Utilize EPI apropriado; consulte o Quadro 5 (página 36).2. Confine o derrame e limpe-o imediatamente com toalhas, panos ou grânulos absorventes (de papel) (se disponíveis) que sejam espalhados sobre o derrame para solidificar o sangue ou o fluido corporal (todos devem ser eliminados como resíduos infecciosos).3. Limpar (detergente neutro e água):4. Desinfecte utilizando um desinfectante de nível intermédio aprovado pelas unidades.5. Reprocesse imediatamente todos os materiais e equipamento reutilizáveis (por exemplo, panos de limpeza, esfregonas/mopas) após o derrame ser limpo.	Assinale a área do derrame para evitar o contacto

Anexo C – Exemplo de superfícies de contacto elevado numa área dos doentes especializada



As superfícies de contacto elevado incluem, entre outras:

- grades de cama
- estruturas de cama
- candeeiros móveis
- mesa-tabuleiro
- mesa de cabeceira
- puxadores
- suportes de IV
- medidores de pressão arterial

Anexo D – Gestão de roupa de cama e lavandaria

Boas práticas para manuseamento de roupa de cama (e lavandaria)

- Utilize sempre luvas de borracha reutilizáveis antes de manusear roupa suja (por exemplo, lençóis de cama, toalhas, cortinas).
- Nunca transporte roupa de cama suja contra o corpo. Coloque-a sempre no recipiente designado.
- Enrole cuidadosamente a roupa suja para evitar a contaminação do ar, das superfícies e do pessoal da limpeza. Não agite a roupa de cama.
- Se houver algum excremento sólido na roupa de cama, como fezes ou vômitos, remova-o cuidadosamente com um objecto plano e firme e coloque-o na sanita ou latrina designada antes de colocar a roupa de cama no recipiente designado.
- Coloque a roupa suja num recipiente claramente identificado e à prova de derrames (por exemplo, saco, recipiente) na área de cuidados dos doentes. Não transporte roupa de cama suja à mão fora da área específica de cuidados dos doentes a partir da qual foi removida.
- Reprocesse (ou seja, limpe e desinfecte) o recipiente designado para roupa de cama suja após cada utilização.
- Se forem utilizados sacos para roupa suja reutilizáveis no interior do recipiente designado, não os encha em demasia, aperte-os de forma segura e lave após cada utilização.
 - Os sacos para roupa suja podem ser lavados com a roupa suja que contêm.

A eficácia do processo de lavagem depende de muitos factores, incluindo:

- tempo e temperatura
- acção mecânica
- qualidade da água (pH, dureza)
- volume da carga
- extensão da sujidade
- modelo/disponibilidade de máquinas de lavar e secadoras comerciais

Utilize e faça sempre a manutenção do equipamento para lavandaria de acordo com as instruções do fabricante.

Lave sempre a roupa de cama suja das áreas de cuidados dos doentes numa área designada, que:

- seja um espaço exclusivo para lavagem de roupa suja
- não contenha quaisquer alimentos, bebidas ou itens pessoais
- tenha pavimentos e paredes de materiais duráveis que consigam suportar as exposições da área (por exemplo, grandes quantidades de água e vapor)
- apresente uma separação entre as áreas de armazenamento de roupa de cama suja e limpa, devendo idealmente estar em pressão negativa relativamente a outras áreas
- tenha unidades de lavagem das mãos
- tenha PON e outros auxiliares de tarefas para ajudar o pessoal da lavandaria com os procedimentos

Boas práticas para equipamento de protecção individual (EPI) para funcionários da lavandaria:

- Pratique a higiene das mãos antes da aplicação e após a remoção do EPI.
- Utilize luvas de borracha reutilizáveis resistentes a rasgos ao manusear e lavar roupa de cama suja.
- Se houver risco de salpicar, por exemplo, se a roupa for lavada à mão, o pessoal da roupa deve utilizar sempre batas ou aventais e protecção facial (por exemplo, viseira, óculos) ao lavar roupa de cama suja.

Boas práticas para lavar roupa de cama suja:

- Siga as instruções do fabricante da máquina de lavar/secar.
- Utilize água quente (70-80 °C X 10 min.) [158-176 °F] e um detergente aprovado para a roupa.
 - O desinfectante geralmente não é necessário quando a sujidade está em níveis baixos.
 - Utilize desinfectante caso a caso, dependendo da origem da roupa de cama suja (por exemplo, roupa de cama de uma área com precauções de contacto).
- Seque a roupa completamente num secador comercial.

Passos do reprocessamento manual

Se não estiverem disponíveis serviços de lavandaria com água quente, reprocessa a roupa de cama suja manualmente de acordo com o seguinte:

1. Mergulhe em solução de detergente e utilize acção mecânica (por exemplo, esfregar) para remover a sujidade.
2. Desinfectar através de um destes métodos:
 - Deixar o linho mergulhado em água a ferver ou
 - Mergulhar a roupa de cama na solução desinfectante durante o tempo de contacto necessário e enxaguar com água limpa para remover resíduos
3. Deixar secar totalmente, idealmente ao sol.

Boas práticas para a gestão de roupa de cama limpa:

- Ordene, embale, transporte e guarde roupa de cama limpa de forma a evitar o risco de contaminação por poeiras, detritos, roupa de cama suja ou outros itens sujos.
- Cada piso/enfermaria deve ter uma sala exclusiva para organizar e guardar roupa de cama limpa.
- Transporte a roupa de cama limpa para as áreas de cuidados do doente nos carrinhos designados ou dentro de recipientes designados que estejam regularmente (por exemplo, pelo menos uma vez por dia) limpos com um detergente neutro e solução de água morna.

Anexo E – Preparação de solução desinfectante de cloro

Exemplo 1 – Utilização de lixívia líquida

O cloro na lixívia líquida existe em diferentes concentrações. Qualquer concentração pode ser utilizada para fazer uma solução de cloro diluída aplicando a seguinte fórmula:

$$[\% \text{ de cloro em lixívia líquida} - \% \text{ de cloro desejado}] - 1 = \text{Total de porções de água para cada porção de lixívia}^\dagger$$

Exemplo: Para criar uma solução de cloro a 0,5% a partir de lixívia a 3,5%[‡]:

$$[3,5\%/0,5\%] - 1 = 7 - 1 = 6 \text{ partes de água para cada parte de lixívia}$$

Por conseguinte, tem de adicionar 1 parte de lixívia a 3,5% a 6 partes de água para formar uma solução de cloro a 0,5%.

[†] Podem ser utilizadas “partes” para qualquer unidade de medida (por exemplo, onça, litro ou galão) ou qualquer recipiente utilizado para medição, como um jarro.

[‡] Em países onde os produtos franceses estão disponíveis, a quantidade de cloro activo é normalmente expressa em graus clorométricos. Um grau de cloro é equivalente a 0,3% de cloro activo.

Exemplo 2 – Utilização de lixívia em pó

Se utilizar lixívia em pó[†], calcule a quantidade de lixívia a misturar com cada litro de água utilizando a seguinte fórmula:

$$[\% \text{ de cloro pretendida} - \% \text{ de cloro em lixívia em pó}] \times 1000 = \text{Gramas de lixívia em pó por cada litro de água}$$

Exemplo: Para preparar uma solução de cloro a 0,5% a partir de hipoclorito de cálcio (lixívia) em pó com 35% de cloro activo

$$[0,5\%/35\%] \times 1000 = 0,0143 \times 1000 = 14,3$$

Por conseguinte, tem de dissolver 14,3 gramas de hipoclorito de cálcio (lixívia) em cada litro de água utilizado para fazer uma solução de cloro a 0,5%.

[†] Quando é utilizada lixívia em pó; é provável que a solução de cloro resultante pareça turva (ligeira)

Exemplo 3 – Fórmula para criar uma solução diluída a partir de uma solução concentrada

Total de partes (TP) (H₂O) = [% concentrado/% diluição] - 1

Exemplo: Para criar uma solução de cloro a 0,1% a partir de solução concentrada a 5%:

$$\text{Calcular TP (H}_2\text{O)} = [5,0\%/0,1\%] - 1 = 50 - 1 = 49$$

Tome 1 parte de solução concentrada e adicione 49 partes de água cozida (filtrada, se necessário).

Fonte: AVSC International (1999). Infection Prevention Curriculum. Teacher's Manual. New York, p.267.

[Interim Infection Prevention and Control Guidance for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus Haemorrhagic Fever in Health-Care Settings, with Focus on Ebola \[PDF – 24 pages\]](https://www.who.int/csr/resources/publications/who-ipc-guidance-ebolafinal-09082014.pdf), p. 24. <https://www.who.int/csr/resources/publications/who-ipc-guidance-ebolafinal-09082014.pdf>



**Centers for Disease
Control and Prevention**
National Center for Emerging and
Zoonotic Infectious Diseases

Departamento de Promoção da Qualidade
dos Cuidados de Saúde (Division of
Healthcare Quality Promotion)