

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA



APRESENTAÇÃO

A elaboração deste Manual para Redução de Riscos Inerentes à Terapia Renal Substitutiva conta com a valiosa participação de um conjunto de profissionais com larga experiência na área da Terapia Renal Substitutiva, o que confere a esta obra um caráter multiprofissional e interdisciplinar imprescindível no campo da saúde.

As discussões e debates incorporando às múltiplas concepções e conhecimentos acerca do objeto desse manual, associado às observações realizadas durante as visitas técnicas às Unidades de Terapia Renal Substitutiva, se traduzem na importância que se deve dispensar às boas práticas nessa área.

A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, através do Centro de Vigilância Sanitária, ao lançar o presente manual, objetiva a disseminação das boas práticas em Terapia Renal Substitutiva a todos os que atuam nessa área.

Com tiragem de 1000 exemplares, esta publicação será distribuída aos profissionais que labutam nas Unidades de Terapia Renal Substitutiva, no Estado do Rio de Janeiro.

A introdução das medidas contidas neste manual contribui, não só para a prevenção específica na redução dos riscos de infecção em pacientes e em profissionais de saúde que no exercício de suas atribuições encontram-se expostos a situação de risco mas, também, para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos pacientes que utilizam os serviços de terapia renal substitutiva.

Gilson Cantarino O'Dwyer

Secretário de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Governadora
Rosinha Garotinho

Secretário de Estado de Saúde
Gilson Cantarino O'Dwyer

Chefe de Gabinete do Secretário
Neuza Maria Nogueira Moyses

Diretora Geral do Centro de Vigilância Sanitária
Maria de Lourdes de Oliveira Moura

Diretora do Departamento de Fiscalização de Saúde - DEFES
Lenice G. da Costa Reis

Equipe do Setor de Monitoramento da Unidades

Antonio Alves Brasil - Enfermeiro
Mauro Sergio Cataldi de Almeida - Enfermeiro
Rosane Cohen - Enfermeira
Thays Sabrine Rosa Oliveira - Enfermeira
Luciana Aparecida Leão Martins - Farmacêutica
Sonia Silva Ramirez - Farmacêutica
Marcelo Dessen de Souza Esila - Médico
Reinaldo Chain - Médico

Editoração e Diagramação
CISA - Centro de Informações em Saúde

Capa
CISA - Centro de Informações em Saúde

MANUAL PARA REDUÇÃO DE RISCOS INERENTES À TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Reinaldo Chain - Organizador

AUTORES

Cristiane de Magalhães Rosa – Médica Infectologista
Membro da CCIH da Clínica São Vicente – Rio de Janeiro
Vice-Presidente da AECIHERJ – Associação de Estudos em Controle de Infecção Hospitalar do
Estado do Rio de Janeiro

Ieda Azevedo Nogueira – Enfermeira Especialista em Prevenção Controle de Infecção Hospitalar
Coordenadora Estadual de Controle de Infecção Hospitalar – Rio de Janeiro

Reinaldo Chain – Médico Clínico - Pós-graduado em Saúde Ocupacional
Mestrando em Nefrologia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)
Membro do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde
Setor de Monitoramento das Unidades de Terapia Renal Substitutiva – Rio de Janeiro

COLABORADORES

Elizabeth Lougue Pinto - Bióloga da Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar/RJ
Especialista em Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar pela Universidade Gama Filho

Magdalena Torres Fuster Campaner - Enfermeira Mestra em Educação pela Universidad La Habana – Cuba
Especialista em Nefrologia pela SOBEN,
Especialista em Enfermagem do Trabalho e Administração Hospitalar – CEDAS – Rio de Janeiro

Neuza Christina da Costa Schapanski – Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ
Enfermeira da CCIH do Hospital Municipal Salgado Filho - SMS / RJ
Professora do Curso de Pós-graduação em Prevenção e Controle de Infecções Hospitalares da
Universidade Gama Filho

Sonia Silva Ramirez – Farmacêutica
Habilitação em Farmácia Industrial pela Universidade Federal Fluminense – UFF
Membro do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde
Setor de Monitoramento das Unidades de Terapia Renal Substitutiva – Rio de Janeiro

REVISÃO TÉCNICA

Maria Aparecida Fadil Romão
Enf.^a Chefe da Unidade de Diálise do Serviço de Nefrologia do Hosp. das Clínicas da
Faculdade de Medicina da Universidade de S.P.
Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo
Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Pedro Luiz Vasques Ribeiro – Revisor e Tradutor

ÍNDICE

PREFÁCIO	11
1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	13
3 BIOSSEGURANÇA	13
<i>Lavagem e Anti-sepsia das Mãos</i>	14
<i>Medidas de Prevenção Padrão e Específicas</i>	16
<i>Algumas Doenças e Duração das Medidas de Prevenção Específicas</i>	18
<i>Doenças Infecciosas que não Necessitam de Prevenções Específicas</i>	19
<i>Uso de Medidas de Prevenção Padrão em Terapia Renal Substitutiva</i>	20
<i>Orientações para o Controle de MRSA</i>	21
<i>Acidente com Material Biológico</i>	22
4 ORIENTAÇÕES PARA O USO DE ANTI-SÉPTICOS	23
5 MEDICAÇÃO	24
6 CUIDADOS COM O PACIENTE	24
7 ORIENTAÇÕES PARA SOLUÇÕES UTILIZADAS NA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS	28
8 ORIENTAÇÕES PARA SALAS DE REUSO	29
9 ORIENTAÇÕES PARA SALAS DE REUSO AUTOMÁTICO	30
10 ORIENTAÇÕES PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARTIGOS	32
11 PROCESSAMENTO DE ARTIGOS	34
12 RESÍDUOS HOSPITALARES	36
13 ROTINAS PARA O SERVIÇO DE LIMPEZA	39
14 ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS CAIXAS D'ÁGUA E CISTERNAS DE ABASTECIMENTO	41
15 ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS CAIXAS D'ÁGUA E CISTERNAS DE ÁGUA TRATADA PARADIÁLISE	43
16 ARMAZENAMENTO DE MATERIAL E PRODUTOS QUÍMICOS	45
17 REFERÊNCIAS	46
18 ANEXO	47

PREFÁCIO

Foi através de observações durante visitas às diversas unidades de terapia renal substitutiva, no Estado do Rio de Janeiro, que constatamos todo um saber fragmentado entre os diversos profissionais que atuam na área, e que oscila dentro de um universo dicotomizado até chegar ao domínio e a atualização técnica das boas práticas e dos cuidados universais que devem ser prestados aos pacientes.

Ao questionarmos alguns procedimentos realizados, muitas vezes nos foi colocado se não poderíamos contribuir com material informativo, já que a atualização profissional nem sempre tem sido satisfatória nesse segmento da saúde.

Diante dessa situação, começamos a buscar parcerias com especialistas na área, tendo como resultado o presente Manual de Boas Práticas em Terapia Renal Substitutiva, que visa nortear as ações e cuidados que devem ser sempre seguidos e até ampliados, mas nunca desprezados ou negligenciados.

Este trabalho se baseia no saber prevalente em nosso meio até a data presente, mas esta é uma área em constante atualização, e, conseqüentemente, técnicas novas e eficazes devem sempre ser incorporadas.

Em nosso dia-a-dia não nos damos conta da complexidade de nossas atividades, e inadvertidamente deixamos de ver o paciente como ser humano e o tratamos como uma simples peça necessária ao nosso trabalho, nos tornando meros manipuladores de um equipamento do qual o corpo humano por acaso faz parte.

O cuidar requer: compromisso, dedicação, solidariedade e, principalmente, amor ao próximo.

1. INTRODUÇÃO

Segundo a portaria MS 2616/98, infecção hospitalar é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos para fins de diagnóstico e terapêuticas.

Como utilizar esta definição para a terapia renal substitutiva, realizada em unidades com características próprias? Estas unidades não são instituições hospitalares, mesmo que fisicamente estejam inseridas nestas, e também não conduzem à internação hospitalar.

A infecção hospitalar é o elo final de uma complexa cadeia de eventos, sendo resultado de um desequilíbrio do ecossistema existente nos tecidos colonizados do hospedeiro, sofrendo a interação da doença de base do paciente e as alterações provocadas pelos procedimentos diagnósticos e terapêuticas. Levando em conta estas considerações, a terapia renal substitutiva é um procedimento terapêutico invasivo, prolongado e freqüente, com características particulares. Fica então clara a utilização da definição da portaria acima citada para este evento, cabendo desenvolver as ações mínimas necessárias, deliberadas e sistematicamente, com vistas à redução ao mínimo possível da incidência e da gravidade das infecções nas unidades de terapia renal substitutiva.

Os pacientes submetidos à hemodiálise ou diálise peritoneal crônicas, em função da deficiência imunológica causada pela uremia, estão sob risco de infecções virais e bacterianas. Entre os vírus destacam-se os das hepatites B e C e o HIV. Quanto às infecções causadas por bactérias, encontramos aquelas que estão associadas aos acessos vasculares temporários ou permanentes, absolutamente necessários para realização desta terapia. *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis* são encontrados em infecções de cateter de dupla luz, de fístula arteriovenosa, de enxertos biológicos ou sintéticos, assim como em infecções de túnel do cateter para diálise peritoneal ou mesmo peritonites.

Além de todos estes problemas infecciosos, há ainda o risco vinculado à água tratada, utilizada no preparo do dialisado que pode ser contaminada por bactérias gram-negativas.

Observa-se, portanto, que este procedimento é de risco e necessita indiscutivelmente de atitudes de prevenção e controle.

2. OBJETIVOS

- Reduzir os riscos de infecção em pacientes e em profissionais que atuam no serviço de terapia renal substitutiva.
- Introduzir medidas de biossegurança.
- Melhorar a qualidade da assistência a pacientes dependentes do serviço de terapia renal substitutiva.
- Universalizar as informações a todos que trabalham na área.

3. BIOSSEGURANÇA

A introdução deste assunto no manual tem por objetivo chamar a atenção para uma questão importante para todos os profissionais da área de saúde, envolvidos direta ou indiretamente com o controle de infecção e sobre a necessidade de aprofundar seus conhecimentos para que sejam criadas em suas unidades as barreiras de biossegurança adequadas, de acordo com seus respectivos níveis de risco específicos.

Nossa intenção não é esgotar o assunto, mas apenas citar alguns pontos que consideramos pertinentes à Terapia Renal Substitutiva.

A prática dos métodos dialíticos envolve um conjunto de procedimentos que necessitam ser realizados com técnicas seguras, visando minimizar os riscos de contaminação dos pacientes, dos trabalhadores e do meio ambiente.

Os pontos críticos de biossegurança estão presentes em todas as etapas do processo, desde a instalação do paciente até o descarte de soluções, reprocessamento e limpeza de materiais e do ambiente de trabalho.

O termo “contenção” é utilizado em biossegurança para descrever métodos seguros para manuseio de materiais infectados no ambiente de trabalho onde eles estão sendo manipulados ou mantidos.

Entendem-se ainda, por “contenção” as técnicas utilizadas para reduzir ou eliminar a exposição de trabalhadores, pacientes e outras pessoas dos riscos potenciais do ambiente de trabalho.

Um dos primeiros cuidados a serem tomados é associar as boas técnicas de trabalho com os equipamentos de segurança, que podem ser coletivos ou individuais. O uso de vacinas pode promover e aumentar o nível de proteção individual. A avaliação dos riscos inerentes ao trabalho deve ser feita levando-se em conta os agentes contaminantes específicos que determinarão os procedimentos adequados.

Os outros cuidados a serem também implementados dizem respeito a uma construção adequada que abrigue materiais, máquinas e equipamentos condizentes com as normas técnicas aplicáveis a finalidade proposta. Não podem ser esquecidos os resíduos produzidos nas unidades, considerando-se todas as etapas de produção, separação, armazenamento e descarte.

O elemento mais importante de “contenção” é a estrita obediência aos padrões de boas práticas e técnicas operacionais. As pessoas que trabalham com agentes infecciosos e materiais potencialmente infectados devem ser considerados de risco, e devem ser treinadas e capacitadas nas práticas e técnicas de manuseios seguros de cada material. Deverão ser avisadas dos perigos especiais, sendo solicitado que leiam e sigam os procedimentos seguros.

Entendemos ser de competência e dever dos responsáveis técnicos das unidades a elaboração dos manuais técnicos adequados a cada unidade, bem como o treinamento contínuo e sistemático dos funcionários, por terem esses profissionais o conhecimento apropriado de técnicas dialíticas, procedimentos seguros e associação de risco com manuseio de agentes infecciosos.

LAVAGEM E ANTI-SEPSIA DAS MÃOS	
Importância da Lavagem das Mãos	<p>A higienização das mãos tem como principal objetivo prevenir a transmissão de microrganismos responsáveis pela ocorrência das infecções hospitalares.</p> <p>Para melhor compreender e executar a técnica de higienização das mãos é importante conhecer os conceitos de microbiota residente e transitória, além das soluções empregadas na sua realização.</p> <p>Microbiota residente - É composta mais comumente por microrganismos Gram (+) que aderem aos receptores cutâneos, permanecendo na pele por longo período de tempo. São de difícil remoção mecânica.</p> <p>Microbiota transitória - É composta por microrganismos Gram (+) e Gram (-), sendo a principal responsável pela ocorrência das Infecções Hospitalares. Estes microrganismos não estão aderidos aos receptores cutâneos e permanecem na pele por curto período de tempo. São parcialmente removíveis pela simples limpeza com água e sabão.</p>
Lavagem Simples das Mãos	<p>O que usar: água e sabão,</p> <p>Ação: remove mecanicamente a sujidade e reduz a microbiota transitória.</p> <p>Quando realizar: no início e no término dos turnos de trabalho, após uso do toalete, após assoar o nariz, fumar e pentear os cabelos, antes e imediatamente após o contato direto com o paciente, antes do preparo de medicações e no caso de existir sujidade visível nas mãos.</p>
Anti-sepsia das Mãos	<p>O que usar: Polivinilpirrolidona-I a 10% com 1% de iodo livre (PVP-I) - degermante e/ou clorhexidine aquosa.</p> <p>Ação: elimina a microbiota transitória e reduz a microbiota residente</p> <p>Quando realizar: sempre que houver necessidade da realização de procedimentos invasivos e após contato com material orgânico.</p>

Quadro1 – Lavagem e Anti-sepsia das Mãos (continua)

LAVAGEM E ANTI-SEPSIA DAS MÃOS (continuação)

Observações

- Retirar anéis, pulseiras e relógios.
- Recomendamos que as pias tenham uma profundidade de 40 centímetros.
- O sabão líquido deve ser a 1ª opção. Caso o sabão em barra seja o único disponível, este deve ser enxaguado antes do uso, ser pequeno, objetivando sua freqüente substituição e mantido em saboneteiras vazadas.
- Usar papel toalha não reciclado nas áreas críticas e semicríticas para enxugar as mãos.
- A clorhexidine deve ser utilizada em casos de pacientes ou funcionários alérgicos ao iodo;
- Ao utilizar PVP-I ou clorhexidine aquosa, não utilizar álcool a 70% imediatamente após, já que este torna inativa a ação residual dos mesmos;
- O uso de PVP-I é contra-indicado em recém-natos e grandes queimados, devido à absorção transcutânea de iodo, que pode causar hipotireoidismo.
- A torneira deve ser do tipo que o profissional não acione o volante para fechá-la. O importante é que o profissional não toque na torneira para fechá-la.

Quadro 1 – Lavagem e Anti-sepsia das Mãos

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO PADRÃO E ESPECÍFICAS	
Precaução Padrão	
<p>Objetivo:</p> <p>Evitar a exposição dos profissionais de saúde a materiais contaminados com potencial transmissão de HIV, HVB, HVC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicada em todos os pacientes independente do diagnóstico de suspeita ou confirmação. • Devem ser adotadas nas manipulações de sangue, fluídos corporais, secreções, excreções (exceto suor), pele não íntegra e mucosas. <p>Compreendem:</p> <p><i>Barreiras de proteção</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavagem das mãos antes e após contato com o paciente, mesmo quando do uso de luvas. • Uso de EPI - luvas não estéreis, capote impermeável de manga longa, máscara cirúrgica, protetor ocular, sapato fechado. • Imunização para hepatite B de todos os profissionais que trabalham em assistência à saúde. <p>OBS.: A escolha do EPI dependerá do procedimento a ser realizado.</p>	
Precaução Aérea	
<p>Objetivo:</p> <p>Evitar a transmissão de patologias transmitidas por micropartículas (< 5µ) que ficam em suspensão no ar por longos períodos, podendo ser dispersas a longas distâncias. Estas podem ser geradas durante a tosse, fala, espirro ou durante a realização de procedimentos como a aspiração, broncoscopia e intervenções odontológicas.</p> <p>Compreendem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obrigatoriamente o quarto privativo com banheiro e pia, que deve ser mantido com as portas fechadas e as janelas abertas. O ideal é quarto com sistema de ventilação com pressão de ar negativa (instalação de exaustor que retira ar do ambiente e lança para o exterior do prédio), com o mínimo de 06 trocas de ar/hora e filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air - filtro de alta eficiência). • Máscaras: N95 e cirúrgicas. <p>Utilização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de Saúde: Uso de Máscaras N95 que retêm quantidade igual ou maior que 95% de partículas menores que 5m; são de uso individual; têm durabilidade de até 3 meses se mantidas secas e íntegras. Não devem ser dobradas. • Paciente: Uso de máscara descartável cirúrgica quando for necessário que o paciente saia do quarto privativo para realizar exames ou outros procedimentos. 	

Quadro 2 – Medidas de Precaução Padrão e Específicas (continua)

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO PADRÃO E ESPECÍFICAS (continuação)**Precaução Contra Perdigotos ou Gotículas****Objetivo:**

Evitar a transmissão de patologias transmitidas por partículas > que 5µm, que ficam em suspensão no ar e percorrem curtas distâncias (até 1m).

Compreendem:

- Preferivelmente quarto privativo; caso não seja possível, manter distância maior que 1,20 metro entre os leitos;
- Máscaras cirúrgicas.

Utilização:

- **Profissional de Saúde:** utilizará a máscara cirúrgica quando se aproximar à distância mínima de 1 metro do leito do paciente infectado.

Precaução de Contato

• Indicada para pacientes portadores de microrganismos transmitidos pelo contato direto através das mãos ou indireto por equipamentos. É a mais importante e mais freqüente via de transmissão das infecções hospitalares.

Compreendem:

- Quarto preferivelmente privativo (com banheiro e pia).

Utilização:

- Uso de luvas e avental de mangas compridas não estéreis, que devem ser trocados após o cuidado com cada paciente e no manuseio de seus utensílios e mobiliários. Retirá-los antes de sair do quarto e lavar as mãos imediatamente.
- Uso de equipamentos individualizados. Caso isso não seja possível, os equipamentos deverão passar pelo processo de desinfecção após cada uso.

Quadro 2 – Medidas de Precaução Padrão e Específicas

ALGUMAS DOENÇAS E DURAÇÃO DAS MEDIDAS DE PRECAUÇÃO ESPECÍFICAS	
Precaução com Ar ou Aerossóis	<ul style="list-style-type: none"> • Varicela - Até fase de crosta, ou seja, ausência de vesículas. • Herpes Zoster disseminado - Até fase de crosta, ou seja, ausência de vesículas (mães com lesões ativas de Herpes labial devem usar máscaras cirúrgicas para manuseio de crianças). • Tuberculose pulmonar e laringea: Pacientes com suspeita clínica - manter em medida de precaução aérea até descartar o diagnóstico. Pacientes com confirmação do diagnóstico - Até 14 dias após o início do tratamento, desde que o paciente apresente melhora clínica (diminuição da tosse e desaparecimento da febre), caso contrário mantê-los em precaução até a alta hospitalar. • Sarampo - Manter a precaução até o término da doença.
Precaução com Gotículas ou Perdigotos	<ul style="list-style-type: none"> • Meningite por meningococo e por Haemophilus tipo B / Faringite / Escarlatina - até 24 horas de terapia específica. • Caxumba - 9 dias após início do edema ou até desaparecimento da induração. • Rubéola - por 7 dias após o aparecimento do rash cutâneo. • Coqueluche - durante os cinco primeiros dias de antibioticoterapia. • Difteria - até 2 culturas negativas realizadas com intervalo de 24 horas e 48 horas após início do tratamento. • Mycoplasma - Durante a internação. • Adenovírus/ Influenza / Parainfluenza - Durante a internação. • Parvovírus B- 19 - Para pacientes com eritema infeccioso, não é necessário adotar precaução, pois o risco de transmissão ocorre antes da sintomatologia clínica. Para pacientes com crise aplástica transitória, manter a precaução por 5 dias após início da crise. Para imuno-comprometidos com infecção crônica, manter a precaução durante todo período da doença.
Precaução de Contato	<ul style="list-style-type: none"> • Bactérias Multirresistentes - Para que seja adotada a medida de precaução, é necessário que a CCIH da unidade estabeleça critérios a partir do perfil epidemiológico na unidade hospitalar. Caso haja a necessidade de adotar a medida de precaução, esta deverá ser mantida durante a internação. • Escabiose / Impetigo / Pediculose - 24 após início da terapia. • Rubéola congênita - até 3 meses de idade com no mínimo duas culturas de nasofaringe e urina negativas após esse período; ou até 01 ano de idade na ausência de culturas. • Hepatite A, em paciente com incontinência fecal e/ou urinária - Durante internação. • Varicela / Herpes Zoster Disseminado - Até fase de crosta, ou seja, ausência de vesículas. • Ferida drenante - Durante a internação. • Clostridium difficile - Durante a internação. • Conjuntivite viral aguda ou hemorrágica/ Bronquiolite/ - Durante a internação. • Cólera / diarreia associada a antibioticoterapia - durante o período da doença. • Difteria cutânea - até 2 culturas negativas realizadas com intervalo de 24 horas e 48 horas após início do tratamento. • Herpes Simplex neonata (Inclui RN com parto transvaginal ou cesárea de mãe com infecção ativa e ruptura de membranas por 4 a 6 horas) - durante o período da doença. • Herpes simplex muco-cutâneo, grave ou disseminado - durante o período da doença

Quadro 3 – Algumas Doenças e Duração das Medidas de Precaução Específicas

DOENÇAS INFECCIOSAS QUE NÃO NECESSITAM DE PRECAUÇÕES ESPECÍFICAS		
Virais	Bacterianas	Micobactérias
<ul style="list-style-type: none"> • AIDS; • Hantavirose forma não pulmonar; • Hepatites; • Herpes simples mucocutâneo recorrente; • Herpes Zoster não disseminado em imunocompetente; • Dengue, febre amarela, raiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abscessos; • Conjuntivites; • Gangrena gasosa; • Doenças sexualmente transmissíveis; • Tétano; • Leptospirose; • Síndrome da pele escaldada 	<ul style="list-style-type: none"> • Hanseníase; • Tuberculose ganglionar (sem comprometimento pulmonar), meníngea ou óssea; • Infecções por Micobactérias não tuberculose; • Outras: pneumonia por <i>Pneumocystis carinii</i>.

Quadro 4 – Doenças Infecciosas que não Necessitam de Precauções Específicas

OBS.:

- 1 – A precaução padrão deve ser considerada em todos os pacientes, independentemente do seu diagnóstico definido ou presumível.
- 2 – Não é necessário manter os pacientes com < 500 neutrófilos sob precauções específicas. Está recomendado o uso de água fervida e alimentos cozidos.
- 3 – Para pacientes com febre amarela, diagnosticada ou suspeita, é recomendado o uso de mosquiteiros.

USO DE MEDIDAS DE PRECAUÇÃO PADRÃO EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA			
Onde	O Que	Quando	Observação
Salas de hemodiálise	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem das mãos. • Avental de plástico sem manga. • Protetor facial ou óculos e máscara. • Luvas de procedimento. • Sapato fechado e impermeável. 	Ao realizar procedimentos que impliquem manipulação de líquidos corpóreos.	<p>A lavagem das mãos deverá ser realizada antes e após contato com o paciente, mesmo quando são usadas luvas;</p> <p>Luvas de procedimentos deverão ser trocadas a cada paciente;</p> <p>Usar protetor facial ou óculos e máscara somente para lavagem de linha e dialisador;</p> <p>Usar óculos e máscara apenas para gases orgânicos ou toda vez que manipular a solução desinfetante;</p> <p>Fazer limpeza e desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% de luvas de borracha, avental óculos e protetor facial ;</p> <p>Trocar a máscara cirúrgica, quando esta estiver úmida ou a cada 2 horas.</p>
Sala de reprocessamento (reuso)	<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem das mãos. • Avental plástico impermeável, de manga longa. • Protetor facial • Óculos e máscara cirúrgica ou máscara para gases orgânicos. • Luvas de borracha. • Sapato impermeável. • Manter sistema de exaustão funcionando em todos os turnos. 	Quando manipular linhas e dialisador.	
Manutenção do tratamento de água (deionização ou osmose reversa) e equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Óculos • Avental • Máscara com filtro químico • Botas de borracha • Luvas de borracha 	Quando manipular produtos químicos como ácido, cloro e soda cáustica	
Ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • Luvas de borracha • Sapato impermeável • Avental de plástico 	Quando executar a limpeza do ambiente	

Quadro 5 – Uso de Medidas de Precaução Padrão em Terapia Renal Substitutiva

ORIENTAÇÕES PARA O CONTROLE DE MRSA	
Objetivos	Prevenir disseminação de MRSA, que é um importante agente etiológico das infecções hospitalares, entre os pacientes de uma mesma instituição ou instituições de saúde distintas.
Metodologia	<p>Os principais reservatórios de MRSA são os pacientes colonizados ou infectados pelo mesmo. E a principal via de transmissão é a mão do profissional de saúde.</p> <p>São medidas utilizadas visando o controle da disseminação de MRSA.</p> <p>1 - Vigilância microbiológica: É a verificação diária de resultados laboratoriais visando a detecção de MRSA em espécimes clínicos, identificando assim os reservatórios.</p> <p>2 - Precauções de contato: Devem ser adotadas para pacientes colonizados ou infectados por MRSA (ver página17).</p> <p>3 - Educação continuada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visa manter os profissionais de saúde cientes da importância das medidas adotadas e atualizados quanto ao tema, facilitando assim a adesão de todos os envolvidos no processo às rotinas estabelecidas pela CCIH. • Visa esclarecer os familiares quanto ao objetivo e técnica de Precauções de contato. <p>OBS: Compete à CCIH a Vigilância Epidemiológica de Germes Multirresistentes.</p>
Observações	<p>– Outras medidas de controle de MRSA</p> <p>Diversas são citadas na literatura, porém com a eficácia não estabelecida através de metodologia científica adequada. Quando adotadas, essas medidas devem obedecer aos critérios gerados a partir da experiência de cada instituição.</p> <p>1 - Vigilância ativa de colonização por MRSA</p> <ul style="list-style-type: none"> • É feita mediante swab de região anterior de fossas nasais. • São realizados em: pacientes oriundos de transferência inter ou intra-hospitalar, pacientes com fatores de risco para MRSA (internados por mais de uma semana, restritos ao leito, usando antimicrobianos e submetidos a procedimentos invasivos) e pacientes contactantes de pacientes com MRSA. <p>2 - Descolonização: Teoricamente, a erradicação do MRSA dos reservatórios é uma forma de cessar a transmissão deste agente etiológico, pois não há comprovação científica ou estudos demonstrativos comprovando tal fato. Grandes perguntas permanecem, tais como: a ocorrência de elevados níveis de resistência aos produtos químicos disponíveis, em que tempo descolonizar, qual o perfil de paciente a ser descolonizado e por quanto tempo descolonizar. Nós recomendamos, como rotina, não descolonizar pacientes com fatores de risco para recolonização (uso de cateter profundo, sondas e drenos de uso prolongado, tubo orotraqueal, feridas infectadas a exemplo).</p> <p>3 - Técnica de descolonização Banhar o paciente diariamente com clorhexidine durante 5 dias consecutivos e usar mupirocina na região das fossas nasais 3 vezes ao dia neste período. No quinto dia interromper a descolonização e após 48 horas colher "swab" de controle.</p>

Quadro 6 – Orientações para o Controle de MRSA

ACIDENTE COM MATERIAL BIOLÓGICO
Informações a serem Divulgadas pelas CCIHS das Unidades de Saúde
<p>1 - As medidas de prevenção de ocorrência de acidentes com materiais biológicos. Devem ser divulgadas preferencialmente mediante educação continuada da equipe de saúde.</p> <p>2 - A importância da vacinação para HVB dos profissionais que trabalham na área de saúde.</p> <p>3 - O fato dos acidentes com perfuro-cortantes serem emergências médicas, devem ser atendidos nas duas primeiras horas de ocorrência.</p> <p>4 - Perfil epidemiológico dos acidentes com perfuro-cortantes ocorridos na unidade.</p>
Como o Acidentado deve Proceder Diante de um Acidente com Material Biológico
<p>1 - Limpar a área acometida imediatamente com água e sabão.</p> <p>2 - Em caso de envolvimento de mucosa lavar abundantemente com solução fisiológica.</p> <p>3 - Procurar atendimento médico, de preferência dentro das duas primeiras horas de ocorrência.</p> <p>4 - No momento do acidente, o sangue do paciente fonte e do acidentado deve ser coletado imediatamente para avaliação sorológica para HVB, HVC, HIV.</p> <p>OBS: <i>O paciente fonte deve ser informado e esclarecido a respeito da necessidade da coleta de seu sangue. A profilaxia pós-exposição deve ser realizada nas 1-2 horas após o acidente para que esta tenha maior eficácia.</i></p>
Como o Médico que Atende ao Acidente Perfurocortante deve Proceder
<ul style="list-style-type: none"> • Informar ao acidentado quais são as patologias que podem mais freqüentemente ser transmitidas após um acidente com material biológico: HIV, HVB, HBC. • Solicitar do paciente fonte e acidentados sorologias para HIV, HVB, HVC. • Iniciar as medidas profiláticas (medicações antivirais e imunobiológicos) conforme orientações do Ministério da Saúde do Brasil para acidentes com materiais biológicos, 1999. • Enfatizar para o acidentado que a prevenção de contaminação para HIV, HVB, HVC dependerá principalmente do respeito às orientações feitas de acordo com a classificação de risco do acidente. • Enfatizar a importância do sexo seguro (informando sobre o uso de preservativos e outros cuidados) na prevenção da transmissão do HIV,HVB,HVC. • Explicar e enfatizar para o paciente a importância do acompanhamento médico subsequente. • Encaminhar o paciente e o acidentado para acompanhamento em locais de referência.

Quadro 7 – Acidente com Material Biológico

OBS.:

A situação do profissional de Unidade de Hemodiálise considerado não respondedor à vacina HBV ou em processo de vacinação deverá ser avaliado pela equipe médica e CCIH para que este não seja locado em área com maior risco de contaminação.

ORIENTAÇÕES PARA O USO DE ANTI-SÉPTICOS			
Anti-séptico	Tempo de Ação Residual	Indicação de Uso	Observações
PVP-I Degermante	2 a 3 horas	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar apenas em pele íntegra. Degermação da pele antes de procedimentos invasivos. Degermação das mãos da equipe cirúrgica. 	<p>1. Distribuir os anti-sépticos em almotolias de tamanho pequeno, com tampa, identificada e de uso individualizado.</p> <p>2. A troca de soluções das almotolias deve ser feita a cada 48 horas.</p> <p>3. As almotolias deverão passar pelo processo de desinfecção.</p>
PVP-I aquoso	2 a 3 horas	<ul style="list-style-type: none"> Utilizado para mucosa e pele íntegra. Anti-sepsia da pele antes de procedimentos invasivos. 	
PVP-I Alcoólico	2 a 3 horas	<ul style="list-style-type: none"> Utilizado apenas em pele íntegra. Anti-sepsia da pele antes de procedimentos invasivos. 	
Clorhexidina degermante	5 a 6 horas	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar apenas em pele íntegra. Degermação da pele antes de procedimentos invasivos. Degermação das mãos da equipe cirúrgica. 	
Clorhexidina aquosa	5 a 6 horas	<ul style="list-style-type: none"> Utilizado para mucosa e pele íntegra. Anti-sepsia da pele antes de procedimentos invasivos. 	
Clorhexidina Alcoólica	5 a 6 horas	<ul style="list-style-type: none"> Utilizado apenas em pele íntegra. Anti-sepsia da pele antes de procedimentos invasivos. 	
Álcool a 70% glicerinado	Não possui ação residual	<ul style="list-style-type: none"> Utilizado apenas em pele íntegra. Utilizado para anti-sepsia das mãos em procedimentos que não necessitem de efeito residual (procedimentos de baixo risco). Em situações de emergência. Antes e após contato com paciente, seus equipamentos e mobiliário 	

Quadro 8 - Orientações para o Uso de Anti-sépticos

MEDICAÇÃO

Cuidados Durante o Preparo e Administração de Medicamentos

- Lavar as mãos antes de iniciar o preparo;
- Fazer desinfecção da bancada com fricção de álcool a 70% por 30 segundos;
- Fazer desinfecção dos frascos de medicamentos com fricção de álcool a 70% por 30 segundos, antes de aspirar o medicamento;
- Usar nova agulha cada vez que for aspirar o mesmo frasco;
- Usar uma seringa para cada medicamento;
- Não tocar na parte interna do embolo da seringa (usar o invólucro para protegê-la até a administração da medicação);
- Identificar todas as medicações preparadas com o nome do paciente, da medicação e data de preparo;
- Nunca reencapar agulhas, mesmo as usadas para aspiração de medicações;
- Não desconectar agulhas das seringas ao desprezá-las;
- Conferir o nome do paciente antes de administrar a medicação.

Quadro 9 – Medicação

CUIDADOS COM O PACIENTE

CURATIVOS - OBSERVAÇÕES GERAIS

- As soluções das almotolias deverão ser renovadas a cada 48 horas. As almotolias deverão passar pelo processo de desinfecção: lavar com água e sabão, esperar secar e imergir em hipoclorito de sódio a 1% por 30 minutos, enxaguar e secar com compressa limpa. Não completar o volume, desprezar o resíduo antes de repor a solução.
- Proceder à limpeza e desinfecção do carrinho ou bandeja de curativos, antes e depois da realização do procedimento.
- Curativos contaminados deverão ser feitos após os curativos não contaminados.
- Trocar o curativo quando estiver úmido, sujo ou solto.
- Não conversar, durante o procedimento;
- Usar EPI (vide quadro de medida de precaução padrão).
- Lavar as mãos antes e depois de cada procedimento.
- As opções de outros anti-sépticos para o uso em curativos, de limpeza do cateter, deverão ser avaliadas e aprovadas pela CCIH.

Quadro 10 – Cuidados com o Paciente (Curativos – Observações Gerais)

CUIDADOS COM O PACIENTE (continuação)

ACESSO VENOSO PERMANENTE - FÍSTULA ARTERIO VENOSA (FAV)

- Orientar o paciente para lavar o membro da fístula, com água e sabão, mesmo que o paciente já tenha tomado banho;
- Acomodar confortavelmente o paciente;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Garrotear o membro da FAV;
- Realizar exame físico do local de punção;
- Realizar a anti-sepsia com álcool a 70%, fazendo movimentos rotatórios de dentro para fora ou de cima para baixo;
- Deixar secar espontaneamente;
- Realizar a punção (evitar puncionar sempre em uma mesma área);
- Avaliar o refluxo de sangue;
- Fixar as agulhas utilizando técnica de Chevron;
- Iniciar procedimento dialítico;
- Após o final do procedimento, retirar agulhas (uma por vez);
- Desprezar as agulhas no recipiente destinado à coleta deste material;
- Aguardar o tempo necessário para promover hemostasia;
- Proceder a curativo (evitar garrotear o membro da FAV).

ACESSO VENOSO TEMPORÁRIO - CATETER DE DUPLA LUZ (CDL)

- Orientar o paciente a respeito do procedimento a ser realizado;
- Colocar gorro e máscara no paciente;
- Lavar as mãos;
- Utilizar EPI (gorro, máscara e luvas de procedimento);
- Remover curativo sujo;
- Realizar o curativo antes de iniciar o procedimento de diálise;
- Retirar luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luva estéril.
- Inspecionar o local de inserção do cateter e avaliar sinais de infecção (dor, calor, edema, hiperemia);
- Colocar campo estéril sob o acesso do paciente;
- Fazer anti-sepsia com gaze estéril e PVP-I tópico no local de inserção do cateter, com movimentos circulares de dentro para fora (da área limpa para área suja);
- Proceder à desinfecção do cateter com álcool a 70%;
- Retirar o excesso do produto com gaze seca estéril;
- Colocar gaze estéril dobrada sob e sobre o cateter;
- Fixar o cateter;
- Colocar o material contaminado em recipiente apropriado;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento e as anormalidades.

CUIDADOS COM O PACIENTE (continuação)

ACESSO PARA DIÁLISE PERITONEAL

- Orientar o paciente a respeito do procedimento a ser realizado;
- Colocar gorro e máscara no paciente;
- Lavar as mãos;
- Utilizar EPI (gorro, máscara e luvas de procedimento);
- Remover curativo sujo;
- Realizar o curativo antes de iniciar o procedimento de diálise;
- Retirar luvas de procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luva estéril;
- Inspeccionar o local de inserção do cateter e avaliar sinais de infecção (dor, calor, edema, hiperemia);
- Proceder à limpeza do orifício com solução fisiológica, removendo crosta e coágulo;
- Fazer anti-sepsia com gaze estéril e PVP-I tópico no local de inserção do cateter, com movimentos circulares de dentro para fora (da área limpa para área suja);
- Retirar o excesso do produto com gaze seca estéril;
- Colocar gaze estéril dobrada sob o cateter e outra no local de inserção;
- Fixar o curativo;
- Colocar o material contaminado em recipiente apropriado;
- Retirar luvas;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento e as anormalidades.

Quadro 10 – Cuidados com o Paciente (Acesso para Diálise Peritoneal) (continua)

CUIDADOS COM O PACIENTE (continuação)**COLETA DE SANGUE PARA HEMOCULTURA**

- Lavar as mãos.
- Calçar luvas de procedimento.
- Fazer anti-sepsia da pele do paciente e desinfecção da tampa do frasco de hemocultura friccionando com álcool a 70% por 3 vezes durante 20 segundos.
- Usar luvas de procedimentos para a realização da punção venosa. Não tocar o sítio de coleta após a anti-sepsia. Não trocar agulhas antes da inoculação do sangue no frasco de hemocultura.

VOLUME DE SANGUE POR FRASCO DE HEMOCULTURA

O volume ideal corresponde a 10% do volume total do frasco de coleta. No caso de método automatizado, seguir as recomendações do fabricante.

NÚMERO DE AMOSTRAS / VOLUME POR PACIENTE

- **ADULTOS:** colher no mínimo 03 amostras, somando o total de 30ml de sangue distribuídos em seis frascos de hemoculturas (5,0 ml por frasco).
- **CRIANÇAS:** colher 5ml de sangue em 2 frascos (2,5ml por frasco).
- **NEONATOS:** colher 0,5 a 1 ml de sangue em amostra única.

OBS: sugerimos avaliar as condições de hematócrito do paciente.

SÍTIOS DE COLETA

As amostras devem ser coletadas em sítios de punção distintos e em membro oposto a FAV e/ou cateter.

INTERVALOS ENTRE AS COLETAS DE AMOSTRAS

Não há necessidade de intervalos específicos entre a coleta de amostras consecutiva, exceto em suspeita de endocardite infecciosa.

Observação

ENDOCARDITE AGUDA: coletar as 03 amostras com intervalo de 1 hora entre a primeira e a última amostra, e intervalos de no mínimo 15 minutos entre amostras consecutivas.

ENDOCARDITE SUBAGUDA: coletar as 03 amostras com intervalo de 6 horas entre as mesmas.

Encaminhar o material ao laboratório imediatamente ou no prazo máximo de 30 minutos. Caso contrário, manter em temperatura ambiente ou estufa a 37°C até 72 horas. Quando a suspeita clínica for de *Streptococcus pneumoniae*, a amostra deve ser conservada em geladeira a 4°C por até 12 horas.

Quadro 10 – Cuidados com o Paciente (Coleta de Sangue para Hemocultura)

ORIENTAÇÕES PARA SOLUÇÕES UTILIZADAS NA DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO DE ARTIGOS			
Solução	Validade da solução em uso	Material	Equipamento de proteção individual (EPI)
Hipoclorito de Sódio 1%	No máximo até 24 horas após diluição, preferencialmente a cada 6 horas.	Borrachas, vidros, plásticos e superfícies não metálicas	Luvas de borracha de cano longo e óculos.
Glutaraldeído 2%	2% ativada 14 dias 2% potencializada 28 dias	Termossensível	Máscara com filtro químico, óculos, luvas de borracha de cano longo, avental impermeável de manga longa.
Ácido peracético 2%	7 dias	Dialisador e linhas	Máscara com filtro químico, óculos, luvas de borracha de cano longo, avental impermeável de manga longa.
(*) Ácido peracético 0,2%, com inibidor de corrosão.	30 dias	Vidros, metais, plásticos, endoscópios, materiais termossensíveis.	Máscara com filtro químico, óculos, luvas de borracha de cano longo, avental impermeável de manga longa.
Peróxido de hidrogênio 6%	48 horas	Vidros, plásticos, endoscópios, materiais termossensíveis	Máscara com filtro químico, óculos, luvas de borracha de cano longo, avental impermeável de manga longa.

Quadro 11 – Orientações para Soluções Utilizadas na Desinfecção e Esterilização de Artigos

(*) OBS:

Caso não haja um composto inibidor de corrosão na composição do ácido peracético, este não poderá ser utilizado em metais.

ORIENTAÇÕES PARA SALAS DE REUSO		
O quê	Como	Observações
Limpeza	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar os dialisadores e linhas arteriais e venosas com água tratada para hemodiálise. • Fazer retrolavagem sob pressão. • Medir o volume de preenchimento dos dialisadores (priming). • Descartar o dialisador e linhas, caso o resultado indique redução igual ou superior a 20%. • Testar o capilar à procura de ruptura dos dialisadores. • Anotar medida de volume do dialisador após cada uso, inclusive o priming inicial, em ficha própria. • Anotar o número de vezes que o dialisador e a linha foram reutilizados, em ficha própria e individual. 	<p>Tratar previamente o dialisador antes do primeiro uso em diálise, para medida do priming inicial (previne a síndrome do primeiro uso).</p> <p>Descartar dialisador e linhas após ter sido utilizado 12 vezes, independente do priming.</p> <p>Pacientes com HIV, sepse ou quadro agudo de hepatite não devem ter seus dialisadores reutilizados.</p> <p>A bancada para reuso de pacientes portadores de hepatite B, deverá ser exclusiva, bem como o funcionário.</p> <p>A bancada para reuso de pacientes portadores de hepatite C, deverá ser exclusiva, bem como o funcionário.</p> <p>É proibida a atuação simultânea de funcionário responsável pelo reuso em mais de uma sala.</p> <p>Realizar e registrar todos os testes para existência de ácido peracético ou formol em folha própria.</p>
Desinfecção	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher os dialisadores e linha com solução de ácido peracético ou formol. • Identificar os dialisadores com data de troca, nome completo do paciente e sorologia. • Acondicionar os dialisadores e linhas em recipientes limpos. • Identificar o recipiente com data de troca, nome completo do paciente e sorologia. 	<p>A diluição de soluções desinfetantes, quando necessária, deverá ser feita com água tratada para diálise.</p>

Quadro 12 – Orientações para Salas de Reuso

ORIENTAÇÕES PARA SALAS DE REUSO AUTOMÁTICO		
O quê	Como	Observações
Limpeza	<p>Limpeza externa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar o dialisador com água para diálise, e aplicar em seguida a solução desinfetante. • Secar. <p>Limpeza interna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar o dialisador na posição vertical. <p>Na parte inferior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pinçar a entrada do dialisador. • Introduzir fluxo de água de 500 ml / min na saída de sangue venoso, com pressão máxima de 500 mm Hg. • Deixar drenar. <p>Na parte superior:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pinçar a saída do dialisado. • Manter pressão de água na entrada do dialisado de 1,5KG / cm². • Introduzir fluxo de água de 200ml/min na saída de sangue venoso, com pressão máxima de 500mmHg. • Deixar drenar. • Medir o volume residual. • Pinçar a saída do dialisado. • Introduzir fluxo de água de 200ml/min na saída de sangue venoso, com pressão máxima de 200mmHg. • Deixar drenar. • Inverter a posição do dialisador. • Pinçar a entrada e saída do dialisado. • Manter pressão na saída de sangue venoso de 200mmHg. • Medir o volume residual em proveta colocado na entrada de sangue arterial. • Ainda na posição invertida, medir o volume de preenchimento dos dialisadores (priming). • Pinçar a entrada de dialisado e a entrada de sangue arterial. • Introduzir uma pressão de ar de 300mmHg na saída de sangue venoso. • Marcar 30 seg. Pinçar a saída de sangue venoso. • Pinçar a entrada de dialisado. • Pinçar a entrada de sangue arterial, queda máxima permitida de 30mmHg. 	<p>Tratar previamente o dialisador antes do primeiro uso em diálise, para medida do priming (evitar a síndrome do primeiro uso).</p> <p>Pacientes com HIV, sepse ou quadro agudo de hepatite, não devem ter seus dialisadores reutilizados.</p> <p>A bancada para reuso de pacientes portadores de hepatite B, deverá ser exclusiva, bem como o funcionário.</p> <p>A bancada para reuso de pacientes portadores de hepatite C, deverá ser exclusiva, bem como o funcionário.</p> <p>É proibida a atuação simultânea de funcionário responsável pelo reuso em mais de uma sala.</p> <p>Registrar todos os testes para existência de ácido peracético, formol ou glutaraldeído em folha própria.</p>

Quadro 13 – Orientações para Salas de Reuso Automático (continua)

ORIENTAÇÕES PARA SALAS DE REUSO AUTOMÁTICO (continuação)		
O que	Como	Observações
Desinfecção	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher os dialisadores e linha com solução de ácido peracético. • Identificar os dialisadores com data de troca nome completo do paciente e sorologia. <p>Ainda na posição invertida:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar pressão de ar de 200mmHg na saída de sangue venoso e entrada do dialisado. • Deixar drenar. • Voltar o dialisador a posição original. • Colocar a solução desinfetante a 200ml/min a pressão máxima de 200mmHg na entrada do dialisado. • Deixar drenar. • Colocar a solução desinfetante a 200ml/min a pressão máxima de 200mmHg na saída de sangue venoso. • Deixar drenar. 	A diluição de soluções desinfetantes, quando necessária, deverá ser feita com água tratada para diálise.

Quadro 13 – Orientações para Salas de Reuso Automático

ORIENTAÇÕES PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARTIGOS

Limpeza

É a remoção de material orgânico e sujidades dos objetos. Processo que precede a todas as outras ações de desinfecção e/ou esterilização. Poderá ser feita pelo método manual ou mecânico.

Objetivos

- Remover sujidades.
- Remover ou reduzir a quantidade de microrganismos.

Solução Utilizada

- Detergente líquido neutro.
- Solução desincrostante.

Procedimento Manual

- Submergir o material em água e detergente líquido.
- Escovar todas as superfícies do material em baixo de água corrente.
- Enxaguar.
- Secar o material.

Observações:

1. É indicada a imersão prévia do material em solução desincrostante.
2. No procedimento mecânico são utilizadas lavadoras descontaminadoras, ultra-sônicas, esterilizadoras e lavadoras de túnel.

Desinfecção

Definição:

Processo de eliminação de microrganismos na forma vegetativa.

Níveis de Desinfecção:

Alto nível

Destrói todos os microrganismos na forma vegetativa e alguns esporulados.

Médio nível ou nível intermediário

Inativa o bacilo da tuberculose, bactérias na forma vegetativa, exceto as esporuladas, a maioria dos vírus e fungos.

Baixo nível

Elimina a maioria das bactérias, alguns vírus e fungos, não elimina o bacilo da tuberculose e esporos.

Soluções Utilizadas nos Níveis de Desinfecção:

Alto nível

Glutaraldeído 2%; Peróxido de Hidrogênio a 6% - tempo de exposição 30 minutos.
Ácido peracético 0,2% - tempo de exposição 10 minutos.

Médio nível ou intermediário

Álcool a 70%; hipoclorito de sódio a 1% - tempo de exposição 10 minutos.

Baixo nível

Álcool a 70%, Hipoclorito de Sódio a 1%. Para o uso de álcool a 70%, algumas das bibliografias consultadas citam o tempo de 30 segundos de exposição; não há referência para o hipoclorito.

Quadro 14 – Orientações para Limpeza e Desinfecção de Artigos (continua)

ORIENTAÇÕES PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE ARTIGOS (continuação)**Desinfecção****Procedimento:**

- Submergir completamente o material na solução, marcar a hora do início e término do processo.
- Deixar o material na solução pelo tempo determinado, conforme orientações contidas na página anterior.
- Após o tempo determinado, lavar o material em água corrente, ou água estéril/solução fisiológica (em caso de artigo crítico).
- Secar o material com tecido limpo, ar comprimido ou estufas próprias.

Observações

- Álcool é contra-indicado em acrílico, borrachas e tubos plásticos, e pode danificar o cimento das lentes de equipamentos.
- A desinfecção com álcool a 70% deverá ser feita por fricção, repetindo o processo por 3 vezes.
- No processo de limpeza manual, usar escovas de cerdas macias.
- O recipiente que receberá o material desinfetado deverá também sofrer desinfecção prévia.
- Usar EPI no manuseio das soluções de acordo com as recomendações contidas na página 28.
- Usar recipientes de plástico opaco com tampa, identificação da solução e data de validade da mesma.
- O material deverá estar limpo e seco antes de ser colocado na solução.
- Na presença de turvação ou coloração diferente a solução deve ser trocada.
- Não colocar novo material no recipiente se já houver algum outro passando pelo processo de desinfecção.

Quadro 14 – Orientações para Limpeza e Desinfecção de Artigos

PROCESSAMENTO DE ARTIGOS				
Material	Nível desinfecção	Solução	Procedimento	Observações
Cabo do laringoscópio, termômetros, bandejas	Médio	Álcool 70%	<ul style="list-style-type: none"> Fazer limpeza com água e sabão; Fazer fricção com álcool a 70%, por 30 segundos. 	
Lâmina laringoscópio	Alto	Água e sabão + glutaraldeído 2% ou ácido peracético	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Secar e deixar imerso na solução, por 30 minutos. Enxaguar copiosamente. Secar em campo ou compressa limpa. Empacotar em campo ou compressa limpa. 	<ul style="list-style-type: none"> O artigo ao ser colocado na solução deverá estar limpo e seco.
Pinças plásticas, clamps para hemostasia	Médio	Água e sabão + Hipoclorito de sódio 1%	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Secar e deixar imerso na solução, por 30 minutos. Enxaguar copiosamente. Secar em campo ou compressa limpa. Empacotar em campo ou compressa limpa. 	<ul style="list-style-type: none"> Não colocar novo material na solução se já estiver outro em processo de desinfecção. Os recipientes com as soluções deverão passar pelo processo de desinfecção semanalmente e sempre na troca das soluções. Após a limpeza, a subcânula de traqueostomia deverá passar pelo processo de desinfecção com álcool a 70%. O funcionário ao manusear a solução de glutaraldeído ou ácido peracético deverá usar luva de borracha cano longo, máscara de filtro químico, avental e óculos.
Nebulizador, máscara de nebulização	Médio	Hipoclorito de sódio 1%	<ul style="list-style-type: none"> Lavar com água e sabão. Secar e deixar imerso na solução, por 30 minutos. Enxaguar copiosamente. Secar em campo ou compressa limpa. Empacotar em saco plástico, campo ou compressa limpa. 	<ul style="list-style-type: none"> Manter o frasco de aspiração seco caso esteja fora do uso.
Borracha de aspiração, tubo (látex ou silicone - aspiração e oxigênio)	Esterilização	Auto-clave ou óxido de etileno	<ul style="list-style-type: none"> Se estiverem em uso, deverão ser trocados a cada 12 horas. Se estiverem estocados, observar prazo de validade da embalagem e reprocessar o material quando este estiver vencido. 	
Frasco de aspiração	Médio	Hipoclorito de sódio 1%		

Quadro 15 – Processamento de Artigos (continua)

PROCESSAMENTO DE ARTIGOS (continuação)				
Material	Nível desinfecção	Solução	Procedimento	Observações
Circuito respirador, ambú, máscara de ventilação	Alto ou Esterilização	Glutaraldeído 2%, ácido peracético ou Óxido de etileno	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão, • Secar, imergir na solução por 30 minutos. • Retirar com luva estéril. • Enxaguar com água estéril. • Secar em campo ou compressa estéril. • Empacotar em saco plástico, campo ou compressa limpa. 	<ul style="list-style-type: none"> • O artigo ao ser colocado na solução deverá estar limpo e seco. • Não colocar novo material na solução se já estiver outro em processo de desinfecção. • Os recipientes com as soluções deverão passar pelo processo de desinfecção semanalmente e sempre na troca das soluções. • Após a limpeza, a subcânula de traqueostomia deverá passar pelo processo de desinfecção com álcool a 70%.
Almotolia	Médio	Hipoclorito de Sódio 1%	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar com água e sabão. • Secar. • Imergir na solução por 30 minutos. • Enxaguar e secar com compressa ou pano limpo. • Repor as soluções. 	<ul style="list-style-type: none"> • O funcionário ao manusear a solução de glutaraldeído ou ácido peracético deverá usar luva de borracha cano longo, máscara de filtro químico, avental e óculos. • Manter o frasco de aspiração seco caso esteja fora do uso.

Quadro 15 – Processamento de Artigos

RESÍDUO HOSPITALAR**Classificação**

GRUPO A: Resíduos Biológicos - resíduos que possuam agentes biológicos ou outros que se apresentem contaminados por eles, que possam trazer riscos à saúde pública e ao meio ambiente.

Enquadra-se neste grupo, dentre outros assemelhados: bolsas de sangue, sangue e hemocomponentes; secreções, excreções e outros fluidos orgânicos, quando coletados; - meios de cultura e vacinas; materiais descartáveis que tenham entrado em contato com quaisquer fluidos orgânicos (algodão, gaze, atadura, esparadrapo, equipo de soro, equipo de transfusão, kits de aférese, kits de linhas arteriais endovenosas, capilares, gesso, luvas, dentre outros similares); peças anatômicas (tecidos, membranas, órgãos, placentas) incluindo membros (pernas, pés, braços, mãos e dedos) do ser humano, que não tenham mais valor científico ou legal, e/ou quando não houver requisição pelo paciente ou familiares; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, da mesma forma que os anteriores, que não tenham mais valor científico ou legal, e/ou quando não houver requisição pelo paciente ou familiares; animais de experimentação; filtros de sistemas de ar condicionado de área de isolamento; membranas filtrantes de equipamentos médico-hospitalares e de pesquisas; todos os resíduos provenientes de paciente em isolamento, incluindo alimentos, absorventes higiênicos, fraldas, papéis sanitários; materiais perfuro-cortantes contaminados com agentes biológicos (lâminas de barbear, bisturis, agulhas, escalpes, ampolas de vidro e outros assemelhados provenientes de estabelecimento de saúde); quaisquer resíduos do GRUPO D contaminados por agente biológico.

GRUPO B - Resíduos Químicos - resíduos que apresentam risco à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas.



Enquadra-se neste grupo, dentre outros assemelhados: Resíduos perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 - Resíduos Sólidos, por sua toxicidade (incluindo a mutagenicidade e genotoxicidade), corrosividade, inflamabilidade e reatividade; medicamentos vencidos, contaminados, interditados, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo; antimicrobianos e hormônios sintéticos; mercúrio de amálgamas e outros resíduos de metais pesados; saneantes e domissanitários; líquidos reveladores de filmes; drogas quimioterápicas e materiais descartáveis por elas contaminados; objetos perfuro-cortantes contaminados com quimioterápico ou outro produto químico perigoso; quaisquer resíduos do GRUPO D contaminados por agente químico.

GRUPO C - radioativos (a gerência destes resíduos segue as especificações da CNEN - NE 6.05).

GRUPO D - Resíduo Comum - são todos aqueles não enquadrados anteriormente.

OBS: Neste Manual consideramos apenas os Resíduos "A", "B" e "D".

Quadro 16 – Resíduo Hospitalar (continua)

RESÍDUO HOSPITALAR (continuação)
Geração de resíduo
<p>OS RESÍDUOS DEVEM SER SEGREGADOS E ACONDICIONADOS NOS LOCAIS ONDE FORAM GERADOS IMEDIATAMENTE APÓS O USO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resíduos perfurocortantes utilizados na administração de quimioterápicos são considerados como Classe B. • Todo o material utilizado na administração de quimioterápicos incluindo máscaras, capotes, luvas, etc., são considerados como Classe B. • Resíduos perfuro-cortantes utilizados na administração de radiofármacos são considerados como Classe C. • Resíduos de alimentos oriundos das áreas de isolamento, considerados como Classe A, devem ser imediatamente acondicionados, não podendo ser devolvidos para o Serviço de Nutrição e Dietética.
ATENÇÃO
<p>Nunca reencapar agulhas. Não desconectar seringa de agulhas para descartá-las.</p>
Descarte e acondicionamento
<p>O acondicionamento de resíduos deve ser feito em contêineres resistentes e impermeáveis, no momento e local de sua geração, a medida em que forem gerados, de acordo com a classificação e o estado físico do resíduo. A identificação deve ser feita nos sacos, nos frascos, nos suportes, nos recipientes, nos contêineres e nos abrigos de guarda de contêineres de resíduos</p> <p>CLASSE A (INFECTANTES): devem ser acondicionados em saco branco leitoso, resistente, impermeável, utilizando-se saco duplo para os resíduos pesados e úmidos, devidamente identificado em rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, contendo símbolo e a inscrição de RESÍDUO BIOLÓGICO.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>CLASSE B (FARMO-OUÍMICOS) deve ser acondicionada em saco branco-leitoso, resistente, impermeável, utilizando-se saco duplo para os resíduos pesados e úmidos, devidamente identificado com rótulos de fundo vermelho, desenho e contornos pretos, contendo símbolo de substância tóxica e a inscrição de RESÍDUO TÓXICO.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>PERFURO-CORTANTES: em recipiente rígido, que não permita derrame de líquido existente em seu interior. A IDENTIFICAÇÃO VAI CORRESPONDER À CLASSE QUE ESTÁ INSERIDO (A, B ou C).</p> <p>CLASSE D (COMUM) - saco plástico comum de qualquer cor padronizada pelo hospital, exceto branco-leitoso e vermelho.</p>
Observação
<p><i>Matéria orgânica em decomposição (peças cirúrgicas, amputações, etc) devem ser acondicionadas em câmaras frias específicas</i></p>

Quadro 16 – Resíduo Hospitalar (continua)

RESÍDUO HOSPITALAR (continuação)
Coleta e transporte
<p>Todo recipiente destinado ao acolhimento de resíduos deve possuir tampa de preferência com mecanismo de pedal para sua abertura.</p> <p>O funcionário deverá usar EPI (Luva, gorro, máscara, avental e botas).</p> <p>Coletar os resíduos da fonte geradora em intervalos regulares, de acordo com a necessidade do setor.</p> <p>Recolher os sacos coletores dos pontos geradores sempre que 2/3 de sua capacidade estejam completados.</p> <p>Transportar os sacos em carros fechados, dotados de tampa evitando cruzamento com alimentos, roupa limpa e pessoas.</p> <p>Na operação de retirada dos sacos dos coletores de lixo, deve-se tomar todo cuidado para evitar seu rompimento.</p> <p>Resíduos perfuro-cortantes deverão ser desprezados em recipientes rígidos reforçados, conforme as normas ABNT NBR nº10.004.</p> <p>Os sacos de lixo com resíduos de serviços de saúde jamais deverão ser deixados em corredores, transportados abertos ou arrastados pelo chão.</p>
Observação
<p>Os recipientes de sangue e hemoderivados deverão ser autoclavados antes do descarte.</p> <p>Os resíduos A e B devem ser entregues à empresa contratada para coleta . <u>Não descartar em lixões.</u></p> <p><u>Resíduos Classe D podem ser reciclados .</u></p> <p style="text-align: center;">NÃO INCINERAR OS RESÍDUOS NO HOSPITAL.</p>

Quadro 16 – Resíduo Hospitalar

ROTINAS PARA O SERVIÇO DE LIMPEZA			
O quê	Quando	Com o quê	Como
Balde de lixo / Hamper	Diariamente e após contaminação	Água e sabão	Limpeza mecânica
Banheiro / Pias / Vaso sanitário	Diariamente e se necessário	Água e sabão e hipoclorito de sódio a 1%	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza mecânica. Após limpeza com água e sabão, secar e passar hipoclorito, deixar agir por 10 minutos.
Camas / Macas / Colchões / Cadeira de rodas / Suporte de soro / Lixeira / Escadinha	A cada turno em salas de hemodiálise e a cada paciente em sala de diálise peritoneal	Água e sabão e hipoclorito de sódio a 1%	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza mecânica. Após limpeza com água e sabão, secar e passar hipoclorito, deixar agir por 10 minutos.
Bancadas de preparo de medicação / mesas	Diariamente antes e depois do preparo de medicação	Água e sabão e hipoclorito de sódio a 1%	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza mecânica. Após limpeza com água e sabão, secar e passar hipoclorito, deixar agir por 10 minutos.
Comadres / Papagaio / Cuba rim	Após o uso e após alta	Água e sabão e hipoclorito de sódio a 1%	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza mecânica. Após limpeza com água e sabão, secar e passar hipoclorito, deixar agir por 10 minutos.
Filtro ar condicionado (parede)	Semanalmente, ou quando sujo ou após cirurgia contaminada	Água quente e sabão e hipoclorito de sódio a 1%	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza mecânica com imersão.
Geladeiras / Freezer / Câmaras frigoríficas	Semanalmente	Água e sabão	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza mecânica.
Luminária	Mensalmente	Água e sabão	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza mecânica.
Pisos e superfícies	Diariamente e após contaminação	Água e sabão e hipoclorito de sódio a 1%	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza mecânica. Após limpeza com água e sabão secar e passar hipoclorito, deixar agir por 10 minutos em presença de matéria orgânica, retirar o excesso com papel toalha, limpar com água e sabão e passar hipoclorito a 1%.

Quadro 17 – Rotinas para o Serviço de Limpeza (continua)

ROTINAS PARA O SERVIÇO DE LIMPEZA			
O quê	Quando	Com o quê	Como
Telefone	Diariamente	Água e sabão e álcool a 70%	• Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos (3 vezes).
Janelas / Parede / Teto	Após contaminação em áreas críticas e semicríticas e semanalmente nas áreas não-críticas	Água e sabão	• Limpeza mecânica.
Bebedouro	Diariamente	Água e sabão e álcool 70%	• Limpeza mecânica e fricção por 30 segundos (3 vezes).
Abrigo do lixo	Após o recolhimento do lixo	Água e sabão e hipoclorito de sódio a 1%	• Limpeza mecânica. Após limpeza com água e sabão, secar e passar hipoclorito, deixar agir por 10 minutos.
Máquinas de hemodiálise (proporção)			
Limpeza externa	A cada turno	Água e sabão e hipoclorito de sódio a 1%	• Limpeza mecânica. Após limpeza com água e sabão, secar e passar hipoclorito, deixar agir por 10 minutos.
Limpeza interna	A cada turno	Água e sabão hipoclorito de sódio a 1% ou ácido peracético	• Desinfecção conforme indicação do fabricante.
Máquinas cicladoras para diálise peritoneal			
Limpeza externa	Após o uso	Água e sabão e hipoclorito de sódio a 1%.	• Limpeza mecânica. Após limpeza com água e sabão, secar e passar hipoclorito, deixar agir por 10 minutos.

Quadro 17 – Rotinas para o Serviço de Limpeza

OBS.:

Conforme Portaria MS/082 de 03 de janeiro de 2000, as máquinas de tanque deverão ser substituídas por máquinas de proporção. As unidades que ainda dispuserem deste tipo de equipamento deverão proceder à limpeza e desinfecção dessas máquinas conforme as orientações contidas no anexo I deste manual (página 47).

ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA CAIXA D'ÁGUA E CISTERNA DE ABASTECIMENTO
Frequência
<ul style="list-style-type: none"> • Análise Bacteriológica da Água: mensal. • Limpeza e Desinfecção a cada 6 meses.
Procedimento
<ul style="list-style-type: none"> • Impedir a entrada da água. • Esvaziar a caixa d'água ou cisterna e vedar a saída de água. • Retirar completamente as sujidades do fundo da caixa, das paredes e da parte interna da tampa. • Lavar, esfregando o interior da caixa com vassoura nova, utilizando hipoclorito de sódio a 2 % ou hipoclorito de cálcio a 2 %. • Deixar atuar por 30 minutos. • Enxaguar a caixa d'água ou cisterna com água corrente, retirar a vedação da saída ou entrada d'água, deixando que esta solução escorra pelo encanamento, favorecendo a limpeza também dos canos e torneiras. • Realizar teste de resíduo químico. • Manter fechada a caixa d'água ou cisterna de forma apropriada, impedindo possíveis contaminações por pássaros ou roedores.
Coleta de Amostra para Análise
<p>Pontos de coleta de amostras:</p> <p>Torneiras, mangueiras, expurgos, dutos, cisterna, caixa d'água e "ladrões".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Água tratada (rede de abastecimento): coletar em frascos estéreis, um volume aproximado de 200 ml, contendo tiosulfato de sódio a 1,8%, para inibir o cloro da água. • Água não Tratada (poços artesianos, fontes ou mananciais): coletar em frascos estéreis, de volume aproximado de 200 ml sem adição de Tiosulfato de Sódio. <p>OBS.: Rotular os frascos, identificando os pontos de coleta, data e rubrica do responsável pela coleta.</p> <p>Procedimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceder à lavagem das mãos. • Desinfetar a torneira com gaze estéril embebida em álcool a 70%. • Abrir a torneira e deixar a água escoar por, no mínimo 02 (dois) minutos ou por tempo determinado a partir do projeto hidráulico. • Colher a amostra em vidro estéril, abrir exatamente no momento de coleta, tendo o cuidado para não tocar nas bordas. • Coletar a água de modo que o frasco coletor fique com até no máximo 2/3 de seu volume, para permitir homogeneização da amostra. • Fechar o frasco com a própria tampa e vedá-lo com fita adesiva ou esparadrapo, para evitar que a amostra derrame. • Cobrir a tampa com papel protetor e amarrá-la com barbante; • Identificar o frasco com data, hora, procedência, cidade, município, responsável pela coleta, telefone e endereço.

Quadro 18 – Rotina para Limpeza e Desinfecção da Caixa D'Água e Cisterna de Abastecimento (continua)

**ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA CAIXA D'ÁGUA E CISTERNA DE ABASTECIMENTO
(continuação)**

Coleta de Amostra para Análise

Procedimento para coleta em poços, cisternas, caixas d'água, mananciais, fontes, carros-pipa, recipientes e estruturas que acondicionem grandes volumes.

Procedimento:

- Lavar as mãos com água e sabão.
- Desinfetar um recipiente de cabo longo (conchas, panelas) com gaze estéril embebida em álcool a 70%.
- Introduzir na água o recipiente de coleta com a superfície de apoio (cabo) voltada para cima.
- Virar o recipiente de coleta para a posição normal somente quando o mesmo estiver aproximadamente 20 cm em baixo do nível d'água.
- Trazer o recipiente de coleta para a superfície e transferir a amostra imediatamente para o frasco coletor, seguindo os procedimentos conforme descrito no quadro de Coleta de Amostra para Análise.

Transporte:

- Amostras transportadas à temperatura ambiente: o intervalo de tempo entre a coleta e a chegada ao laboratório não poderá ser superior a 06 (seis) horas.
- Amostras transportadas sob refrigeração: o intervalo de tempo entre a coleta e a chegada ao laboratório não poderá ser superior a 24 (vinte e quatro) horas. A embalagem deverá conter gelo em sacos plásticos, acondicionados de tal forma que não molhem ou danifiquem o papel protetor do frasco.

OBS.: Recomendamos que seja colocado sistema de filtragem na entrada d'água dos Hospitais e Unidades de Hemodiálise.

Quadro 18 – Rotina para Limpeza e Desinfecção da Caixa D'Água e Cisterna de Abastecimento

ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS RESERVATÓRIOS DE ÁGUA TRATADA PARA DIÁLISE	
Freqüência	
<p>A Cada Mês</p> <p>OBS.:</p> <p>1 - Em caso de contaminação, amostras diárias devem ser colhidas nos diversos pontos do sistema enquanto persistirem os sinais de contaminação, devendo ser feita uma desinfecção geral dos mesmos.</p> <p>2 - Os tanques de armazenamento, que recebem água já tratada, deverão ser pouco volumosos e ter base cônica.</p> <p>3 - A água desses tanques deve estar em continuo movimento por meio de bombas de recirculação para que seja promovida a movimentação da água tratada por todos os encanamentos da sala de diálise e retornar ao tanque de armazenamento.</p> <p>4 - Evitar nos circuitos de segmentos de água as "alças cegas".</p>	
Procedimento	
<p>Tanque cônico com sistema de Looping:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar quantidade de cloro necessária para concentração a 2% conforme o volume do tanque e tubulação. • Garantir que o tanque e toda tubulação estejam preenchidos com esta solução através de recirculação. • Aguardar 30 minutos. • Colocar nova água. • Fazer teste de resíduo para cloro. • Liberar para uso quando teste de resíduo for negativo em todos os pontos; caso contrário, recircular a água novamente. <p>Tanques Cilíndricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceder conforme rotina de limpeza e desinfecção de caixa d'água e cisterna de abastecimento. 	

Quadro 19 – Rotina para Limpeza e Desinfecção dos Reservatórios de Água Tratada para Diálise (continua)

**ROTINA PARA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DOS
RESERVATÓRIOS DE ÁGUA TRATADA PARA DIÁLISE (continuação)**

Coleta de Amostra para Análise

Pontos de coleta de amostras:

Saída do reservatório.

- **Água tratada:** coletar em frascos estéreis, em um volume aproximado de 200 ml.
OBS.: Rotular os frascos, identificando os pontos de coleta, data e rubrica do responsável pela coleta.

Procedimento:

- Proceder à lavagem das mãos.
- Desinfetar a torneira com gaze estéril embebida em álcool a 70%.
- Abrir a torneira e deixar a água escoar por no mínimo 02 (dois) minutos ou por tempo determinado de acordo com o projeto hidráulico.
- Colher a amostra em vidro estéril, abrir exatamente no momento de coleta, tendo o cuidado para não tocar nas bordas.
- Coletar a água de modo que o frasco coletor fique com até no máximo 2/3 de seu volume, para permitir homogeneização da amostra.
- Fechar o frasco com a própria tampa e vedá-lo com fita adesiva ou esparadrapo, para evitar que a amostra derrame.
- Cobrir a tampa com papel protetor e amarrá-la com barbante.
- Identificar o frasco com data, hora, procedência, cidade, município, responsável pela coleta, telefone e endereço.

Transporte:

- Amostras transportadas à temperatura ambiente: o intervalo de tempo entre a coleta e a chegada ao laboratório não poderá ser superior a 06 (seis) horas.
- Amostras transportadas sob refrigeração: o intervalo de tempo entre a coleta e a chegada ao laboratório não poderá ser superior a 24 (vinte e quatro) horas. A embalagem deverá conter gelo em sacos plásticos, acondicionados de tal forma que não molhem ou danifiquem o papel protetor do frasco.

Quadro 19 – Rotina para Limpeza e Desinfecção dos Reservatórios de Água Tratada para Diálise

OBS:

A realidade atual brasileira requer uma revisão dos parâmetros estabelecidos na legislação visando um maior grau de segurança e qualidade para a água tratada para diálise. Dessa forma, os procedimentos gerais pertinentes ao sistema de tratamento de água devem atender, no mínimo o que preconiza a norma técnica atual (Portaria MS/GM nº 082/00) até que outra normatização venha substituí-la.

ARMAZENAMENTO DE MATERIAL E PRODUTOS QUÍMICOS

Observações Gerais

- Os artigos médicos hospitalares e medicamentos deverão estar em prateleiras com distância de 30cm do chão e da parede.
- Artigos médicos hospitalares e medicamentos devem ser armazenados em local exclusivo para este fim.
- Materiais para limpeza, desinfecção e esterilização devem ser armazenados em local exclusivo para este fim.
- Não armazenar material de limpeza e medicamentos/artigos médicos hospitalares no mesmo ambiente.
- Estocar em local limpo, ventilado e afastado da luz direta do sol e fontes de calor.
- Observar o empilhamento máximo recomendado pelo fabricante.
- Monitorar e registrar as temperaturas máxima e mínima em mapa próprio.
- Os medicamentos constantes da portaria 344/98 (entorpecentes e psicotrópicos) deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim.

Quadro 20 – Armazenamento de Material e Produtos Químicos

17. REFERÊNCIAS

1. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de controle de infecção hospitalar*. Brasília, Centro de Documentação, 1985.
2. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Guia prático para farmácia hospitalar*. Brasília, Coordenação de Infecção Hospitalar, 1994.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde*. 2 ed. Brasília, Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, 1994.
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Consenso sobre o uso racional de antimicrobianos*. Brasília, Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, 1998.
5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 36 de 19 de janeiro de 1990.
6. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 82 de 19 de janeiro de 2000.
7. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 322 de 26 de maio de 1988. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília.
8. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 2616/GM de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, n° 89, pp. 133, 13 de maio 1998.
9. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 484/SNVS de 15 de junho de 1998. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Brasília, seção 1, n° 113 – E, pp.2 –15, 17 junho 1998.
10. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Biossegurança em unidades hemoterápicas e laboratórios de saúde pública*. Brasília, Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1999.
11. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução – RCD n° 63/ANVISA, de 6 de julho de 2000.
12. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Guia Prático de Controle de Infecção Hospitalar – Coordenação Estadual de Controle de Infecção Hospitalar / Superintendência de Saúde*.
12. BENNETT, V.J & BRACHMAN, S. P. *Hospital infections*, 3ª ed. Lippincot – Raven, 1998.
13. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Guideline for handwashing end hospital environmental control*. Atlanta, 1985.
14. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Preventing occupational HIV transmission to health care workers*. Atlanta 1999.
15. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance*. Atlanta 1999.
16. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Sterilization or disinfection of instruments*. Atlanta 1999.
17. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Guideline for isolation precautions in hospitals*. Atlanta, 1998.
18. COUTO, C,R; PEDROSA. T.M.G; NOGUEIRA. J.M. *Infecção hospitalar epidemiologia e controle*. Rio de janeiro, MEDSI, 1997.
19. FERREIRA, R.A ... *Barrando o invisível*. Revista APCD, São Paulo, 49 (6): 417 – 427, 1995.
20. OLIVEIRA, C.A; ALBUQUERQUE, P.C; ROCHA, M.C.L. *Infecções Hospitalares: abordagem, prevenção e controle*. Rio de Janeiro, MEDSI, 1998.

21. PHILPOTT – HOWARD, J & CASEWELL, M. *Controle de Infecção Hospitalar: normas e procedimentos primários*. São Paulo, Livraria Santos Editora, 1996.
22. RODRIGUES, C.A.E. et al. *Infecções hospitalares: prevenção e controle*. São Paulo, Sarvier, 1997.
23. SANCHES, K.R.B. (org.) *Sistema de informação em HIV/AIDS: Manual de Vigilância Epidemiológica*. Rio de Janeiro, Assessoria de DST/AIDS – SUSC – SES/RJ, 1998.
24. SCHECHTER, M. & MARANGONI, D.V. *Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1994.
25. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. *Manual de condutas: acidentes com material biológico*. Rio de Janeiro, Gerência de Programação de DST/AIDS – Coordenação de Doenças Transmissíveis – Superintendência de Saúde Coletiva – SMS/RJ, 1997.
26. TEIXEIRA, P. & VALLE, S. *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.
27. WENZEL, P. R. *Prevention and Control of Nosocomial Infections*. 3ª ed. Editora William & Wilkins, 1997.
28. MACDONNELL, G. & RUSSELL, A.D. Antiseptics and disinfectants: Activity, Action, and Resistance. *Clinical Microbiology Review*, Jan. 1999, p.147-79.
29. RUTALA, W.A & WEBER, D.J. Disinfection of Endoscopes : Review of New Chemical Sterilants Used for High-Level Disinfection. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999;20:69-76.

ANEXOS

Anexo I: Cuidados com as Máquinas de Tanque.

ANEXO I

CUIDADOS COM AS MÁQUINAS DE TANQUE (*)
Observações Gerais
<ul style="list-style-type: none"> • Fazer desincrostação nos tanques para retirada de resíduos das paredes com auxílio de escova. • Enxaguar com água tratada para diálise. • Fazer desinfecção com hipoclorito de sódio a 1%, recirculando na máquina por 30 minutos • Enxaguar com água tratada para diálise. • Abrir o fluxômetro em fluxo máximo. • Fazer teste de resíduo para cloro. • Fazer desinfecção da pá utilizada para homogeneizar o banho de diálise, com hipoclorito a 1% antes e após o uso, enxaguar e manter embalada.

(*) **OBS:** A Portaria MS nº 82/2000 não recomenda mais a utilização de máquinas de tanque.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DEPTO. DE FISCALIZAÇÃO DE
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
SETOR DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

e-mail: vigsanitaria@saude.rj.gov.br

Rua México nº 128 / 3º andar - Castelo
Rio de Janeiro - RJ
Tel: (21) 2240 2007 / Fax: (21) 2262 6050