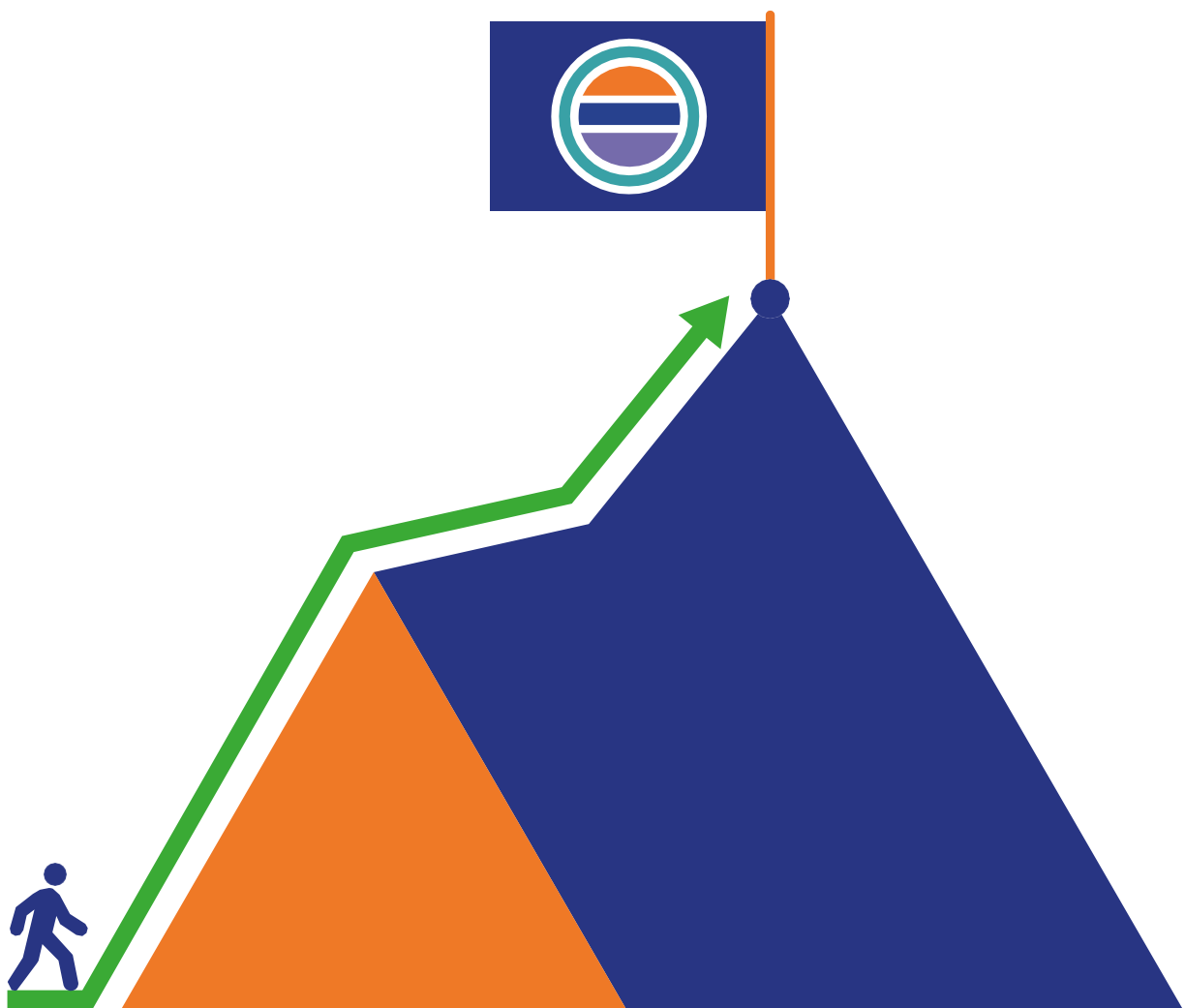


REQUISITOS MÍNIMOS

para programas de prevenção e controle de infecção



Ponto de partida para a implementação dos componentes essenciais da Organização Mundial da Saúde para programas de prevenção e controle de infecção nos níveis nacional e de serviços de saúde

Requisitos mínimos para programas de prevenção e controle de infecção
Informações sobre a versão traduzida para português do Brasil

Tradução

Suzana Gontijo.

Revisão técnica da versão traduzida:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA
Gerência-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES
Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde - GVIMS
Heiko Thereza Santana (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Lilian de Souza Barros (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Luciana Silva da Cruz de Oliveira (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Magda Machado de Miranda Costa (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Mara Rúbia Santos Gonçalves (GVIMS/GGTES/ANVISA)
Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira (GVIMS/GGTES/ANVISA)

Apoio Técnico:

Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS - Brasil.
Coordenação Eliminação, Prevenção e Controle de Doenças Transmissíveis e Determinantes da Saúde - CDE
Miguel Angel Aragón López (CDE-Brasil)
Rogério da Silva Lima (CDE - Brasil)

© ANVISA 2022

Essa tradução não foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não se responsabiliza pelo conteúdo ou exatidão desta tradução. A publicação original em inglês será a versão válida e autêntica. A edição original em inglês “Minimum requirements for infection prevention and control programmes”. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

É permitida a reprodução parcial ou total deste documento, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

This translated work is available under the CC BY-NC-SA 3.0

SUMÁRIO

Agradecimentos	II
Abreviaturas e siglas	iv
Glossário dos principais termos e definições	V
Legendas dos símbolos	X
Parte 1. Introdução	1
1.1 Objetivo do documento	2
1.2 Público-alvo	2
1.3 Estrutura de desenvolvimento do documento	3
1.4 Papel dos requisitos mínimos na obtenção de prevenção e controle de infecção efetivos	5
1.5 Referências	10
Parte 2. Sumário executivo dos requisitos mínimos por componente essencial	13
Parte 3: Revisão aprofundada dos requisitos mínimos	23
3.1 Componente 1: Programas de prevenção e controle de infecção	23
3.2 Componente 2: Diretrizes sobre prevenção e controle de infecção	27
3.3 Componente 3: Educação e treinamento em prevenção e controle de infecção	31
3.4 Componente 4: Vigilância de infecções relacionadas à assistência à saúde	34
3.5 Componente 5: Estratégias multimodais	38
3.6 Componente 6: Monitoramento, auditoria e feedback de práticas de prevenção e controle de infecção	41
3.7 Componente 7: Carga de trabalho, recursos humanos e ocupação de leitos em nível de serviços de saúde	44
3.8 Componente essencial 8: Ambiente, materiais e equipamento para prevenção e controle de infecção em nível de serviço de saúde	46
Parte 4. ANEXOS	51
4. 1 Sumários dos resultados de uma revisão sistemática e inventário de padrões mínimos de prevenção e controle de infecção disponíveis	51
4.1.1 Visão geral dos resultados da revisão sistemática da literatura sobre os padrões mínimos para prevenção e controle de infecção	51
4.1.2 Sumário do inventário global de padrões mínimos de prevenção e controle de infecção	52
4.1.3 Referências	53

AGRADECIMENTOS

O Departamento de Serviços Integrados de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece com gratidão as contribuições que muitos indivíduos e organizações fizeram para o desenvolvimento dos requisitos mínimos de prevenção e controle de infecção (PCI), com base nos componentes essenciais da OMS para programas de PCI nos níveis nacional e dos serviços de saúde.

COORDENAÇÃO GERAL, REDAÇÃO E PROJETO DO DOCUMENTO

Benedetta Allegranzi (Departamento de Serviços Integrados de Saúde, OMS) coordenou e liderou o desenvolvimento e a redação deste documento e contribuiu para a revisão sistemática. Anthony Twyman e Alessandro Cassini (Departamento de Serviços Integrados de Saúde, OMS) contribuíram significativamente para a redação deste documento e para a revisão sistemática. Julie Storr (consultora de PCI, Reino Unido) e Molly Patrick [equipe internacional de PCI dos Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC), Estados Unidos da América (EUA)] também contribuíram para a redação deste documento. Joost Hopman (Radboud University Hospital e Médecins Sans Frontières/Médicos sem Fronteiras, Holanda) contribuiu para o desenvolvimento estratégico deste documento e conduziu uma revisão sistemática sobre os padrões mínimos para programas de PCI junto com Daniël Urlings (Radboud University Hospital, Holanda); Anthony Twyman fez um inventário global das orientações disponíveis sobre os padrões mínimos de PCI. Thomas Allen (Biblioteca e Redes de Informação para o Conhecimento, OMS) forneceu assistência na pesquisa da revisão sistemática. Rosemary Sudan forneceu assistência profissional de edição. Laura Pearson (Departamento de Serviços Integrados de Saúde, OMS) e Alice Simniceanu (Divisão de Resistência Antimicrobiana, OMS) apoiaram a finalização do documento elaborado. Maraltro forneceu o design gráfico profissional do documento.

GRUPO DE DESENVOLVIMENTO DE CONTEÚDO ESPECIALIZADO

O consenso sobre o conteúdo deste documento e os requisitos mínimos de PCI foi obtido pela primeira vez em uma consulta técnica a um especialista de Addis Abeba, Etiópia, em abril de 2019, com a participação dos seguintes especialistas:

Fahmi Ahmed (Representação da OMS para a Etiópia); Romella Abovyan (Centro Nacional para Prevenção e Controle de Doenças, Armênia); Anucha Apisarnthanarak (Thammasat University Hospital, Tailândia); Batyrbek Aslanov (North-Western State Medical University, Rússia); Sofonias Asrat (Escritório da OMS para a Etiópia); Mekdim Ayana (Escritório Regional da OMS para a África); Gertrude Avortri (Escritório Regional da OMS para a África); Anjana Bhushan (Escritório Regional da OMS para o Sudeste Asiático); Roderick Chen Camano (Hospital Social Caja Seguro, Panamá); Christiana Agnes Conteh (Ministério da Saúde e Saneamento, Serra Leoa); Ana Paula Coutinho-Rehse (Escritório Regional da OMS para a Europa); Nizam Damani (consultor de PCI, Reino Unido); Nino Dayanghirang (Escritório Regional da OMS para a África); Lamine Dhidah (Hospital Universitário Sahloul, Tunísia); Molla Godif Fisehatsion (Ministério da Saúde, Etiópia); Corey Forde (Hospital Queen Elizabeth, Barbados); Ghada Abdelwahed Ismail (Conselho Supremo de Hospitais Universitários, Egito); Nordiah Awang Jalil (Hospital Universiti Kebangsaan, Malásia); Kushlani Jayatilleke (Hospital Geral Sri Jayewardenapura, Sri Lanka); Ejaz Khan (Shifa International Hospital, Paquistão); Amy Kolwaite (equipe internacional de PCI do CDC, EUA); Thabang Masangane (Ministério da Saúde, Eswatini); Guy Mbayo (Escritório Regional da OMS para a África); Huynh Tuan Minh (Centro Médico Universitário, Vietnã); Awa Ndir (Escritório Regional da OMS para a África); Babacar Ndoeye (Escritório Regional da OMS para a África); Fernando Otaiza (Ministério da Saúde, Chile); Atika Swar (Ministério Federal da Saúde, Sudão); Maha Talaat (Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental); Shaheen Mehtar (Rede de Controle de Infecção da África, África do Sul); Benjamin Park (equipe internacional de PCI do CDC, EUA); Molly Patrick (equipe internacional de PCI do CDC, EUA); Lul Raka (Universidade de Prishtina, Kosovo); Julie Storr (consultora de PCI, Reino Unido); Lekilay G. Tehmeh (Ministério da Saúde, Libéria); Le Thi Anh Qui (Sociedade de Controle de Infecção, Vietnã); Roselyne M.E. Toby (Hôpital Central de Yaoundé, Camarões); Sarah Tomczyk (Instituto Robert Koch, Alemanha); Winifrey Ukponu (Centro de Controle de Doenças da Nigéria, Nigéria); Jay Varma (CDC da África, Etiópia); Daiva Yee (equipe internacional de PCI do CDC, EUA).

O conteúdo foi desenvolvido com a contribuição substancial e/ou revisão pelos seguintes especialistas:

Fahmi Ahmed (Representação da OMS para a Etiópia); Anjana Bhushan (Escritório Regional da OMS para o

Sudeste Asiático); Ana Paula Coutinho-Rehse (Escritório Regional da OMS para a Europa); Nino Dayanghirang (Escritório Regional da OMS para a África); Corey Forde (Hospital Queen Elizabeth, Barbados); Amy Kolwaite (equipe internacional de PCI do CDC, EUA); Babacar Ndoeye (Escritório Regional da OMS para a África); Maha Talaat (Escritório Regional da OMS para o Mediterrâneo Oriental); Shaheen Mehtar (Rede de Controle de Infecção da África, África do Sul); Molly Patrick (equipe internacional de PCI do CDC, EUA); Julie Storr (consultora de PCI, Reino Unido); Sarah Tomczyk (Instituto Robert Koch, Alemanha); Jay Varma (CDC da África, Etiópia).

GRUPO EXTERNO DE REVISÃO POR PARES

Emine Alp (Ministério da Saúde, Turquia); April Baller (Emergências de Saúde Mundial, OMS); Richard Gelting (CDC, EUA); Margaret Montgomery (Unidade de Água, Saneamento, Higiene e Saúde, OMS); Rob Quick (CDC, EUA); Wing Hong Seto (Universidade de Hong Kong, RAE de Hong Kong, China); Nalini Singh (Escolas de Medicina e Ciências da Saúde da George Washington University e Public Health and Children's National, EUA); João Toledo (Organização Pan-Americana da Saúde).

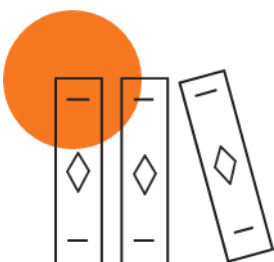
AGRADECIMENTOS

PELO APOIO FINANCEIRO E OUTROS APOIOS

A OMS agradece as contribuições técnicas e estratégicas do CDC (EUA) e do CDC da África para a realização deste projeto e agradece ao CDC da África por hospedar a consulta técnica de especialistas em suas instalações em Adis Abeba, Etiópia. O financiamento para o desenvolvimento deste documento foi fornecido pelo CDC (EUA), além dos fundos básicos da OMS. No entanto, as opiniões expressas no manual não refletem necessariamente as políticas oficiais do CDC.

ABREVIATURAS E SIGLA

CDC	Centros de controle e prevenção de doenças (EUA)
EPC	Enterobacteriaceae produtoras de carbapenemase
EPI	Equipamento de proteção individual
EQAS	Sistema de garantia de qualidade externa (do inglês <i>external quality assurance system</i>)
EUA	Estados Unidos da América
IPCAF	Esquema de avaliação da prevenção e controle de infecção (do inglês <i>infection prevention and control assessment framework</i>)
IPCAT	Ferramenta de avaliação da prevenção e controle de infecção (do inglês <i>infection prevention and control assessment tool</i>)
IRAS	Infecção relacionadas à assistência à saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PC	Produtores de carbapenemase
PCI	Prevenção e controle de infecção
POP	Protocolos operacionais padrão
RM	Resistência microbiana aos antimicrobianos
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância Estados Unidos da América
WASH	Água, saneamento e higiene
WASH FIT	Ferramenta de melhoria das instalações de água, saneamento e higiene



GLOSSÁRIO DOS PRINCIPAIS TERMOS E DEFINIÇÕES

Álcool gel: Preparação à base de álcool para aplicação nas mãos para inativação de microrganismos e/ou supressão temporária de seu crescimento. Essas preparações podem conter um ou mais tipos de álcool e outros ingredientes ativos com excipientes e umectantes.

Fonte: Orientações da OMS sobre higiene das mãos na atenção à saúde. 2009

(<https://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Gerenciamento de antimicrobianos: Um conjunto coerente de ações que promovem o uso responsável de antimicrobianos. Essa definição pode ser aplicada a ações em nível individual, bem como em nível nacional e global, e em saúde humana, saúde animal e meio ambiente.

Fonte: Dyar OJ, Huttner B, Schouten J, Pulcini C. What is antimicrobial stewardship? *Clin Microbiol Infect.* 2017;23(11):793-8. OU

O objetivo principal do gerenciamento de antimicrobianos é otimizar os desfechos clínicos e, ao mesmo tempo, minimizar as consequências indesejadas do uso de antimicrobianos, incluindo toxicidade, seleção de organismos patogênicos (como *Clostridium difficile*) e o surgimento de resistência.

Fonte: Dellit TH, Owens RC, McGowan JE Jr, Gerding DN, Weinstein RA, Burke JP, et al. Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship. *Clin Infect Dis.* 2007;44(2):159-77.

Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies (também conhecidos como equipe de limpeza ambiental ou técnicos de serviços ambientais):

indivíduos responsáveis por realizar a limpeza ambiental em serviços de saúde que desempenham um papel fundamental na manutenção de um ambiente limpo e/ou higienizado que facilite as práticas relacionadas à prevenção e controle de IRAS.

Coorte: Agrupamento de pacientes que são colonizados ou infectados pelo mesmo organismo resistente com o objetivo de confinar seu atendimento a uma área e evitar contato com outros pacientes suscetíveis (por

exemplo, todos os pacientes infectados ou colonizados por Enterobactérias resistentes a carbapenêmicos em uma coorte específica e todos os pacientes colonizados com *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina em uma coorte diferente). As coortes são criadas com base no diagnóstico clínico, na confirmação microbiológica com epidemiologia disponível e no modo de transmissão do agente infeccioso.

O isolamento em coortes é reservado para situações em que haja quartos individuais insuficientes ou em que o isolamento de pacientes colonizados ou infectados pelo mesmo patógeno em coortes seja um uso mais eficiente dos quartos e recursos hospitalares. Devem ser usados equipamentos, banheiros e profissionais dedicados para os pacientes dentro da área de coorte, pelo tempo necessário. *Fontes:* Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in healthcare settings (<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).

OMS. Orientações para a prevenção e controle de Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a carbapenêmicos em serviços de saúde. 2017 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/guidelines-cre/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Resistência ao carbapenêmicos [incluindo produtores de carbapenemase (PC)]: A resistência ao carbapenêmicos em Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* pode ser devida a vários mecanismos. Algumas cepas podem ser inatamente resistentes aos carbapenêmicos, ao passo que outras contêm elementos genéticos móveis (por exemplo, plasmídeos, transposons) que resultam na produção de enzimas (carbapenemases) que degradam a maioria dos antibióticos beta-lactâmicos, incluindo os carbapenêmicos. Frequentemente, os genes PC estão colocalizados com outros genes de resistência, o que pode resultar em resistência cruzada a muitas outras classes de antibióticos. (1-3) Assim, embora as cepas resistentes a carbapenêmicos desses patógenos frequentemente sejam PC [Enterobacteriaceae-PC (EPC), *A. Baumannii*-PC, *P. Aeruginosa*-PC], elas podem ter outros mecanismos de resistência a carbapenêmicos que

os tornam igualmente de difícil tratamento e manejo clínico. Assim, o termo “Enterobacteriaceae resistente a carbapenêmicos” inclui todas as cepas que são resistentes a carbapenêmicos, incluindo EPC. Por esse motivo, as medidas de prevenção e controle de infecção devem se concentrar em todas as cepas de Enterobacteriaceae, *A. baumannii* e *P. aeruginosa* resistentes a carbapenêmicos, independentemente de seu mecanismo de resistência. As medidas adequadas de prevenção e controle de infecção são essenciais tanto em locais de surto quanto em locais endêmicos. Fonte: OMS. Orientações para a prevenção e controle de Enterobacteriaceae, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a carbapenêmicos em serviços de saúde. 2017 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/guidelines-cre/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Descontaminação de produtos para saúde: Remoção de sujeira e microrganismos patogênicos de objetos para que se tornem seguros de manusear, passíveis de processamento posterior, uso ou descarte (ver também **Reprocessamento**). Fonte: Centros de controle e prevenção de doenças dos Estados Unidos Orientações para desinfecção e esterilização em serviços de saúde. 2008 (<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/disinfection-guidelines-H.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Higienização das mãos: Termo geral que se refere a qualquer ação de higienização das mãos, ou seja, a ação de realizar a higienização das mãos com o objetivo de remover física ou mecanicamente sujeira, matéria orgânica e/ou microrganismos. Fonte: Orientações da OMS sobre higiene das mãos na atenção à saúde. 2009 (<https://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Estabelecimentos de atenção primária à saúde: Estabelecimentos que oferecem serviços ambulatoriais, planejamento familiar, atendimento pré-natal, serviços de saúde materna, neonatal e infantil, como, por exemplo, centros de saúde, postos de saúde. Fonte: OMS. Água e saneamento para a ferramenta de melhoria dos serviços de saúde (WASH FIT). 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254910/9789241511698-eng.pdf;jsessionid=0A60107AA8F5A27C5FD16B0823D3F4FA?sequence=1>, acessado em 29 de outubro de 2019).

HOSPITAIS PRIMÁRIOS, SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS

Hospital de nível primário: Poucas especialidades – principalmente clínica médica, obstetrícia e ginecologia, pediatria e cirurgia geral ou apenas clínica geral; serviços laboratoriais limitados disponíveis para análises patológicas gerais, mas não especializadas.

Hospital de nível secundário: Altamente diferenciado por funcionar com 5 a 10 especialidades clínicas; o tamanho varia de 200 a 800 leitos; frequentemente denominado *hospital municipal ou estadual*.

Hospital de nível terciário: Pessoal e equipamento técnico altamente especializado, por exemplo, cardiologia, unidade de terapia intensiva e unidades especializadas de exames de imagem; serviços clínicos altamente diferenciados por função; pode ter atividades de ensino; o tamanho varia de 300 a 1.500 leitos; frequentemente denominado *hospital universitário ou estadual*.

Fonte: OMS. Prioridades de controle de doenças nos países em desenvolvimento. 2008 (<https://www.who.int/management/facility/ReferralDefinitions.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Instalações sanitárias melhoradas: Instalações sanitárias que separam higienicamente os excrementos humanos do contato humano. Os exemplos incluem descarga em sistema de esgoto encanado, fossa séptica ou latrina de fossa, latrina de fossa ventilada, latrina de fossa com laje ou sanita de compostagem. Fonte: OMS/UNICEF Questões e indicadores essenciais para monitoramento WASH em unidades de saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275783/9789241514545-eng.pdf?ua=1>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Fonte melhorada de água: Definido pelo Programa de Monitoramento Conjunto do Fundo OMS/UNICEF como uma fonte de água que, pelo seu modo de construção, protege adequadamente a fonte contra contaminação externa, especialmente matéria fecal. Os exemplos incluem: torneiras ou bicas públicas; poços escavados protegidos; poços tubulares; ou poços artesianos. Fonte: OMS/UNICEF Progresso em saneamento e água potável. Atualização de 2015 e avaliação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (https://www.unicef.org/publications/index_82419.html, acessado em 29 de outubro de 2019).

Requisitos mínimos de prevenção e controle de infecção

(PCI): Padrões de PCI que devem estar em vigor tanto no nível nacional quanto nos serviços de saúde para fornecer proteção e segurança mínimas para pacientes, profissionais de saúde e visitantes, com base nos componentes essenciais da OMS para programas de PCI. A existência desses requisitos constitui o ponto de partida inicial para o desenvolvimento de outros elementos fundamentais dos componentes essenciais de PCI de acordo com uma abordagem gradual baseada em avaliações da situação local. *Fonte:* Definição usada neste documento e desenvolvida pelo grupo de especialistas.

Profissionais de PCI Profissional de saúde formado em um curso de pós-graduação em PCI certificado ou reconhecido nacionalmente.

Fonte: OMS. Ferramenta do esquema de avaliação de prevenção e controle de infecção (IPCAF) (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Ponto focal de PCI: Profissional (enfermeira, médico ou outro) nomeado como responsável pela PCI em nível nacional ou de serviço de saúde que tenha uma formação profissional específica, ou seja, pós-graduação formal em PCI com certificado ou diploma.

Fonte: OMS. IPCAF (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Profissional de ligação de PCI: Enfermeiro ou médico de uma enfermaria ou unidade de saúde formado em PCI (por meio de um pacote de treinamento em serviço aprovado nacionalmente; não é exigido certificado/diploma de pós-graduação) com ligação a um ponto focal/equipe de PCI de um nível superior na organização (por exemplo, ponto focal/equipe de PCI da unidade de saúde ou em nível distrital). PCI não é a atribuição principal desse profissional, mas, entre outros, ele pode realizar as seguintes tarefas: apoiar a implementação de práticas de PCI; fornecer orientação aos colegas; realizar atividades de monitoramento; e alertar sobre possíveis riscos infecciosos.

Comissão de PCI Grupo multidisciplinar com partes interessadas de todo o serviço de saúde, que interage e assessora a equipe de PCI. Por exemplo, a comissão de PCI pode incluir a alta gestão do serviço de saúde, a equipe clínica sênior, líderes de outras áreas complementares relevantes, como biossegurança,

farmácia, microbiologia ou laboratório clínico, gestão de resíduos, serviços de água, saneamento e higiene e qualidade e segurança, onde houver.

Fonte: OMS. IPCAF (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Indicadores estruturais de PCI: Ambiente limpo e higienizado adequadamente, água, serviços de saneamento e higiene e disponibilidade de materiais e equipamentos para PCI, em especial para higienização das mãos, incluindo recursos financeiros, humanos e de informação compatíveis com os padrões estabelecidos pelas autoridades governamentais ou outros órgãos responsáveis pelo controle e prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde.

Fonte: OMS. Orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de unidades de cuidados agudos. 2016 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>, acessado em 29 de outubro de Outubro de 2019).

Indicadores de processo de PCI: Mensuração da conformidade com as atividades de PCI atualmente usadas no serviço de saúde e a existência de normas, procedimentos e protocolos de PCI. A higienização das mãos é um indicador de processo essencial a ser monitorado.

Fonte: OMS. Orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de unidades de cuidados agudos. 2016 (<https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Estratégia multimodal: Uma estratégia multimodal compreende vários componentes ou elementos (três ou mais, geralmente cinco) implementados de forma integrada com o objetivo de melhorar um desfecho e mudar comportamentos. Inclui ferramentas, como pacotes e listas de verificação, desenvolvidas por equipes multidisciplinares, levando em consideração as condições locais. Os cinco elementos mais comuns incluem: (i) alteração do sistema (disponibilidade de infraestrutura e suprimentos adequados para permitir boas práticas de prevenção e controle de infecção); (ii) formação e treinamento de profissionais de saúde e atores-chave (por exemplo, gestores); (iii) monitoramento de infraestruturas, práticas, processos, desfechos e fornecimento de feedback de dados; (iv) lembretes no local de trabalho/comunicações; e (v) mudança de cultura dentro do estabelecimento ou fortalecimento de um clima de segurança.

Fonte: OMS. Aprimoramento da prevenção e controle de infecção nas unidades de saúde: 2018 (<https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Sistema de ventilação mecânica de pressão negativa:

Um sistema de ventilação mecânica em que a taxa de fluxo de ar de exaustão é maior do que a taxa de fluxo de ar fornecido. A pressão da sala será menor do que a das áreas circundantes.

Fonte: OMS. Orientações da OMS sobre prevenção e controle da infecção por tuberculose. 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf?ua=1>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Zona do paciente: Conceito relacionado à visualização “geográfica” de momentos importantes na higienização das mãos. Contém o paciente X e seu entorno imediato. Normalmente inclui a pele intacta do paciente e todas as superfícies inanimadas que forem tocadas pelo paciente ou estiverem em contato físico direto com ele, como as grades do leito, a mesa de cabeceira, a roupa de cama, os tubos de infusão e outros equipamentos médicos. Também contém superfícies frequentemente tocadas por profissionais de saúde durante a atenção ao paciente, como monitores, botões e outras superfícies com “alta frequência” de toque.

Fonte: Orientações da OMS sobre higiene das mãos na atenção à saúde. 2009 (<https://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Equipamento de proteção individual: Roupas ou equipamentos especializados usados para proteger o profissional de saúde ou qualquer outra pessoa contra infecções. Geralmente consistem em precauções padrão: luvas, máscara e jaleco. Se houver infecções transmitidas pelo sangue ou pelo ar, serão incluídos proteção facial, óculos e máscara ou protetor facial, luvas, jaleco ou macacão, cobertura para a cabeça e botas de borracha.

Fonte: OMS. Produtos para saúde. 2014 (https://www.who.int/medical_devices/meddev_ppe/en/, acessado em 29 de outubro de 2019).

Ponto de atendimento: O lugar em que três elementos se encontram: o paciente, o profissional de saúde e a atenção ou tratamento que envolve contato com o paciente ou seu entorno (zona do paciente).

Fonte: Orientações da OMS sobre higiene das mãos na atenção à saúde. 2009 (<https://www.who.int/gpsc/5may/tools/9789241597906/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Sistema de ventilação mecânica de pressão positiva: Um sistema de ventilação mecânica em que a taxa de fluxo de ar fornecido é maior do que a taxa de fluxo de ar de exaustão. A sala estará sob uma pressão mais alta do que as áreas circundantes.

Fonte: OMS. Ventilação natural para controle de infecção em locais de atenção à saúde. 2009 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/natural_ventilation.pdf, acessado em 29 de outubro de 2019).

Protocolo: Plano detalhado de um experimento, tratamento ou procedimento científico ou clínico.

Reprocessamento de produto para saúde: Todas as etapas necessárias para adequar um produto para saúde reutilizável contaminado para o seu uso pretendido. Essas etapas podem incluir limpeza, teste funcional, embalagem, rotulagem, desinfecção e esterilização.

Fonte: OMS. Descontaminação e reprocessamento de produtos para saúde para unidades de saúde. 2016 (<https://www.who.int/infection-prevention/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Procedimentos operacionais padrão: Um procedimento operacional padrão é um conjunto de instruções passo a passo compiladas por uma organização para ajudar os profissionais a realizar as operações de rotina da maneira mais efetiva.

Precauções padrão: Um conjunto de atividades destinadas a prevenir a transmissão de organismos entre pacientes/funcionários para a prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Eles devem ser aplicados a TODOS os pacientes que requerem atenção à saúde, por TODOS os profissionais de saúde em TODAS as unidades de saúde. Incluem: higiene das mãos; uso de equipamentos de proteção individual; manuseio e descarte de resíduos e perfurocortantes; manuseio e gerenciamento de roupa limpa e usada; limpeza ambiental; e descontaminação de equipamentos.

Fonte: The Northern Ireland Regional Infection and Prevention Control Manual. Standard precautions. Atualizado em 2015 (<https://www.niinfectioncontrolmanual.net/standard-precautions>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Precauções baseadas na transmissão: Medidas adicionais focadas no modo particular de transmissão do microrganismo e

sempre usado em adição às precauções padrão. Estão agrupadas em categorias de acordo com a via de transmissão do agente infeccioso. Devem ser aplicadas precauções baseadas na transmissão ao se cuidar de pacientes com infecção conhecida, pacientes que são colonizados por um organismo infeccioso e pacientes assintomáticos que são suspeitos/sob investigação de colonização ou infecção por um microrganismo infeccioso.

Fonte: The Northern Ireland Regional Infection and Prevention Control Manual. Transmission-based precautions. Atualizado em 2015

(<https://www.niinfectioncontrolmanual.net/transmission-based-precautions>, acessado em 29 de outubro de 2019).

Qualidade da água: A qualidade da água é afetada por aspectos microbianos, químicos e radiológicos, sendo os aspectos microbianos a principal preocupação para o controle de infecção em locais de atenção à saúde. A água das unidades de saúde não deve representar um risco para a saúde por patógenos e deve ser protegida de contaminação dentro do próprio local de atenção à saúde. A água para beber, cozinhar, higiene pessoal, atividades médicas, limpeza e lavanderia deve ser segura para o fim a que se destina. Água 'segura' é aquela que atende às orientações de qualidade nacionais e/ou da OMS, incluindo zero *Escherichia coli* ou bactérias coliformes termotolerantes em qualquer amostra de 100 mililitros de água potável. *Fonte:* OMS. Orientações sobre qualidade da água potável. 2017 (https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/drinking-water-quality-guidelines-4-including-1st-addendum/en/, acessado em 29 de outubro de 2019).

LEGENDA DOS SÍMBOLOS



Representação visual dos componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção (PCI) da OMS em nível nacional e dos serviços de saúde.



Representação visual dos requisitos mínimos versus completos dos componentes essenciais para se obter programas efetivos de PCI.



Pessoas-chave a serem envolvidas em uma atividade.



Processo adotado para desenvolver o documento.



Como o documento está estruturado.



Obtenção de implementação efetiva dos componentes principais de PCI.



Conteúdo relevante para o nível nacional.



Conteúdo relevante para o nível do serviço de saúde.





PARTE 1. INTRODUÇÃO



Por que os sistemas de saúde devem ter programas fortes de prevenção e controle de infecção (PCI)?

A prevenção de danos aos pacientes, profissionais de saúde e visitantes decorrentes de infecção nos serviços de saúde é fundamental para se alcançar atendimento de qualidade, segurança do paciente, segurança da saúde e redução de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência microbiana aos antimicrobianos (RM). Da mesma forma, é fundamental prevenir e reduzir a transmissão de doenças infecciosas que representam ameaças globais, como a pandemia da gripe, a doença do vírus Ebola e outras febres hemorrágicas virais. Uma atenção limpa e segura é um direito do paciente, também deve ser o dever e orgulho de todos os que trabalham no setor da saúde. Com o apoio de muitas partes interessadas no campo de PCI, a OMS emitiu recomendações e especificações para programas efetivos de PCI. Elas estão incluídas nas *Orientações baseadas em evidências sobre os componentes principais dos programas de PCI* da OMS (1) e a abordagem para sua implementação é apresentada nos manuais associados para os níveis nacional e de serviço de saúde (2,3).

A PCI é um tema transversal na área da saúde. Programas de PCI fortes e efetivos têm a capacidade de influenciar a qualidade do atendimento, melhorar a segurança do paciente e proteger todos aqueles que prestam atendimento no sistema de saúde. A implementação de todas as recomendações da OMS sobre os componentes essenciais é necessária para o desenvolvimento de programas funcionais que resultem na redução efetiva de IRAS e RM. No entanto, o cumprimento de todos os componentes essenciais de PCI leva tempo. Para alguns países, pode ser uma jornada árdua que precisará ser desenvolvida por meio de uma abordagem realista e gradual. Em especial para os países em que a PCI é limitada ou inexistente, é fundamental começar garantindo que pelo menos os *requisitos mínimos* de PCI estejam em vigor o mais rápido possível, tanto em nível nacional quanto de serviço de saúde, e progredir gradualmente até a plena realização de todos os requisitos dos componentes essenciais de PCI de acordo com os planos prioritários locais. Tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde precisam estar seguros e protegidos em todos os momentos, não importa onde e independentemente do contexto.

Os oito componentes essenciais de PCI são as “rodas do carrinho” que garantirão que os pacientes tenham uma jornada segura enquanto estiverem em uma unidade de atenção à saúde.



Quais são os *requisitos mínimos* para programas de PCI?



Quem deve implementar os *requisitos mínimos* dos programas de PCI?

1.1 OBJETIVO DO DOCUMENTO

O **objetivo** deste documento é apresentar e promover os *requisitos mínimos* dos programas de PCI em nível nacional e de serviços de saúde, identificados pelo consenso de especialistas de acordo com as evidências disponíveis e no contexto dos componentes essenciais da OMS.

Os requisitos mínimos são definidos como:

Padrões de PCI que devem estar em vigor em nível nacional e serviços de saúde para fornecer proteção e segurança mínimas aos pacientes, profissionais de saúde e visitantes, com base nos componentes essenciais da OMS para programas de PCI.

1.2 PÚBLICO-ALVO

O principal público-alvo deste documento são os pontos focais/líderes de PCI e RM, formuladores de políticas, gestores seniores e outros profissionais com mandato ou interessados em desenvolver ou fortalecer os programas de PCI em nível nacional, estadual, distrital ou municipal e estabelecimentos de atenção à saúde.

As equipes e as comissões de PCI também são o público-alvo fundamental deste documento. Os principais participantes na abordagem de cada um dos *requisitos mínimos* também são indicados nos capítulos específicos relacionados a cada componente essencial.

O documento também pode ser útil para outras partes interessadas, como os responsáveis pela melhoria da qualidade da atenção à saúde, segurança do paciente, acreditação/regulamentação de unidades de saúde, saúde pública, controle e vigilância de doenças infecciosas, água, saneamento e higiene (WASH), saúde ocupacional,

programas de gerenciamento do uso de antimicrobianos, microbiologia clínica e intervenções de saúde ambiental, além de outras categorias de profissionais da saúde envolvidos na prestação de cuidados. Funcionários da OMS, parceiros de organizações não governamentais e doadores envolvidos no apoio ao desenvolvimento ou implementação de capacitação de PCI e WASH, planos de ação nacionais de RM e as capacidades básicas do Regulamento Sanitário Internacional em nível de país (4) também se beneficiarão do uso deste documento.

É importante ressaltar que a implementação da PCI é responsabilidade de todos os profissionais de saúde e não apenas das equipes de PCI ou dos formuladores de políticas. Portanto, é importante que todos os profissionais de saúde estejam cientes dos *requisitos mínimos* de PCI. Deve-se considerar o fornecimento de uma orientação ativa sobre os *requisitos mínimos* de PCI (por exemplo, treinamento pré-serviço, atualizações dentro do treinamento anual em serviço etc.) aos profissionais de saúde, com base nas diferentes áreas de trabalho e funções.



Como este documento foi desenvolvido?

1.3 DESENVOLVIMENTO E ESTRUTURA DO DOCUMENTO

Um grupo de especialistas e profissionais internacionais que trabalham em nível nacional e de serviços de saúde na área de PCI foi convocado pela OMS, com o apoio dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos e do Centro Africano para Controle e Prevenção de Doenças. Realizaram-se sessões plenárias para identificar os objetivos e o âmbito do projeto e definir o conceito de *requisitos mínimos*. Foram formados grupos de trabalho para identificar os *requisitos mínimos* de cada componente central de PCI no nível nacional e dos serviços de saúde, com base nas recomendações e padrões existentes de PCI e WASH. Para o propósito desta obra, os serviços de saúde foram categorizados em unidades de atenção primária à saúde, unidades de atenção secundária (incluindo hospitais primários e secundários) e unidades de atenção terciária (hospitais terciários). Com base nas propostas dos grupos de trabalho, todos os participantes se manifestaram sobre os *requisitos mínimos* por meio de votação. Somente aqueles identificados com > 70% de consenso foram aceitos e incluídos neste documento. O ponto de corte de 70% foi baseado em evidências de estudos de desenvolvimento de consenso para garantir uma alta taxa de consenso entre o grupo de especialistas (5-7). Faz-se menção aos requisitos com um nível inferior de consenso nas seções de justificativa (“por quê”) de cada capítulo dos *requisitos mínimos*. Uma segunda rodada de revisão de conteúdo e linguagem dos *requisitos mínimos* foi realizada com os participantes após o encontro internacional. Por fim, foi solicitado a especialistas internacionais e funcionários da OMS que não participaram da reunião que fornecessem uma revisão externa e contribuições para a versão final do documento.



Como este documento está estruturado?

O documento inclui quatro partes.

A **Parte 1** é uma introdução que inclui seções de suma importância para entender o conteúdo restante do documento e os *requisitos mínimos* para programas de PCI.

Os *requisitos mínimos* estão resumidos na **Parte 2** deste documento, juntamente com as recomendações da OMS baseadas em evidências para cada componente essencial de PCI (1).

A **Parte 3** é uma análise aprofundada de cada componente essencial e seus *requisitos mínimos* para os níveis nacional e de serviços de saúde (Quadro 1). A **Parte 4** inclui sumários dos resultados de uma revisão sistemática e inventário dos padrões mínimos de PCI provenientes das publicações disponíveis, usados como base de evidência para o desenvolvimento deste documento.

QUADRO 1

ESTRUTURA DOS REQUISITOS MÍNIMOS (PARTE 3)

O QUÊ?	QUEM?	COMO?	POR QUÊ?	REQUISITOS COMPLETOS
<i>Requisitos mínimos</i>	É responsável pela ação	Medir o progresso	Justificativa e detalhes adicionais sobre os <i>requisitos mínimos</i>	Requisitos dos componentes principais mínimos
Texto dos <i>requisitos mínimos</i> de cada Componente essencial de PCI identificado pelo consenso de especialistas de acordo com o nível nacional e de saúde e baseado nas recomendações e padrões de PCI e WASH existentes.	Identificação dos que têm o mandato de garantir que os <i>requisitos mínimos</i> sejam implementados e mantidos ou possam ter uma função.	Indicadores a ser usados para rastrear a implementação e o progresso de cada <i>requisito mínimo</i> estejam disponíveis em diversas ferramentas de monitoramento da OMS.	Explicação dos motivos da seleção dos <i>requisitos mínimos</i> acordados (justificativa) e detalhes adicionais que explicam seu conteúdo e importância.	Lista abrangente de Ações e requisitos* para obter plena implementação de cada componente essencial de PCI. Observe que isso se refere apenas a hospitais de cuidados agudos porque as recomendações da OMS sobre componentes essenciais de PCI se aplicam somente a esses estabelecimentos e não especificamente a unidades de atenção primária.

* Observe que, em alguns casos, não há grandes diferenças em comparação com os *requisitos mínimos*.



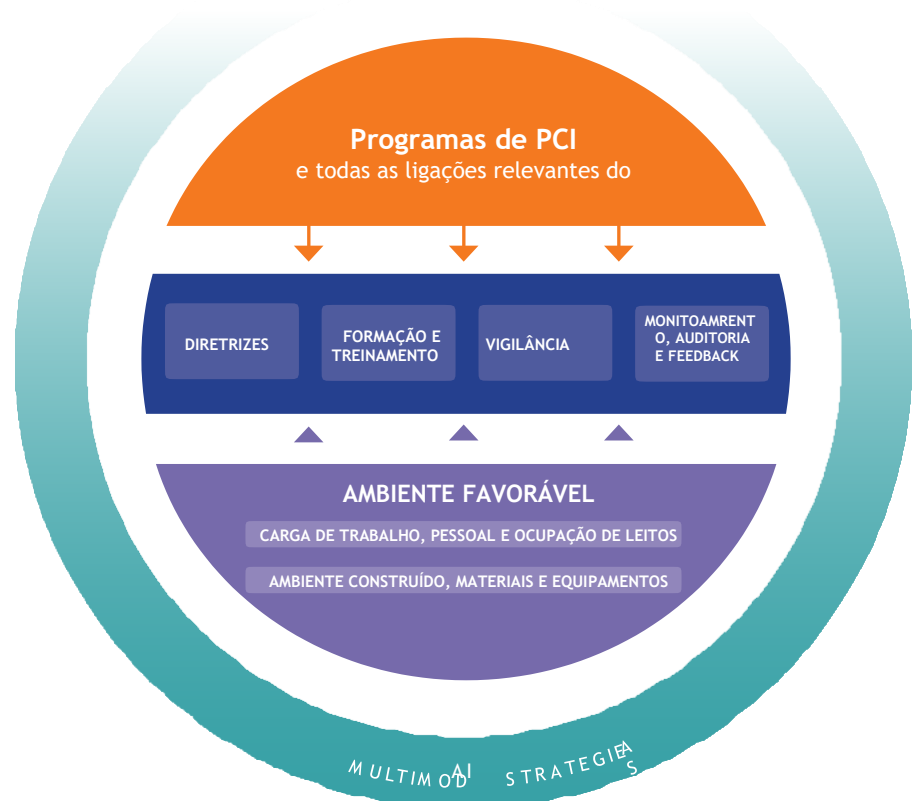
Como os *requisitos mínimos* podem ajudar a alcançar uma implementação efetiva dos componentes de PCI?

1.4 PAPEL DOS REQUISITOS MÍNIMOS

É importante observar que o padrão ouro em qualquer país é alcançar a implementação completa de todos os requisitos dos componentes essenciais dos programas de PCI da OMS (Fig. 1) (1).

Por essa razão, governos e instituições devem tomar medidas para trabalhar em direção a esse objetivo, inclusive no contexto de planos de ação nacionais para RM, qualidade de atendimento e segurança sanitária.

Fig. 1.
Representação visual dos componentes essenciais dos programas de PCI da OMS.



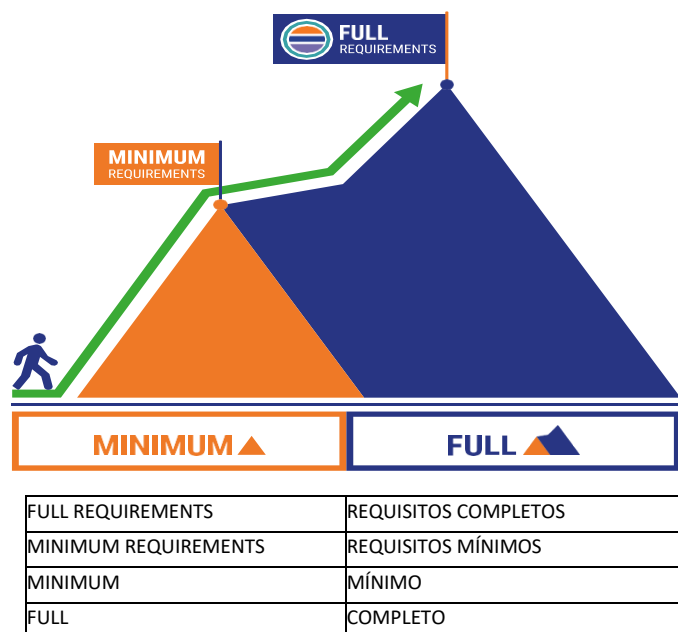
A abordagem para facilitar a implementação dos componentes da OMS, juntamente com exemplos da vida real de países e serviços de saúde do mundo inteiro, é descrita nos manuais práticos da OMS desenvolvidos para os níveis nacional e de serviços de saúde (2,3).

Qualquer pessoa interessada em compreender e implementar os *requisitos mínimos* deve ler as Orientações da OMS sobre os componentes essenciais dos programas de PCI (1) e os manuais que apoiam sua implementação em nível nacional e de serviços de saúde (2, 3).

No entanto, reconhece-se que os países possam estar em diferentes níveis de progresso,

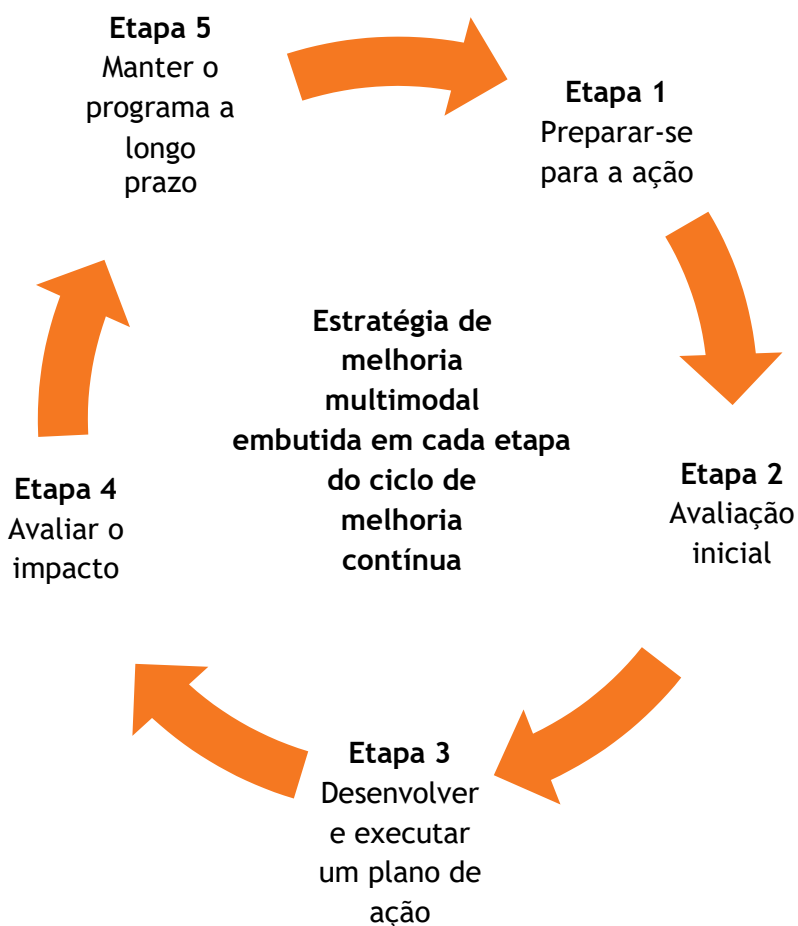
Assim, os requisitos mínimos representam o ponto de partida para se empreender a jornada de desenvolvimento de programas de PCI fortes e efetivos em nível nacional e de serviços de saúde (Fig. 2) e DEVEM estar em funcionamento em todos os países e serviços de saúde para apoiar o progresso em direção à implementação total de todos os componentes essenciais.

Fig. 2. Requisitos *mínimos* versus requisitos completos para obter programas de PCI efetivos.



Seja aplicando os *requisitos mínimos* ou os requisitos completos, a implementação dos componentes essenciais de PCI deve sempre ser abordada usando uma abordagem gradual, com base em uma avaliação cuidadosa da situação do programa e das atividades de PCI em termos locais. Pode ser que um país ou serviço de saúde não seja capaz de colocar em prática todos os componentes essenciais ou mesmo todos os *requisitos mínimos* ao mesmo tempo. Portanto, ao se preparar para melhorar a PCI, é essencial começar usando ferramentas padronizadas e indicadores desenvolvidos e validados para avaliar a situação dos componentes essenciais em nível nacional ou de serviço de saúde em qualquer país do mundo, independentemente da localização geográfica e do nível de renda. Dependendo dos pontos fortes (os requisitos/recursos dos componentes essenciais já implementados) e das lacunas (requisitos/recursos não disponíveis ou implementados) identificados através da avaliação, um exercício de priorização pode ajudar a identificar quais componentes essenciais e requisitos mínimos ou completos precisam ser visados por meio de um plano de ação de melhoria adaptado ao contexto, experiência e recursos localmente disponíveis. Para executar esse processo, a OMS propõe um ciclo de implementação de cinco etapas (*Fig. 3 e Quadro 2*) para apoiar qualquer intervenção ou programa de melhoria de PCI, conforme descrito mais adiante nos manuais práticos. (2, 3, 8)

Fig. 3.
Ciclo de cinco etapas para
Melhoria de PCI.



QUADRO 2 CICLO DE CINCO ETAPAS PARA MELHORIA DA PREVENÇÃO E DO CONTROLE DE INFECÇÃO

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
Preparar-se para a ação	Avaliação inicial	Desenvolver e executar um plano de ação	Avaliação do impacto	Manter o programa a longo prazo
<p>Esta etapa visa garantir que todos os pré-requisitos que precisam estar em vigor para o sucesso de uma intervenção ou programa de PCI sejam levados em conta. Isso inclui começar a pensar na identificação de participantes chave e suas funções e responsabilidades, assim como os recursos necessários (humano e financeiro), infraestrutura/s, planejamento e coordenação de atividades. É importante notar que os preparativos feitos podem ser refinados na etapa 3 após o cumprimento da etapa 2.</p>	<p>A realização de uma avaliação inicial objetiva da situação atual dos componentes Essenciais e dos <i>requisitos mínimos</i> é fundamental para a identificação de pontos fortes e lacunas existentes. Os indicadores padronizados e validados e as ferramentas de avaliação da OMS Disponíveis estão listados na Parte 3. As ferramentas padronizadas A nacional para avaliar os componentes essenciais de PCI e WASH em nível nacional e de serviço de saúde são descritos nos Quadros 3-5.</p>	<p>Desenvolvimento de um plano de ação personalizado que aborde a realidade local e se concentre nas áreas prioritárias para melhoria identificadas na avaliação inicial. O desenvolvimento e a execução de um plano de ação devem se basear em uma estratégia multimodal de melhoria com o apoio de um orçamento dedicado.</p>	<p>A realização de uma avaliação de acompanhamento usando as mesmas ferramentas da etapa 2 é fundamental para determinar a efetividade do plano e o cumprimento dos <i>requisitos mínimos</i>.</p>	<p>Uma revisão adicional do impacto de longo prazo e da aceitabilidade do plano de ação contínuo e garantir sua sustentabilidade são etapas importantes no ciclo de melhoria. Isso também permite uma avaliação dos passos e prioridades seguintes na implementação de todos os <i>requisitos mínimos</i> e dos componentes essenciais de PCI completos.</p>

QUADRO 3 FERRAMENTA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO 2 (IPCAT2) (9)

Tipo de ferramenta e objetivo	Estrutura	Quem deve completar
<p>Ferramenta de avaliação padronizada projetada para determinar os componentes essenciais de PCI já existentes (pontos fortes existentes) e identificar lacunas ou fragilidades em nível nacional. O principal objetivo do IPCAT2 é apoiar a implementação, fornecendo assim um roteiro para orientar as ações de PCI.</p>	<p>O IPCAT2 inclui seis seções correspondentes às seis recomendações sobre os componentes essenciais visados em nível nacional, com um sistema de pontuação associado.</p>	<p>A ferramenta deve ser usada para autoavaliação pela equipe e/ou comissão nacional de PCI, mas também pode ser usada para avaliações conjuntas com especialistas externos ou avaliações externas.</p>

QUADRO 4 ESQUEMA DE AVALIAÇÃO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÃO (IPCAF) (10)

Tipo de ferramenta e objetivo	Estrutura	Quem deve completar
<p>Ferramenta de avaliação validada projetada para medir a situação de PCI de um serviço de saúde e determinar os componentes essenciais já existentes (pontos fortes existentes) e identificar lacunas ou pontos fracos para orientar o planejamento de ações.</p>	<p>Questionário estruturado de formato fechado com um sistema de pontuação associado, que inclui oito seções correspondentes às oito recomendações sobre os componentes essenciais voltados para os serviços de saúde.</p>	<p>A ferramenta deve ser completada pelos profissionais de saúde responsáveis pela organização e implementação de medidas de PCI e que tenham conhecimento profundo de PCI no nível de serviços de saúde (ponto focal, equipe ou comissão de PCI), mas também pode ser usada para avaliações conjuntas ou avaliações externas por especialistas externos.</p>

QUADRO 5 WASH FIT (11)

Tipo de ferramenta e objetivo	Estrutura	Quem deve completar
<p>WASH FIT é uma ferramenta de melhoria a ser usada de forma contínua e regular para ajudar os funcionários e administradores dos serviços de saúde a priorizar e melhorar os serviços e orientar a infraestrutura e os serviços de gestão de resíduos em países de baixa e média renda; e orientar os esforços municipais, estaduais, distrital, regionais e nacionais mais amplos para melhorar a qualidade da atenção à saúde. O WASH FIT complementa o IPCAF e fornece um maior aprofundamento das informações sobre o ambiente construído.</p>	<p>O WASH FIT cobre quatro grandes áreas: água, saneamento (incluindo gestão de resíduos da atenção à saúde), higiene (higiene das mãos e limpeza ambiental) e gerenciamento.</p>	<p>A ferramenta deve ser usada por gestores e funcionários de saúde, incluindo o diretor médico, o administrador financeiro, médicos, enfermeiras e pessoas responsáveis pelo gerenciamento de água e resíduos. Outras pessoas fora de saúde também podem estar envolvidas, como autoridades locais, municipais, estaduais, distrital e regionais de WASH e/ou obras públicas, representantes da comunidade, autoridades governamentais locais e regionais envolvidas na implementação de estratégias nacionais de atenção à saúde, PCI e saúde materna, neonatal e infantil de qualidade, doadores e organizações não governamentais (ONG).</p>

1.5 REFERÊNCIAS

1. Orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de unidades de cuidados agudos. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2016 (<http://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-components-guidelines/en/>, acessado em 29 de outubro de 2019).
2. Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/cc-implementation-guideline.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
3. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
4. Regulamento Sanitário Internacional (2005). Ferramenta de avaliação dos principais requisitos de capacidade nos aeroportos, portos e passagens terrestres designados. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2009 (https://www.who.int/ihr/ports_airports/PoE/en/, acessado em 29 de outubro de 2019).
5. Vogel C ZS, Griffiths C, Hobbs M, Henderson E, Wilkins E. A Delphi study to build consensus on the definition and use of big data in obesity research. *Int J Obesity* 2019; Jan 17 [Publicação eletrônica pré-impressão].
6. Slade SC, Dionne CE, Underwood M, Buchbinder R. Standardised method for reporting exercise programmes: protocol for a modified Delphi study. *BMJ Open*. 2014; e006682.
7. Diamond IR, Grant CR, Feldman BM, Pencharz PB, Ling SC, Moore AM, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *J Clin Epidemiol*. 2014;67:401-09.
8. Prevenção e controle de infecção: componentes principais de PCI - ferramentas e recursos de implementação. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2019 (<https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en>, acessado em 29 de outubro de 2019).
9. Ferramenta de avaliação de prevenção e controle de infecção (IPCAT2). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017 (<http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAT2.xls>, acessado em 29 de outubro de 2019).
10. Esquema de avaliação de prevenção e controle de infecção. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-facility.PDF>, acessado em 29 de outubro de 2019).
11. Água e saneamento para a ferramenta de melhoria dos serviços de saúde (WASH FIT). Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254910/9789241511698-eng.pdf?sequence=1>, acessado em 29 de outubro de 2019).





PARTE 2. SUMÁRIO EXECUTIVO DOS REQUISITOS MÍNIMOS POR COMPONENTE ESSENCIAL

COMPONENTE ESSENCIAL 1 PROGRAMAS DE PCI



NÍVEL NACIONAL



RECOMENDAÇÃO DE COMPONENTE ESSENCIAL

Devem ser estabelecidos programas nacionais de PCI ativos, independentes, com objetivos, funções e atividades claramente definidos com o propósito de prevenir IRAS, promover a segurança do paciente e combater a RM por meio de boas práticas de PCI.

Os programas nacionais de PCI devem estar ligados a outros programas nacionais e organizações profissionais relevantes.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



O painel recomenda que um programa de PCI com uma equipe dedicada e treinada esteja em vigor em cada estabelecimento de cuidados agudos com o objetivo de prevenir IRAS e combater RM por meio de boas práticas de PCI.

REQUISITOS MÍNIMOS

Um programa de PCI funcional deve estar em vigor, incluindo pelo menos:

- um ponto focal treinado em PCI de tempo integral.
- um orçamento dedicado para a implementação de estratégias/planos de PCI.

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA:

Agente de saúde treinado em PCI

- Pessoa de ligação treinada em PCI, com tempo dedicado (meio período) em cada unidade de atenção primária à saúde.
- Um agente de saúde treinado em PCI do próximo nível administrativo (por exemplo, município) para supervisionar os profissionais de ligação de PCI nas unidades de atenção primária à saúde.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA:

programa de PCI funcional

- Ponto focal treinado em PCI [um agente treinado em PCI de tempo integral (enfermeiro ou médico)] de acordo com a proporção recomendada de 1:250 leitos com tempo dedicado para realizar as atividades de PCI em todas as unidades (por exemplo, se a unidade de saúde tiver 120 leitos, um agente dedicado equivalente a 50% do tempo integral).
- Orçamento dedicado para implementação de PCI.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA:

programa de PCI funcional

- Pelo menos um ponto focal treinado em PCI de tempo integral (enfermeiro ou médico) com tempo dedicado para cada 250 leitos.
- Programa de PCI alinhado com o programa nacional e com um orçamento dedicado.
- Comissão/equipe multidisciplinar.
- Acesso ao laboratório de microbiologia.

COMPONENTE ESSENCIAL 2

DIRETRIZES DE PCI



NÍVEL NACIONAL E NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE

RECOMENDAÇÃO DO COMPONENTE ESSENCIAL

Devem ser desenvolvidas e implementadas diretrizes baseadas em evidências com o propósito de reduzir IRAS e RM. Devem ser proporcionados treinamento e formação para os profissionais de saúde relevantes no tocante às recomendações das orientações e ao monitoramento da adesão às recomendações das orientações para obter uma implementação bem-sucedida.

NÍVEL NACIONAL



NÍVEL DO SERVIÇO DE SAÚDE



REQUISITOS MÍNIMOS

Diretrizes nacionais de PCI

- Diretrizes, baseadas em evidências, adaptadas ao contexto local e revisadas pelo menos a cada cinco anos.

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA:

procedimentos operacionais padrão (POP) adaptados à de saúde e seu monitoramento

- POP adaptados aos serviços de saúde com base em evidências, baseados nas orientações nacionais de PCI.
- No mínimo, os POP dos serviços de saúde devem incluir:
 - higienização das mãos
 - descontaminação de produtos de saúde e equipamentos de atendimento ao paciente
 - limpeza ambiental
 - gestão de resíduos de saúde
 - segurança de injeção
 - proteção de profissionais da saúde (por exemplo, profilaxia pós-exposição, vacinações)
 - técnicas assépticas
 - triagem de pacientes com infecção
 - princípios básicos de precauções padrão e baseadas na transmissão.
- Acompanhamento de rotina da implementação de pelo menos algumas das orientações/POPs de PCI.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA:

todos os requisitos do nível do serviço de atenção primária, com POP adicionais sobre:

- precauções padrão e precauções baseadas na transmissão (por exemplo, POP específicos e detalhados para a prevenção da transmissão de patógenos pelo ar);
- técnica asséptica para procedimentos invasivos, incluindo cirurgia;
- POP específicos para prevenir ao máximo as IRAS prevalentes com base no contexto local/epidemiologia;
- saúde ocupacional (POP específico detalhado).

COMPONENTE ESSENCIAL 3 EDUCAÇÃO E TREINAMENTO EM PCI



NÍVEL NACIONAL



RECOMENDAÇÃO DE COMPONENTE ESSENCIAL

O programa nacional de PCI deve apoiar a educação e o treinamento da força de trabalho da saúde como uma de suas funções principais.

NÍVEL DO SERVIÇO DE SAÚDE



O painel recomenda que deve ser implementada educação em PCI para todos os profissionais de saúde, utilizando estratégias de equipe e baseadas em tarefas participativas que incluam treinamento à beira do leito e simulação para reduzir o risco de IRAS e RM.

REQUISITOS MÍNIMOS

Política nacional de treinamento e currículo

- Política nacional para que todos os profissionais de saúde sejam treinados em PCI (treinamento em serviço).
- Um currículo nacional em PCI aprovado e alinhado com as orientações nacionais e endossadas pelo órgão apropriado.
- Sistema nacional e cronograma de monitoramento e avaliação para verificar a efetividade do treinamento e da educação em PCI (pelo menos anualmente).

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA:

Treinamento em PCI para toda a equipe clínica de linha de frente e de limpeza na admissão

- Todo o pessoal clínico e de limpeza da linha de frente deve receber educação e treinamento sobre as orientações/POP de PCI da unidade na contratação.
- Todas as pessoas de ligação de PCI na unidade de atenção primária e agentes de PCI em nível municipal (ou outro nível administrativo) precisam receber treinamento específico em PCI.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA:

Treinamento PCI para todo o pessoal clínico da linha de frente e limpeza na admissão

- Todo o pessoal clínico e de limpeza da linha de frente deve receber educação e treinamento sobre as orientações/POP de PCI da unidade na admissão.
- Todos os funcionários de PCI precisam receber treinamento específico em PCI)

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA:

Treinamento em PCI para todo o pessoal clínico da linha de frente e limpeza na admissão e anualmente

- Todo o pessoal clínico e de limpeza da linha de frente deve receber educação e treinamento sobre as orientações/POP de PCI da unidade de saúde no momento da admissão e anualmente.
- Todos os funcionários de PCI precisam receber treinamento específico em PCI)

COMPONENTE ESSENCIAL 4

VIGILÂNCIA DAS IRAS



NÍVEL NACIONAL



RECOMENDAÇÃO DO COMPONENTE ESSENCIAL

O painel recomenda que programas e redes nacionais de vigilância das IRAS, que incluam mecanismos para feedback oportuno de dados com potencial de ser usados para fins de benchmarking, sejam estabelecidos para reduzir IRAS e RM.

REQUISITOS MÍNIMOS

Vigilância de PCI e um grupo técnico de monitoramento

- Estabelecimento pelo ponto focal nacional de PCI de um grupo técnico para vigilância de IRAS e monitoramento de PCI que:
 - seja multidisciplinar;
 - desenvolva um plano estratégico nacional para vigilância de IRAS (com foco nas infecções prioritárias com base no contexto local) e monitoramento de PCI.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



O painel recomenda que seja realizada vigilância das IRAS nos serviços de saúde para orientar as intervenções de PCI e detectar surtos, incluindo vigilância de RM, com feedback oportuno dos resultados para os profissionais de saúde e as partes interessadas e por meio de redes nacionais.

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- A vigilância das IRAS não é necessária como um requisito mínimo no nível da unidade primária, mas deve seguir os planos nacionais ou estaduais, se disponíveis (por exemplo, a detecção e a notificação de surtos que afetam a comunidade geralmente estão incluídos nos planos nacionais).

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

- A vigilância das IRAS deve seguir os planos nacionais ou locais (estadual, distrital ou municipal).

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA: vigilância funcional das IRAS

- A vigilância ativa das IRAS deve ser conduzida e inclui informações sobre RM:
 - estruturas capacitadoras e recursos de apoio precisam estar em vigor (por exemplo, laboratórios confiáveis, registros médicos, equipe treinada), dirigidos por um método apropriado de vigilância;
 - o método de vigilância deve ser dirigido pelas prioridades/planos do serviço de saúde e/ou país.
- Deve ser fornecido feedback oportuno e regular às principais partes interessadas, a fim de conduzir às ações adequadas, em especial à administração do hospital.

COMPONENTE ESSENCIAL 5: ESTRATÉGIAS MULTIMODAIS



NÍVEL NACIONAL



RECOMENDAÇÃO DO COMPONENTE ESSENCIAL

O painel recomenda que programas nacionais fortes de PCI devem coordenar e facilitar a implementação das atividades de PCI por meio de estratégias multimodais em nível nacional ou local (estadual, distrital ou municipal).

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



O painel recomenda que sejam implementadas atividades de PCI que utilizem estratégias multimodais para aprimorar as práticas e reduzir IRAS e RM.

REQUISITOS MÍNIMOS

Estratégias de melhoria multimodal para intervenções de PCI

- Uso de estratégias multimodais para implementar intervenções de PCI de acordo com as orientações nacionais/POP sob a coordenação do ponto focal nacional de PCI (ou equipe, se houver).

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA: estratégias multimodais para intervenções prioritárias de PCI

- Uso de estratégias multimodais - no mínimo implementar intervenções para melhorar a higiene de mãos, a administração segura de injetáveis, limpeza e desinfecção de instrumentos e produtos de saúde e a limpeza ambiental.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA: estratégias multimodais para intervenções prioritárias de PCI

- Uso de estratégias multimodais - no mínimo, implementar intervenções para melhorar cada uma das precauções padrão baseadas na transmissão e triagem.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA: estratégias multimodais para todas as intervenções PCI

- Uso de estratégias multimodais para implementar intervenções para melhorar cada uma das precauções baseadas na transmissão, triagem e aquelas direcionadas à redução de infecções específicas (por exemplo, infecção de sítio cirúrgico ou infecção associadas a cateter) em áreas/grupos de pacientes de alto risco, de acordo com as prioridades locais.

COMPONENTE ESSENCIAL 6: MONITORAMENTO, AUDITORIA E FEEDBACK



NÍVEL NACIONAL



RECOMENDAÇÃO DO COMPONENTE ESSENCIAL

O painel recomenda que um programa nacional de monitoramento e avaliação de PCI deve ser estabelecido para avaliar até que ponto os padrões estão sendo seguidos e as atividades estão sendo realizadas de acordo com os objetivos e metas do programa. O monitoramento da higiene de mãos com feedback deve ser considerado um indicador-chave de desempenho em nível nacional.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



O painel recomenda que devem ser realizados monitoramento/auditoria regular e feedback oportuno das práticas de saúde de acordo com os padrões de PCI para prevenir e controlar IRAS e RM no nível do serviço de saúde. Deve ser fornecido feedback a todas as pessoas auditadas e ao pessoal relevante.

REQUISITOS MÍNIMOS

Grupo técnico de monitoramento e vigilância de PCI

- Estabelecimento pelo ponto focal nacional de PCI de um grupo técnico para vigilância de IRAS e monitoramento de PCI que:
 - seja multidisciplinar;
 - desenvolva um plano estratégico nacional para vigilância de IRAS e monitoramento de PCI e, para monitoramento de indicadores de PCI:
 - desenvolva recomendações para indicadores mínimos (por exemplo, higiene de mãos);
 - desenvolva um sistema integrado para a coleta e análise de dados (por exemplo, protocolos, ferramentas)
 - ofereça treinamento em nível de serviço de saúde para coleta e análise desses dados.

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- O monitoramento dos indicadores estruturais e de processo de PCI deve ser implementado em nível de atenção primária, com base nas prioridades de PCI identificadas nos outros componentes essenciais. Isso requer decisões em nível nacional e apoio à implementação em nível local.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Uma pessoa responsável pela condução do monitoramento periódico ou contínuo de indicadores selecionados para processo e estrutura, orientado pelas prioridades do serviço de saúde ou do país.
- A higiene de mãos é um indicador de processo essencial a ser monitorado.
- Deve ser fornecido feedback oportuno e regular às principais partes interessadas, a fim de levar a ações adequadas, especialmente à administração do hospital.

COMPONENTE ESSENCIAL 7: CARGA DE TRABALHO, PESSOAL E OCUPAÇÃO DE LEITOS (SOMENTE NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE*)



NÍVEL DE UNIDADE*



RECOMENDAÇÃO DO COMPONENTE ESSENCIAL

O painel recomenda que os seguintes elementos devem ser respeitados a fim de reduzir o risco de IRAS e a propagação de RM: (1) a ocupação de leitos não deve exceder a capacidade padrão dos serviços de saúde; (2) o nível de alocação dos profissionais de saúde deve ser adequadamente designado de acordo com a carga de trabalho por pacientes.

REQUISITOS MÍNIMOS

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- **Reduzir a superlotação:** um sistema de fluxo de pacientes, um sistema de triagem (incluindo sistema de referência) e um sistema de gerenciamento de consultas devem ser estabelecidos de acordo com as orientações existentes, se disponíveis.
- **Otimizar os níveis de pessoal:** avaliação dos níveis adequados de pessoal, dependendo das categorias identificadas ao usar ferramentas nacionais/OMS (políticas nacionais sobre a proporção paciente/equipe), e desenvolvimento de um plano apropriado.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- **Padronizar a ocupação de leitos:**
 - estabelecer um sistema para gerenciar o uso do espaço do serviço de saúde e estabelecer a capacidade padrão de leitos do serviço de saúde;
 - aplicação do sistema desenvolvido na administração hospitalar;
 - não mais do que um paciente por leito;
 - espaçamento de pelo menos um metro entre as bordas dos leitos;
 - a ocupação total não deve exceder a capacidade total de leitos projetada para o serviço de saúde.
- **Reduzir a superlotação e otimizar os níveis de pessoal:** os mesmos *requisitos mínimos* da atenção primária.

COMPONENTE ESSENCIAL 8: INFRAESTRUTURA, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS PARA PCI (SOMENTE NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE)



NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



RECOMENDAÇÃO DO COMPONENTE ESSENCIAL

As atividades de atendimento ao paciente devem ser realizadas em um ambiente limpo e/ou higienizado que facilite as práticas relacionadas à prevenção e controle de IRAS, bem como RM, incluindo todos os elementos em torno da infraestrutura e serviços de WASH e a disponibilidade de materiais e equipamentos apropriados de PCI. O painel recomenda que materiais e equipamentos para realizar a higiene de mãos adequada devem estar prontamente disponíveis no local de atendimento.

REQUISITOS MÍNIMOS

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA:

- A água deve estar sempre disponível a partir de uma fonte nos serviços de saúde (como um poço artesiano profundo ou um abastecimento de água encanada tratada e gerenciada com segurança) para executar as medidas básicas de PCI, incluindo higiene de mãos, limpeza ambiental, lavanderia, limpeza e desinfecção de produtos de saúde e gestão de resíduos de serviços de saúde de acordo com as orientações nacionais.
- No mínimo dois banheiros funcionais devem estar disponíveis no local, uma para pacientes e outra para funcionários; ambos devem estar equipados com unidades de higiene menstrual.
- Instalações funcionais de higiene de mãos devem estar sempre disponíveis em pontos de atendimento/banheiros e devem incluir sabão, água e toalhas descartáveis (ou se não houver disponíveis, toalhas reutilizáveis limpas) ou antisséptico para higienização das mãos (álcool gel) nos pontos de atendimento e sabão, água e toalhas descartáveis (ou se não houver disponíveis, toalhas reutilizáveis limpas) a menos de 5 metros dos banheiros.
- Lixeiras suficientes e devidamente rotuladas para permitir a separação de resíduos de saúde devem estar disponíveis e ser usadas (menos de 5 metros do ponto de geração); os resíduos devem ser tratados e descartados com segurança por meio de autoclavagem, incineração em alta temperatura e/ou enterrados em uma fossa protegida revestida.
- O layout do serviço de saúde deve permitir ventilação natural adequada, descontaminação de produtos de saúde reutilizáveis, triagem e espaço para coorte/isolamento/separação física temporária, se necessário.
- Suprimentos e equipamentos de PCI suficientes e adequados [por exemplo, esfregões, detergente, desinfetante, equipamento de proteção individual (EPI) e esterilização] e fonte de força/energia (por exemplo, combustível) devem estar disponíveis para a execução de todas as medidas básicas de PCI de acordo com os *requisitos mínimos*/POP, incluindo todas as precauções padrão, conforme aplicável; deve haver iluminação disponível durante o horário de trabalho para a prestação de cuidados.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA:

- Uma quantidade segura e suficiente de água deve estar disponível para todas as medidas de PCI e atividades médicas específicas exigidas, incluindo para beber, e canalizada dentro do serviço de saúde em todos os momentos - no mínimo nas enfermarias de alto risco (por exemplo, maternidade, centros cirúrgicos, unidade de terapia intensiva).
- Devem estar disponíveis, no mínimo, dois banheiros funcionais que contenham descarte seguro de resíduos nos ambulatórios, e uma a cada 20 leitos, nas enfermarias; todas devem estar equipadas com unidades de higiene menstrual.
- Instalações funcionais para higienização das mãos devem estar sempre disponíveis em pontos de atendimento, banheiros e áreas de serviço (por exemplo, unidade de descontaminação), que incluem álcool gel e sabão, água e toalhas descartáveis (ou se não houver disponíveis, toalhas reutilizáveis limpas) nos pontos de atendimento e áreas de serviço, e sabão, água e toalhas descartáveis (ou se não houver disponíveis, toalhas reutilizáveis limpas) a menos de 5 metros dos banheiros.
- Lixeiras suficientes e devidamente rotuladas para permitir a separação de resíduos de saúde devem estar disponíveis e ser usadas (menos de 5 metros do ponto de geração) e os resíduos devem ser tratados e descartados com segurança por meio de autoclavagem, incineração (850° a 1100° C) e/ou enterrados em uma fossa protegida revestida.

*O sistema nacional de saúde, o programa de PCI e todos os outros órgãos relevantes devem coordenar e apoiar a implementação deste componente principal

- O serviço de saúde deve ser projetado para permitir ventilação adequada (natural ou mecânica, conforme necessário) para prevenir a transmissão de patógenos.
- Suprimentos e equipamentos suficientes e adequados e fonte de força/energia confiável devem estar disponíveis para a execução de todas as práticas de PCI, incluindo precauções padrão e baseadas na transmissão, de acordo com os *requisitos mínimos/POP*; eletricidade confiável deve estar disponível para fornecer iluminação às áreas clínicas para que ofereçam atendimento contínuo e seguro, no mínimo para enfermarias de alto risco (por exemplo, maternidade, sala(s) cirúrgica(s), unidade de terapia intensiva).
- O serviço de saúde deve ter um espaço/área dedicado para realizar a limpeza, desinfecção e o reprocessamento de produtos de saúde (ou seja, um centro de material e esterilização) de acordo com os *requisitos mínimos/POP*.
- O serviço de saúde deve ter salas de isolamento individuais adequadas ou pelo menos uma sala para coorte de pacientes com patógenos ou síndromes semelhantes, se o número de quartos de isolamento for insuficiente.



PARTE 3. REVISÃO EM PROFUNDIDADE DOS REQUISITOS MÍNIMOS

COMPONENTE ESSENCIAL 1: PROGRAMAS DE PCI



O QUÊ (requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



Um programa de PCI funcional deve estar em vigor, incluindo pelo menos:

- um ponto focal treinado em PCI de tempo integral.
- um orçamento dedicado à implementação de estratégias/planos de PCI.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pessoa de ligação treinada em PCI e agente de saúde

- Pessoa de ligação treinada em PCI, com tempo dedicado (meio período) em cada unidade de atenção primária.
- Um agente de saúde treinado em PCI do próximo nível administrativo (por exemplo, município) para supervisionar os profissionais de ligação de PCI nas unidades de atenção primária à saúde.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Programa funcional de PCI

- Ponto focal treinado em PCI [um agente treinado em PCI de tempo integral (enfermeiro ou médico)] de acordo com a proporção recomendada de 1:250 leitos com tempo dedicado para realizar as atividades de PCI em todas as unidades (por exemplo, se a unidade de saúde tiver 120 leitos, um agente dedicado equivalente a 50% do tempo integral).
- Orçamento dedicado para implementação de PCI.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

Programa funcional de PCI

- Pelo menos um ponto focal treinado em PCI de tempo integral (enfermeiro ou médico) com tempo dedicado para cada 250 leitos.
- Programa PCI alinhado com o programa nacional e com um orçamento dedicado.
- Comissão/equipe multidisciplinar.
- Acesso ao laboratório de microbiologia.

QUEM (é responsável pela ação)

NÍVEL NACIONAL



- Ministro da saúde ou outra autoridade sênior designada dentro do ministério da saúde (por exemplo, o diretor geral dos serviços de saúde) em nível nacional e/ou estadual.
- O ministro das finanças também pode ter um papel importante na alocação de um orçamento dedicado para PCI.
- Líderes de outros programas cujas ligações possam ser úteis para ação sinérgica (por exemplo, IRAS, RM, WASH).
- Comissão ou grupo técnico de trabalho nacional de PCI, dependendo da situação do país, pois em alguns países a comissão existe, mas não há um ponto focal ou equipe nacional de PCI para agir. Portanto, a comissão de PCI pode ter um papel crítico na defesa de causa do estabelecimento de um ponto focal nacional de PCI.
- Os parceiros técnicos de PCI têm um papel importante em defender e apoiar (também financeiramente em alguns casos) o estabelecimento de um ponto focal de PCI [por exemplo, escritório da OMS no país, Escritório Regional da OMS, UNICEF, Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA, e outras organizações com competência e atividades no domínio de PCI].

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



- Todos os principais participantes mencionados em nível nacional podem influenciar e/ou ordenar o estabelecimento de pessoas de ligação de PCI, pontos focais de PCI e comitês de PCI no nível das unidades de saúde e de oficiais de PCI do próximo nível administrativo.
- Diretores de saúde ou equipes de gestão de saúde (ou outra função de tomada de decisão) em nível estadual, distrital ou municipal (ou outro nível administrativo, dependendo do país).
- No nível das unidades de saúde secundárias e terciárias, o diretor do hospital, o diretor médico, a enfermeira-chefe e o diretor do escritório financeiro têm um papel crítico na decisão de estabelecer os requisitos mínimos para o componente essencial.
- Comissão de PCI existente (ou similar) na unidade de saúde ou próximo nível administrativo.
- Os parceiros locais têm um papel importante em defender e apoiar (também financeiramente em alguns casos) o estabelecimento dos *requisitos mínimos* de PCI nos serviços de saúde.

COMO (medir o progresso)

INDICADORES EM NÍVEL NACIONAL (SIM/NÃO)



- Ferramenta de avaliação de PCI 2 (IPCAT2) - 1.1.1: existe um programa de PCI nacional ativo.
- IPCAT2 - 1.1.2: uma pessoa focal de prevenção de infecção nomeada responsável pelo programa de PCI pode ser identificada.
- IPCAT2 - 1.1.4: a pessoa focal de prevenção de infecção nomeada passou por treinamento em PCI na prevenção de IRAS.
- IPCAT2 - 1.1.7: há um orçamento dedicado alocado ao programa de PCI.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL NACIONAL¹



Fontes

- Resultados IPCAT2 (onde disponíveis; use os resultados e gráficos autogerados disponíveis no arquivo Excel do IPCAT2); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>.
- OMS. Ferramenta de relatório anual de autoavaliação do Estado Parte. Regulamento Sanitário Internacional (2005). 2018; <https://www.who.int/ihr/publications/WHO-WHE-CPI-2018.16/en/>.
- OMS. Relatório da Avaliação Externa Conjunta (AEC)(disponível) 2ª edição, 2018; <https://www.who.int/ihr/procedures/joint-external-evaluations/en/>.
- Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura; Organização para a Saúde Animal; OMS. Monitoramento global do progresso do país na resistência antimicrobiana (AMR): Enquete de autoavaliação do país sobre AMR tripartite (TrACSS), versão 3.0, relatório. 2018; <https://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/Tripartite-antimicrobial-resistance-country-self-assessment-questionnaire-2018-EN.pdf?ua=1>.

INDICADORES EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE (SIM/NÃO)



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Uma pessoa de ligação treinada em PCI, com tempo dedicado, está disponível em cada unidade de atenção primária à saúde.
- Intervenções de PCI incluídas no plano anual da unidade de saúde.
- Um agente de saúde treinado em PCI está disponível no próximo nível administrativo (por exemplo, município) para supervisionar os profissionais de ligação de PCI.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

- Ferramenta do esquema de avaliação de controle e prevenção de infecção (IPCAF) - 1.1: existe um programa de PCI.
- IPCAF - 1.3: há pelo menos uma pessoa focal treinada em PCI de tempo integral (enfermeiro ou médico) para cada 250 leitos.
- IPCAF - 1.4: o ponto focal de PCI tem tempo dedicado para as atividades de PCI em todas as unidades, independentemente do número de leitos.
- IPCAF - 1.9: existe um orçamento dedicado especificamente para o programa de PCI, ou seja, cobrindo as atividades de PCI, incluindo salários.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

- IPCAF - 1.1: existe um programa de PCI.
- IPCAF - 1.3: há pelo menos uma pessoa focal treinada em PCI de tempo integral (enfermeira ou médico) para cada 250 leitos.
- IPCAF - 1.6: existe uma comissão multidisciplinar de PCI apoiando ativamente a equipe de PCI.
- IPCAF - 1.9: existe um orçamento dedicado especificamente para o programa de PCI, ou seja, cobrindo as atividades de PCI, incluindo salários.
- IPCAF - 1.10: o programa de PCI tem acesso a um laboratório de microbiologia, dentro ou fora do local, para uso rotineiro cotidiano.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL SERVIÇO DE SAÚDE



Fontes

- Relatório de resultados IPCAF (onde disponível; use o modelo de apresentação); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-template.pdf?ua=1>.

Ferramentas e recursos

- OMS. Orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de serviços de saúde. 2016; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.
- Twinning partnerships for improvement; <https://www.who.int/service-delivery-safety/twinning-partnerships/en/>.

¹ Fontes referem-se aqui a possíveis informações que possam estar disponíveis em fontes existentes que podem ser usadas para extrair informações relevantes a fim de abordar cada indicador. Recursos relaciona as ferramentas e recursos de implementação relevantes disponíveis.

Ferramentas e recursos

- OMS. Guidelines on core components of IPC programmes at the national and acute health care facility level (2016); <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.
- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC). HAI cost calculator; <https://apic.org/resources/cost-calculators/>.
- Centro Europeu para Prevenção e Controle de Doenças. Competências essenciais para profissionais de controle de infecção e higiene hospitalar na União Europeia. 2013; <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/infection-control-core-competencies.pdf>.

POR QUÊ (justificativa e detalhes adicionais sobre os *requisitos mínimos*)**NÍVEL NACIONAL**

- Pelo menos um profissional (enfermeiro ou médico) deve receber a responsabilidade pela PCI em nível nacional. Ele deve ter pelo menos conhecimento básico e treinamento em PCI (de preferência, um certificado de pós-graduação em PCI) e alguma experiência prática.
- Quando a pessoa estiver atuando é essencial ter alguns recursos (orçamento) para trabalhar.
- Com base nisso, os objetivos, funções e plano de atividades serão desenvolvidos pelo ponto focal de PCI em colaboração com outros programas e instituições nacionais, bem como com parceiros externos.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE**■ ATENÇÃO PRIMÁRIA**

- O nível de atenção primária à saúde é o primeiro ponto principal de entrada de patógenos infecciosos no sistema de saúde e é onde a PCI geralmente é mais fraca.
- É fundamental estabelecer pelo menos um nível básico de PCI e triagem na atenção primária (ou seja, os *requisitos mínimos*) para evitar infecção e disseminação de RM pelo sistema de saúde, incluindo surtos associados à assistência causados pela transmissão de patógenos emergentes ou ressurgentes de pessoa para pessoa.
- É importante ter profissionais encarregados da PCI em diferentes níveis (serviços de saúde e no próximo nível administrativo) para apoiar uma abordagem programática baseada na coordenação, supervisão e prestação de contas por meio de monitoramento e avaliação.
- A existência de um programa e práticas de PCI na atenção primária contribuirá para a segurança do paciente e a qualidade da assistência e facilitará as ligações com a comunidade e a disseminação dos princípios básicos de prevenção entre as famílias, bem como o envolvimento do paciente e da família.
- A pessoa de ligação deve ser um membro da equipe do serviço de atenção primária, treinado em PCI e com tempo dedicado (meio período).
- Nas unidades com mais de 10 profissionais de saúde, a pessoa de ligação de PCI deve ser responsável pelas seguintes funções: aconselhar sobre a aquisição e manutenção de equipamentos e materiais para PCI; monitorar e supervisionar as atividades de PCI; fazer a ligação com os coordenadores de PCI do próximo nível administrativo relevante na implementação atividades de PCI; ligação com o sistema regular de notificação de doenças para relato de eventos incomuns.
- Nas unidades com menos de 10 profissionais de saúde, a pessoa de ligação pode ter algumas das funções mencionadas acima, mas, em geral, será necessário mais apoio do agente municipal, especialmente para atividades de monitoramento.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Um programa de PCI abrangente e funcional deve ser implementado em todos os serviços de saúde porque as evidências demonstram um grande efeito na redução de IRAS.
- A existência de um ponto focal de PCI e um orçamento são condições necessárias para o desenvolvimento de um programa de PCI com objetivos e planos, e a premissa necessária para qualquer ação de PCI.
- O número de funcionários necessários depende da gravidade do paciente e da complexidade do atendimento na instituição, bem como das múltiplas funções e responsabilidades dos profissionais de PCI.



Requisitos completos dos componentes essenciais

NÍVEL NACIONAL



- Programa de PCI nacional ativo, independente, com objetivos, funções e atividades claramente definidos.
- Equipe técnica treinada em PCI (profissionais médicos e de enfermagem) com tempo, orçamento e autoridade para tomar decisões.
- Fortes ligações com programas nacionais de PCI com outros programas nacionais relevantes e organizações profissionais.
- Apoiado por pelo menos um laboratório microbiológico de referência nacional com sistema de garantia de qualidade externa (EQAS)
- Apoiado por uma comissão oficial multidisciplinar de PCI.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não aplicável.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Programas de PCI com objetivos claramente definidos com base na epidemiologia e nas prioridades locais de acordo com uma avaliação de risco e funções que se alinham e contribuam para a prevenção de IRAS e da disseminação de MR na atenção à saúde.
- Profissionais treinados e dedicados em todas as unidades de cuidados intensivos.
- Uma proporção mínima de um profissional de PCI de tempo integral ou equivalente (enfermeiro ou médico) para cada 250 leitos ou uma proporção maior (um profissional de PCI para cada 100 leitos) devido ao aumento da gravidade e complexidade do atendimento aos pacientes, bem como às crescentes e múltiplas funções e responsabilidades do profissional de PCI.
- O apoio de um laboratório microbiológico com sistema de controle de qualidade externa é importante para um programa de PCI efetivo.

COMPONENTE ESSENCIAL 2: DIRETRIZES DE PCI



O QUÊ (requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



Orientações nacionais de PCI

- Orientações baseadas em evidências, nacionalmente aprovadas, adaptadas ao contexto local e revisadas pelo menos a cada cinco anos.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

POP adaptados às unidades de saúde e seu monitoramento

- POP adaptados às unidades de saúde baseados em evidências com base nas orientações nacionais de PCI.
- No mínimo, os POP da unidade de saúde devem incluir:
 - Higiene de mãos
 - Descontaminação de produtos de saúde e equipamentos de atendimento ao paciente
 - Limpeza ambiental
 - Gerenciamento de resíduos de saúde
 - Administração segura de injetáveis
 - Proteção de profissionais de saúde (por exemplo, no mínimo profilaxia pós-exposição, vacinações)
 - Técnicas assépticas
 - Triagem de pacientes com infecção
 - Princípios básicos de precauções padrão
- Monitoramento de rotina da implementação de pelo menos algumas das orientações/POP de PCI.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

todos os requisitos do nível de unidade de saúde primária, com POP adicionais sobre:

- precauções padrão e baseadas na transmissão (por exemplo, POP específicos e detalhados para a prevenção da transmissão de patógenos pelo ar);
- técnica asséptica para procedimentos invasivos, incluindo cirurgia;
- POP específicos para prevenir as IRAS mais prevalentes com base no contexto/epidemiologia local;
- saúde ocupacional (detalhada).

QUEM (é responsável pela ação)

NÍVEL NACIONAL



- O ponto focal nacional de PCI (e equipe ou comissão de PCI, se houver) uma vez que o desenvolvimento e a implementação das orientações são atividades-chave em seu mandato.
- Em um país no qual o ponto focal/equipe de PCI foi estabelecido recentemente e tem experiência/especialização limitada, cogite suporte técnico externo de PCI conforme necessário para o desenvolvimento/revisão inicial das orientações.
- Outro órgão nacional responsável (por exemplo, o centro nacional de controle de doenças, instituto de saúde pública) ou uma instituição acadêmica que colabore com o ministério da saúde também pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento de orientações/POP de PCI.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Pessoa de ligação treinada em PCI, com tempo (meio-período) dedicado e/ou apoio de uma pessoa treinada em PCI indicada do próximo nível administrativo.
- Se a experiência da unidade de saúde e do próximo nível administrativo for limitada, deve-se buscar apoio externo.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- O ponto focal de PCI é responsável por redigir e adaptar os POP, promovendo sua adoção e monitorando a adesão a eles. Se a experiência da equipe de PCI for limitada, deve-se buscar apoio externo.
- O desenvolvimento e a implementação dos POP requerem um programa de PCI em funcionamento e conhecimentos associados para garantir que os procedimentos recomendados locais remetam às

orientações nacionais ou internacionais baseadas em evidências e sejam adaptados ao contexto.

- As partes interessadas relevantes (por exemplo, médicos, enfermeiros, gestores de unidades de saúde, gestores de qualidade) devem estar envolvidas no desenvolvimento e adaptação das orientações.
- O envolvimento dos profissionais de saúde da linha de frente deve ser cogitado no desenvolvimento e implementação dos POP.
- O ponto focal de PCI também deve ser responsável por organizar treinamento da equipe nos POP e monitorar a adesão aos procedimentos recomendados, em colaboração com outros que possam ser responsáveis pelo treinamento e avaliação em nível local.

COMO (medir o progresso)

INDICADORES EM NÍVEL NACIONAL (SIM/NÃO)



- IPCAT2 - 2.1.1: o ponto focal nacional de PCI tem o mandato de trabalhar com os principais participantes para produzir orientações para a prevenção e controle de IRAS.
- IPCAT2 - 2.1.6: o ponto focal nacional de PCI aborda ativamente a adaptação das orientações de modo a refletir as condições locais.
- IPCAT2 - 2.1.3: as orientações são revisadas pelo menos a cada 5 anos e atualizadas de modo a refletir a base de evidências atual.

INDICADORES EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE (SIM/NÃO)



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- IPCAF - 2.2: POP adaptados às unidades de saúde estão disponíveis higiene das mãos, descontaminação de produtos de saúde e equipamentos de atendimento ao paciente, limpeza ambiental, gerenciamento de resíduos de saúde, aplicação segura de injetáveis, proteção de profissionais de saúde (por exemplo, pelo menos profilaxia pós-exposição, vacinações), técnicas assépticas, triagem, princípios básicos de precauções padrão e com base na transmissão.
- IPCAF - 2.3: As orientações/POP são consistentes com as orientações nacionais/internacionais de PCI (se houver).
- IPCAF - 2.8: É realizado monitoramento de rotina da implementação de pelo menos algumas das orientações/POP.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- IPCAF - 2.2: POP/orientações adaptados às unidades de saúde estão disponíveis para higiene das mãos, descontaminação de produtos de saúde e equipamentos de atendimento ao paciente, limpeza ambiental, gestão de resíduos de saúde, proteção de profissionais de saúde (por exemplo, no mínimo profilaxia pós-exposição, vacinações), técnica asséptica para procedimentos invasivos, incluindo cirurgia, triagem, precauções padrão e baseadas na transmissão, POP específicos para prevenção das IRAS mais prevalentes com base no contexto local/epidemiologia e saúde ocupacional.
- IPCAF - 2.3: as orientações/POP são consistentes com as orientações nacionais/internacionais de PCI (se houver).
- IPCAF - 2.8: é realizado o monitoramento de rotina da implementação de pelo menos alguns dos POP.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL NACIONAL



Fonte

- Resultados IPCAT2 (onde disponíveis; use os resultados e gráficos autogerados disponíveis no arquivo Excel do IPCAT2); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>.

Ferramentas e recursos

- OMS. Guidelines on core components of IPC programmes at the national and acute health care facility level (2016); <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimoramento da prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



prevenção e controle de infecção da OMS 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.

Fontes

- Relatório de resultados IPCAF (onde disponível; use o modelo de apresentação); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-template.pdf?ua=1>.
- Primary Health Care Performance Initiative. Primary health care progression model assessment tool report (onde disponível). 2018; <https://improvingphc.org/primary-health-care-progression-model>.

Ferramentas e recursos

- WHO Guidelines on core components of IPC programmes at the national and acute health care facility level; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção da OMS

- . 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.
- CDC IPC guidelines library; <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/index.html>.
- APIC: list of IPC guidelines; <https://apic.org/Professional-Practice/Scientific-guidelines>.
- Asia Pacific Society for Infection Control IPC guidelines; <http://apsic-apac.org/guidelines-and-resources/apsicguidelines/>.

POR QUÊ (justificativa e detalhes adicionais sobre os requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



- A disponibilidade de orientações nacionais contribui para a redução do risco de IRAS e RM, especialmente quando implementadas em combinação com a educação e treinamento dos profissionais de saúde.
- O desenvolvimento de orientações/protocolos/POP de PCI e estratégias de implementação relacionadas é uma função-chave do ponto focal nacional de PCI (ou equipe/programa de PCI, se houver).
- São necessárias orientações nacionais para indicar os padrões e medidas de PCI que devem ser seguidos e monitorados, incluindo o treinamento apropriado dos profissionais de saúde em todos os níveis.
- As orientações nacionais de PCI devem ser baseadas em evidências (isto é, baseadas em revisões sistemáticas da literatura científica e outras orientações existentes) e, idealmente, referir-se a/ser adaptadas de orientações padronizadas internacionais, se disponíveis.
- O conteúdo das orientações deve ser priorizado localmente, com base nas práticas e/ou tipos de IRAS mais frequentes e adaptado às circunstâncias locais (por exemplo, uso de cateteres de longa permanência e outros dispositivos, cirurgia e outros procedimentos invasivos). No entanto, no mínimo, as orientações devem cobrir os seguintes tópicos:
 - Higiene das mãos
 - Limpeza e desinfecção de produtos de saúde e artigos de cuidado ao paciente
 - Limpeza ambiental
 - Gerenciamento de resíduos de saúde
 - Precauções baseadas na transmissão
 - Proteção dos profissionais de saúde
 - Técnicas assépticas
 - Triagem
 - O desenvolvimento e implementação de estratégias de treinamento e divulgação das orientações de PCI fazem parte dos *requisitos mínimos*.
- Atualizações regulares (ou seja, pelo menos a cada 5 anos) são necessárias para garantir que as orientações reflitam as evidências atuais e permaneçam atuais e práticas para a evolução da provisão de atenção à saúde.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- No nível da unidade de saúde, não é necessário ter a experiência necessária para desenvolver orientações baseadas em evidências. É importante desenvolver POP para implementação e monitoramento das orientações nacionais ou internacionais disponíveis.
- Os profissionais de ligação de PCI do nível da unidade de saúde devem trabalhar com os pontos focais de PCI do próximo nível administrativo (por exemplo, município) para desenvolver POP adaptados com base nas orientações nacionais (ou internacionais) para atenção primária.
- O monitoramento da adesão à implementação do POP é essencial para avaliar sua adoção e efetividade para atingir os desfechos desejados e para auxiliar nos ajustes e melhorias das estratégias de implementação. O monitoramento e a supervisão de PCI devem ser assegurados pelo agente de saúde responsável pela PCI no próximo nível administrativo (por exemplo, município).
- Deve ser cogitada adaptação às condições locais para uma compreensão e implementação mais efetivas.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Veja todos os pontos indicados para o nível da unidade de atenção primária.
- Um nível mais alto de especialização de PCI é necessário para desenvolver POP em serviços de saúde secundárias e terciárias, devido ao aumento na gravidade e complexidade dos cuidados prestados.
- Os POP adaptados às unidades de saúde devem ser priorizados localmente, com base nas práticas mais frequentes e/ou com práticas associadas a um aumento no risco de IRAS e adaptados às circunstâncias locais (por exemplo, uso de cateteres e outros dispositivos, cirurgia e outros procedimentos invasivos).

NÍVEL NACIONAL



- O desenvolvimento de orientações nacionais e as estratégias de implementação relacionadas são função da equipe ou ponto focal nacional de PCI e requerem especialização em PCI. Requisitos (que estão sob a responsabilidade do programa nacional) para desenvolver e implementar orientações nacionais de PCI efetivas:
 - experiência em PCI para desenvolvimento ou adaptação;
 - priorização local;
 - fornecimento de recursos, infraestrutura e suprimentos para permitir a implementação;

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não aplicável.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

Não há grandes diferenças a serem observadas em comparação com os *requisitos mínimos*.

- Educação dos profissionais de saúde sobre as práticas recomendadas;
- monitoramento da implementação e adesão;
- atualizações regulares.
- Para cumprir totalmente o componente essencial 2, as orientações sobre todos os tópicos a seguir devem ser desenvolvidas em nível nacional (seja em uma orientação principal ou em orientações específicas, conforme viável e apropriado de acordo com o contexto local):
 - precauções padrão
 - Higiene de mãos
 - Uso de EPI
 - Esterilização e descontaminação de produtos de saúde
 - Manuseio seguro de roupa de cama e lavanderia
 - Gerenciamento de resíduos de saúde
 - Isolamento de pacientes
 - Higiene respiratória e etiqueta da tosse
 - Limpeza ambiental
 - Aplicação segura de injetáveis
 - Proteção, segurança e profilaxia pós-exposição dos profissionais de saúde.
 - Precauções baseadas na transmissão;
 - Técnica asséptica e gerenciamento de dispositivos para procedimentos clínicos;
 - Orientações específicas para prevenir as IRAS mais prevalentes (por exemplo, infecção do trato urinário associada a um cateter, infecção do sítio cirúrgico, infecção de corrente sanguínea associada a um cateter central, pneumonia associada a ventilador), dependendo do contexto e da complexidade do atendimento.
- O envolvimento e a participação precoce das partes interessadas no desenvolvimento e produção de orientações são vitais para garantir o consenso e uma melhor adesão.

COMPONENTE ESSENCIAL 3: EDUCAÇÃO E TREINAMENTO EM PCI



O QUÊ (requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



Política nacional de treinamento e currículo

- Política nacional para que todos os profissionais de saúde sejam treinados em PCI (treinamento em serviço).
- Um currículo nacional em PCI aprovado, alinhado com as orientações nacionais e endossado pelo órgão apropriado.
- Sistema nacional e cronograma de monitoramento e avaliação para verificar a efetividade do treinamento e educação em PCI (pelo menos anualmente).

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Treinamento em PCI para todo o pessoal clínico da linha de frente e de limpeza na admissão

- Todo o pessoal clínico da linha de frente e de limpeza devem receber educação e treinamento sobre as orientações/POP de PCI da unidade de saúde quando da contratação.
- Todas as pessoas de ligação de PCI nas unidades de atenção primária e os agentes de PCI do nível municipal (ou outro nível administrativo) precisam receber treinamento específico em PCI.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Treinamento em PCI para todo o pessoal clínico da linha de frente e da limpeza na admissão:

- Todos os funcionários clínicos da linha de frente e de limpeza devem receber educação e treinamento sobre as orientações/POP de PCI no momento da contratação.
- Todos os funcionários de PCI precisam receber treinamento específico em PCI.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

Treinamento em PCI para todo o pessoal clínico da linha de frente e de limpeza na admissão e anualmente

- Todo o pessoal clínico da linha de frente e de limpeza deve receber educação e treinamento sobre as orientações/POP de PCI da unidade de saúde no momento da admissão e anualmente.
- Todos os funcionários de PCI precisam receber treinamento específico em PCI on-line ou participar de cursos.

QUEM (é responsável pela ação)

NÍVEL NACIONAL



- O ponto focal de PCI (e equipe ou comitê de PCI, se houver) no ministério da saúde ou outro órgão nacional responsável, visto que a educação e o treinamento de PCI são atividades essenciais em seu mandato.
- Líderes seniores em cargos-chave em nível de ministério, incluindo ministérios da saúde e da educação.
- As instituições acadêmicas locais, incluindo universidades e outras com mandato na educação da força de trabalho em saúde, têm um papel fundamental no desenvolvimento e endosso de currículos e na oferta de treinamento.
- É importante incluir todos os outros programas relevantes e atores nacionais e identificar as principais áreas conjuntas de trabalho nos esforços de educação e treinamento.
- Em um país no qual o ponto focal/equipe de PCI foi estabelecido recentemente e tem experiência limitada, cogite suporte técnico externo de PCI conforme necessário para desenvolvimento e implementação do currículo inicial de PCI.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- O agente treinado em PCI do próximo nível administrativo (por exemplo, município) é responsável pelo treinamento das pessoas de ligação de PCI, profissionais de saúde da linha de frente e equipes de limpeza das unidades de atenção primária, de acordo com um plano e estratégia desenvolvidos em nível nacional.
- Os agentes de PCI do próximo nível administrativo (por exemplo, município) devem ser treinados em nível nacional ou estadual/distrital.
- É necessária experiência em PCI para se realizar o treinamento em PCI.
- Se a experiência da equipe de PCI for limitada, deve-se buscar apoio externo.
- As pessoas de ligação de PCI devem fornecer supervisão no trabalho/mentoria para profissionais de saúde e limpeza em suas unidades de saúde.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- O ponto focal de PCI (ou equipe de PCI, se houver) é responsável pelo treinamento dos profissionais da linha de frente e de limpeza.
- É necessária experiência em PCI para se realizar o treinamento em PCI.
- Se a experiência do ponto focal de PCI for limitada, deve-se buscar apoio externo, por exemplo, em nível regional ou nacional.
- Além disso, funcionários não pertencentes à PCI com habilidades adequadas (por exemplo, enfermeiros/profissionais de ligação ou defensores e líderes de opinião) podem desempenhar um papel de mentoria para atualizar os princípios de PCI e defender as práticas de PCI no nível da enfermaria.

COMO (medir o progresso)

INDICADORES EM NÍVEL NACIONAL (SIM/NÃO)



- IPCAT2 - 3.1.1: o programa nacional de PCI fornece orientação e recomendações para o treinamento em serviço no nível das unidades de saúde (por exemplo, frequência, especialização necessária, requisitos para orientação de novos funcionários, abordagens de monitoramento e avaliação).
- IPCAT2 - 3.1.2: o programa nacional de PCI fornece conteúdo e suporte para o treinamento em PCI de todos os profissionais de saúde no nível da unidade.
- IPCAT2 - 3.2.5: O treinamento em PCI é integrado à educação e treinamento profissional continuado em medicina, enfermagem e áreas afins da saúde.
- IPCAT2 - 3.3.1: um sistema nacional e um cronograma de monitoramento e avaliação estão em vigor para verificar a efetividade do treinamento e da educação, por exemplo, pelo menos anualmente.

Possíveis indicadores adicionais

- Política nacional de treinamento de profissionais de saúde desenvolvida.
- Currículo nacional de PCI para profissionais de saúde desenvolvido, aprovado e endossado por uma sociedade/órgão profissional apropriado.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL NACIONAL



Fontes

- Resultados IPCAT2 (onde disponíveis; use os resultados e gráficos autogerados disponíveis no arquivo Excel do IPCAT2); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>.

Ferramentas e recursos

- OMS. Guidelines on core components of IPC programmes at the national and acute health care facility level (2016); <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção da OMS 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.

INDICADORES EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE (SIM/NÃO)



ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Todos os novos profissionais de saúde da linha de frente recebem educação e treinamento sobre as orientações/POP de PCI.
- Todos os novos funcionários de limpeza recebem educação e treinamento sobre as orientações/POPs de PCI.
- Treinamento/educação específica em PCI é oferecido para os profissionais de ligação de PCI nas unidades de atenção primária.
- Treinamento/educação específica em PCI é oferecido para a equipe de PCI em nível municipal.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

- IPCAF - 3.3: todos os novos profissionais de saúde da linha de frente recebem educação e treinamento sobre as orientações/POP de PCI.
- IPCAF - 3.4: todos os novos funcionários de limpeza recebem educação e treinamento sobre as orientações/POPs de PCI.
- IPCAF - 3.10: educação/treinamento específico em PCI é oferecido para os profissionais de PCI

ATENÇÃO TERCIÁRIA

- IPCAF - 3.3: todos os novos profissionais de saúde da linha de frente recebem orientação e, pelo menos, educação e treinamento anuais sobre as orientações/POPs de PCI.
- IPCAF - 3.4: todos os novos funcionários de limpeza recebem orientação e, pelo menos, educação e treinamento anuais sobre as orientações/POPs de PCI.
- IPCAF - 3.10: educação/treinamento específico em PCI é oferecido para os profissionais de PCI

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL SERVIÇO DE SAÚDE



Fonte

- Relatório de resultados IPCAF (onde disponível; use o modelo de apresentação); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-template.pdf?ua=1>.

Ferramentas e recursos

- Orientações sobre os principais componentes dos programas de PCI em nível nacional e de unidades de cuidados agudos da OMS (2016) para mais informações; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- WASH FIT; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254910/9789241511698-eng.pdf?sequence=1>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.

NÍVEL NACIONAL



- Quando combinado com as orientações nacionais de PCI, o treinamento contribui para a redução de IRAS e RM e para uma força de trabalho de saúde mais qualificada.
- O apoio e facilitação do treinamento em todos os níveis deve ser considerado um indicador importante para avaliar o impacto dos programas de PCI.
- O ponto focal/equipe de PCI deve ser especificamente treinado no uso de estratégias multimodais para a implementação de intervenções de PCI.
- O conteúdo do treinamento e do currículo deve ser baseado nas orientações e POP nacionais e, em seguida, priorizado localmente, com base nas práticas e/ou tipos de IRAS mais frequentes.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



ATENÇÃO PRIMÁRIA

- A educação e o treinamento em PCI são essenciais para o desenvolvimento de uma força de trabalho competente e qualificada. No mínimo, uma ênfase em um nível básico de PCI e de triagem na atenção primária para evitar a disseminação de infecção e pelo sistema de saúde, incluindo surtos associados à assistência à saúde.
- Conceitos básicos de implementação de estratégias multimodais devem ser incluídos no treinamento dos profissionais de ligação de PCI e da equipe de PCI.
- O fato de garantir uma orientação na contratação proporciona um conhecimento básico para todos os funcionários da linha de frente e equipe da limpeza, ao mesmo tempo em que reconhece que as oportunidades educacionais contínuas são o padrão ouro.
- A educação dos pacientes e dos visitantes continua sendo uma consideração importante. Em especial, sempre que os familiares assumem atividades de cuidado, eles devem receber treinamento personalizado de PCI para protegerem-se a si mesmos e a seus entes queridos e, assim, minimizar qualquer possibilidade de transmissão cruzada. A educação do paciente e da família nas unidades de saúde pode também estimular o uso de medidas de higiene adequadas na comunidade, como lavar as mãos com sabonete.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- A formação em PCI que envolve profissionais de saúde de primeira linha em uma abordagem prática e pragmática e incorpora experiências individuais está associada à diminuição de IRAS e aumento da adesão à higiene das mãos.
- Três categorias de recursos humanos foram identificadas como alvos para o treinamento em PCI, exigindo diferentes estratégias e conteúdo de treinamento: Especialistas em PCI; todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços e atendimento ao paciente; e outro pessoal que apoia a prestação de serviço de saúde (pessoal administrativo e gerencial, equipe auxiliar de serviços, limpeza etc.).
- A pessoa/equipe focal de PCI deve ser especificamente treinada no uso de estratégias multimodais para a implementação de intervenções de PCI.
- A educação do paciente e da família continua sendo uma consideração importante (veja acima).
- Em especial nas instituições de atenção terciária, o fornecimento de atualizações de treinamento anualmente é um requisito mínimo.

■

Requisitos dos componentes essenciais completos

NÍVEL NACIONAL



- O programa nacional de PCI deve:
 - desenvolver currículos de graduação e pós-graduação e em serviço de PCI em colaboração com instituições acadêmicas locais para:
 - especialistas de PCI
 - todos os profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços e atendimento ao paciente
 - outro pessoal (pessoal administrativo e de gestão, pessoal de apoio, limpeza);
 - desenvolver algumas ferramentas de treinamento padronizadas para apoiar a implementação de currículos, alinhadas com as orientações técnicas nacionais e os padrões internacionais de PCI.
- Além do currículo e do desenvolvimento de ferramentas, devem ser os devidos dados passos para a aprovação, adoção e implementação dos currículos por todos os corpos docentes da saúde (por exemplo, medicina, enfermagem, obstetrícia, odontologia, laboratório etc.).
- Devem ser estabelecidos planos de carreira claros para profissionais de PCI em nível nacional.
- Deve-se levar em consideração os métodos e modalidades de ensino, com base nos princípios da educação de adultos. Os seguintes métodos de treinamento podem ser incluídos: aprendizagem baseada em problemas; oficinas práticas; grupos de discussão; treinamento ponto a ponto; simulação baseada em sala de aula; e treinamento à beira do leito.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não aplicável.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- O treinamento obrigatório em PCI deve ser garantido para todos os profissionais de saúde, incluindo aqueles que prestam cuidados diretos ao paciente (por exemplo, médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, parteiras, atendentes, funcionários de apoio pessoal etc.) e equipe administrativa e gerencial, equipe de apoio e limpeza, com base em suas funções e em POP adaptados às unidades de saúde. Isso inclui:
 - orientação de novos funcionários
 - oportunidades educacionais contínuas para o pessoal existente (pelo menos anualmente).
- O treinamento em serviço deve ser prático e complementar a WASH e outras áreas de treinamento (por exemplo, melhoria da qualidade).
- A educação e o treinamento sobre PCI devem fazer parte de uma estratégia geral de educação dos serviços de saúde, incluindo orientação para novos funcionários e o fornecimento de oportunidades educacionais contínuas para os funcionários existentes, independentemente do nível e cargo (por exemplo, pessoal administrativo sênior e de limpeza).
- A equipe de PCI deve ser treinada em funções específicas de PCI para o nível de atenção terciária e de acordo com os POP de PCI adaptados às unidades de saúde. Avaliações periódicas da efetividade dos programas de treinamento e do conhecimento do pessoal devem ser realizadas rotineiramente.

COMPONENTE ESSENCIAL 4: VIGILÂNCIA DAS IRAS



O QUÊ (requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



Grupo técnico de monitoramento e vigilância de PCI

- Estabelecimento pelo ponto focal nacional de PCI de um grupo técnico para vigilância de IRAS e monitoramento de PCI que:
 - seja multidisciplinar
 - desenvolva um plano estratégico nacional de vigilância de IRAS (com foco nas infecções prioritárias com base no contexto local) e monitoramento de PCI.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- A vigilância das IRAS não é exigida como requisito mínimo no nível da unidade primária, mas deve seguir os planos nacionais ou subnacionais, se disponíveis (por exemplo, a detecção e a notificação de surtos que afetam a comunidade geralmente estão incluídas nos planos nacionais).

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

- A vigilância das IRAS deve seguir os planos nacionais ou estaduais, distritais ou municipais.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

- Deve ser realizada vigilância ativa de IRAS incluindo informações sobre RM.
- Estruturas capacitadoras e recursos de apoio precisam estar em vigor (por exemplo, laboratórios confiáveis, registros médicos, equipe treinada), dirigidos por um método apropriado de vigilância.
- O método de vigilância deve ser direcionado pelas prioridades/planos da unidade de saúde e/ou país (por exemplo, estudos de prevalência pontual para reunir um rápido instantâneo da situação ou vigilância prospectiva longitudinal de infecções do sítio cirúrgico, se isso for identificado como um problema)
- É necessário fornecer feedback oportuno e regular às principais partes interessadas, para conduzir a ações adequadas, em especial para a administração do hospital.

QUEM (é responsável pela ação)

NÍVEL NACIONAL



- O líder/ponto focal nacional de PCI (e equipe ou comitê técnico de PCI, se houver) do ministério da saúde ou órgão nacional responsável pela PCI deve tomar medidas para convocar o grupo técnico de vigilância de IRAS e monitoramento de PCI.
- Idealmente, o grupo técnico deve incluir microbiologistas, médicos, técnicos de laboratório, epidemiologistas, profissionais que trabalham em outros sistemas de vigilância, estatísticos, gerentes de dados e especialistas em tecnologia da informação e especialistas em monitoramento e avaliação.
- Deve ser estabelecida uma ligação a outros programas de vigilância relevantes, em especial o alinhamento com a vigilância.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

- Se for realizada a vigilância das IRAS, uma pessoa/ponto focal treinado em PCI, de acordo com os planos nacionais ou locais (estaduais, distrital ou municipal).

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

- O ponto focal de PCI (ou equipe/comissão de PCI, se houver) é responsável por reunir uma equipe para vigilância de IRAS/e RM, em seguida, planejar e conduzir a vigilância e analisar, interpretar e divulgar os dados coletados.
- A equipe deve ser multidisciplinar, de preferência incluindo epidemiologistas, estatísticos, controle de infecção, gestores de dados e especialistas em tecnologia da informação com capacidade adequada. Pelo menos parte dessa experiência deve estar disponível.
- O ponto focal de PCI deve ser treinado em métodos básicos de epidemiologia e vigilância.
- Deve ser estabelecida uma ligação a outros programas de vigilância relevantes, em especial o alinhamento com a vigilância de RM.

COMO (medir o progresso)

INDICADORES EM NÍVEL NACIONAL (SIM/NÃO)



- Um grupo técnico multidisciplinar para vigilância de IRAS é estabelecido em nível nacional.
- Um plano estratégico nacional para vigilância de IRAS (com foco em infecções prioritárias com base no contexto local) está em vigor.
- IPCAT2 - 4.1.3: os líderes do programa nacional de PCI (ou parceiro colaborador) são designados a coordenar o programa e a rede nacional de vigilância de IRAS.

INDICADORES EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE (SIM/NÃO)



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- *Observação: A vigilância das não é necessária, mas deve seguir os planos nacionais ou subnacionais, se houver.*
- Se for realizada, a vigilância de IRAS é feita de acordo com os planos nacionais (sim/não/não aplicável).

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

- A vigilância de IRAS é realizada de acordo com os planos nacionais.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

- IPCAF - 4.1: a vigilância ativa é um componente definido do programa de PCI
- IPCAF - 4.2: há pessoal responsável pelas atividades de vigilância?
- IPCAF - 4.3: a equipe responsável pelas atividades de vigilância foi treinada em epidemiologia básica, vigilância e PCI (ou seja, tem capacidade para supervisionar métodos de vigilância, gerenciamento e interpretação de dados).
- IPCAF - 4.5: um exercício de priorização é usado para determinar o método de vigilância de acordo com o contexto local (ou seja, identificar infecções que são as principais causas de morbidade e mortalidade no serviço).
- IPCAF - 4.8: definições confiáveis de casos de vigilância (definidas como numerador e denominador de acordo com as definições internacionais, por exemplo, Rede Nacional de Segurança da Atenção à Saúde do CDC/Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças) são usadas ou adaptadas por meio de um processo de adaptação baseado em evidências e consulta a especialistas.
- IPCAF - 4.14: feedback oportuno e regular (por exemplo, trimestral/semestral/anual) é fornecido às principais partes interessadas, para conduzir a ações adequadas, em especial à administração do hospital.
- Estruturas habilitadoras e recursos de apoio (por exemplo, laboratório microbiológico de referência EQAS, registros médicos com informações clínicas suficientes para determinar as definições de caso de IRAS, tempo dedicado da equipe) estão disponíveis para apoiar a vigilância de IRAS.
- É realizada vigilância ativa de colonização ou infecção causadas por patógenos multirresistentes de acordo com os dados epidemiológicos locais.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL NACIONAL



Fonte

- Resultados IPCAT2 (onde disponíveis; use os resultados e gráficos autogerados disponíveis no arquivo Excel do IPCAT2); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>.

Ferramentas e recursos

- OMS. Orientações sobre os principais componentes dos programas de PCI em nível nacional e de unidades de cuidados agudos, para obter mais informações. 2016; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção da OMS 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



Fonte

- Relatório de resultados IPCAF (onde disponível; use o modelo de apresentação); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-template.pdf?ua=1>.

Ferramentas e recursos

- OMS. Orientações sobre os componentes dos programas de PCI em nível nacional e de unidades de cuidados agudos, para obter mais informações. 2016; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.

POR QUÊ (justificativa e detalhes adicionais sobre os requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



- A vigilância das IRAS é a primeira etapa (*requisito mínimo*) para avaliar a magnitude da carga de doenças por meio da coleta sistemática de dados nas enfermarias/unidades-alvo. Como uma primeira etapa, quando não houver um sistema de vigilância de IRAS, um grupo técnico multidisciplinar deve desenvolver um plano de vigilância.
- Esse grupo terá a tarefa de identificar:
 - prioridades e métodos de vigilância;
 - um plano de vigilância abrangente para monitoramento de IRAS e PCI;
 - um mecanismo de relatório nacional centralizado;
 - um conjunto mínimo de dados (desfechos, indicadores ou outras informações) para vigilância, incluindo a realização de uma avaliação inicial;
 - papéis e responsabilidades na implementação da vigilância de IRAS nos serviços de saúde.
- A priorização não deve ser baseada apenas em sistemas verticais (por exemplo, vírus da imunodeficiência humana, tuberculose, malária, gripe, *Salmonella* spp., etc.), mas deve levar em consideração alvos essenciais de prevenção de IRAS, por exemplo, redução do número de infecções do sítio cirúrgico ou da corrente sanguínea.
- O nível nacional também pode cogitar o desenvolvimento de uma política/regulamentos para exigir a vigilância de IRAS nos serviços, de acordo com os *requisitos mínimos* especificados abaixo.
- A vigilância das IRAS deve estar alinhada com as prioridades do plano nacional de ação de RM.

NÍVEL SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- A detecção e a notificação de surtos que afetam a comunidade às autoridades nacionais devem ser incluídas nos planos nacionais ou estaduais.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

- Dado o baixo nível de atenção especializada, a vigilância das IRAS na atenção secundária não foi estritamente considerada um requisito mínimo pelo consenso dos especialistas; o monitoramento dos indicadores de PCI foi considerado mais importante.
- Algumas unidades secundárias podem decidir realizar vigilância de IRAS relevantes, como infecção de sítio cirúrgico, dependendo do tipo de atendimento prestado e da capacidade da unidade de saúde e da priorização dos componentes essenciais.
- A notificação de surtos nos serviços de saúde ou que afetam a comunidade às autoridades nacionais deve ser incluída nos planos nacionais ou estaduais/locais.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

- As IRAS e MR são um fardo nas unidades de terapia intensiva e outras unidades/enfermarias altamente especializadas, onde as intervenções invasivas trazem mais riscos de IRAS e os pacientes têm um risco maior de morte devido a essas infecções.
- Por esse motivo, a vigilância direcionada de IRAS é necessária no nível terciário de atenção à saúde.
- Para garantir a implementação do plano nacional de vigilância, uma equipe de vigilância de IRAS deve estar instalada em cada hospital terciário.
- A priorização também é responsabilidade da equipe de PCI, e um exercício de priorização deve ser conduzido de acordo com as recomendações nacionais.
- A equipe deve desenvolver um plano estratégico de vigilância de acordo com as capacidades atuais, incluindo:
 - objetivo;
 - amostra-alvo e desfechos de infecção;
 - identificação de um laboratório nacional de referência e de capacidades de garantia de qualidade;
 - desenvolvimento/adaptação cuidadosa das definições de caso.
- O feedback oportuno para a liderança do hospital e os profissionais de saúde da linha de frente é considerado uma das partes mais críticas da vigilância e monitoramento. As unidades devem levar em consideração a definição do momento oportuno do feedback (por exemplo, mensal ou bimestral).
- A equipe focal de PCI deve adaptar sua metodologia de vigilância aos recursos e prioridades disponíveis, de acordo com as recomendações nacionais.

NÍVEL NACIONAL



- Devem ser estabelecidos um programa e redes nacionais de vigilância das IRAS que incluam mecanismos para feedback oportuno de dados de monitoramento e avaliação, com o potencial de serem usados para fins de benchmarking.
- Os programas de vigilância devem ser apoiados por:
 - governos envolvidos e outras autoridades respectivas;
 - recursos humanos e financeiros alocados;
 - capacidade de microbiologia e laboratório (pelo menos um laboratório de referência nacional), com definições e métodos laboratoriais padronizados;
 - um sistema de informação para coleta e análise de dados.
- Os programas de vigilância devem atender aos seguintes critérios:
 - demonstrar objetivos claros, um conjunto padronizado de definições de caso, métodos para detectar IRAS (numeradores) e a população exposta (denominadores), incluindo um processo para a análise de dados e relatórios e um método para avaliar a qualidade dos dados;
 - estabelecer linhas claras e regulares de relatórios de dados de vigilância de IRAS das unidades de saúde locais para o nível nacional;
 - adaptar as orientações internacionais sobre as definições de IRAS em nível de país antes de implementá-las;
 - incluir um programa nacional de treinamento para realizar a vigilância, a fim de garantir a aplicação apropriada e consistente das orientações e protocolos de vigilância nacionais;
 - fornecer dados para orientar o desenvolvimento e implementação de intervenções de controle efetivas.
- O programa de vigilância deve fornecer dados sobre infecções:
 - que podem se tornar uma epidemia no serviço de saúde (deteção precoce de surtos);
 - comumente observadas em populações vulneráveis (por exemplo, recém-nascidos, pacientes queimados, pacientes em unidades de terapia intensiva e hospedeiros imunocomprometidos);
 - que podem causar desfechos graves, como alta letalidade e morbidade e sofrimento do paciente;
 - causadas por microrganismos resistentes, com ênfase nos patógenos multirresistentes;
 - associadas a dispositivos invasivos selecionados ou procedimentos específicos, como o uso de dispositivos intravasculares, cateteres urinários permanentes e cirurgia;
 - que podem afetar os profissionais de saúde (por exemplo, hepatite B e C e vírus da imunodeficiência humana).

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não aplicável.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Deve ser realizada a vigilância de IRAS nas unidades de saúde para orientar as intervenções de PCI e detectar surtos, incluindo RM.
- Os sistemas de vigilância de infecção dos hospitais devem ser ligados a sistemas integrados de vigilância de infecção da saúde pública.
- Deve ser fornecido em tempo hábil o feedback dos resultados para os profissionais de saúde e as partes interessadas por meio de redes nacionais.
- A vigilância das unidades de saúde deve ser baseada nas recomendações nacionais e em definições padrão e personalizadas para as necessidades e nas prioridades do serviço de saúde de acordo com os recursos disponíveis, com objetivos e métodos claros.
- Os métodos de detecção de infecção devem estar ativos. Diferentes estratégias de vigilância podem incluir o uso de taxas de prevalência ou incidência de patógenos de IRAS e MR. Deve haver um sistema para avaliação da qualidade dos dados de vigilância.
- A vigilância deve ser baseada em dados clínicos e/ou microbiológicos e apoiada por capacidade laboratorial com EQAS
- O comitê de PCI e a equipe de PCI são responsáveis por planejar e conduzir a vigilância de IRAS e analisar, interpretar e disseminar os dados coletados. Por esse motivo, as atividades de vigilância devem ser conduzidas por uma equipe treinada (idealmente de tempo integral), capaz de planejar, coletar e gerenciar os dados e convocar reuniões com a equipe, com o comitê e com outros participantes importantes.
- A vigilância deve fornecer informações para:
 - descrever a situação das infecções relacionadas à assistência à saúde (ou seja, incidência e/ou prevalência, tipo, etiologia e, idealmente, dados sobre a gravidade e a carga atribuível da doença);
 - identificação dos padrões mais relevante de suscetibilidade MR;
 - identificação de populações, procedimentos e exposições de alto risco;
 - detecção precoce de clusters e surtos (ou seja, sistema de alerta precoce);
 - avaliação do impacto das intervenções.

COMPONENTE ESSENCIAL 5: ESTRATÉGIAS MULTIMODAIS



O QUÊ (requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



Estratégias de melhoria multimodal para intervenções de PCI

- Uso de estratégias multimodais para implementar intervenções de PCI de acordo com as orientações/POP nacionais, sob a coordenação do ponto focal nacional de PCI (ou equipe, se houver).

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Estratégias multimodais para intervenções prioritárias de PCI

- Uso de estratégias multimodais - no mínimo para implementar intervenções para melhorar a higiene das mãos, práticas seguras de injeção, descontaminação de instrumentos e produtos para saúde e limpeza do ambiente.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Estratégias multimodais para intervenções prioritárias de PCI

- Uso de estratégias multimodais - no mínimo para melhorar cada item das precauções padrão e baseadas na transmissão e da triagem.

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

Estratégias multimodais para todas as intervenções de PCI

- Uso de estratégias multimodais para implementar intervenções para melhorar cada item das precauções padrão e baseadas na transmissão, triagem e aquelas direcionadas à redução de infecções específicas (por exemplo, infecções do sítio cirúrgico ou associadas a cateter) em áreas de alto risco/grupos de pacientes, de acordo com as prioridades locais.

QUEM (é responsável pela ação)

NÍVEL NACIONAL



- O ponto focal de PCI (e equipe técnica ou comissão de PCI, se existente) no ministério da saúde ou órgão nacional responsável em PCI, visto que as intervenções multimodais são atividades essenciais em seu mandato.
- Os líderes seniores em cargos-chave em nível de ministério. É importante convencer os gestores seniores de alto nível e os principais profissionais sobre o valor de empregar estratégias multimodais em nível nacional e da unidade de saúde e isso depende de comunicação e defesa de causa efetivos.
- Os membros e equipes-chave de todos os outros programas relevantes e atores nacionais que serão responsáveis pela implementação do programa de PCI, incluindo possíveis áreas de trabalho conjuntas.
- Os especialistas nacionais e locais em ciência de implementação, bem como os especialistas do campo da ciência comportamental e da comunicação.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- A pessoa treinada em PCI e o ponto focal de PCI com o apoio de um agente de saúde treinado em PCI do próximo nível administrativo são responsáveis pelo uso de uma abordagem multimodal para a implementação de intervenções/POP de PCI.
- Estratégias multimodais de sucesso incluem o envolvimento de defensores ou modelos.
- Deve ser abordada a colaboração com colegas na melhoria da qualidade e segurança do paciente para desenvolvimento e promoção de estratégias multimodais.

INDICADORES EM NÍVEL NACIONAL (SIM/NÃO)



- IPCAT2 - 5.1.1: o ponto focal indicado de PCI é treinado e competente em ciência de implementação e estratégias multimodais de mudança de comportamento.
- IPCAT2 - 5.1.2: promoção de estratégias multimodais por meio da inclusão da abordagem no desenvolvimento das orientações, educação e treinamento em PCI.

INDICADORES EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE

**ATENÇÃO PRIMÁRIA**

IPCAF - 5.1: são utilizadas estratégias multimodais para implementar intervenções prioritárias de PCI (no mínimo para melhorar a higiene das mãos, descontaminação de instrumentos e produtos para saúde e limpeza ambiental).

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA

- IPCAF - 5.1: são utilizadas estratégias multimodais para implementar intervenções prioritárias de PCI (no mínimo para implementar intervenções para melhorar as precauções padrão e as baseadas na transmissão e triagem).

■ ATENÇÃO TERCIÁRIA

- IPCAF - 5.1: são utilizadas estratégias multimodais para implementar todas as intervenções de PCI e para melhorar as precauções padrão e baseadas na transmissão, triagem e aquelas voltadas para a redução de infecções específicas em áreas de alto risco/grupos de pacientes vulneráveis, de acordo com as prioridades de saúde locais.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL NACIONAL



Fonte:

- Resultados IPCAT2 (onde disponíveis; use os resultados e gráficos autogerados no arquivo Excel do IPCAT2); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>.

Ferramentas e recursos

- OMS. Guidelines on core components of IPC programmes at the national and acute health care facility level (2016); <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção da OMS 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



Fonte

- Relatório de resultados IPCAF (onde disponível; use o modelo de apresentação); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-template.pdf?ua=1>.

Ferramentas e recursos

- Orientações sobre os principais componentes dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de unidades de cuidados agudos (2016) <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.
- WHO multimodal improvement strategy leaflet; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/ipc-cc-mis.pdf?ua=1>.

POR QUÊ (justificativa e detalhes adicionais sobre os requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



- De acordo com as evidências científicas disponíveis, as estratégias multimodais são a abordagem mais efetiva para implementação de programas de higiene das mãos e outras intervenções de PCI (por exemplo, para reduzir infecção da corrente sanguínea associadas ao cateter central e infecção do sítio cirúrgico), a fim de atingir os elementos-chave de sucesso que apoiam o progresso da PCI e, em última análise, têm um impacto mensurável que beneficia os pacientes e os profissionais de saúde, como a mudança do sistema, a criação de um clima aprimorado de segurança do paciente e uma mudança comportamental nos profissionais de saúde.
- O ponto focal/equipe de PCI deve ser especificamente treinado no uso de estratégias multimodais para a implementação de intervenções de PCI.
- As estratégias multimodais para a implementação de intervenções de PCI devem ser explicitamente indicadas nos planos de ação nacionais de PCI, incluindo todos os 5 elementos-chave identificados pela OMS conforme necessário para cada intervenção de PCI selecionada e de acordo com o contexto local.
- A pessoa ou equipe focal nacional de PCI deve desenvolver um esquema de estratégia multimodal nacional para facilitar a implementação das intervenções prioritárias de PCI nos serviços de saúde no contexto da melhoria da qualidade.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Devem ser usadas estratégias multimodais para toda intervenção de PCI em todos os níveis do sistema de saúde porque sua efetividade é apoiada por fortes evidências.
- No entanto, é reconhecido que as estratégias multimodais são abordagens complexas para serem implementadas. Assim, as intervenções incluídas nos *requisitos mínimos* são as prioritárias entre aquelas que devem ser incluídas nos POP e no treinamento para o nível de atenção primária à saúde (ver requisitos mínimos para os componentes essenciais 2 e 3).

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Devem ser utilizadas estratégias multimodais para qualquer intervenção de PCI em todos os níveis do sistema de saúde, a fim de fornecer uma prestação de atenção à saúde segura e efetiva.
- A complexidade da atenção e dos recursos humanos (inclusive na equipe de PCI) variam entre os serviços de atenção secundária e terciária, e o escopo dos requisitos mínimos pode variar de acordo com o contexto local.
- Serviços especializados/complexos são fornecidos nas unidades terciárias.
- Nas unidades terciárias, há um potencial aumentado de transmissão de infecções devido à internação prolongada, aos procedimentos mais complexos que são realizados e à admissão de populações vulneráveis de alto risco.
- Existem evidências convincentes sobre a efetividade das estratégias multimodais para reduzir infecção em áreas/grupos de pacientes de alto risco.

Requisitos completos dos componentes essenciais

NÍVEL NACIONAL



- É mandato do programa nacional de PCI garantir que todas as intervenções de PCI sejam implementadas usando estratégias multimodais.
- O programa nacional de PCI deve facilitar o uso de estratégias multimodais, garantindo que os seguintes elementos estejam disponíveis para apoiar seu uso:
 - experiência e recursos necessários, incluindo políticas, regulamentos e ferramentas;
 - mudança geral da cultura organizacional para se alcançar um melhor clima de segurança do paciente;
 - coordenação e trabalho em equipe;
 - ligação com iniciativas de melhoria da qualidade e credenciamento de unidades de saúde;
 - adaptação local.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não aplicável.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Devem ser utilizadas estratégias multimodais para implementar qualquer intervenção de PCI em todos os níveis do sistema de saúde.
- A mudança geral da cultura organizacional é um elemento-chave a priorizar dentro das estratégias multimodais, pois a PCI efetiva pode ser um identificador de atendimento de qualidade, de uma cultura organizacional positiva e de um aprimorado clima de segurança do paciente.
- Estratégias multimodais de sucesso incluem o envolvimento de defensores ou modelos.
- A implementação de estratégias multimodais nas instituições de saúde precisa estar ligada aos objetivos e iniciativas nacionais de qualidade, incluindo iniciativas de melhoria da qualidade da atenção à saúde ou organismos de acreditação de serviços de saúde.

COMPONENTE ESSENCIAL 6: MONITORAMENTO, AUDITORIA E FEEDBACK



O QUÊ (requisitos mínimos)

NÍVEL NACIONAL



Grupo técnico de monitoramento e vigilância de PCI

- Estabelecimento pelo ponto focal nacional de PCI de um grupo técnico para vigilância de IRAS e monitoramento de PCI que:
 - seja multidisciplinar;
 - desenvolva um plano estratégico nacional para vigilância de IRAS e monitoramento de PCI;
 - desenvolva um sistema integrado de coleta e análise de dados (por exemplo, protocolos, ferramentas);
 - ofereça treinamento nas unidades de saúde para coletar e analisar esses dados;
 - desenvolva recomendações para indicadores mínimos de processo (por exemplo, higiene das mãos).

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- O monitoramento dos indicadores estruturais e de processo de PCI deve ser implementado no nível da atenção primária, com base nas prioridades de PCI identificadas nos outros componentes. Isso requer decisões em nível nacional e apoio à implementação em nível estadual.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Uma pessoa responsável pela condução do monitoramento periódico ou contínuo dos indicadores selecionados de processo e estrutura, orientado pelas prioridades do serviço de saúde ou do país.
- A higiene de mãos é um indicador de processo essencial a ser monitorado.
- É necessário fornecer feedback oportuno e regular para as principais partes interessadas, a fim de conduzir à ação apropriada, especialmente para a administração do hospital.

QUEM (é responsável pela ação)

NÍVEL NACIONAL



- O líder/ponto focal de PCI (e a equipe técnica ou comissão de PCI no ministério da saúde ou órgão nacional responsável em PCI) deve tomar medidas para convocar o grupo técnico de vigilância de IRAS e monitoramento de PCI (mesmo grupo do componente essencial 4).
- Idealmente, o grupo técnico deve incluir microbiologistas, técnicos de laboratório, epidemiologistas, profissionais que trabalham em outros sistemas de vigilância, estatísticos, gerentes de dados e especialistas em tecnologia da informação e especialistas em monitoramento e avaliação.
- Deve ser assegurada ligação com:
 - líderes seniores em cargos-chave em nível de ministério;
 - membros das equipes de todos os outros programas relevantes e atores nacionais envolvidos na implementação e monitoramento do programa de PCI, incluindo líderes nacionais de qualidade e segurança do paciente.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- A pessoa de ligação treinada em PCI/ponto focal/agente de PCI (ou comissão/equipe de PCI, se existente) é responsável pela auditoria e feedback e deve receber treinamento sobre os planos de técnicas de auditoria.

COMO (medir o progresso)

INDICADORES EM NÍVEL NACIONAL (SIM/NÃO)



- Um grupo técnico multidisciplinar para monitoramento de PCI é estabelecido em nível nacional.
- IPCAT2 - 6.2: Um plano bem definido com foco nos desfechos, processos e estratégias de PCI, com objetivos, metas e planos operacionais claros esteja em vigor.
- Indicadores de PCI integrados com sistemas nacionais de monitoramento, por exemplo, sistemas de gerenciamento de informações de saúde.

INDICADORES EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE (SIM/NÃO)



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- IPCAF - 6.2: um plano de monitoramento bem definido com metas/objetivos claros, alvos e atividades focados em indicadores estruturais e de processo de PCI (incluindo ferramentas para coleta de dados de forma sistemática) está em vigor com base nas prioridades de PCI identificadas nos outros componentes e, o que é mais importante, orientado por decisões em nível nacional e apoio à implementação em nível municipal.

- Existe um mecanismo para treinar os auditores nacionais e locais.
- O monitoramento e o feedback da conformidade com a higiene de mãos são identificados como um indicador mínimo, no mínimo para hospitais de referência.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL NACIONAL



Fonte:

- Resultados IPCAT2 (onde disponíveis; use os resultados e gráficos autogerados disponíveis no arquivo Excel do IPCAT2); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/>.

Ferramentas e recursos

- OMS. Guidelines on core components of IPC programmes at the national and acute health care facility level (2016); <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção da OMS 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.
- WHO hand hygiene monitoring and feedback tools (updated in 2009); <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/evaluation-feedback/en/>.

ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- IPCAF - 6.1: Há uma pessoa treinada responsável pela realização de monitoramento/auditoria periódica ou contínua de indicadores selecionados de processo (por exemplo, higiene das mãos) e estrutura, orientada pelas prioridades da unidade de saúde ou país.
- Conformidade com a higiene de mãos (usando a ferramenta de observação de higiene das mãos da OMS ou equivalente)
- IPCAF - 6.4: o monitoramento das estratégias de higiene de mãos é realizado por meio da enquete do esquema de autoavaliação da higiene de mãos da OMS.
- IPCAF - 6.5: um feedback oportuno e regular dos relatórios de auditoria (por exemplo, feedback sobre dados de conformidade com a higiene das mãos ou outros processos) sobre a situação das atividades/desempenho de PCI é fornecido às principais partes interessadas, a fim de conduzir a ações adequadas, especialmente para a administração de hospitais e alta gestão.

FONTES E RECURSOS EM NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



Fonte

- Relatório de resultados IPCAF (onde disponível; use o modelo de apresentação); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-template.pdf?ua=1>.

Ferramentas e recursos

- OMS. Guidelines on core components of IPC programmes at the national and acute health care facility level (2016); <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.
- WHO hand hygiene monitoring and feedback tools (updated in 2009); <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/evaluation-feedback/en/>.
- WHO Hand Hygiene Self-Assessment Framework; https://www.who.int/gpsc/5may/hhsa_framework/en/.

POR QUÊ (justificativa e detalhes adicionais sobre os requisitos)

NÍVEL NACIONAL



- O estabelecimento do monitoramento nacional de indicadores de práticas, processos e infraestruturas de PCI é geralmente mais viável do que o estabelecimento da vigilância de IRAS como uma primeira etapa de coleta de dados para orientar as ações de PCI.
- O grupo técnico indicado como requisito mínimo para o componente essencial 4 deve ser o mesmo grupo responsável pelo componente essencial.
- O monitoramento das práticas de PCI e o fornecimento de feedback às partes interessadas são essenciais para se obter uma mudança de comportamento ou outras modificações de processo que melhorem a qualidade do atendimento e reduzam IRAS e RM.
- O monitoramento e o feedback também visam o envolvimento das partes interessadas, a criação de parcerias e o desenvolvimento de grupos de trabalho e redes.
- Devem-se levar em consideração as políticas que criam incentivos (positivos ou negativos) vinculados a indicadores, a fim de gerar adesão dos administradores hospitalares.
- Dados de fontes de dados existentes (por exemplo,

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



ATENÇÃO PRIMÁRIA

- O monitoramento de PCI é fundamental para identificar as ações de melhoria necessárias e deve estar alinhado com as recomendações e prioridades nacionais.
- O monitoramento de indicadores de práticas, processos e infraestruturas de PCI deve ser viável no nível de atenção primária, ao passo que a vigilância de IRAS não é aplicável.
- Uma infraestrutura de higiene de mãos (por exemplo, postos de higienização das mãos no ponto de atendimento ou uso de álcool gel) pode ser cogitada como uma primeira etapa do monitoramento.
- O monitoramento da conformidade com a higiene das mãos de acordo com o método de observação da OMS é considerado o padrão ouro.
- Em muitas unidades de atenção primária, uma pessoa responsável pelo monitoramento dos indicadores deve ser identificada e essa atividade requer apoio em nível local (por exemplo, município).
- A seleção dos indicadores a serem monitorados deve ser conduzida em nível nacional, com contribuições em nível estadual, distrital ou municipal.

Avaliação Externa Conjunta ou Avaliação de Disponibilidade e Prontidão de Serviço) devem ser levados em consideração, especialmente no início ao identificar prioridades.

- Se possível, a integração com os sistemas nacionais de informação da saúde existentes e o monitoramento de rotina das unidades seria fundamental para agilizar a coleta de dados e fazer ligações/correlações.
- A higiene de mãos (incluindo monitoramento de conformidade e/ou indicadores de infraestrutura) é considerada um indicador crucial de acordo com as recomendações da OMS. Essa atividade deve ser decidida em nível nacional de acordo com os mais altos padrões para evitar qualquer representação incorreta dos níveis de conformidade.
- A vigilância de outros indicadores de estrutura e processo deve ser cogitada, priorizando aqueles que impulsionam a ação.
- Outros indicadores a serem monitorados também devem fornecer informações sobre os facilitadores de PCI (por exemplo, relacionados a WASH, disponibilidade de estruturas), sendo considerados fundamentos básicos essenciais para a PCI.
- Os dados coletados por meio do monitoramento de PCI devem orientar o estabelecimento de prioridades no plano estratégico nacional de PCI.
- Com base em todas essas considerações, um plano para monitoramento regular no nível dos serviços de saúde deve ser desenvolvido no nível nacional, incluindo planos de feedback e supervisão para auxiliar no desenvolvimento e implementação de planos de melhoria.

- Toda decisão deve estar alinhada com as decisões sobre outros componentes principais.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- O monitoramento de PCI é fundamental para identificar ações de melhoria e deve ser combinado com a vigilância de IRAS e estar alinhado com as recomendações e prioridades nacionais.
- Os princípios e requisitos mínimos para monitoramento e auditoria não devem mudar entre a atenção secundária e a terciária; mais indicadores podem ser monitorados na atenção terciária.
- É importante monitorar os indicadores de processo (propensos a limitações relacionadas ao viés de observação) e os indicadores de infraestrutura.
- A higiene das mãos (incluindo monitoramento de conformidade e/ou indicadores de infraestrutura) é considerada um indicador crucial de acordo com as recomendações da OMS. Essa atividade deve ser decidida em nível nacional e de acordo com os mais altos padrões para evitar qualquer representação incorreta dos níveis de conformidade.
- O feedback oportuno para a liderança do hospital e os profissionais de saúde da linha de frente é uma das partes mais efetivas da vigilância e do monitoramento. As unidades devem cogitar a definição do momento oportuno do feedback.

Requisitos dos componentes essenciais completos

NÍVEL NACIONAL



- Estabelecimento de um programa nacional de monitoramento e avaliação de PCI com metas, objetivos e indicadores de desempenho definidos para:
 - Padrões de PCI
 - Atividades de PCI
 - monitoramento e feedback da conformidade com a higiene de mãos (fortemente recomendado como um indicador de desempenho nacional).
- O monitoramento e a avaliação em nível nacional devem ter mecanismos que:
 - forneçam relatórios regulares sobre a situação das metas (desfechos e processos) e estratégias nacionais;
 - monitorem e avaliem regularmente os serviços de WASH, as atividades de PCI e a estrutura das unidades de saúde por meio de auditorias ou outros meios oficialmente reconhecidos;
 - promovam a avaliação do desempenho dos programas locais de PCI em uma cultura institucional não punitiva.

NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE



■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não aplicável.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- O monitoramento/auditoria regular de práticas e outros indicadores deve estar de acordo com os padrões de PCI e incluir feedback oportuno para:
 - todas as pessoas auditadas e pessoal relevante (alteração individual);
 - gestão hospitalar e alta administração (mudança organizacional);
 - equipe e comissões de PCI (ou comitês de qualidade de atendimento).
- O monitoramento se estende ao programa de PCI da unidade de saúde para:
 - avaliar se os objetivos são alcançados;
 - avaliar se as metas/objetivos são cumpridas;
 - avaliar se as atividades de PCI estão sendo realizadas de acordo com os requisitos;
 - identificar aspectos que podem necessitar de melhorias.
- As informações importantes que podem ser usadas para esse fim incluem:
 - os resultados da avaliação da conformidade com as práticas de PCI;
 - outros indicadores de processo (por exemplo, atividades de treinamento);
 - tempo dedicado pela equipe PCI;
 - alocação de recursos.
- O monitoramento deve incluir avaliações regulares do conhecimento da equipe sobre PCI.

COMPONENTE ESSENCIAL 7: CARGA DE TRABALHO, PESSOAL E OCUPAÇÃO DE LEITOS (SOMENTE NÍVEL DE SERVIÇOS DE SAÚDE*)



O QUÊ (requisitos mínimos)

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- **Reduzir a superlotação:** devem ser estabelecidos um sistema de fluxo de pacientes, um sistema de triagem (incluindo sistema de referência) e um sistema de gerenciamento de consultas de acordo com as orientações existentes.
- **Otimizar os níveis de pessoal:** avaliação dos níveis de pessoal adequados, dependendo das categorias vistas ao usar ferramentas nacionais/da OMS (políticas nacionais sobre a proporção paciente/equipe) e desenvolvimento de um plano apropriado.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- **Padronizar a ocupação de leitos:**
 - estabelecer um sistema para gerenciar o uso do espaço no serviço de saúde e estabelecer a capacidade padrão de leitos para o serviço de saúde;
 - aplicação do sistema desenvolvido na administração hospitalar;
 - não mais do que um paciente por leito;
 - espaçamento de pelo menos 1 metro entre as bordas dos leitos;
 - a ocupação total não deve exceder a capacidade total de leitos projetada para o serviço de saúde.
- **Reduzir a superlotação e otimizar os níveis de pessoal:** os mesmos requisitos mínimos da atenção primária à saúde.

QUEM (é responsável pela ação)

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- As decisões referentes à carga de trabalho, pessoal e ocupação de leitos não são de responsabilidade direta do programa de PCI, mas sim da alta gestão e dos diretores. No entanto, a enfermeira, agente ou programa de ligação de PCI deve compreender as evidências que apoiam esse componente essencial, a fim de ajudar a influenciar os tomadores de decisão no nível do serviço de saúde e ministério, com a assistência de um agente de saúde treinado em PCI do próximo nível administrativo. Portanto, o desenvolvimento das habilidades de PCI em negociação e influência são considerações importantes.
- A implementação bem-sucedida deste componente essencial será apoiada se um plano nacional de desenvolvimento de recursos humanos estiver em vigor.

COMO (medir o progresso)

INDICADORES (SIM/NÃO)

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Existem sistemas para reduzir a superlotação (por exemplo, um sistema de fluxo de pacientes, um sistema de triagem incluindo um sistema de encaminhamento e um sistema de gerenciamento de consultas) de acordo com as orientações/POP existentes.
- IPCAF - 7.3: os níveis de pessoal adequados são avaliados de acordo com a carga de trabalho de pacientes usando padrões nacionais/internacionais ou ferramentas de avaliação de necessidades de pessoal e planos de ação desenvolvidos com base nos resultados.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- IPCAF - 7.3: os níveis de pessoal adequados são avaliados de acordo com a carga de trabalho de pacientes usando padrões nacionais/internacionais ou ferramentas de avaliação de necessidades de pessoal e planos de ação desenvolvidos com base nos resultados.
- IPCAF - 7.4: o projeto das enfermarias está de acordo com os padrões internacionais de capacidade de leitos.
- IPCAF - 7.5: a ocupação de leitos do serviço de saúde é de um paciente por leito.
- IPCAF - 7.7: espaçamento adequado de mais de 1 metro entre leitos é garantido nos serviços de saúde.
- IPCAF - 7.8: um sistema está em vigor, incluindo linhas claras de responsabilidade, para avaliação e resposta quando a capacidade adequada de leitos exceder a capacidade total de leitos projetada para o serviço de saúde (por exemplo, administração/gerência do hospital assume a responsabilidade).

* Nível de unidade de saúde apenas. No entanto, o sistema nacional de saúde, o programa de PCI e qualquer outro órgão relevante devem coordenar e apoiar a implementação desse componente principal nas unidades de saúde.

FONTES E RECURSOS

Fonte

- Relatório IPCAF (onde disponível; use o modelo de apresentação); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-template.pdf?ua=1>.

Ferramentas e recursos

- Orientações da OMS sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de unidades de cuidados agudos. 2016; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.
- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.
- Padrões essenciais de saúde ambiental na atenção à saúde, da OMS. 2008; https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/en/.
- OMS. Indicadores de carga de trabalho de necessidade de pessoal (WISN). 2015; https://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/.

POR QUÊ (justificativa e detalhes adicionais sobre os requisitos mínimos)

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- A superlotação e a falta de sistemas de triagem e fluxo de pacientes são reconhecidas como um problema de saúde pública que podem resultar em transmissão de doenças.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- A ocupação de leitos que excede a capacidade padrão do serviço de saúde está associada a um risco aumentado de IRAS em unidades de cuidados intensivos, além de níveis inadequados de alocação de profissionais de saúde.
- A capacidade pretendida pode diferir dos projetos originais e entre instituições de saúde e países. Por essas razões, o projeto original da enfermaria/unidade em relação à capacidade de leitos deve ser respeitado e estar de acordo com os padrões.
- Em circunstâncias excepcionais, em que a capacidade dos leitos for excedida, a administração do serviço de saúde deve agir para garantir níveis adequados de pessoal que atendam à demanda de pacientes e manter uma distância adequada entre os leitos. Esses princípios se aplicam a todas as unidades e departamentos com leitos de internação, incluindo departamentos de emergência.
- O método *Indicadores de Carga de Trabalho da Necessidade de Pessoal* da OMS fornece aos gestores de saúde uma maneira sistemática de determinar quantos profissionais de saúde de um tipo específico são necessários para lidar com a carga de trabalho de um determinado serviço de saúde e tomar decisões.
- É reconhecido que, em circunstâncias especiais, a adesão a essa recomendação pode precisar ser equilibrada com a necessidade imediata de fornecer atendimento clínico ao maior número possível de pacientes.

Requisitos completos dos componentes essenciais

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

Não aplicável.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

Os mesmos que para os *requisitos mínimos*.



COMPONENTE ESSENCIAL 8: INFRAESTRUTURA, MATERIAIS E EQUIPAMENTO PARA PCI NO NÍVEL DE SERVIÇO DE SAÚDE (SOMENTE NÍVEL DE UNIDADE*)

O QUÊ (requisitos mínimos)

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- A água deve estar sempre disponível de uma fonte melhorada no local para a execução de medidas básicas de PCI, incluindo higiene das mãos, limpeza do ambiente, lavanderia, descontaminação de produtos para saúde e gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
- Um mínimo de dois banheiros melhorados e funcionais devem estar disponíveis no local, um para os pacientes e outro para a equipe; ambos devem estar equipados com unidades de higiene menstrual.
- Instalações funcionais de higiene das mãos devem estar sempre disponíveis nos pontos de atendimento/banheiros e devem incluir sabão, água e toalhas descartáveis (ou, se não houver disponíveis, toalhas reutilizáveis limpas) ou álcool gel nos pontos de atendimento e sabão, água e toalhas descartáveis (ou se não houver disponíveis, toalhas reutilizáveis limpas) a menos de 5 metros dos banheiros.
- Lixeiras suficientes e devidamente rotuladas para permitir a separação de resíduos de atenção à saúde devem estar disponíveis (menos de 5 metros do ponto de geração); os resíduos devem ser tratados e descartados com segurança por meio de autoclavagem, incineração e/ou enterrados em uma fossa protegida revestida.
- O layout da unidade de saúde deve permitir ventilação natural adequada, descontaminação de produtos de saúde reutilizáveis, triagem e espaço para coorte/isolamento/separação física temporária, se necessário.
- Suprimentos e equipamentos de PCI suficientes e apropriados (por exemplo, esfregões, detergente, desinfetante, EPI e esterilização) e fonte de força/energia (por exemplo, combustível) devem estar disponíveis para realizar todas as medidas básicas de PCI de acordo com os requisitos mínimos/POP, incluindo todas as precauções padrão, conforme aplicável; deve haver iluminação disponível durante o horário de trabalho (geralmente, das 8h às 17h) para atendimento.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Um volume seguro e suficiente de água deve estar disponível para todas as medidas necessárias de PCI e atividades médicas específicas, incluindo para beber, e canalizado dentro das unidades de saúde em todos os momentos, no mínimo para as enfermarias de alto risco (por exemplo, maternidade, sala(s) de cirurgia, unidade de terapia intensiva).
- Devem estar disponíveis, no mínimo, duas unidades sanitárias melhoradas e funcionais que contenham resíduos com segurança nos ambulatórios, e uma a cada 20 leitos, nas enfermarias; todas devem estar equipadas com unidades de higiene menstrual.
- Instalações funcionais de higiene das mãos devem estar sempre disponíveis nos pontos de atendimento, banheiros e áreas de serviço (por exemplo, unidade de descontaminação), que incluem álcool gel e sabão, água e toalhas descartáveis (ou se não houver disponíveis, toalhas reutilizáveis limpas) nos pontos de atendimento e áreas de serviço e sabão, água e toalhas descartáveis (ou, se não houver, toalhas reutilizáveis limpas) a menos de 5 metros dos banheiros.
- Lixeiras suficientes e devidamente rotuladas para permitir a separação de resíduos de saúde (incluindo para descarte de agulhas e perfurocortantes) devem estar disponíveis e ser usadas (menos de 5 metros do ponto de geração) e os resíduos devem ser tratados e descartados com segurança por meio de autoclavagem, incineração (850° a 1.100° C), e/ou enterrados em uma fossa protegida revestida.
- O serviço de saúde deve ser projetado para permitir ventilação adequada (natural ou mecânica, conforme necessário) para prevenir a transmissão de patógenos infecciosos.
- Devem estar disponíveis suprimentos e equipamentos suficientes e apropriados e fonte de força/energia confiável para a execução de todas as práticas de PCI, incluindo precauções padrão e baseadas na transmissão, de acordo com os requisitos mínimos/POP; eletricidade confiável deve estar disponível para fornecer iluminação às áreas clínicas de modo a fornecer cuidados contínuos e seguros, no mínimo para as enfermarias de alto risco (por exemplo, maternidade, sala(s) cirúrgica(s), unidade de terapia intensiva).
- O serviço de saúde de saúde deve ter um espaço/área dedicado para realizar a descontaminação e reprocessamento de produtos de saúde reutilizáveis (ou seja, uma unidade de descontaminação) de acordo com as orientações/POP mínimos.
- A unidade de saúde deve ter salas de isolamento individuais adequadas ou pelo menos uma sala para coorte de pacientes com patógenos semelhantes, se o número de quartos de isolamento for insuficiente.

QUEM (é responsável pela ação)

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Pessoa de ligação treinada em PCI/ponto focal de PCI (ver os *requisitos mínimos* para o componente essencial 1), bem como o gestor/encarregado da unidade de saúde e a equipe auxiliar (por exemplo, equipe de limpeza, operadores de incinerador).

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- Pessoa de ligação treinada em PCI/ponto focal de PCI (ver os *requisitos mínimos* para o componente essencial 1) e agente de saúde ambiental WASH local/municipal.
- Gestor de unidades e chefes de departamento/equipe responsável.

- Além disso, em nível nacional, o líder/ponto focal de PCI (e equipe técnica ou comissão de PCI, se existente) no ministério da saúde ou órgão nacional responsável em PCI, bem como o órgão nacional (por exemplo, ministério da água ou ministério do meio ambiente ou ministério do desenvolvimento rural) e a equipe técnica ou comitê responsável por WASH (se for separado), deve tomar medidas para convocar um grupo técnico para a implementação dos requisitos de PCI e WASH para todos os serviços de saúde e ferramentas de implementação.
- Idealmente, o grupo técnico deve incluir médicos, engenheiros, funcionários de saúde ambiental e gerentes de compras.
- Gerente financeiro nos serviços de saúde e no próximo nível administrativo (por exemplo, distrito), e o ministério das finanças no nível nacional.

* Nível de serviços de saúde apenas. No entanto, o sistema nacional de saúde, o programa de PCI e qualquer outro órgão relevante devem coordenar e apoiar a implementação desse componente essencial nos serviços de saúde.

COMO (medir o progresso)

INDICADORES (SIM/NÃO)

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- IPCAF - 8.1: serviços de água disponíveis em todos os momentos e em volume suficiente para todos os usos (por exemplo, lavar as mãos, beber, higiene pessoal, atividades médicas, esterilização, descontaminação, limpeza e lavanderia).
- IPCAF - 8.3: postos de higienização das mãos em funcionamento (ou seja, álcool gel ou água e sabão e toalhas descartáveis limpas) disponíveis em todos os pontos de atendimento.
- IPCAF - 8.4: há um número maior ou igual a quatro de banheiros ou latrinas melhoradas disponíveis nos ambulatórios, ou maior ou igual a 1 para cada 20 usuários nos hospitais.
- IPCAF modificado - 8.5: fonte de energia/força suficiente disponível pelo menos durante o horário de trabalho para todos os usos (por exemplo, bombeamento e fervura de água, esterilização e descontaminação, incineração ou tecnologias alternativas de tratamento, produtos de saúde eletrônicos, iluminação geral de áreas em que procedimentos de saúde são realizadas para garantir a prestação segura de atenção à saúde e iluminação dos banheiros e chuveiros).
- IPCAF - 8.6: ventilação ambiental em funcionamento (natural ou mecânica) disponível nas áreas de atendimento ao paciente.
- Materiais adequados e bem conservados para limpeza (por exemplo, detergente, esfregões, baldes etc.) disponíveis.
- IPCAF - 8.9: quartos individuais ou quartos para coorte/separação física de pacientes com patógenos semelhantes ou síndrome se o número de quartos de isolamento for insuficiente (por exemplo, tuberculose, sarampo, cólera, Ebola, síndrome respiratória aguda grave).
- IPCAF - 8.10: O EPI está sempre disponível e em quantidade suficiente para todos os usos para todos os profissionais de saúde.
- IPCAF - 8.11: Recipientes funcionais de coleta de resíduos não infecciosos (gerais), resíduos infecciosos e resíduos de materiais cortantes nas proximidades de todos os pontos de geração de resíduos.
- IPCAF - 8.15: uma área de descontaminação dedicada e/ou departamento de suprimentos estéreis (presente no local ou fora do local e operado por um serviço de gestão de descontaminação licenciado) para a descontaminação e esterilização de dispositivos e outros itens/equipamentos médicos.
- IPCAF - 8.16: equipamento esterilizado e desinfetado, pronto para uso e com disponibilidade confiável.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

(além dos indicadores de atenção primária acima) da ferramenta de melhoria da água e saneamento dos serviços de saúde (WASH FIT**):

- Higiene - 3.1: indicador essencial 1. Estações de higiene das mãos funcionais estão disponíveis em todos os pontos de atendimento (sim/não). Estações presentes, mas sem água e/ou sabão ou álcool gel presentes (sim/não).
- Higiene - 3.2: indicador essencial 2. Materiais de promoção da higiene das mãos claramente visíveis e compreensíveis em locais-chave (sim/em alguns locais, mas não todos/nenhum).
- Higiene - 3.3: indicador avançado 1. Postos de higienização das mãos em funcionamento estão disponíveis nas áreas de serviço (sim/postos presentes, mas sem água e/ou sabão ou álcool gel presentes).
- Higiene - 3.4: indicador avançado 2. Estações de higiene das mãos em funcionamento disponíveis na área de disposição de resíduos (sim/estações presentes, mas sem água e/ou sabão presente).
- Higiene - 3.5: indicador avançado 3. As atividades de conformidade com a higiene das mãos são realizadas regularmente (sim/atividades de conformidade na política do serviço de saúde, mas não realizadas com qualquer regularidade/nenhuma atividade de conformidade).

FONTES E RECURSOS

Fontes

- Relatório de resultados IPCAF (onde disponível; use o modelo de apresentação); <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/IPCAF-template.pdf?ua=1>.
- Relatório de resultados WASH FIT (quando disponível). https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/water-and-sanitation-for-health-facility-improvement-tool/en/.

Ferramentas e recursos

- Programa conjunto de monitoramento de abastecimento de água, saneamento e higiene da OMS/UNICEF. Definições do Programa de monitoramento conjunto de melhoria da água/saneamento. 2019; https://www.unwater.org/publication_categories/whounicef-joint-monitoring-programme-for-water-supply-sanitation-hygiene-jmp/.
- OMS. Orientações sobre saneamento e saúde. 2018; https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/guidelines-on-sanitation-and-health/en/.
- OMS. Padrões essenciais de saúde ambiental na atenção à saúde. 2008; https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/ehs_hc/en/.
- OMS. Gestão segura de resíduos da atenção à saúde: 2014; https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en/.
- OMS e Organização Pan-Americana da Saúde Descontaminação e reprocessamento de produtos de saúde nos serviços de saúde. 2016; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/decontamination/en/>.
- OMS. Orientações para prevenção e controle da infecção por tuberculose. Atualização de 2019; <https://www.who.int/tb/publications/2019/guidelines-tuberculosis-infection-prevention-2019/en/>.
- OMS. Ventilação natural para controle de infecção em ambientes de saúde. 2009; https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/natural_ventilation/en/.
- OMS. Orientações sobre os componentes principais dos programas de prevenção e controle de infecção em nível nacional e de unidades de cuidados agudos. 2016; <https://www.who.int/infection-prevention/publications/core-components/en/>.

** NOTA: a maioria desses indicadores tem três respostas possíveis, e não simplesmente “sim/não”.

- OMS. Aprimorar a prevenção e controle de infecção nos serviços de saúde: Manual prático provisório de apoio à implementação nacional das orientações sobre os componentes essenciais dos programas de prevenção e controle de infecção, da OMS. 2018; <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/facility-manual.pdf>.
- Programa conjunto de monitoramento de abastecimento de água, saneamento e higiene da OMS/UNICEF. WASH em serviços de saúde: relatório de referência global. 2019; <https://www.unwater.org/publications/wash-in-health-care-facilities-global-baseline-report-2019/>.
- OMS. WASH em serviços de saúde: etapas práticas para atingir o acesso universal a atendimento de qualidade. Ações e soluções. 2019; https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-in-health-care-facilities/en/.

POR QUÊ (justificativa e detalhes adicionais sobre os requisitos mínimos)

■ ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Infraestruturas adequadas e disponibilidade de apoio WASH adequado são essenciais para a realização de quaisquer atendimentos de saúde e atividades de PCI (por exemplo, a água é absolutamente crítica para a higiene das mãos, limpeza e serviços essenciais, como delivery).
- Fontes de água melhoradas são aquelas que, pela natureza de seu projeto e construção, têm o potencial de proteger a água da contaminação externa (por exemplo, microrganismos, sujeira). Embora não seja necessária água potável para as medidas básicas de PCI, a água de fontes melhoradas pode facilitar a execução de medidas de PCI de acordo com as orientações/POP, por exemplo, a água de fontes subterrâneas que não seja turva pode geralmente permitir a preparação efetiva de soluções desinfetantes para limpeza do ambiente e descontaminação de produtos de saúde. A concentração de cloro de todas as soluções desinfetantes deve ser monitorada regularmente e a dose deve ser ajustada conforme necessário para atender às metas de concentração de cloro.
- Instalações sanitárias melhoradas são aquelas projetadas para separar higienicamente os excrementos humanos do contato humano, o que é crítico para reduzir o risco de transmissão de patógenos entéricos e, juntamente com as unidades de higiene menstrual, ajudam a manter um ambiente higiênico; banheiros separados para pacientes e funcionários também ajudam a minimizar o contato indireto entre pacientes e funcionários que pode representar um risco de infecção.
- Quando há risco de sujeira, o álcool gel não substitui a água e sabão na higienização das mãos após o uso do banheiro ou quando as mãos estiverem visivelmente sujas (por exemplo, durante o parto).
- Se álcool gel estiver disponível, é essencial tê-lo acessível em todos os pontos de atendimento, dadas as vantagens comprovadas do álcool gel em relação à água e sabão, mas também é essencial que água, sabão e toalhas descartáveis estejam disponíveis nos serviços clínicos.
- A ventilação adequada em todo o serviço de saúde contribui para manter um ambiente higienizado e pode ser minimamente realizada por meio da presença de janelas funcionais (de preferência equipadas com armadilhas para insetos) e portas, que permitam pelo menos 6-8 trocas de ar por hora para ventilação natural (por exemplo, abrindo janelas opostas).
- Energia/força suficiente e um arranjo de “reserva” (incluindo energia solar, eólica, gerador de reserva ou outros) e combustível devem estar disponíveis no local para iluminação de práticas clínicas e medidas básicas de PCI (por exemplo, para realizar a descontaminação de produtos para saúde, se necessário).
- Se a unidade de saúde realiza quaisquer procedimentos (por exemplo, partos ou outros procedimentos ginecológicos básicos) que exijam produtos de saúde reutilizáveis (por exemplo, espéculos vaginais), é essencial criar, no mínimo, áreas dedicadas que permitam um fluxo de trabalho adequado da sujeira à limpeza para a realização da descontaminação e reprocessamento dos produtos de saúde.
- Um pequeno espaço para avaliar os pacientes quanto à doença/motivo do acesso à unidade (ou seja, triagem), incluindo qualquer risco de transmissão de doenças infecciosas, e para permitir que sejam direcionados para diferentes áreas de acordo com a prioridade e o tipo de doença, pode ser obtido com recursos mínimos.
- Espaço adequado para coorte/isolamento temporário também pode ser obtido com recursos mínimos pela criação de uma separação física ou barreira entre pacientes suspeitos/infectados e outros pacientes, funcionários e visitantes, sendo fundamental para garantir precauções baseadas na transmissão. Se os recursos permitirem, uma sala deve ser designada para essa função.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA

- É fundamental que água esteja disponível 24 horas no local a partir de uma fonte melhorada e canalizada para os serviços de saúde para as áreas clínicas, *no mínimo* no mínimo para as enfermarias de alto risco (por exemplo, maternidade, sala(s) de cirurgia, unidade de terapia intensiva), pontos de atendimento e áreas de serviço (por exemplo, departamento de serviços estéreis), pois os pacientes dessas áreas podem necessitar de atendimento clínico 24 horas por dia, em que a PCI relacionada à água é crítica (por exemplo, higiene das mãos, limpeza do ambiente, reprocessamento de produtos de saúde).
- O uso de *água potável* (de acordo com o padrão de qualidade de água potável da OMS, ou seja, nenhuma *Escherichia coli* detectável em 100 mL e/ou 0,5 mg/L de cloro residual livre) para intervenções de PCI relacionadas à água minimiza o risco de exposição direta e indireta a patógenos relacionados à água de origem entérica e ambiental (por exemplo, *Pseudomonas*, *Legionella*) e deve estar disponível para todos os serviços clínicos; no mínimo, deve ser fornecido à enfermarias de alto risco, onde a carga de IRAS e RM é alta.
- *Volumes suficientes de água* são necessários para garantir que todas as intervenções de PCI relacionadas à água possam ser realizadas. Esse volume varia e depende do serviço ou enfermaria específica. Para evitar falhas frequentes nos serviços/escassez de água, é necessário que haja capacidade de armazenamento de água no local suficiente para fornecer serviços por *no mínimo* 48 horas.
- Garantir uma quantidade adequada de vasos sanitários para os usuários internados de modo a evitar aglomeração e uso excessivo e garantir a limpeza regular são fundamentais para manter um ambiente higiênico e minimizar o risco de transmissão de patógenos entéricos, *no mínimo* na proporção definida anteriormente.
- Ventilação mecânica positiva é necessária para áreas limpas, como salas de cirurgia e áreas limpas das unidades de descontaminação e do departamento de serviços de esterilização, ao passo que pode ser necessária ventilação com pressão negativa nas unidades de isolamento, por exemplo, tuberculose multirresistente (ver referências sobre tuberculose em “recursos”). O requisito de ventilação mecânica é mais aplicável a unidades terciárias.
- Energia confiável significa que uma fonte constante (ou seja, 24 horas) de energia e/ou força reserva esteja disponível nas enfermarias de alto risco (por exemplo, maternidade, sala de cirurgia, unidade de terapia intensiva). Sem energia confiável, não é possível operar equipamentos de descontaminação (esterilização) e equipamentos de tratamento de resíduos quando necessário, ou ter iluminação em

- áreas clínicas para fornecer cuidados contínuos e seguros.
- A energia confiável pode ser obtida por meio de uma fonte local de energia/força e combustível (por exemplo, eólica, solar, gerador(es) de reserva) para fornecer backup conforme necessário.
- Dado o risco aumentado de IRAS e RM nas unidades de saúde secundárias e terciárias, deve haver pelo menos um quarto de isolamento por enfermaria com 20 leitos nas unidades de atenção secundária e 1:10 no nível terciário, *no mínimo*.
- A coorte pode ser realizada em uma área dedicada de uma enfermaria geral. Isso pode ser feito em qualquer área bem ventilada, desde que as precauções de higiene das mãos e de transmissão sejam estritamente observadas.
- Como a melhoria do acesso aos serviços de WASH e aos materiais e equipamentos de PCI exige muitos recursos, a primeira etapa (requisito mínimo) é estabelecer um grupo técnico multidisciplinar para desenvolver padrões e ferramentas de implementação.
- Esse grupo terá a tarefa de:
 - revisar os requisitos de serviços de WASH, higiene ambiental e materiais e equipamentos de PCI, de acordo com o contexto nacional;
 - desenvolver um plano de monitoramento e mecanismo de relatório para avaliar e melhorar os serviços de WASH e os materiais e equipamentos de PCI em todas as unidades de saúde no tocante aos padrões nacionais; o uso de ferramentas existentes (por exemplo, indicadores WASH FIT ou JMP da OMS/UNICEF para WASH em serviços de saúde) pode ajudar nesses esforços;
 - identificar funções e responsabilidades para a implementação e gestão de serviços de WASH, higiene ambiental e materiais e equipamentos de PCI no nível dos serviços em todas as unidades de atenção à saúde.
- O nível nacional também pode cogitar o desenvolvimento de uma política/regulamentos para ordenar os serviços de WASH nos serviços de saúde, de acordo com os *requisitos mínimos* especificados acima.

Requisitos dos componentes essenciais completos

■ TODOS OS SERVIÇOS DE SAÚDE

- O governo central e os programas nacionais de PCI e WASH devem desenvolver padrões e planos de ação nacionais para garantir serviços de WASH adequados, um ambiente limpo e a disponibilidade de materiais e equipamentos de PCI em serviços de saúde, inclusive na atenção primária.
- A garantia de um ambiente higiênico adequado deve ser responsabilidade da alta gestão dos serviços de saúde e das autoridades locais.
- Para implementar todos os requisitos do componente essencial, todos os serviços de saúde devem fornecer o seguinte:
 - água de uma fonte melhorada localizada no estabelecimento com água suficiente disponível em todos os momentos para beber, lavar as mãos, preparar alimentos, higiene pessoal, atividades médicas, limpeza e lavanderia;
 - unidades sanitárias melhoradas localizadas no estabelecimento que sejam funcionais com gestão segura de esgoto/resíduos fecais, incluindo o uso de fossas sépticas e campos de lixiviação bem gerenciados, descarte em esgotos em funcionamento ou remoção fora do local, e que incluam pelo menos um banheiro designado para mulheres/meninas para cuidar das necessidades de higiene menstrual, pelo menos uma separada para a equipe, e pelo menos um banheiro para atender às necessidades de pessoas com deficiência física limitada; também, unidades sanitárias para bebês e crianças adaptadas para seu uso (com por exemplo, assentos menores, comadres de tamanho infantil), segregadas por sexo para crianças mais velhas, devidamente iluminadas e acessíveis a pessoas com dificuldade de locomoção;
 - drenagem adequada de águas pluviais e de lavagem para evitar a reprodução de vetores;
 - acesso contínuo a unidades de higienização das mãos equipadas com álcool gel e (quando apropriado) com água, sabão e toalhas descartáveis ou limpas no ponto de atendimento, a menos de 5 metros dos banheiros, e outras áreas como departamentos de esterilização, laboratórios e necrotérios;
 - fornecimento contínuo e adequado de recipientes para perfurocortantes e recipientes para separação de outros tipos de resíduos e equipamentos de saúde para garantir que os resíduos de serviços de saúde sejam tratados e descartados com segurança, incluindo autoclavagem, incineração ou remoção para tratamento externo;
 - suprimentos adequados e contínuos para garantir a limpeza regular das salas de exame, áreas de espera, superfícies e banheiros;
 - fornecimento contínuo e adequado de EPI adequado tanto para tratamento clínico quanto para manuseio e limpeza de resíduos de serviços de saúde;
 - ventilação adequada para atender aos requisitos de conforto e reduzir o risco de transmissão de patógenos transportados pelo ar;
 - energia adequada para esterilização, incineração produtos de saúde; energia suficiente para bombear água, esterilizar e operar equipamentos de tratamento de resíduos de atenção à saúde (ou seja, incineradores); áreas bem iluminadas onde são realizados procedimentos de saúde e nas unidades sanitárias, inclusive à noite.
- A equipe ou comissão de PCI deve estar envolvida no planejamento de todas essas atividades e sistemas e no projeto e construção de edifícios e infraestruturas nas unidades de saúde.
- As ações práticas para melhorar a WASH nos serviços de saúde devem incluir:
 - conduzir análise e avaliação situacional
 - definir roteiro e traçar metas
 - estabelecer padrões nacionais e mecanismos de prestação de contas
 - melhorar e manter a infraestrutura
 - monitorar e revisar dados
 - força de trabalho de saúde na comunidade
 - envolver as comunidades e
 - conduzir pesquisa operacional e aprendizado.

■ ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA (além da atenção primária)

- Uma área de descontaminação centralizada dedicada e/ou departamento de suprimentos estéreis para a descontaminação e esterilização de produtos para saúde e outros itens/equipamentos médicos deve estar disponível e abastecida com água e energia suficientes.

- Uma área de armazenamento limpa dedicada para itens e equipamentos de atendimento ao paciente, incluindo material estéril, e uma área separada para o armazenamento de roupa limpa deve estar disponível conforme descrito no manual da OMS sobre descontaminação e reprocessamento de produtos de saúde para serviços de saúde (ver “recursos”).
- Um número adequado de quartos individuais (com banheiros privativos e incluindo alguns quartos com sistema de ventilação mecânica de pressão negativa) e/ou quartos adequados para coorte de pacientes para o isolamento de pacientes suspeitos/infectados, incluindo aqueles com tuberculose, outros patógenos aerotransportados e organismos multirresistentes a medicamentos, devem estar disponíveis para prevenir a transmissão a outros pacientes, funcionários e visitantes.
- Devem estar disponíveis sistemas de ventilação adequados em geral e na sala de cirurgia, incluindo condições de pressão de ar negativa ou positiva, dependendo da situação.
- Durante os trabalhos de construção e reforma, devem ser desenvolvidos sistemas e medidas de avaliação de risco para garantir a proteção dos pacientes, de seus familiares e dos funcionários, especialmente em áreas de alto risco, como unidades em que são tratados pacientes gravemente imunocomprometidos (transplantes, pacientes com neutropenia profunda etc.), bem como nas unidades de terapia intensiva, unidades neonatais e de queimados e nas salas cirúrgicas.



PARTE 4. ANEXO

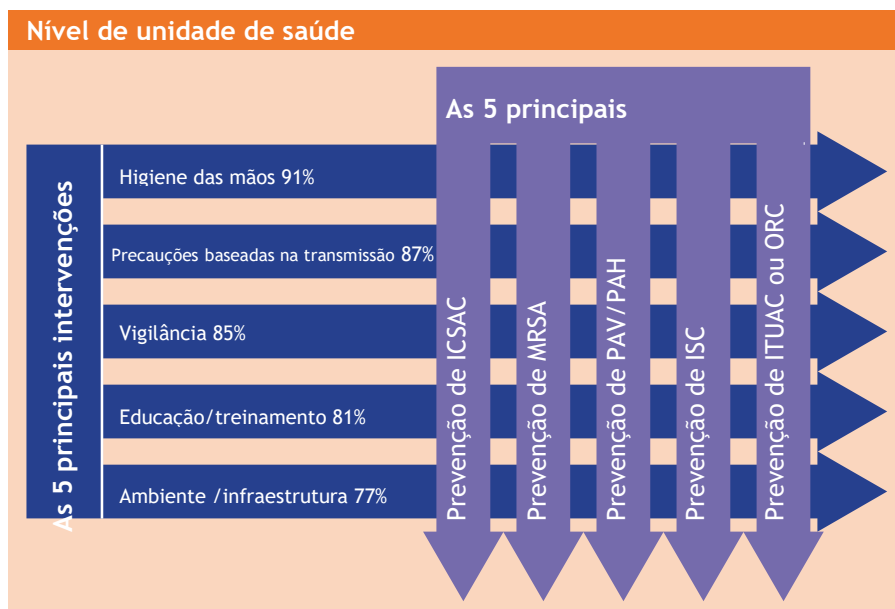
4.1 Anexo 1. Resumos dos resultados de uma revisão sistemática e inventário dos padrões mínimos disponíveis de PCI

4.1.1 Visão geral dos resultados da revisão sistemática da literatura sobre padrões mínimos para PCI

A revisão sistemática dos padrões mínimos de PCI foi conduzida como base para a consulta a especialistas sobre os requisitos mínimos de PCI. É focado na questão: “Quais são os padrões mínimos de programas efetivos de PCI destinados a reduzir as infecções relacionadas à assistência à saúde em nível nacional e de atenção à saúde?” O Índice Cumulativo de Enfermagem e Literatura Aliada em Saúde (CIHAHL), PubMed, GIM (OMS Global Index Medicus) e bancos de dados EMBASE foram pesquisados para identificar os padrões mínimos relatados. As intervenções de PCI foram categorizadas como horizontais (por exemplo, programa de PCI, educação) ou verticais (por exemplo, prevenção de infecção de sítio cirúrgico). Higiene das mãos, aplicação segura de injeção e formação educacional são exemplos de intervenções horizontais de PCI, ao passo que a prevenção de infecção do sítio cirúrgico, pneumonia hospitalar e infecção da corrente sanguínea associada ao cateter foram categorizadas como intervenções verticais de PCI.

As intervenções horizontais foram mencionadas com mais frequência em comparação com as verticais como sendo um requisito mínimo (fig. 1). Higiene das mãos (91%), precauções com base na transmissão (incluindo triagem) (87%), vigilância (85%), educação/treinamento (81%) e ambiente construído/infraestrutura (77%) foram as cinco medidas críticas de PCI horizontais mais frequentemente mencionadas, seguidas de orientações (70%), descontaminação (70%) e monitoramento/auditorias/feedback (66%).

- **Fig. 1.**
As 5 principais intervenções horizontais e verticais mencionadas como um requisito mínimo no nível de unidade de saúde.



ABREVIATURAS

ICSAC, infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter; **MRSA**, *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (sigla derivada do inglês *Methicillin-resistant Staphylococcus aureus*; **PAV/PAH**, pneumonia associada à ventilação/pneumonia adquirida em hospital; **ISC**, infecção do sítio cirúrgico; **ITUAC**, infecção do trato urinário associada a cateter; **ORC**, organismos resistentes aos carbapenêmicos.

A conformidade com as precauções padrão é geralmente baixa e, portanto, é importante investigar estratégias de implementação para melhorar essa medida chave. As competências existentes dos profissionais de PCI, bem como os indicadores existentes, serão úteis para definir padrões mínimos. Será fundamental aproveitar as lições aprendidas no passado e envolver a liderança hospitalar em futuras discussões sobre a importância da implementação dos programas de PCI. A revisão também destacou a baixa qualidade dos estudos revisados (revisões sistemáticas e estudos tipo antes-depois), um número muito grande de estudos de países de alta renda, uma alta porcentagem de revisões sistemáticas sobre *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina e *Clostridium difficile* de países de alta renda, e um número elevado de estudos em serviços de saúde.

4.1.2 Sumário do inventário global de padrões mínimos de PCI

O objetivo do desenvolvimento do inventário global de padrões mínimos de PCI era produzir um catálogo de orientações já disponíveis sobre esses padrões (especialmente da perspectiva de locais com poucos recursos) diretamente dos escritórios regionais e nacionais da OMS, outras organizações e países. Foi para complementar a revisão sistemática e as experiências dos países coletadas anteriormente e para fornecer percepções sobre o que poderia ser considerado como “padrões mínimos” de PCI em nível nacional e de unidade de saúde. Uma convocação global foi feita nas redes relevantes, bem como uma busca de todos os documentos relacionados à PCI disponíveis publicamente. O banco de dados usado nas orientações sobre os principais componentes de PCI também foi pesquisado em busca de documentos relevantes. Um total de 23 documentos foram revisados na íntegra (1-23), mas apenas nove incluíam os padrões nacionais de PCI aprovados, definidos como “mínimo” para serviços de saúde (1-9).

No geral, esses documentos validaram as orientações da OMS sobre os componentes principais dos programas de PCI, uma vez que todos os documentos revisados podem ser categorizados e relacionados aos oito componentes principais. Mais notavelmente, os componentes principais 1 (programas de PCI), 3 (educação e treinamento) e 8 (ambiente construído) foram os mais citados, ao passo que o componente principal 7 (carga de trabalho, pessoal e ocupação dos leitos) foi o menos relatado. As limitações do inventário final já haviam sido reconhecidas, uma vez que foi retirado de envios diretos e dos que estavam publicamente disponíveis. No entanto, apesar de alguns países identificarem especificamente os padrões mínimos de PCI, a maioria carece de qualquer definição padronizada de padrões mínimos e sua abordagem permanece ampla, com falta de especificidade.

4.1.3 Referências

1. Orientações de transformação dos serviços hospitalares da Etiópia, volume 2. Iniciativa de gestão de hospitais etíopes. Adis Abeba: Ministério da Saúde da República Federal Democrática da Etiópia; 2016
2. Ministério da Saúde Serviços Sociais da Namíbia. Padrões e critérios hospitalares, 1ª edição (Versão 2). 2018 (<http://www.mhss.gov.na/documents/119527/659098/MoHSS+Namibia+Hospital+Standards+and+Criteria+DRAFT.pdf/13271616-e30e-4a0d-b3d9-54d17c283eeb>, acessado em 29 de outubro de 2019).
3. Infection Prevention and Control (IPAC) Canada. Infection Prevention and Control (IPAC) Program Standard. Can J Infect Control. 2016; 30(Suppl):1-97 (<https://ipac-canada.org/photos/custom/CJIC/Vol31No4supplement.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
4. Autoridade de padrões da Suazilândia. Padrão nacional da Suazilândia. Hospitais gerais e centros de saúde - requisitos. 2011 (<https://www.swasa.co.sz/standards.php>, acessado em 29 de outubro de 2019).
5. Infection prevention and control manual, 2nd edition. Riyadh (Arábia Saudita): Departamento de Prevenção e Controle de Infecção da Guarda Nacional de Saúde. Gulf Cooperation Council - Centre for Infection Control; 2013 (<https://www.moh.gov.sa/CCC/Documents/GCC%20Infection%20control%20manual%202013%20revisedOPT.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
6. New Zealand standard. Health and disability services (infection prevention and control) standards. Wellington: Standards New Zealand; 2008 (<https://www.standards.govt.nz/assets/Publication-files/NZS8134.3-2008.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
7. Normas para la prevención y control de infecciones en los establecimientos de salud. Santo Domingo: Ministério de Saúde Pública: República Dominicana; 2013 (<http://digepisalud.gob.do/docs/vigilancia%20epidemiologica/Reglamentos%20y%20Normas/2013%20-%20Normas%20control%20infeccion.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
8. Padrões nacionais de qualidade de saúde de Botsuana para hospitais. 9. Prevenção e controle de infecção. Ministério da Saúde da República de Botsuana; 2014 (<https://www.moh.gov.bw/Publications/standards/Botswana%20National%20Health%20Quality%20Standards%20for%20Hospitals/Botswana%20HOSPITAL%20Standards%20SE%209%20Prevention%20and%20Control%20of%20Infection.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
9. Manual de avaliação da segurança do paciente: segunda edição. Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para o Mediterrâneo Oriental; 2016 (<https://int/iris/handle/10665/249569>, acessado em 29 de outubro de 2019).
10. Norma técnica no 124 de los programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS). República de Chile

- Ministerio de Salud; 2011
<http://digepisalud.gob.do/docs/vigilancia%20epidemiologica/Reglamentos%20y%20Normas/2013%20-%20Normas%20control%20infeccion.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
11. Normas institucionales para la prevención y control de infecciones intrahospitalarias. Caja Costarricense de Seguro Social. Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Saneamiento Básico y Ambiental Institucional. Sección de Infecciones Intrahospitalarias; 2002 (<http://aesscr.com/Normas%20institucionales%20para%20la%20prevención%20y%20control%20de%20infecciones%20intrahospitalarias.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
 12. Ministério da Saúde e População do Egito. Guia nacional para controle de infecção (segunda parte, 3ª edição). 2016.
 13. Normas de prevención y control de las infecciones nosocomiales. Ministerio de Salud Publica del Ecuador; 2006 (<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual%20de%20normas%20de%20infecciones%20nosocomiales.pdf>, acessado em 29 de outubro de 2019).
 14. Société Française de Hygiène Hospitalière. Surveillance and prevention of healthcare-associated infections. HygièneS. 2010; 18(4): 3-175 (https://sf2h.net/wp-content/uploads/2016/04/SF2H_surveillance-and-prevention-guidelines-2010.pdf, acessado em 29 de outubro de 2019).
 15. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention [Requisitos de pessoal e organizacionais para a prevenção de infecções nosocomiais: recomendações da Comissão de Higiene Hospitalar e Prevenção de Infecção]. Bundesgesundheitsbl [Boletim de Saúde Federal da Alemanha] 2009; 52:951-962 [em alemão] (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Downloads/Rili_Hygmanagement.pdf?blob=publicationFile, acessado em 30 de outubro de 2019).
 16. Manual de controle de infecção hospitalar para pequenas organizações de saúde. Nova Délhi, (Índia): National Accreditation Board for Hospitals and Healthcare Providers (https://nabh.co/Images/PDF/HIC_Guidebook.pdf, acessado em 29 de outubro de 2019).
 17. Orientações nacionais de prevenção e controle de infecção para serviços de saúde do Quênia. Nairóbi: Quênia Ministério da Saúde Pública e Saneamento e Ministério de Serviços Médicos, República do Quênia; dezembro de 2010 (http://www.ashcott.com/images/IPC_GUIDELINES.pdf, acessado em 29 de outubro de 2019).
 18. Centro Médico da Universidade Americana de Beirute. Precauções padrão. 2015.
 19. Guia de avaliação rápida para programas hospitalares de prevenção e controle de infecção nosocomial. Washington (DC): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011

- [Evaluation-guide-2011-ENG.pdf](#), acessado em 29 de outubro de 2019).
20. Ministère de la Santé et l'Action Sociale du Sénégal. Programme national de lutte contre les infections nosocomiales (PRONALIN). Fiche de supervision. 2011.
 21. Colégio de Microbiologistas do Sri Lanka. Uso empírico e profilático de antimicrobianos. Orientações nacionais. 2016 (<http://slmicrobiology.lk/download/National-Antibiotic-Guidelines-2016-Web.pdf>, acessado em 30 de outubro de 2019).
 22. National Institute for Health and Care Excellence (Reino Unido). Infection prevention and control. Quality standard (QS61). Abril de 2014 (<https://www.nice.org.uk/guidance/qs61/chapter/Introduction>, acessado em 30 de outubro de 2019).
 23. Centros de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos da América. Práticas básicas de prevenção e controle de infecção para atendimento seguro de saúde em todos os locais – recomendações do Comitê Consultivo de Práticas de Controle de Infecção em Saúde. 2017 (<https://www.cdc.gov/hicpac/recommendations/core-practices.html>, acessado em 29 de outubro de 2019).

