

**MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA**



**S A Ú D E**

**ICA 160-36**

**COMISSÃO DE CONTROLE DE  
INFECÇÃO HOSPITALAR NO SISAU**

**2024**



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
COMANDO DA AERONÁUTICA  
DIRETORIA DE SAÚDE**



**S A Ú D E**

**ICA 160-36**

**COMISSÃO DE CONTROLE DE  
INFECÇÃO HOSPITALAR NO SISAU**

**2024**





**MINISTÉRIO DA DEFESA**  
**COMANDO DA AERONÁUTICA**  
**DIRETORIA DE SAÚDE**

PORTARIA DIRSA Nº 328/SECSARAM, DE 30 DE ABRIL DE 2024.

Aprova a reedição da ICA 160-36  
“Comissão de Controle de Infecção  
Hospitalar no SISAU”.

**O DIRETOR DE SAÚDE DA AERONÁUTICA**, no uso das atribuições previstas na NSCA 5-1, aprovada pela Portaria nº 1.444/DLE, de 24 de julho de 2014, e tendo em vista o disposto no Art. 10º, no inciso VIII do Regulamento da Diretoria de Saúde, aprovado pela Portaria nº 557/CC3, de 11 de maio de 2020, resolve:

Art. 1º Aprovar a reedição da ICA 160-36 “Comissão de Controle de Infecção Hospitalar no SISAU”, que com esta baixa.

Art. 2º Ficam revogadas a Portaria DIRSA nº 23, de 16 de dezembro de 2002, que aprovou a ICA 160-36, 16 de dezembro de 2002, publicada no BCA nº 014, de 22 de janeiro de 2003 e a Ordem Técnica nº004/DIRSA/2007, de 01 de março de 2007, Publicado no BCA nº 043, de 05 de março de 2007.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor em 3 de junho de 2024.

Maj Brig Med LAERTE LOBATO DE MORAES  
Dir da DIRSA



## SUMÁRIO

<b>1 DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.....</b>	<b>07</b>
1.1 FINALIDADE.....	07
1.2 PRINCÍPIOS.....	07
1.3 VISÃO.....	07
1.4 DIRETRIZES.....	07
1.5 OBJETIVOS.....	07
1.6 ÂMBITO.....	08
1.7 SIGLAS E ABREVIATURAS.....	08
<b>2 DISPOSIÇÕES GERAIS.....</b>	<b>09</b>
2.1 INTRODUÇÃO.....	09
2.1.1 DESPERTAR A ATENÇÃO DOS COMANDANTES DAS ORGANIZAÇÕES PARA A NECESSIDADE DE APOIO LOGÍSTICO ÀS AÇÕES RECOMENDADAS PELA COMISSÃO .....	09
2.1.2 PRINCIPAIS AÇÕES DA CCIH .....	10
2.1.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES .....	11
2.1.4 ANÁLISES DOS DADOS.....	11
2.2 DESDOBRAMENTO DOS OBJETIVOS EM AÇÕES.....	12
2.2.1 DA OBRIGATORIEDADE DAS CCIH.....	12
2.2.2 DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO.....	12
2.2.3 DA COMPETÊNCIA DA AUTORIDADE MÁXIMA DA OSA.....	13
2.2.4 DO FUNCIONAMENTO.....	13
2.2.5 ELABORAR RELATÓRIOS DE SITUAÇÃO.....	14
2.2.6 TAXAS DE INFECÇÃO RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EXIGIDAS PELA ANVISA.....	14
2.3 OUTRAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA CCIH: .....	14
<b>3 DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS.....</b>	<b>16</b>
<b>4 DISPOSIÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>18</b>





## **1 DISPOSIÇÃO PRELIMINARES**

### **1.1 FINALIDADE**

Normatizar e coordenar estratégias de controle das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) em conjunto com as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) dos hospitais do COMANDO DA AERONÁUTICA, com acompanhamento de caráter permanente, guardando as características e necessidades de cada escalão.

### **1.2 PRINCÍPIOS**

**1.2.1** humanização da assistência;

**1.2.2** qualidade técnica;

**1.2.3** eficácia;

**1.2.4** efetividade; e

**1.2.5** economia de custos.

### **1.3 VISÃO**

Reduzir a morbimortalidade relacionada às IRAS no âmbito da Força Aérea.

### **1.4 DIRETRIZES**

**1.4.1** instituir política de controle de infecção hospitalar nas OSA, criando uma cultura proativa;

**1.4.2** reduzir a morbimortalidade relacionada à infecção hospitalar;

**1.4.3** proporcionar confiabilidade aos usuários no que tange à Infecção Hospitalar (IH) nas OSA;

**1.4.4** sistematizar as atividades das CCIH; e

**1.4.5** reduzir custos hospitalares relacionados às IRAS.

### **1.5. OBJETIVOS**

**1.5.1** despertar a atenção dos Comandantes das Organizações para a necessidade de apoio logístico às ações recomendadas da Comissão;

**1.5.2** instituir a vigilância epidemiológica nas OSA nos Hospitais de Aeronáutica e de Força Aérea;

**1.5.3** manter a CCIH operacionais nas OSA nos Hospitais de Aeronáutica e de Força Aérea;

**1.5.4** interagir ativamente com todas as CCIH da Força;

- 1.5.5 estabelecer procedimentos operacionais-padrão relacionados ao controle de IRAS;
- 1.5.6 implementar atividades de Educação Continuada;
- 1.5.7 orientar as CCIH quanto ao controle das instalações físicas na área hospitalar;
- 1.5.8 orientar as CCIH quanto ao controle da limpeza e desinfecção de superfícies;
- 1.5.9 instituir política e orientação sobre biossegurança;
- 1.5.10 supervisionar o cumprimento das normas técnicas de resíduos hospitalares;
- 1.5.11 confeccionar rotina operacional de controle de vetores;
- 1.5.12 orientar o uso racional de antimicrobiano, instituindo o programa de gerenciamento de antimicrobianos; e
- 1.5.13 orientar a elaboração do regimento interno da CCIH e do Programa de Controle de Infecção Hospitalar

## 1.6 ÂMBITO

Aplica-se ao Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU).

## 1.7 SIGLAS E ABREVIATURAS

- a) CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.
- b) SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.
- c) IH – Infecção Hospitalar.
- d) IN – Infecção Nosocomial.
- e) DIP – Doenças Infecto Parasitárias.
- f) HCAMP – Hospital de Campanha.
- g) EPI – Equipamento de Proteção Individual.
- h) POP – Procedimento Operacional Padrão.
- i) MRSA – Staphylococcus Aureus Resistente (Oxacilina).
- j) VRE – Enterococcus Resistente a Vancomicina.
- k) ESBL – Enzima Produtora de Beta-lactamase.
- l) BGN MR – Bastonete Gram Negativo Multirresistente.
- m) BAAR – Bacilo Álcool Ácido Resistente.
- n) PVP-I – Polivinilpirrolidona-Iodo.
- o) HEPA – High Efficiency Polution Air.
- p) ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.
- q) IRAS – Infecção Relacionada à Assistência à Saúde;

## 2 DISPOSIÇÕES GERAIS

### 2.1 INTRODUÇÃO

#### 2.1.1 DESPERTAR A ATENÇÃO DOS DIRETORES, CHEFES E COMANDANTES DAS ORGANIZAÇÕES PARA A NECESSIDADE DE APOIO LOGÍSTICO ÀS AÇÕES RECOMENDADAS PELA COMISSÃO

As Infecções Relacionadas a Assistência (IRAS), anteriormente denominadas Infecções Hospitalares (IH): São aquelas adquiridas após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

##### 2.1.1.1 Critérios gerais: Período de Janela da Infecção (não inclui infecção de sítio cirúrgico)

**2.1.1.1.1** Período de sete dias durante os quais são identificados todos os elementos (sinais, sintomas, resultados de exames de imagens ou laboratoriais) necessários para atender ao critério diagnóstico de uma IRAS específica, definido pela Anvisa.;

**2.1.1.1.2** Para a identificação do período de janela da infecção deve-se considerar 3 (três) dias antes e 3 (três) dias depois da data da coleta do primeiro exame laboratorial com resultado positivo ou da realização do primeiro exame de imagem com resultado positivo/alterado ou, na ausência de exames, a data do primeiro sinal ou sintoma específico presente no critério diagnóstico daquela IRAS;

**2.1.1.1.3** Data da Infecção: É a data em que ocorreu o primeiro elemento (sinal, sintoma ou realização de exames de imagens ou laboratoriais com resultado positivo/alterado) necessário para a definição da infecção, dentro do período de janela da infecção

**2.1.1.1.4** As infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária, que são classificadas como sepse neonatal de origem materna, quando a evolução ocorre até 48hs do parto e sepse tardia após esse período.

**2.1.1.1.5** Os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

- a) A partir desses pontos as instituições irão se organizar de modo a atender os requisitos necessários.
- b) Pode-se concluir que um programa efetivo de Controle de Infecção é aquele conduzido por uma vigilância epidemiológica organizada, capaz de produzir dados, gerar informações e conhecimentos. Alguns estudos comprovam que um serviço de controle de infecção hospitalar eficiente reduz significativamente as taxas de IRAS. Se por um lado é evidente a importância das CCIH, por outro lado existem dificuldades concretas para que elas funcionem de forma sistematizada em grande parte dos hospitais.

- c) A partir desta exposição torna-se evidente a importância do apoio dos diretores, chefes e comandantes das OSAs às ações e recomendações das CCIH.

#### **2.1.2 PRINCIPAIS AÇÕES DA CCIH:**

**2.1.2.1** Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

**2.1.2.2** implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções;

**2.1.2.3** adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções;

**2.1.2.4** capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções;

**2.1.2.5** uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

**2.1.2.6** avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pela Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

**2.1.2.7** realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

**2.1.2.8** elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar,

**2.1.2.9** elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

**2.1.2.10** adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções;

**2.1.2.11** definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

**2.1.2.12** elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

**2.1.2.13** cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

### **2.1.3 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES**

**2.1.3.1** A Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

**2.1.3.2** A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

**2.1.3.3** São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

**2.1.3.4** São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

**2.1.3.5** Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

### **2.1.4 ANÁLISES DOS DADOS**

Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de UTI (adulto/pediátrica/neonatal), são:

- a) Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;
- b) Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Exemplos:

- a) Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.
- b) Densidade de infecção urinária associada a cateter vesical de demora
- c) Densidade de incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica
- d) Densidade de infecções primárias de corrente sanguínea associada a cateter vascular central

**2.1.4.1** O número de paciente dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

**2.1.4.2** O número de procedimento dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento pelo paciente no período considerado.

**2.1.4.3** Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência, respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico por especialidade.

**2.1.4.4** Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

## **2.2 DESDOBRAMENTO DOS OBJETIVOS EM AÇÕES**

### **2.2.1 DA OBRIGATORIEDADE DAS CCIH**

**2.2.1.1** O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o art. 87, inciso II da Constituição, e considerando as determinações da Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de programa de controle de infecções hospitalares, assinou a Portaria nº 2616/GM de 12 de maio de 1998 (D.O.U. de 13/05/98) a qual dispõe sobre a obrigatoriedade das CCIH.

### **2.2.2 DA COMPOSIÇÃO DA COMISSÃO**

**2.2.2.1** A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

**2.2.2.2** Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

**2.2.2.3** O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

**2.2.2.4** Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

- a) serviço médico;
- b) serviço de enfermagem;
- c) serviço de farmácia;
- d) laboratório de microbiologia;
- e) administração.

**2.2.2.5** Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) podem ser compostos pelos serviços de médico e enfermagem;

**2.2.2.6** Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

**2.2.2.7** Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

**2.2.2.8** Os membros executores preferencialmente incluem enfermeiro com especialização em controle de infecção e um médico infectologista.

**2.2.2.9** A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado no número **2.2.2.7**

**2.2.2.10** Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

**2.2.2.11** Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente -dia, a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

**2.2.2.12** Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

### **2.2.3 DA COMPETÊNCIA DA AUTORIDADE MÁXIMA DA OSA**

- a) aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;
- b) constituir formalmente a CCIH;
- c) designar um (a) secretário (a), com conhecimentos de informática, para atuação exclusiva na CCIH;
- d) fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal envolvido em atividades de saúde;
- e) garantir a participação do Presidente da CCIH nas reuniões deliberativas e formuladoras da política da instituição;
- f) nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;
- g) propiciar o funcionamento da CCIH nas melhores condições possíveis; e
- h) viabilizar alocação de recursos para aquisição de materiais necessários as atividades da CCIH.

### **2.2.4 DO FUNCIONAMENTO**

**2.2.4.1** a cada reunião será lavrada uma Ata com o nome dos presentes, exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções, a qual deverá ser assinada pelos membros e pelo presidente da CCIH, quando de sua aprovação;

**2.2.4.2** a CCIH observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e a ordem dos trabalhos;

**2.2.4.3** a CCIH se reunirá e deliberará com a presença da maioria simples dos seus membros, devendo ser verificado o “quorum” em cada sessão antes de cada votação;

**2.2.4.4** a CCIH terá como sede uma sala própria onde reunir-se-á, ordinariamente, pelo menos a cada dois meses e extraordinariamente quando convocada pelo Diretor do Hospital, pelo Presidente da CCIH ou a requerimento da maioria de seus membros; e

**2.2.4.5** a data de realização das reuniões será estabelecida em cronograma e sua realização e duração serão as julgadas necessárias, podendo ser interrompidas em data e hora estabelecida pelos presentes;

## **2.2.5 ELABORAR RELATÓRIOS DE SITUAÇÃO**

Serão elaborados por cada CCIH mensalmente, dos quais constarão:

### **2.2.6 TAXAS DE INFECÇÃO RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA EXIGIDAS PELA ANVISA.**

- a) Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com os tipos de cirurgia realizados na OSA. Priorizar as cirurgias limpas, com prótese e as cesarianas além de outras que tenham importância para a OSA;
- b) Densidade de infecção urinária associada a cateter vesical de demora;
- c) Densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica; e
- d) Densidade de infecções primárias de corrente sanguínea associada a cateter vascular central.

## **2.3 OUTRAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELA CCIH:**

**2.3.1** Estabelecer Procedimentos Operacionais Padrão relacionadas ao controle de infecção;

**2.3.2** Implementar atividades de Educação Continuada;

**2.3.3** Orientar quanto ao controle das instalações físicas na área hospitalar;

**2.3.4** Instituir política e orientação de Biossegurança;

**2.3.5** Aplicar pacotes de prevenção das infecções relacionadas a assistência (Bundles) na Terapia intensiva;

**2.3.6** Realizar visita técnica nas unidades onde estão internados os pacientes com maior risco de infecção hospitalar, como no Serviço de Neonatologia/CTI/Centro Cirúrgico/CME além de atender as outras unidades de internação, serviços de propedêutica e de apoio. Nesta visita são avaliados os aspectos relacionados à área física, ao fluxo de pessoas e materiais, adesão dos profissionais às medidas de prevenção e controle de infecção e biossegurança.

**2.3.7** Realizar auditorias em serviços terceirizados como lavanderia, empresa processadora de



material hospitalar, agência transfusional, laboratório, entre outras.

**2.3.8** Supervisionar o cumprimento das normas técnicas de resíduos hospitalares;

**2.3.9** Implementar políticas de uso racional de antimicrobianos;

**2.3.10** Confeccionar rotina operacional de controle de pragas e vetores;

**2.3.11** Confeccionar rotina de limpeza dos reservatórios de água e análise da qualidade da água;

**2.3.12** Orientar as OSA no que tange as precauções nas obras e reformas.

### **3 DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS**

**3.1** Este documento deve ser revisado a cada 02 (dois) anos a fim de manter-se atualizado, ou a qualquer tempo em função de avanços científicos e tecnológicos.

**3.2** As propostas de alterações desta ICA, devem ser encaminhadas à Subdiretoria Atenção à Saúde e Regulação da Assistência Médico Hospitalar, da Diretoria de Saúde para avaliação e inclusão, se for o caso.

#### **4 DISPOSIÇÕES FINAIS**

**4.1** Os casos não previstos neste documento deverão ser submetidos à apreciação do Diretor da DIRSA.

**4.2** Esta ICA em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a ICA 160-36, aprovada pela Portaria DIRSA nº 23, de 16 de dezembro de 2002, publicada no BCA nº 014, de 22 de janeiro de 2003.

## REFERÊNCIAS

**PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (PNPCIRAS) 2021 a 2025 - GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA E MONITORAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE – GVIMS**

Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998;

Portaria MTE n.º 485, de 11 de Novembro de 2005. **NR 32 - SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE;**

**RESOLUÇÃO RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

**ABNT – NBR 7256.** Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde.

**Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. ANVISA, 2017.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: ANVISA, 2012.

SILVA, Sergio Nogueira Duarte da. **Português do Dia a Dia:** Como falar e escrever melhor. p.19. Rio de Janeiro. Ed Rocco, 2004.