

Art.43. Determinar a qualidade dos produtos médicos que são disponibilizados para os profissionais, com impacto direto na qualidade da assistência ao paciente;

Art.44. Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;

Art.45. Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;

Art.46. Permitir a compra em grandes lotes;

Art.47. Otimizar o trabalho do Setor de Suprimentos e Unidade de Compras;

Art.48. Diminuir os custos de estocagem reduzindo a quantidade de itens estocados;

Art.49. Adquirir materiais com maior rapidez;

Art.50. Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicação;

Art.51. Obter maior qualidade e uniformidade.

§ 1º Os critérios de seleção de Produtos para Saúde (inclusão e exclusão) para a lista dos padronizados, serão consenso entre os membros da Comissão presentes à reunião e rediscutidos sempre que houver necessidade, sendo que quaisquer modificações deverão ser documentadas e oficializadas.

§ 2º Membros da equipe assistencial, a CIPA e Comissão de Biossegurança (quando se tratar de Equipamento de Proteção Individual) terão a prerrogativa de solicitar a inclusão ou exclusão de produtos na padronização, sempre que julgarem necessário.

§ 3º A solicitação de inclusão ou exclusão de produtos na padronização será analisada pela CPPS que emitirá parecer favorável ou não à inclusão ou exclusão do produto na lista de padronizados.

Art. 52. A resposta ao solicitante será através de Carta Resposta, elaborada pelo secretário, contendo a deliberação da Comissão.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 53. Os produtos a serem licitados deverão seguir as especificações padronizadas.

I. Os produtos reprovados, somente poderão ser submetidos a novos testes mediante comprovação oficial das alterações efetuadas pelo fabricante, de modo a atender às especificações da instituição.

II. É vedado à Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, o fornecimento extra institucional de laudos técnicos referentes aos produtos testados no HECAD.

III. Só poderão participar do processo de licitação os produtos aprovados pela Comissão de Padronização de Produtos para Saúde do hospital.

IV. Os produtos a serem incluídos, excluídos ou alterados deverão ser encaminhados para a Comissão, para apreciação, através do Formulário "Solicitação de Alteração na Padronização de Produtos para Saúde".

Art. 54. Este Regimento poderá ser modificado no todo ou em parte:

I. Por motivo de alterações em Legislação nos âmbitos Federal, Estadual ou Municipal, referentes à aquisição de materiais e equipamentos médicos- hospitalares;

II. Por proposição da Superintendência do hospital;

III. Por iniciativa da CPPS, com acordo da maioria dos integrantes da Comissão, após registro em ata, visando benefícios para os profissionais, para os pacientes e para a empresa.

Art. 55. Os casos não citados neste Regimento referentes à padronização serão decididos pela CPPS.

Art. 56. Este Regimento entrará em vigor após aprovação dos Membros da CPPS e, posteriormente, pelo Setor Jurídico e Diretoria Técnica, revogadas as disposições em contrário

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X		X		X		X		X		X	
Definição de formulário para análise		X										

sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto a Comissão e o		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

preenchimento adequado dos documentos												
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.23. COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS
COM INTEGRIDADE DA PELE**

Membros:

Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

A CCP terá no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

Finalidade:

A Comissão de Cuidados com a Pele do HECAD tem por finalidade a formulação de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o objetivo de ter a excelência desse serviço.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS FINALIDADES

Art. 1º - O presente Regimento disciplina a organização e o funcionamento da Comissão de Cuidados Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, bem como, estabelece a dinâmica de suas atividades e de seu funcionamento. Esta comissão

tem por finalidade oferecer um atendimento de qualidade ao paciente portador de lesões, através da padronização de saberes entre os profissionais do HECAD, assim como, prevenir o surgimento de lesões evitáveis nos pacientes desta instituição.

Parágrafo Único: A Comissão de Cuidados com a Pele (CCP) do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é de natureza técnico-científica permanente.

CAPÍTULO II

DA FINALIDADE

Art. 2º - A Comissão de Cuidados com a Pele do HECAD tem por finalidade a formulação de ações para a prevenção e tratamento de feridas, com o objetivo de ter a excelência desse serviço.

§ 1º - Considera-se como atividade desta comissão o conjunto de ações desenvolvidas e deliberadas sistematicamente para a redução da incidência e da gravidade das feridas.

§ 2º - Entende-se por ferida qualquer perda da continuidade da pele

§ 3º - Entende-se por curativo o tratamento da pele danificada utilizando técnicas com produtos químicos, físicos e/ou mecânicos

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º - A Comissão terá caráter multiprofissional e multidisciplinar em seus membros.

Parágrafo único. A CCP poderá convidar membros passageiros que possam acrescentar com subsídios técnicos a determinado assunto. Dessa forma esses consultores “ad hoc” serão pessoas pertencentes ou não à instituição.

Art. 4º - Os membros titulares, serão representantes do serviço de enfermagem, medicina, nutrição, fisioterapia, farmácia e representante do serviço de educação permanente da instituição, preferencialmente de nível superior.

Art. 5º - A CCP terá no mínimo 07 (sete) membros titulares, podendo ser ampliado este número conforme a necessidade da Comissão.

CAPÍTULO IV

DA NOMEAÇÃO

Art. 6º - Os membros titulares da CCP serão eleitos após deliberação por meio de votação aberta para um mandato mínimo de 2 (dois) anos, sendo possibilitado a renovação do cargo.

Art. 7º - Os membros que compuserem a CCP deverão ter atuado ou atuar diretamente com a área de lesão de pele.

Art. 8º - O (A) presidente da comissão deverá ser, necessariamente, um especialista em Estomaterapia e/ou Dermatologia e/ou especialização em Assistência em Lesões de Pele.

Art. 9º - O (a) vice-presidente deverá ter nível superior em enfermagem, não tendo a obrigatoriedade de possuir especialização em áreas afins relacionadas ao atendimento ao paciente com lesões.

Art. 10 - O mandato das chefias bem como dos demais membros da CCP será de no mínimo 02 (dois) anos, podendo haver reeleição ao cargo por prazo indeterminado, visto que, este é um serviço de caráter técnico-científico que se beneficia com a experiência de seus membros.

Art. 11 - Qualquer membro da comissão poderá solicitar afastamento no período de mandato, desde que comunique a própria Comissão e a Alta Gestão do HECAD com antecedência mínima de 30 dias.

Art. 12 - Caso o participante titular da comissão falte 03 (três) reuniões consecutivas, sem aviso prévio, ou 06 (seis) alternadas, mesmo que com aviso prévio ele será desligado e haverá sua substituição.

Art. 13 - O mandato poderá ter um período inferior a dois anos, desde que por motivo de força maior que justifique o término do vínculo com a Comissão.

§ 1º - As ausências justificadas e não computadas são: férias, licença maternidade ou paternidade, licença médica ou odontológica, licença gala, licença por morte de familiar, licença para capacitação ou possibilidade de prejuízo assistencial.

CAPÍTULO V

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 14 - À Comissão de Cuidados com a Pele do HECAD compete:

I. Garantir aos pacientes do HECAD um cuidado biopsicossocial no tratamento de suas lesões.

II. Amenizar o estresse do paciente durante a sua internação, através do uso de coberturas e produtos para curativos que otimizem a cicatrização e melhorem sua qualidade de vida.

III. Implantar ações sistematizadas para a realização de curativos e o tratamento do paciente com feridas.

IV. Reduzir o período de internação dos pacientes com lesões de pele, sempre que possível.

V. ter autonomia na decisão sobre qual ou quais produtos utilizar na ferida, após a avaliação da mesma, podendo trocar, caso necessário.

VI. Buscar sempre reduzir os custos hospitalares.

VII. Capacitar a equipe multiprofissional no tratamento de feridas.

VIII. Supervisionar o cumprimento de protocolos elaborados pela comissão.

IX. Acompanhar a evolução das feridas dos pacientes se necessário.

X. Promover subsídios que forneçam uma assistência qualificada e efetiva, proporcionando reabilitação dos pacientes com lesões de pele.

XI. Orientar os pacientes e/ou cuidadores acompanhados por esta comissão no momento da sua alta hospitalar em relação aos cuidados domiciliares com as suas lesões.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 15 - Compete ao (à) Presidente:

I. Dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II. Chefiar, criar a comissão, convocar e presidir suas reuniões;

III. Representar a Comissão em suas relações internas e externas;

IV. Tomar parte das discussões e, quando for o caso, ter o Voto Minerva;

V. Indicar, dentre os membros da comissão, os relatores dos expedientes, quando o secretário se ausentar;

VI. Convocar membros para a realização de estudos, levantamento de pareceres e outros;

Art. 16º - Atribuições do vice-presidente:

I. Auxiliar na direção, coordenação e supervisão das atividades da Comissão de Cuidados com a Pele;

II. Auxiliar assuntos diversos da comissão de forma interna ou externa por meio de representação.

III. Na ausência do presidente, o vice-presidente realizará suas atribuições.

Art. 17. Atribuições do secretário:

I. Assistir às reuniões;

II. Manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos estudos de casos ou outros que devam ser examinados nas reuniões da comissão;

III. Fazer registros de atas, deliberações, entre outros bem como lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata;

IV. Auxiliar administrativamente as atividades da comissão;

V. Na ausência do secretário, o presidente nomeará um dos membros presentes para redigir a ata.

VI. Encaminhar as atas das reuniões anteriores com antecedência de 48 horas da próxima reunião para o presidente e/ou vice-presidente.

Art. 18º - Atribuições do serviço de educação permanente:

I. Auxiliar nas capacitações sobre feridas e curativos com os profissionais da instituição e demais interessados;

II. Elaborar, conjuntamente com a comissão, projetos de capacitações estabelecendo datas, locais, conteúdos programáticos e público alvo;

III. Buscar parcerias e patrocinadores para a realização das capacitações sempre que necessário;

IV. Realizar relatórios de todas as capacitações realizadas;

V. Avaliar se as capacitações estão atingindo os objetivos esperados.

Art. 19º - Atribuições dos enfermeiros da Comissão de Cuidados com a Pele do HECAD:

I. Avaliar as feridas dos pacientes do HECAD em parceria com a CCP quando solicitado;

II. Comunicar ao presidente ou vice-presidente da Comissão a chegada de novos pacientes com lesões bem como suas altas;

III. Acompanhar, quando solicitado pela Comissão, os pacientes com lesões de pele em conjunto com a enfermagem assistencial;

Art. 20º - Atribuições comuns aos membros da Comissão de Cuidados com a Pele:

I. Estudar as matérias que lhe forem atribuídas;

II. Comparecer e participar das reuniões;

III. Desempenhar as ações atribuídas pela CCP;

IV. Requerer a votação de assuntos em regime de urgência;

V. Auxiliar na formação, treinamento e aprimoramento de pessoal na realização de curativos.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 21 - A CCP acompanhará os pacientes internados no HECAD após a solicitação de enfermeiro ou médico responsável, bem como também buscará ativamente pacientes nas unidades de internação.

Art. 22 -. As avaliações de parecer solicitadas aos sábados, domingos ou feriados serão realizadas no primeiro dia útil conforme a escala.

Art. 23 - Esta comissão atenderá os pacientes desta instituição e ambulatoriais em dias úteis da semana.

Art. 24 - Das reuniões:

I. As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão de Cuidados com a Pele serão realizadas em sala previamente agendada, localizada dentro do HECAD;

II. As reuniões ordinárias e extraordinárias serão realizadas mensalmente, com dia e horário prévios;

III. Poderá haver reuniões extraordinárias requeridas pela maioria de seus membros.

Art. 25 - Os assuntos que demandarem decisão da Comissão serão colocados em pauta para votação pelo Presidente.

§ 1º Os membros consultores, quando convocados, terão direito ao voto.

§ 2º - Será considerado "quórum", para votação, a maioria simples dos membros desta comissão.

CAPÍTULO VIII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 26 - Este regimento poderá ser alterado, mediante proposta de qualquer membro titular, através da aprovação de 3/5 de seus membros executores.

Art. 27 - Os casos omissos neste Regimento serão decididos pelo presidente desta comissão, ouvidos os membros desta e demais atores envolvidos.

Art. 28 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação da Portaria Alta Gerência do hospital.

Art. 29 - A agenda será decidida e protocolada dentro do período de 1 (um) mês após a criação da CCP.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM INTEGRIDADE DA PELE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											

Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X		X		X		X		X		X	
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os												
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados												
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto a Comissão e o preenchimento adequado dos documentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X

Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

4.1.24. NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR)

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE NÚCLEO INTERNO DE
REGULAÇÃO (NIR)**

Membros:

- I - Coordenador Médico;
- II - Médico Regulador;
- III - Enfermeiro;
- IV - Técnico de Enfermagem;
- V - Médicos Assistentes Técnicos;
- VI - Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;
- VII - Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;
- VIII - Auxiliar administrativo.

Finalidade:

O Núcleo Interno de Regulação tem por finalidade desenvolver atividades transversais de regulação do acesso ao Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, articulando suas ações com os pontos de atenção e a Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás (SUPCRS) e outras instituições da rede com o intuito de otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar. Além disso,

fazer a avaliação de indicadores, do fluxo do paciente e de casos de permanência prolongada.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DAS DEFINIÇÕES E FINALIDADE

Art. 1º – O Núcleo Interno de Regulação NIR do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, gerido pelo Instituto Patris, tem caráter permanente e atua como um núcleo de formação multiprofissional e multissetorial. Tem por finalidade trabalhar o gerenciamento de leitos no nível hospitalar do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD de forma centralizada.

Art. 2º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá seu funcionamento regulamentado por este regimento, normas internas do HECAD e pelas bases legais que lhe forem aplicáveis.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Art. 3º – Compete ao Núcleo Interno de Regulação - NIR:

I - Fortalecer o processo de regulação assistencial atuando juntamente com o Núcleo Interno de Regulação - NIR;

II - Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar e fornecer diariamente a situação dos leitos hospitalares para que haja a redução do tempo de espera para a internação;

III - Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

IV - Juntamente com o hospital, poder contratar novos funcionários para essa área;

V - Fornece relatórios mensais com indicadores de movimentação, ocupação de leitos e similares, para que possam ser deliberados pela instância colegiada do HECAD;

VI - Divulgar as deliberações à Comunidade Hospitalar principalmente por meio de boletins eletrônicos ou, se necessário, impressos.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 4º – O Núcleo Interno de Regulação - NIR terá a seguinte equipe multiprofissional operacional:

I - Coordenador Médico;

I - Médico Regulador;

II - Enfermeiro;

III - Técnico de Enfermagem;

IV - Médicos Assistentes Técnicos;

V - Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde;

VI - Chefe da Unidade de Regulação Assistencial;

VII - Auxiliar administrativo.

Parágrafo único – O NIR poderá contar com consultores ad hoc, pessoas pertencentes à instituição, com a finalidade de fornecer subsídios técnicos e científicos.

Artigo 5º – As indicações para integrar o Núcleo Interno de Regulação serão submetidas à aprovação da Alta Gestão do HECAD.

CAPÍTULO IV

ATRIBUIÇÕES

Art. 6º – O(a) Coordenador(a) médico(a) caberá dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do NIR, além de:

I - Coordenar e orientar as ações da equipe em relação a regulação médica assistencial;

II - Fornecer suporte técnico relacionado a questões médico hospitalares reexaminadas pela equipe do NIR cuidando de transferências e permanências prolongadas de pacientes na instituição assistencial.

Parágrafo único. Caso ausente temporariamente, as funções do Coordenador Médico serão exercidas interinamente pelo médico regulador, caso os dois sejam impedidos deverá ser eleito um membro da NIR pelos seus pares para exercer essa função interinamente.

Art. 7º – O médico regulador deverá:

I - Respeitar os regulamentos do HECAD bem como de toda a legislação correlata existente;

II - Ajudar com os remanejamentos e transferências dos leitos;

III - Monitorar o fluxo de solicitações e respostas de vagas externas com o objetivo de melhorar o fluxo de transferências de pacientes;

IV - Conferir documentação de solicitação de internação;

V - Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

V - Administrar a realização de remanejamentos internos sempre que necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas.

Parágrafo único. Caso o(a) médico(a) regulador(a) esteja ausente temporariamente, o médico assistente técnico do Pronto Atendimento Clínico ficará responsável pela avaliação técnica da solicitação e liberação de vagas em conjunto com enfermeiro ou técnico de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação.

Art. 8º – Os enfermeiros do Núcleo Interno de Regulação deverão:

I - Administrar o fluxo de leitos, monitorando os leitos disponíveis no HECAD e suas destinações, bem como acompanhar o fluxo de pacientes nas diversas portas de entrada do HECAD;

II - Para o remanejamento ou não dos mesmos monitorar e avaliar as possíveis altas ou transferência a outros locais de saúde;

III - Na ausência do médico regulador, o enfermeiro ficará responsável pela gestão de leitos devendo contar com o suporte dos demais membros da comissão e auxiliares diversos;

IV - Realizar o censo físico diariamente;

V - Conferir documentação de solicitação de internação;

VI - Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente

VII - Redistribuir os leitos em caso de mutirões, campanhas, superlotação e calamidade pública quando lhes for ordenado.

Art. 9º – Os técnicos de enfermagem do Núcleo Interno de Regulação deverão:

I - Monitorar os leitos disponíveis na instituição e suas destinações;

II - Monitorar a situação física do leito bem como acompanhar os mesmos e seus fluxos;

III - Monitorar as respostas de solicitação de vagas externas, com a finalidade de agilizar o fluxo de transferência de pacientes;

IV - Realizar o censo físico diário no horário estabelecido;

V - Conferir documentação de solicitação de internação;

VII - Comunicar ao posto de enfermagem a admissão de cada paciente;

VIII - Orientar a realização de remanejamentos internos, quando necessário, tanto nos casos de isolamentos quanto na otimização das vagas de acordo com as demandas em conjunto com a equipe assistencial na ausência do médico regulador ou enfermeiro do Núcleo Interno de Regulação;

IX - Escanear as solicitações enviadas e recebidas na ausência do auxiliar administrativo.

Art. 10 – Aos médicos Assistentes Técnicos do Núcleo Interno de Regulação:

I - Obedecer às regulamentações do hospital.

Parágrafo único. Considera-se médico assistente técnico o médico plantonista das unidades de internação, e pronto atendimentos.

Art. 11 – O chefe responsável de Regulação e Avaliação em Saúde do Núcleo Interno de Regulação deverá:

I - Em suas relações internas e externas, representarão o Núcleo Interno de Regulação;

II - Controlar os prazos legais e regimentais que dizem respeito aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do NIR;

III - Prover o cumprimento das diligências definidas;

IV - Prestar assistência em atividade de auditoria, demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o NIR;

V - Solicitar dos outros profissionais ou chefias um parecer quando houver necessidade;

VI - Indicar melhorias processuais de trabalho para otimização das atividades do núcleo;

VII - Manter a equipe informada e oferecer orientação para a atuação em consonância com os serviços ofertados pelo hospital por meio de instrumento formal de contratualização;

VIII - Zelar pelo funcionamento dos fluxos regulatórios de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Regulação;

IX - Prover o cumprimento das diligências determinadas;

X - Colaborar com a indicação de novos membros do NIR.

Art. 12 – O membro chefe da Unidade de Regulação Assistencial do Núcleo Interno de Regulação deverá:

I - Representar o Núcleo Interno de Regulação em suas relações internas e externas;

II - Manter o controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados pela equipe do Núcleo Interno de Regulação;

III - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

IV - Auxiliar em atividades de auditoria ou demandas e/ou documentos oriundos de órgãos de controle, referentes à regulação de leitos ou à conduta dos profissionais que compõem o NIR;

V - Solicitar parecer de outros profissionais ou chefias quando o grupo identificar a necessidade;

VII - Sugerir melhorias no processo de trabalho para otimização das atividades do núcleo;

VIII - Gerenciar folha de frequência de toda equipe do NIR;

IX - Gerenciar escalas de folgas e férias, em conjunto com a Gerência de Enfermagem em casos de enfermeiros e técnicos de enfermagem;

X - Indicar os novos membros do Núcleo NIR;

XI - Informar e orientar a equipe a atuar em consonância com os serviços ofertados pelo hospital por meio do instrumento formal de contratualização;

XII - Elaborar relatórios das atividades do NIR;

XIII - Indicar os novos membros do Núcleo Interno de Regulação;

XIV - Elaborar, em conjunto com enfermeiro regulador ou enfermeiro líder de equipe, Procedimentos Operacionais Padrão - POP referente aos processos de trabalho do Núcleo;

XV - Coordenar e orientar o trabalho do auxiliar administrativo em relação às pautas de reunião, atas, memorandos, organização de documentos em geral e rotina administrativa;

XVI - Reunir documentos oficiais do Núcleo Interno de Regulação (atas assinadas, Procedimentos Operacionais Padrão - POP publicados, memorandos etc) sempre que houver solicitação da gestão do hospital, auditoria ou de órgão externo.

Art. 13 – O auxiliar administrativo do Núcleo Interno de Regulação deverá:

I - Checar documentação de solicitação de internação;

II - Controlar envio e recebimento de solicitações;

III - Gerenciar a organização das solicitações enviadas e recebidas;

IV - Gerenciar escaneamento das solicitações enviadas e recebidas;

V - Verificar informações de cadastro dos pacientes já matriculados na instituição;

VI - Requisitar prontuário junto ao Serviço de Documentação Médica, quando necessário;

VII - Arquivar toda a documentação referente à regulação (Solicitações de internação, Memorandos, Atas, entre outros);

VIII - Protocolar todos os documentos;

IX - Prescrever e assinar atas de reuniões do NIR, até 2 dias úteis após sua realização;

X - Realizar convocação dos membros para reuniões ordinárias e extraordinárias, sendo pré determinado o envio da pauta pelo chefe da unidade de Regulação Assistencial, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do Núcleo Interno de Regulação;

XI - Realizar solicitação de materiais de consumo;

XII - Organizar o serviço;

XIII - Acatar outras funções determinadas pelo Chefe da Unidade de Regulação, Chefe do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde ou Coordenador Médico do NIR.

Parágrafo único – No início das reuniões, na ausência do auxiliar administrativo, será eleito um membro pelos seus pares para exercer a função de secretariar a reunião.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO

Art. 14 – O Núcleo Interno de Regulação - NIR atuará na regulação dos leitos do HECAD em todas as especialidades. Os seguintes parâmetros são essenciais para melhor utilização dos leitos:

I - Definição de critérios de internação e Alta;

II - Protocolos clínicos de Assistência;

III - Quando for necessária internação hospitalar, deverá ser feita no leito apropriado (diagnóstico e complexidade) e por uma permanência adequada (a menor necessária para diagnóstico e terapêutico);

IV - Rapidez nos resultados de exames e procedimentos necessários;

V - Projetar a alta desde o momento da internação (plano terapêutico);

VI - Aprimoramento da qualidade da informação disponível e monitoramento de indicadores, como: demanda, movimentação de leitos, eficiência, etc;

VII - Atenção integrada com o cuidado do paciente;

VIII - Os leitos serão readaptados em casos de epidemias para melhor satisfazer às necessidades da população.

Parágrafo Único. Após reorganização interna e verificada a disponibilidade de leitos, as vagas serão reguladas de acordo com o que consta dentro da nossa grade de referência e contratualização, desde que respeitada nossa capacidade operacional, salvo os casos regulados como VAGA ZERO.

Art. 15 – As ferramentas do processo de trabalho que tem contabilizam informações sobre o fluxo de entrada e saída de pacientes no hospital:

I - Normas internas;

II - Procedimentos operacionais padrão – POP;

III - Protocolos clínicos assistenciais definidos pelas especialidades ou unidades assistenciais;

IV - Censo das unidades de internação elaborados pelos enfermeiros assistenciais;

V - Controle de solicitações recebidas;

VI - Mapa de leitos;

VII - Indicadores Hospitalares;

VIII - Indicadores públicos gerais e quaisquer outros que forem necessários.

Art. 16 – A agenda e rotina do Núcleo Interno de Regulação será:

I - As reuniões do NIR serão realizadas ordinariamente uma vez ao mês, em local e horário pré-estabelecido, de acordo com a conveniência padronizada de seus membros, devendo estes, serem comunicados com no mínimo dois dias de antecedência;

II - Reuniões Ordinárias devem ser convocadas a pedido da Alta Gestão do HECAD e por qualquer membro do NIR, de acordo com a urgência da matéria devendo ser convocadas com no mínimo 1 dia de antecedência;

III - As reuniões serão presididas pela pessoa em cargo do NIR;

IV - Quando necessário, poderão ser convocados membros temporários para as reuniões;

V - As convocações deverão ser feitas pelo Auxiliar administrativo ou por seu substituto quando houver;

VI - O quorum mínimo deverá ser de, ao menos, metade dos membros da NIR e quando houver votação será de maioria simples, cabendo ao chefe da reunião o voto de desempate.

VII - Todas as reuniões deverão ser lavradas as atas que terão todo o conteúdo da reunião juntamente com a lista de presentes.

VIII - Caso o membro da reunião falte 3 (três) reuniões consecutivas ou 5 (cinco) alternadas sem justificativa prévia ele será automaticamente desligado cabendo ao NIR indicar seu sucessor.

Parágrafo único. Em caso de urgência ou de relevância de alguma matéria, o Núcleo Interno de Regulação por voto da maioria, poderá alterar este artigo.

CAPÍTULO VI

DISPOSITIVOS FINAIS

Art. 17 – O NIR poderá estabelecer normas adicionais a este documento.

Art. 18 – Os membros poderão requerer, a qualquer tempo, que o chefe do setor de regulação e avaliação, chefe da unidade assistencial e coordenador médico solicitem o encaminhamento ou diligências de processos ou de consultas a outras pessoas ou instituições públicas ou privadas para solução dos assuntos que lhes forem distribuídos.

Art. 19 – Os casos omissos referentes à matéria do Núcleo Interno de Regulação - NIR serão resolvidos pelo próprio núcleo, em conjunto com a Alta Gestão do HECAD.

Art. 20 – Este documento entrará em vigor após o protocolo da Alta Gerência do HECAD

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DO NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X		X		X		X		X		X	
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto a Comissão e o preenchimento adequado dos documentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos				X	X	X	X	X	X	X	X	X

dados conforme LAI												
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.25. COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO (CAMB)

Membros:

I - Presidente;

II - Representante da Comissão de Biossegurança;

III - Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

IV - Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;

V - Representante da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

VI - Representante da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;

VII - Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VIII - Representante da Gerência de Enfermagem;

IX - Representante da Gerência Médica;

X - Representante da Central de Material e Esterilização;

XI - Representante do Setor de Licitação e Compras.

Finalidade:

A Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMP cumpre o papel de minimizar os riscos provenientes do uso de materiais perfurocortantes entre os funcionários que trabalham direta ou indiretamente com o cuidado aos pacientes atendidos pelo Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD e em conformidade com Portaria MTE nº. 1.748/2011, no Anexo III da Norma Regulamentadora nº. 32, subitem 32.2.4.16.

REGIMENTO INTERNO**CAPÍTULO I****DA FINALIDADE**

Art. 1º - Este Regimento institui a Comissão de Acidentes com Material Biológico – CAMB do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, gerido pelo Instituto Patris e atende à Portaria MTE nº. 1.748/2011, no Anexo III da Norma Regulamentadora nº. 32, subitem 32.2.4.16, que determina que o empregador elabore um Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes.

Art. 2º - A Comissão de Prevenção de Riscos de Acidentes com Perfurocortantes do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD objetiva minimizar os riscos de acidentes com os materiais perfurocortantes amplamente utilizados em ambiente

hospitalar e que possuem potencial de veicular agentes biológicos nocivos à saúde do trabalhador.

CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA

Art. 3º - Compete à Comissão de Prevenção de Acidentes com Perfurocortantes do HECAD:

I - Centralizar as notificações sobre acidentes de trabalho ocorridos com materiais perfurocortantes no hospital;

II - Investigar os acidentes de trabalho e os comportamentos que levaram à ocorrência do mesmo com fins unicamente educativos e preventivos;

III - Produzir material informativo que contenha instruções que visem reduzir os acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes;

IV - Colaborar com a Comissão de Biossegurança, com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, com o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho, com a Comissão de Padronização de Produtos para Saúde, com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e com a Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde objetivando somar esforços na redução de riscos ao profissional;

V - Orientar e oferecer suporte técnico às condutas relativas ao uso de materiais e equipamentos que possuam algum potencial de risco de contaminação do profissional pelo rompimento da integridade de sua pele;

VI - Elaborar o Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes, implementar junto à equipe e atualizar sempre que necessário;

VII - Atuar em sintonia com a Comissão Permanente de Educação Continuada para provimento de treinamentos e qualificação das equipes assistenciais.

Art. 4º - Compete à CAMB estabelecer as condutas institucionais relativas aos acidentes com materiais perfurocortantes reportados pela equipe e analisar as situações em que ocorreram esses acidentes e, especificamente:

I - Situações com maior potencial de provocar lesões de continuidade da pele dentro do ambiente hospitalar;

II - Materiais e procedimentos com maior probabilidade de transmissão de agentes biológicos veiculados pelo sangue ou secreções;

III - Análise da frequência de ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes, levando em conta sua classificação, turno em que o acidente ocorreu, tipo de procedimento, contexto, suporte da equipe, data e hora do ocorrido, dentre outros;

III - Tipos de procedimentos que envolvem limpeza, descontaminação ou descarte que contribuem para o aumento da ocorrência desse tipo de acidente;

IV - Quantidade e categoria dos trabalhadores expostos às situações de risco de acidentes com materiais perfurocortantes.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 5º - A comissão deve ser constituída, sempre que aplicável, pelos seguintes membros:

I - Presidente;

II - Representante da Comissão de Biossegurança;

III - Representante da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes;

IV - Representante do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;

V - Representante da Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;

VI - Representante da Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;

VII - Representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

VIII - Representante da Gerência de Enfermagem;

IX - Representante da Gerência Médica;

X - Representante da Central de Material e Esterilização;

XI - Representante do Setor de Licitação e Compras.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 6º - O mandato dos integrantes desta Comissão será indeterminado, podendo ser substituído algum membro quando a Superintendência desde que este ato seja devidamente justificado.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 7º - As reuniões ordinárias terão frequência mensal, com dia e horário definidos em calendário anual.

Art. 8º - As reuniões ordinárias e extraordinárias da Comissão serão realizadas durante o expediente normal do hospital, em local apropriado e suas convocações ficarão serão feitas em expediente próprio pelo(a) Presidente da CAMB.

Art. 9º - As Atas das reuniões devem ter redação clara e sucinta sobre os assuntos abordados, serem assinadas pelos presentes, com encaminhamento de cópias para todos os membros e arquivadas para consultas e fiscalizações futuras.

Art. 10 - As reuniões extraordinárias poderão ser solicitadas a qualquer momento pelos integrantes da Comissão e convocadas pelo(a) Presidente, desde que haja denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência, ou diante de acidente de trabalho grave ou fatal.

Art. 11 - A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 5 reuniões intercaladas no período de um ano implicarão em sua exclusão deste Colegiado, sendo providenciada sua substituição pelo(a) Presidente.

CAPÍTULO VI

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 12 - Compete aos integrantes da Comissão:

I - Promover e desenvolver, de forma articulada com todos os setores e atores envolvidos direta ou indiretamente no processo de cuidar, ações que minimizem os riscos com lesões derivadas do uso de materiais perfurocortantes;

II - Manter-se atualizado e qualificado quanto às normas e procedimentos para prevenção de acidentes com material biológico.

Art. 13 - São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

I - Convocar e presidir as reuniões;

II - Representar a Comissão junto às instâncias superiores e demais unidades do hospital, além de eventos externos;

III - Ratificar os documentos e resoluções da Comissão, previamente aprovados nas reuniões ordinárias e extraordinárias;

IV - Providenciar as condições necessárias para a consecução dos trabalhos da Comissão;

V - Zelar pelo o cumprimento das decisões da Comissão;

VI - Delegar atribuições aos membros da Comissão;

V - Fazer cumprir este regimento.

Art. 14 - Compete ao Vice-Presidente:

I - Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 15 - Compete ao(à) Secretário(a):

I - Atender às solicitações do(a) Presidente;

II - Acompanhar as reuniões e redigir as Atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;

III - Encaminhar cópias das atas das reuniões da Comissão, cronograma de atividades e o calendário semestral/anual de todas as reuniões, relatórios das atividades desenvolvidas e os indicadores mensais determinados pela comissão até o dia 15 do mês seguinte à Diretoria Técnica do HECAD.

IV - Divulgar as decisões da Comissão a todos os trabalhadores do estabelecimento.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 16 - Este Regulamento deverá ser analisado, aprimorado e aprovado na primeira reunião após constituição da Comissão de Acidentes com Material Biológico.

Art. 17 - As resoluções da Comissão terão caráter normativo e deverão ser cumpridas por todos os integrantes da instituição

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para		X										

análise sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto a		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Comissão e o preenchimento adequado dos documentos												
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

P

4.1.26. COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO INFANTIL

**PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO
MATERNO E INFANTIL**

Membros:

I – Médico Neonatologista;

II – Médico Obstetra;

III – Enfermeira(a) obstetra/neonatologista;

IV - Técnico(a) de enfermagem;

IV - Representante do Núcleo de Epidemiologia;

V – Representante do Comissão de Revisão de Óbitos;

VI - Representante da Residência Multiprofissional;

VII - Representante do Comitê de Análise de Prontuários;

VIII - Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

Finalidade:

O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD tem constituição multiprofissional, abrangência interinstitucional, caráter confidencial, característica formativa e educativa, além de não

punitiva. Se propõe a manter a vigilância de óbitos maternos e infantis com a função de estimular o melhor atendimento, manter a qualidade e aperfeiçoar os serviços de saúde prestados à mulher e à criança.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - Identificar os óbitos maternos, neonatais e infantis ocorridos no município de Jaraguá, para propor medidas de prevenção e intervenção às instituições, a fim de projetar e fazer correções das distorções e prevenção de novas mortes evitáveis.

Art. 2º - Instaurar os fluxos de investigação dos óbitos pelos profissionais de saúde como ato contínuo nos serviços do HECAD e fazer a análise minuciosa de suas causas em busca dos casos que poderiam ser evitados.

Art. 3º - Fazer recomendações às equipes que lidam com o tratamento e cuidado às gestantes, parturientes, recém-nascidos e crianças atendidas no hospital ou em outras instituições adstritas à região sobre os melhores procedimentos que levem à prevenção de óbitos maternos e infantis.

Art. 4º - Realizar treinamentos para melhoria da assistência contendo medidas preventivas eficazes tanto para profissionais, quanto para entidades ligadas ao processo de gestação e nascimento.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Art. 5º - Investigar juntamente com as equipes assistenciais os óbitos de mulheres em idade fértil, os óbitos das gestantes, os que ocorram no período neonatal e fetais.

Art. 6º - Analisar sistematicamente e periodicamente os dados desses óbitos, consolidar as informações e apresentar relatórios circunstanciados a respeito dos mais diversos agravos relacionados à saúde da mulher, da gestante, da parturiente e das crianças.

Art. 7º - Analisar a organização dos serviços de saúde no que se relaciona às condições gerais da mulher e da criança na sociedade, como suas relações sociais, a situação das famílias que elas integram, da comunidade, as condições econômicas, culturais e psicológicas, sabendo que esse conjunto é constituinte do bem estar global de mulheres e crianças;

Art. 8º - Organizar encontros periódicos com gestores, organizações, representações comunitárias e afins com o objetivo de propor medidas e intervenções indispensáveis à prevenção de óbitos evitáveis.

Art. 9º - Manter avaliação contínua sobre a eficácia das intervenções propostas e relacioná-las a mudanças no quantitativo de óbitos maternos, infantis e fetais.

Art. 10 - Apresentar de forma clara e sucinta os dados relacionados à mortalidade materna e infantil tanto para os trabalhadores da saúde quanto para a comunidade por meio de ações educativas.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 11 - O Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil deverá ser formado e constituída por servidores das seguintes áreas:

I – Médico Neonatologista;

II – Médico Obstetra;

III – Enfermeira(a) obstetra/neonatologista;

IV - Técnico(a) de enfermagem;

IV - Representante do Núcleo de Epidemiologia;

V – Representante do Comissão de Revisão de Óbitos;

VI - Representante da Residência Multiprofissional;

VII - Representante do Comitê de Análise de Prontuários;

VIII - Representante do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente.

CAPÍTULO IV

DO MANDATO

Art. 12 - O mandato dos membros do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil será de 3 anos, podendo ser permitida a mudança eventual de pessoa do cargo a ser definido pela gerência do HECAD ou por afastamento.

Art. 13 - Os membros poderão ser reconduzidos aos cargos a critério da Alta Gestão do HECAD, que levará em consideração seu empenho e produção na realização das funções a que foi designado.

CAPÍTULO V

DO FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 14 - Encaminhamento aos setores responsáveis dos formulários utilizados no processo de investigação epidemiológica do óbito, como ficha hospitalar e/ou ambulatorial e/ou domiciliar e/ou laudos de necropsia do Serviço de Verificação de Óbito - SVO e/ou laudo do Instituto Médico Legal-IML;

Art. 15 - Identificação dos óbitos maternos, infantis e natimortos declarados e presumíveis para discussão dos casos;

Art. 16 - Apreciação e avaliação das informações advindas das mais diversas fontes sobre morte materna e infantil;

Art. 17 - Em caso de recebimento de relatos sobre óbitos não esclarecidos ou inconclusivos, fazer notificação compulsória à Comissão de Revisão de Óbitos e à SESGO para investigações complementares em busca da elucidação das causas;

Art. 18 - Apresentar relatórios circunstanciados contendo descrição, avaliação e sugestões que visem à melhoria dos procedimentos na assistência obstétrica e pediátrica.

CAPÍTULO VI

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 19 - Compete ao Comitê:

I - Gerir os riscos do ambiente hospitalar relacionados à integridade materna, fetal e infantil;

II - Receber ou buscar as notificações relativas a mortes maternas, fetais e infantis;

III - Integrar a equipe multiprofissional em torno da cultura das boas práticas em segurança da mulher em idade fértil, das gestantes e das crianças;

IV - Identificar não conformidades nos processos e procedimentos que envolvam o processo de cuidar propondo ações preventivas e corretivas;

V - Promover permanentemente campanha de melhoria da qualidade dos procedimentos e segurança mães e crianças nas diversas fases do desenvolvimento;

VI - Normatizar as ações e processos relativos à investigação de óbito materno e infantil, avaliar e monitorar a sua execução;

VII - Desenvolver o Plano de Segurança Materna e Infantil e torná-lo acessível a todos os trabalhadores da instituição;

VIII - Implantar os Protocolos de investigação de óbito materno e infantil de acordo com as regulamentações do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás;

IX - Atender aos alertas sanitários e quaisquer outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

X - Produzir processos investigatórios relacionados à morte materna e infantil;

XI - Notificar os órgãos estaduais e federais responsáveis pela consolidação dos dados relativos às mortes maternas e infantis;

XII - Desenvolver, em conjunto com a Comissão de Educação Continuada, as estratégias educacionais para capacitação das equipes sobre as normas e procedimentos relativos a mortes maternas e infantis evitáveis;

XIV - Atuar em colaboração com os programas de residência para produção de pesquisas qualitativas e quantitativas sobre a prevenção de mortes maternas e infantis;

XV - Promover trocas de experiências com outras unidades da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás quanto à qualidade das estratégias de segurança de gestantes, parturientes e crianças.

CAPÍTULO VII

DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 20 - Ao Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil compete:

I - Prover à Diretoria Técnica dados relativos à mortalidade materna e infantil, apresentar indicadores de mortalidade e sugestões de melhoria da qualidade assistencial.

II – Sugerir e ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade materna e infantil dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar.

III – Zelar pelo sigilo das informações geradas nos processos das investigações de óbito materno e infantil.

IV – Participar das reuniões ordinárias e extraordinárias, registrando-as em ata.

V - Aprovar o Regimento Interno do Comitê e submetê-lo ao conhecimento e aprovação da Diretoria Geral.

Art. 21 - Compete ao(à) Coordenador(a):

I - Dirigir as reuniões;

II - Consolidar as informações produzidas pelo Comitê;

III - Expedir documentos;

III - Distribuir funções e tarefas de pesquisa e relatoria;

IV - Manter a ordem para bom andamento dos trabalhos;

V - Coordenar ações dos membros do Comitê para organizar e facilitar o trabalho.

Art. 22 - Compete ao(à) Vice Coordenador(a):

I - Substituir o Coordenador em suas ausências.

Art. 23 - Compete ao(à) Secretário(a):

I - Prover o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do Comitê.

Art. 24 - Compete aos membros do Comitê:

I - Exercer suas funções com celeridade, imparcialidade e competência:

II - Proteção à dignidade e à imagem dos pacientes que foram a óbito e de seus familiares;

III - Proteção à dignidade e à imagem dos profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes que foram a óbito;

IV - Sigilo quanto à identidade do notificador;

V - Independência na apuração dos fatos relativos aos processos investigativos e imparcialidade na apuração dos fatos;

Art. 26 - Os expedientes das reuniões do Comitê têm caráter sigiloso quando o assunto abordar algum tipo de ator envolvido no tratamento e cuidado.

CAPÍTULO VIII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 13 - As reuniões ordinárias do Comitê serão mensais e as extraordinárias ocorrerão sempre que houver urgência da matéria a ser analisada.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias podem ser convocadas pelo Coordenador ou pelo Diretor Geral do Hospital.

Art. 14 – O cronograma das reuniões será anual e produzido no mês de dezembro do ano anterior.

Parágrafo único. Todos os integrantes do Comitê deverão receber a pauta das reuniões ordinárias com 48 horas de antecedência, sendo que o mesmo se aplica às reuniões extraordinárias;

Art. 15 - Considerar-se-á que o quórum mínimo para realização das reuniões é a presença de maioria simples dos membros do Comitê.

Art. 16 - O membro que faltar a 3 reuniões consecutivas ou a 5 reuniões não consecutivas durante o ano sem a devida justificativa por escrito, será desligado do Comitê de Investigação de Óbito Materno e Infantil.

Art. 17 - As deliberações do colegiado serão feitas por maioria absoluta ou por consenso entre os seus membros.

§1º - O Coordenador designará um ou mais membros para a relatoria dos temas sob análise;

§2º - Cabe ao Coordenador o voto de desempate.

Art. 18- Aos membros do Comitê que desempenham atividades diretas ao paciente, terão seis 6 horas da carga horária mensal destinadas exclusivamente ao desempenho de suas funções no NQSP e dispensados da escala de serviço nesse período.

CRONOGRAMA

	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE INVESTIGAÇÃO DO ÓBITO MATERNO E INFANTIL
--	--

TEMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										

Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto à comissão e o preenchimento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

adequado dos documentos												
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.27. COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES (CIHDOTT)

Membros:

I - Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante;

II - Vice Coordenador;

III - Técnico(a) de enfermagem;

IV - Representante do setor administrativo

Finalidade:

A quantidade de pessoas inscritas para transplantes no Brasil cresce a cada ano, enquanto a quantidade de pessoas transplantadas é muito pequena. Dessa forma, o Brasil se organizou para criar um sistema nacional que possa acolher e atender a essa população necessitada. O Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD tem a função de integrar esses sistemas de modo a ampliar a rede de saúde pública e melhorar a acessibilidade a órgãos e tecidos na região.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - Este regimento atende à determinação da Portaria GM/MS nº 1752/2005 que determina que todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos constituam a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e de acordo com Lei nº 9.434/1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. Atende ainda o Decreto nº 2.268/1997, que regulamenta essa Lei. Atende à Lei nº 10.211/2001, que altera dispositivos da Lei nº 9.434/1997, além da Portaria GM/MS nº 3.407/1998, que aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplante e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes.

Art. 2º - A Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante - CIHDOTT do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, gerido pelo Instituto Patris se destina a coordenar todo o processo de captação de órgãos, incluindo os potenciais doadores, abordagem adequada e respeitosa dos familiares, comunicação eficaz com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos, além de ampliar quantitativa e qualitativamente a captação de órgãos.

Art. 3º - A CIHDOTT do HECAD será criada por Portaria do Diretor Geral e estará diretamente vinculada à Diretoria Técnica.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO DO COMITÊ

Art. 4º - O Comitê terá a seguinte composição:

I - Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante;

II - Vice Coordenador;

III - Técnico(a) de enfermagem;

IV - Representante do setor administrativo.

CAPÍTULO III

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS

Art. 5º - À CIHDOTT compete:

I - Organizar o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD no que concerne a todo o processo de captação e doação de órgãos;

II - Identificar possíveis doadores de órgãos e tecidos no hospital;

III - Orientar as equipes quanto à necessidade de diagnóstico de morte encefálica, conforme a Resolução CFM nº 2.173/2017;

IV - Padronizar fluxos quanto à abordagem de familiares sobre a possibilidade de doação de córneas e outros tecidos de seus parentes falecidos;

V - Articular com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado de Goiás (CNCDO) de modo a tornar eficiente todo o processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

VI - Articular suas ações educativas com a Comissão de Educação Continuada do HECAD visando treinamento e atualização das equipes sobre questões técnicas e psicológicas; a organização interna, estadual e nacional dos mais variados aspectos da doação e transplantes de órgãos e tecidos;

VII - Tornar o trabalho da CIHDOTT visível a todos os funcionários das diversas unidades do hospital e disponibilizar essas equipes recursos diagnósticos necessários para atender aos casos de possível doação;

VII - Capacitar os funcionários do HECAD para a adequada entrevista familiar de solicitação e doação de órgãos e tecidos.

VIII - Identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;

IX - Articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos;

X - Organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;

XI - Garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;

XII - Avaliar a capacidade do HECAD quanto à sua potencialidade da captação de órgãos e tecidos e buscar parcerias para correção de possíveis fragilidades relativas a essa área;

XIII - Definir, juntamente com o Diretor Técnico do HECAD, os indicadores de qualidade, com base no número de potenciais doadores na instituição, considerando as suas características;

XIV - Definir os parâmetros a serem adotados no acompanhamento das metas da contratualização e encaminhar à SES-GO os indicadores de desempenho estabelecidos para o hospital;

XV - Adotar estratégias para otimizar a captação de órgãos e tecidos, estabelecendo metas de atuação com prazo determinado;

XVI - Promover programas de educação/sensibilização continuados dirigidos à comunidade;

XVII - Estabelecer critérios de eficiência possibilitando análise de resultados.

XVIII - Elaborar manual de atribuições, rotinas e responsabilidades;

XIX - Conservar os registros de suas atividades (relatórios diários, formulários, atas de reuniões, documentos de notificações e doações etc.);

XX - Encaminhar relatórios trimestrais à CNCDO;

XXI - Supervisionar todo o processo iniciado, desde a identificação do doador, incluindo a retirada de órgãos e/ou tecidos, a entrega do corpo do doador à família. É de

responsabilidade do Banco de Olhos e da CNCDO a guarda e conservação e encaminhamento dos órgãos e tecidos captados;

XXII - Fazer o acolhimento às famílias doadoras durante todo o processo de doação no âmbito da instituição;

CAPÍTULO IV

ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Art. 6º - A CIHDOTT possui autonomia decisória em suas atividades.

Art. 7º - A CIHDOTT deve tomar ciência e promover o registro de todos os casos de possíveis doadores de órgãos e tecidos com diagnóstico de morte encefálica e/ou de parada cardiorrespiratória, mesmo que a doação não seja efetivada.

Art. 7º - A CIHDOTT do HECAD deverá estar devidamente cadastrada na CNCDO do Estado de Goiás para constar na lista do Sistema Nacional de Transplantes - SNT.

Art. 8º - A direção do hospital deve prover área física constituída e equipamentos adequados para o funcionamento da CIHDOTT e definir carga horária dos membros da Comissão.

Art. 9º - Os membros da Comissão não devem ser integrantes de equipe de transplante e/ou remoção de órgãos ou tecidos ou integrar equipe de diagnóstico de morte encefálica.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES DOS INTEGRANTES DA COMISSÃO

Art. 10 - São atribuições do(a) Coordenador(a)

I - Convocar e deliberar reuniões ordinárias e extraordinárias.

II - Destituir e substituir qualquer membro da comissão em caso de não comparecimento a 3 (três) reuniões consecutivas ou 5 durante o ano sem justificativa prévia.

III - Determinar ao vice coordenador Comissão que o represente, em caso de impossibilidade de comparecimento do mesmo.

Art. 11 - O coordenador deverá ter certificação de Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante, ministrado pelo Sistema Nacional de Transplante (SNT) ou pela Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estados de Goiás, validado pelo SNT.

Art. 12 - O coordenador da CIHDOTT deverá ser nomeado pelo diretor técnico do hospital, por ato formal, o qual poderá destituir a qualquer momento com a devida justificativa.

Art. 13 - São atribuições do(a) Vice Coordenador(a)

I - Substituir o Coordenador em suas ausências.

Art. 14 - Compete ao(à) Secretário(a):

I - Prover o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento da CIHDOTT.

Art. 15º - Compete aos membros da Comissão:

I - Proteção à dignidade e à imagem dos pacientes e familiares envolvidos no processo de doação de órgãos e tecidos;

II - Proteção à dignidade e à imagem dos profissionais envolvidos nas tarefas concernentes à doação de órgãos e tecidos;

III - Sigilo quanto à identidade do doador e sua família;

Art. 16 - Os expedientes das reuniões da Comissão têm caráter sigiloso.

CAPÍTULO VI

SUBORDINAÇÃO DA CIHDOTT

Art. 17 - A Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD está subordinada à sua Diretoria Técnica e à Central de Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) regional Goiás.

CAPÍTULO VII

DO FUNCIONAMENTO

Art. 18 - A CIHDOTT se reunirá ordinariamente uma vez ao mês com todos os membros da comissão presentes ou, no mínimo, com a presença do(a) Coordenador, Vice Coordenador(a) e um terceiro membro.

Art. 19 - Em caso de ocorrência de óbito de qualquer natureza, deverá ser preenchida a ficha de identificação de potencial doador, que virá anexa ao atestado de óbito; em caso de não haver contra indicação para doação de tecidos, os membros da comissão deverão ser comunicados, de acordo com escala pré-estabelecida.

Art. 20 - Em caso de morte encefálica, a CIHDOTT e a CNCDO deverão ser comunicadas após o diagnóstico clínico realizado por dois médicos, de acordo com a Resolução CFM nº 1.480, em 8 de agosto de 1997.

Art. 21 - Toda a abordagem do familiar deverá ser realizada por um dos membros da CIHDOTT e/ou, em caso de impossibilidade, comunicar à CNCDO regional Goiás.

Art. 22 - O membro da CIHDOTT deverá preencher a ficha de potencial doador e, se for o caso, anotar a causa da recusa de doação.

Art. 23 - Em caso de intenção de doação de córnea, o membro da CIHDOTT deverá comunicar o fato ao Banco de Olhos.

Art. 24 - Para o caso de doação de tecidos de doador com coração parado ou a CNCDO em caso de doação de órgãos sólidos de doador com morte encefálica.

Art. 25 - É de responsabilidade da CIHDOTT o acompanhamento do familiar até o término do processo dentro da instituição, inclusive viabilizar o acompanhamento psicológico em caso de necessidade; bem como oferecer ajuda na resolução de outras necessidades que sejam observadas durante a abordagem do familiar, mesmo em caso de recusa de doação.

Art. 26 - Ao ser notificado é de responsabilidade da CNCDO, a notificação dos casos de morte encefálica.

Art. 27 - O presente Regimento estará em vigor após a sua aprovação pelo voto da maioria dos membros dessa comissão.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X		X		X		X		X		X	
Definição de formulário para análise		X										

sistemática dos prontuários												
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto a Comissão e o		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

preenchimento adequado dos documentos												
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.1.28. COMITÊ DE COMPLIANCE

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE

Membros:

Constituição Básica:

I - Presidente;

II - Vice-Presidente;

III - Secretário;

IV - Apoio Administrativo.

Finalidade:

O Comitê de Compliance cumpre o papel de minimizar os riscos institucionais provenientes de condutas inadequadas quanto ao Código de Ética da instituição e da Lei Anticorrupção brasileira. Visa estabelecer conformidade de comportamentos e processos de modo a evitar desvios de conduta disponibilizando regras práticas e claras, bem como instituindo e incentivando a cultura de boas práticas na gestão dos interesses públicos.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

DA DEFINIÇÃO

Artigo 1º - O Comitê de Compliance do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, gerido pelo Instituto Patris é independente e autônomo, reportando-se à Alta Gestão, as auditorias internas e externas e aos Recursos Humanos.

CAPÍTULO II

DOS OBJETIVOS

Artigo 2º - O Comitê tem função de aconselhamento sobre as boas práticas institucionais, em conformidade com as leis e regulamentos, apoiar medidas de aprimoramento dessas práticas e identificar violações dentro das instituições que são objeto do Contrato de Gestão.

Art. 3º - Destina-se a assegurar que os processos institucionais sejam conduzidos de forma íntegra e ética, em conformidade com os parâmetros da Lei Anticorrupção brasileira e demais legislações, Código de Conduta e controles internos.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 4º - Compete ao Comitê de Compliance:

I - Promover uma cultura de integridade tanto no Instituto Patris quanto no HECAD, com base em valores éticos e no Código de Conduta, disponibilizando regras claras e práticas;

II - Fiscalizar, exigir e garantir o cumprimento das legislações, do Código de Conduta e demais políticas da SES-GO e do Governo do Estado de Goiás;

III - Estabelecer parcerias confiáveis de modo a garantir o correto uso de recursos e bens da instituição gerida;

IV - Atuar em parceria com a Comissão de Educação Continuada para capacitação dos gestores, equipes de apoio e equipes assistenciais tendo em vista a manutenção das condutas éticas, garantindo que a cultura de Compliance seja a base da estratégia, metas e objetivos das instituições;

V - Acompanhar os riscos chave de Compliance, garantindo a priorização das estratégias de Compliance e valores éticos sejam ponto central nas condutas institucionais;

VI - Receber as denúncias e analisá-las, conduzindo investigações e apurando fatos;

VII - Estabelecer regras complementares ao Código de Ética da instituição e decidir pelas medidas e penalidades cabíveis em se tratando de desvios éticos;

VIII - Sanar desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados contra a Administração Pública Estadual, Federal ou empresas nacionais ou internacionais;

IX - Realizar apontamentos à Alta Gestão do HECAD e à Secretaria de Estado da Saúde de Goiás sobre possíveis situações de conflito de interesses e de condutas praticadas em desrespeito às leis e/ou Código de Conduta da instituição;

X - Deliberar sobre a execução e aplicação do contrato de Indenidade dos administradores decorrente de ato praticado ou fato ocorrido em razão do seu mandato no exercício das atribuições que ao mesmo competem, provendo, inclusive, o pagamento de quaisquer despesas no âmbito do referido contrato. Caso o administrador envolvido seja um membro do Comitê de Compliance, o Conselho deverá deliberar sobre a execução e aplicação do referido contrato.

XI - Definir os nomes dos profissionais com os quais a companhia celebrará Contrato de Indenidade. Caso o indicado seja membro do Comitê, deverá abster-se de votar nessa matéria.

CAPÍTULO IV

DA COMPOSIÇÃO

Artigo 5º. Os membros do Comitê serão indicados pela Alta Gestão do HECAD e o Comitê terá a seguinte composição:

I - Presidente;

II - Vice-Presidente;

III - Secretário;

IV - Apoio Administrativo.

Artigo 6º - É vedada a participação de membros do Conselho Fiscal do Instituto Patris na composição do Comitê.

CAPÍTULO V

DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 6º. Ao(à) Presidente compete:

I - Apresentar o calendário anual de reuniões ordinárias;

II - Convocar as reuniões ordinárias e as reuniões extraordinárias, quando necessário;

III - Presidir e coordenar as reuniões e as ações do Comitê;

IV - Prestar contas à Alta Gestão do HECAD sobre os trabalhos conduzidos pelo Comitê;

V - Representar o Comitê perante a Direção do HECAD e junto ao Instituto Patris ou outro órgão quando necessário;

VI - Cumprir e fazer cumprir o presente Regimento.

Art. 7º - Compete ao(à) Vice-Presidente:

I - Substituir o(a) Presidente em suas ausências.

Art. 8º - Compete ao(à) Secretário(a):

I - Prover o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento do Comitê;

II - Auxiliar o(a) Presidente na elaboração dos calendários e agendas;

III - Encaminhar a convocação das reuniões aos integrantes do Comitê;

IV - Secretariar as reuniões, registrar as discussões e decisões em Ata e colher as devidas assinaturas e manter os registros sob sua guarda;

V - Disponibilizar cópias das atas das reuniões e outros documentos correlatos aos membros do Comitê;

VI - Organizar e dar apoio técnico e logístico a todas as atividades realizadas pelo Comitê;

Artigo 9º - Em caso de vacância definitiva de algum dos cargos do Comitê, um novo integrante deverá ser indicado pela Alta Gestão do HECAD.

CAPÍTULO VI

DOS DEVERES

Artigo 10º - É dever de cada integrante:

I - Atuar com a máxima independência e lisura, visando o cumprimento dos objetivos do Comitê de Compliance;

II - Manter sigilo sobre as informações geradas em reuniões ou processos investigativos, devendo prestar conta aos membros sindicantes (quando houver) ou autoridades conforme o Código de Ética e a legislação vigente no país;

III - Observar e respeitar o Código de Ética da instituição e legislação vigente e envidar os melhores esforços para a consecução e adoção das boas práticas de Governança Corporativa;

IV - Declarar seu impedimento em qualquer discussão e/ou deliberação de matéria que for submetida à sua apreciação, na qual tenha interesse particular ou conflitante com a instituição gestora ou a instituição gerida, abstendo-se de participar das discussões e de votar;

V - Comunicar ao(à) Presidente do Comitê quaisquer processos e/ou inquéritos administrativos ou judiciais em que seja parte;

VI - Buscar conhecimentos sobre os negócios da instituição gestora e da instituição gerida, suas operações e riscos.

CAPÍTULO V

DO MANDATO

Artigo 11 - Os membros do Comitê de Compliance terão mandato de 3 anos, sendo permitida sua recondução ao cargo, podendo, ainda, serem substituídos a qualquer tempo por decisão da Alta Gestão do HECAD.

CAPÍTULO VI

DO FUNCIONAMENTO

Artigo 12 - O Comitê reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e se instalará com a maioria absoluta de seus integrantes;

Artigo 13 - As reuniões ordinárias e extraordinárias serão convocadas, por escrito, pelo Coordenador, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, sendo admitida a convocação por correio eletrônico (e-mail). As convocações deverão indicar a data, a hora, o local e a ordem do dia da reunião.

Artigo 14 - As reuniões extraordinárias realizar-se-ão validamente, independentemente de convocação, caso se verifique a presença da maioria dos membros do Comitê, e desde que as deliberações tenham sido aprovadas pela totalidade dos presentes.

Artigo 15 - É facultada a participação em reuniões do Comitê por videoconferência e as deliberações serão consideradas válidas para todos os efeitos legais. Os membros que não estiverem fisicamente presentes durante as reuniões, deverão assinar a respectiva ata em ocasião posterior.

Parágrafo Único. O integrante que participar de forma remota deve impedir que terceiros assistam à reunião.

Artigo 16 - O(A) Presidente do Comitê de Compliance deverá Consultores, Diretores, ou colaboradores para participar de reunião, quando essa presença for necessária para auxiliar nos trabalhos do Comitê. Os convidados não terão poder deliberativo e participarão apenas da parte da reunião em que foi convocado para tecer opiniões ou comentários sobre o assunto em pauta.

Artigo 17 - O Comitê pode se utilizar do trabalho de especialistas para assessoramento.

Artigo 18 - As recomendações do Comitê serão tomadas pela maioria de votos

Parágrafo 19 - Eventuais dissidências e respectivos fundamentos deverão constar nas atas.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 20 - O presente Regimento poderá ser alterado pelo Comitê, mediante proposta de qualquer um de seus integrantes e com aprovação da maioria.

Artigo 21 - As omissões deste Regimento e dúvidas de interpretação serão submetidas ao Comitê para resolução.

Artigo 22 - Este Regimento abrange o Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada e o HECAD.

CRONOGRAMA

TEMAS	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ DE COMPLIANCE											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento	X											

interno da comissão												
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										
Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

documentos analisados												
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto a Comissão e o preenchimento adequado dos documentos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

comissão à SES/GO														
----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.1.29. OUTRAS COMISSÕES

PROPOSTA DE CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

Membros:

- Ouvidoria;
 - Um representante da Divisão de Enfermagem;
 - Um representante da Diretoria Geral;
 - Um representante do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
 - Um representante Gestor Médico;
 - Um representante da hotelaria;
 - Três representantes da Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;
 - Um representante de cada Secretaria de Saúde (Municipal e Estadual);
 - Um representante dos usuários;
-

- Um representante das demais categorias atuantes no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Finalidade:

Empreender no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I

Da Definição

Art. 1.º O Grupo de Trabalho em Humanização - GTH é uma equipe multiprofissional, organizada, participativa e democrática, que se destina a empreender no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD uma política institucional de resgate da humanização na assistência à saúde intra-hospitalar, em benefício dos usuários, dos trabalhadores e acadêmicos de saúde.

Art. 2.º O GTH do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD visa:

I - Atender à Política Nacional de Humanização que, desde 2003, busca efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários;

II - Apresentar, difundir, divulgar, publicar, informar e promover a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar com valores e princípios humanitários que favoreçam a vida e a dignidade do ser humano nas dimensões do usuário;

III - inserir o ensino, a pesquisa e extensão na Humanização da Assistência Hospitalar.

CAPÍTULO II

Dos Objetivos

Art. 3.º São objetivos do GTH:

I - Melhorar a qualidade e a eficiência da atenção dispensada aos usuários do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

II - Conceber e implantar novas iniciativas de humanização que venham beneficiar os usuários, profissionais e acadêmicos de saúde;

III - fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

IV - Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento e experiências nessa área.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 4.º O GTH terá as seguintes competências:

I - Estabelecer estratégias e mecanismos que tornem os trabalhadores do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD mais humanizados;

II - Traçar diretrizes de elaboração e aprovar o plano operativo para humanização;

III - examinar propostas sobre assuntos pertinentes às relações interpessoais na instituição;

IV - Liderar o processo de humanização;

V - Buscar estratégias de comunicação e integração;

VI - Promover o fluxo de propostas e deliberações das atividades de Humanização a serem desenvolvidas;

VII - apoiar e divulgar as iniciativas de humanização em desenvolvimento;

VIII - avaliar os projetos que já estão em desenvolvimento e os que ainda vão ser desenvolvidos, de acordo com os parâmetros de humanização propostos pelo SUS;

IX - Estimular a participação da comunidade acadêmica e de entidades da sociedade civil e usuários nas ações de humanização dos serviços.

CAPÍTULO IV

Da Estrutura Organizacional

Art. 5.º O GTH do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é constituído por uma equipe multidisciplinar de forma voluntária, nomeada em portaria pelo Diretor Geral e terá representantes das seguintes áreas:

I – Ouvidoria;

II – Um representante da Divisão de Enfermagem;

III – um representante da Diretoria Geral;

IV – Um representante do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V – Um representante Gestor Médico;

VI – Um representante da hotelaria;

VII – três representantes da Divisão de Gestão de Pessoas, sendo um da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho;

VIII – um representante de cada Secretaria de Saúde (Municipal e Estadual);

IX – Um representante dos usuários;

X – Um representante das demais categorias atuantes no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Parágrafo único. As demais categorias atuantes no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD poderão participar como membros consultivos do GTH, quando acionadas.

Art. 6.º O Coordenador e o Vice Coordenador serão escolhidos dentre os membros do Grupo, após indicação e votação, sendo eleitos por maioria simples dos votos dos membros presentes à reunião, tendo o mandato a duração de dois anos, podendo ser reconduzidos.

Art. 7.º Após a eleição, o Coordenador e o Vice indicarão três secretários, cujos mandatos terão a duração do mandato de seus respectivos Coordenadores.

CAPÍTULO V

Das Subcomissões

Art. 8.º Fica a critério do GTH a formação de subcomissões com tarefa específica a cumprir, de modo a subsidiar apreciação posterior da equipe.

Art. 9.º As subcomissões reger-se-ão pelas mesmas regras estabelecidas neste regimento e se reportarão ao Coordenador do GTH.

Art. 10. As subcomissões são instrumentos operacionais integrados e interdependentes na realização de ações humanizadas, no âmbito de sua especificidade com os objetivos:

I – Elaborar projetos, parcerias, levantamento de pontos críticos, planejamento;

II - Divulgar o processo de humanização no âmbito do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;

III - realizar atividades educativas aos usuários, trabalhadores e alunos;

IV - Desenvolver e implantar formas de divulgação dos trabalhos do GTH do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD à comunidade interna e externa.

CAPÍTULO VI

Das Atribuições

Art. 11. São atribuições do Coordenador:

I – coordenar as atividades de promoção de humanização;

II - Convocar e presidir as reuniões do GTH dando execução às respectivas deliberações;

III - representar oficialmente o GTH;

IV - Prestar contas das atividades do GTH ao Colegiado Executivo do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Art. 12. São atribuições do Vice Coordenador:

I - Assessorar o Coordenador;

II - Assumir as funções do Coordenador em suas ausências e impedimentos previstos em lei (como férias, afastamentos oficiais, licenças-saúde, etc);

III - comparecer às reuniões do GTH.

Art. 13. São atribuições dos demais membros da comissão:

I - Estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

II - Comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

III - requerer votação de matéria em regime de urgência;

IV - Executar tarefas que lhes forem atribuídas pelo Coordenador;

Art. 14. Caberá ao secretário da comissão:

I - Organizar a ordem do dia;

II - Receber e protocolar os processos e expedientes;

III - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser reexaminados nas reuniões da comissão;

IV - Providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V - Lavrar termos de abertura e encerramento dos livros de ata, de protocolo, de registro de atas, e de registro de deliberações, rubricando-os e mantendo-os sob vigilância;

VI - Lavrar e assinar as atas de reuniões da comissão;

VII - elaborar relatório mensal das atividades da comissão para publicização no sítio eletrônico da Instituição;

VIII - providenciar, por determinação do presidente, a convocação das sessões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

IX - Realizar outras funções determinadas pelo Coordenador, relacionadas ao serviço.

CAPÍTULO VII

Das Reuniões

Art. 15. As reuniões ordinárias do GTH serão realizadas quinzenalmente, em dia e hora previamente agendados, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis.

Parágrafo único. As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador ou a pedido de qualquer membro da Comissão com antecedência mínima de 3 (três) dias úteis.

Art. 16. As deliberações serão tomadas por maioria simples de votos dos membros presentes à reunião.

Art. 17. De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas com assinatura dos membros em lista de presença.

CAPÍTULO VIII

Das Disposições Finais

Art. 18. A responsabilidade da direção hospitalar é garantir a infraestrutura necessária para o funcionamento da comissão.

Art. 19. Este Regimento poderá ser alterado, no todo ou em parte, após deliberação em reunião pela maioria simples dos membros presentes.

Art. 20. Os casos omissos serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

CRONOGRAMA

	CRONOGRAMA ANUAL DE IMPLANTAÇÃO DA COMISSÃO DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR
--	--

TEMAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Definição com Diretoria geral e Técnica sobre a indicação dos membros da comissão	X											
Estruturação dos membros da comissão	X											
Definição das atribuições	X											
Aprovação do regimento interno da comissão	X											
Aprovação dos membros da comissão	X											
Reunião ordinária	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Definição de formulário para análise sistemática dos prontuários		X										

Revisar e aprovar documentos produzidos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Implementar as ações da comissão como forma de identificar melhorias nos processos		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Emitir parecer sobre os prontuários, análises técnicas e outros documentos analisados		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar programas de educação permanente com campanhas de sensibilização dos profissionais quanto a Comissão e o preenchimento		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

adequado dos documentos												
Promover transparência dos dados conforme LAI				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar tratativas por meio de análises de eventos sentinelas e eventos adversos				X	X	X	X	X	X	X	X	X
Apresentar relatório mensal das atividades da comissão à SES/GO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

4.2. QUALIDADE SUBJETIVA – ACOLHIMENTO

Os hospitais têm, cada vez mais, a necessidade de alcançarem os melhores níveis de desempenho organizacional, não somente para o bem-estar da própria organização hospitalar, mas, principalmente pela importância do papel desempenhado na sociedade por estas instituições. Assim, evidencia-se que a gestão hospitalar deve estar voltada a qualidade total, ao longo de todo o processo de atendimento.

É nessa perspectiva, por meio dos indicadores subjetivos, que são obtidos a partir da pesquisa de satisfação do cliente, que identificamos um importante referencial da qualidade percebida. Aquela que está relacionada com a percepção que o usuário (paciente e/ou acompanhante) obtém de sua passagem pelo Hospital.

O emprego dos indicadores de qualidade subjetivos é bastante comum e ressalta a sua relevância, para avaliar a assistência prestada aos pacientes, em todos os níveis. Assim, a percepção do paciente sobre a satisfação, no que tange à prestação de cuidado, gera a necessidade de estruturação de algumas atividades que traduzam, para a instituição, essa percepção subjetiva do resultado dessa prestação dos cuidados em saúde.

Assim, o acolhimento e o atendimento passam a ser objeto de monitoramento, para garantir que todas as questões levantadas, a partir do olhar do paciente, sejam consideradas e sejam objeto de ações que sinalizem a sua resolutividade. Dessa forma, o INSTITUTO PATRIS traduz estes dois aspectos sob a forma de documentos institucionais que disciplinem os aspectos supracitados a serem aplicados no HECAD.

4.2.1. MANUAL COM INDICAÇÃO DAS FORMAS DE NOTIFICAÇÃO, RECEPÇÃO, ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS E ACOMPANHANTES NA EMERGÊNCIA CONFORME CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O que é acolhimento?

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

O trabalhador que atua na recepção possui grande protagonismo no acesso do usuário ao sistema de saúde, pois, na maioria das vezes, é responsável pelo primeiro contato com o usuário.

A PNH os reconhece como agentes que fazem parte do processo de acolhimento, estratégia capaz de promover mudanças na organização do processo de trabalho, que visa garantir o acesso e a integralidade na atenção à saúde dos usuários do SUS.

O acolhimento abrange a recepção do usuário, responsabilizando-se por ouvir suas queixas e preocupações, angústias, impor os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Com a implementação da PNH, o Ministério da Saúde esperava consolidar suas diretrizes específicas como: o acolhimento, a gestão democrática, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários. Buscando assim diminuir filas e tempo de espera, um atendimento acolhedor e resolutivo, implementação do modelo de atenção com responsabilização e vínculo, visando garantir eficácia tanto em relação ao usuário quanto ao trabalhador da área.

Nesse contexto de humanização, a capacitação profissional pode ser avaliada como um processo organizado de educação, ao qual as pessoas enriquecem seus conhecimentos, amplia suas capacidades e melhoram suas aptidões no desenvolvimento profissional. Sendo as estratégias traçadas para alcançar uma assistência humanizada no primeiro atendimento feito pela recepção, é de grande êxito e com melhora significativa para pacientes que ali chegam para ser atendido, fazendo com que os mesmos se sintam acolhidos com singelos gestos de atenção no primeiro atendimento.

O ATO DO RECEPCIONAR E AS FORMAS DE NOTIFICAR NO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HECAD

Quando a pessoa procura uma unidade de saúde, o faz obviamente por necessitar de cuidados. Nesse sentido, a atenção e a orientação são fundamentais por parte da equipe, que deve sempre ter em mente humanizar a sua relação com o paciente de modo a lhe passar segurança, confiança e sensação de acolhida. Não só A ele, mas também aos seus familiares, na maior parte das vezes, tão fragilizados e inseguros quanto o próprio paciente.

O local onde se estabelece o primeiro vínculo no HECAD é na recepção. Assim, os colaboradores lotados neste local, devem estar aptos ao processo de ouvir com

atenção e acolhimento, olhar para a pessoa (sempre diretamente), demonstrando interesse no seu relato ou questionamento.

É natural que em uma recepção, onde o fluxo de pessoas é alto, a correria da rotina cotidianamente, acabe por fazer com que o profissional seja acelerado e queira resolver tudo. Todavia, é fundamental que o mesmo pare, e se empenhe em estabelecer vínculo com o paciente, passando-lhe sensação de acolhida e confiança.

Nesse cenário de humanização e acolhimento, o instrumento essencial é a comunicação.

Para entender a importância da comunicação na área de serviços de saúde, em especial da comunicação como aliada dos processos de humanização, é preciso perceber que a comunicação está ligada a tudo, fortalecendo ou prejudicando o relacionamento que estabelecemos com o mundo, a partir do momento em que abrimos os olhos.

Sendo assim, qualquer indivíduo, desde antes mesmo de seu nascimento, se comunica – se expressa – de alguma forma. E quando nos expressamos, nossa premissa é de que queremos ser ouvidos, ou percebidos.

São inúmeros os provérbios populares nos mostram a importância do ouvir, a importância de nos livrarmos de conceitos pré-concebidos para poder avaliar uma questão a partir de um novo ponto de vista – e que apontam a comunicação como o principal pilar em que se alicerçam os relacionamentos humanos.

Vale destacar que há comunicação em tudo, partindo das palavras ditas e escritas, mas avançando para o espectro dos olhares, das posturas, dos gestos, dos movimentos.

A partir da definição prévia de que tudo é comunicação, podemos articular um silogismo simples e assumir que, portanto, humanização é comunicação.

Diante de tudo isso o HECAD, como mencionado anteriormente, estará atenta em treinar e potencializar o desenvolvimento de habilidades de acolhimento e comunicação à sua equipe, de forma à garantir que o colaborador na recepção consiga entregar, o que dele é esperado.

O serviço de recepção terá como papel principal acolher pacientes, familiares e acompanhantes e indicar a próxima etapa do fluxo de atendimento/ acolhimento, informando com clareza quais os próximos passos deverão ser seguidos.

- Necessidade de estar atento a situações especiais

Em casos em que o profissional da recepção se deparar com pacientes, familiares e acompanhantes com necessidades especiais e surja situação em que o profissional não saiba como proceder especificamente, deverá imediatamente se reportar a equipe multiprofissional, de modo a lhe auxiliar na resolução da demanda, mas sobretudo garantir aos usuários, segurança e bem estar.

Fundamental que todos os colaboradores, além de capacitados, estejam empenhados no processo, de modo que saibam orientar os pacientes adequadamente e transmitir a serenidade necessária que o usuário precisa no estabelecimento das relações de apoio, confiança e segurança.

O INSTITUTO PATRIS na gestão do HECAD buscará sempre promover o máximo conforto e acessibilidade aos seus usuários. Tal conforto iniciará pelos ambientes e instalações da unidade, oferecendo sempre dar dignidade aos portadores de

necessidades especiais com ampla acessibilidade, se empenhando na tarefa de proporcionar espaços amplos e arejados, rampas, chão nivelado, sinalização coerente, purificador de água, banheiros, iluminação, etc.

ORIENTAÇÃO SOCIAL E APOIO PSICOSSOCIAL

Com certeza uma das maiores vulnerabilidades encontrada no âmbito da prestação de serviços de saúde é a ausência de orientação.

Como já dito, a comunicação é fundamental para garantir que os processos de orientação sejam eficientes.

A comunicação é a ferramenta capaz de permitir acesso às informações e orientações coerentes.

O HECAD se empenhará em fixar mecanismos de orientação quanto aos seus serviços, diretrizes, normas através de seus colaboradores e de seus canais de informações (TV, rede social, site, panfletos, jornais, apenas para citar alguns).

Rotineiramente serão programas palestras, cursos e congressos com o objetivo de que os colaboradores e usuários estejam integrados e conhecedores com o processo de orientação social.

O fato de ser uma unidade de alta complexidade e alta resolutividade, já torna esperado uma demanda vultuosa de serviços de saúde, o que tem como consequência alto fluxo de usuários, familiares e acompanhantes.

Desse modo estes usuários, necessitam de orientação e apoio social e psicológico.

Nesse cenário, tendo em vista os serviços ofertados, em especial a hemodiálise, torna-se relevante a atuação de profissionais da psicologia e serviço social, integrantes da equipe multiprofissional do HECAD.

Um instrumento para garantir e potencializar o atendimento humanizado é o acolhimento psicossocial, sobretudo em situação de um ambiente incógnito, e da natural tensão que envolve uma unidade de saúde, onde existem situações de dor física, de piora clínica, além dos receios e medos quanto à possibilidade de recuperação.

Todas essas sensações exacerbam o medo e a insegurança nos usuários gerando a eles, bem como aos seus familiares e acompanhantes, alterações psicológicas que podem ter como consequências o aparecimento de sinais e sintomas que interfiram no tratamento (no caso do paciente) ou gerem um adoecimento (no caso dos acompanhantes e familiares).

Deve ser proporcionado um tratamento acolhedor e humanizado por parte dos profissionais especializados, sempre que se deparem com situações de tratamentos complexos familiares ou diagnósticos delicados.

Essa situação de maior atenção pela equipe multiprofissional, sobretudo profissionais da psicologia e do serviço social, deve se dar em toda unidade, mas no setor de emergência e unidade de terapia intensiva, essa atenção deve ser ainda maior.

ESTRATÉGIAS DE VALORIZAÇÃO AO TRABALHADOR

Uma das preocupações constantes dessa proponente na gestão do HECAD, será de fomentar estratégias de valorização do trabalhador, promovendo melhorias nas condições de trabalho (ambiência), ampliando investimentos na qualificação dos

trabalhadores de modo a valorizar dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores.

Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a construção de redes de cooperação.

É fundamental, ao se falar em acolhimento que todos os colaboradores, estejam atualizados e saibam quais processos e procedimentos devem ser implementados em cada caso concreto no cotidiano da prestação de serviços de saúde.

O HECAD manterá programa permanente de capacitações, palestras, rodas de conversa, congresso e vários outros métodos de ensino/aprendizagem capazes de proporcionar conhecimento sobre essa temática, de modo a potencializar o conhecimento e sua aplicação diária no atendimento.

Incluir na tomada de decisões, as equipes de linha de frente na participação de projetos e das comissões internas, será um modo de gerar valorização, dando visibilidade a experiências profissionais, individuais e coletivas de cada colaborador sobre o tema.

Evitando riscos no HECAD:

As medidas que serão tomadas de forma a minimizar e evitar riscos no HECAD são:

I - Identificação das demandas que exponham a instituição, seus funcionários e seus usuários bem como a identificação das medidas de solução;

II- Análise contínua dos processos de trabalho;

III - Implantação de processos e procedimentos bem definidos, envolvendo a equipe multiprofissional tanto na construção quanto na capacitação, divulgação e cumprimento dos mesmos;

IV - Acompanhamento das ações, normas, rotinas e procedimentos, buscando a melhoria contínua dos processos;

V- Manutenção do paciente na unidade pelo menor período possível (o que for necessário);

VI - Registro e organização rigorosos da documentação;

VII Comunicação institucional acessível e resolutiva;

VIII- Controle e avaliação periódica dos processos de trabalho.

Todos os fluxos de atendimento serão amplamente divulgados de modo a minimizar riscos no HECAD.

O momento enfrentando, mundialmente falando com relação à situação pandêmica enfrentada, mostra com ainda mais ênfase a necessidade de adoção de protocolos rígidos a serem observados, garantindo, assim, a segurança geral que envolve a equipe, os pacientes, seus familiares e acompanhantes.

Prevenção e controle de riscos relacionados aos usuários

Dentre as ações que serão cumpridas como medida de controlar e evitar riscos aos visitantes, acompanhantes e pacientes, destaca-se:

I - Cadastro de todos os visitantes (familiares de pacientes, fornecedores, profissionais, religiosos, acompanhantes e outros usuários da unidade no sistema de informação);

II- Implantação de sistema de vigilância por câmeras;

III - Ajuste do tempo ideal entre um atendimento e outro {para os atendimentos agendados como consultas, exames, procedimentos);

IV-Demarcção das áreas com circulação ou permanência restrita;

V - Implantação de sistema de sinalização de solo (ou de parede) a fim de facilitar o trânsito do acompanhante e paciente dentro da unidade, contemplando estratégia de identificação das cores para pacientes ou acompanhantes portadores de daltonismo;

Os principais resultados que se espera com a adoção dos critérios e medidas de controle de risco para visitantes e acompanhantes no HECAD são:

I - Redução e/ou eliminação da exposição dos visitantes/acompanhantes a situações que ofereçam qualquer tipo de risco;

II- Aumento e melhoria contínua da qualidade do atendimento aos usuários visitantes; fortalecimento da imagem da unidade;

III - Valorização e confiança nos serviços prestados;

IV- Prevenção de possíveis processos jurídicos e indenizações;

V - Redução de custos e economia no uso dos recursos;

VI - Tomada de decisão assertiva;

VII - Gestão proativa e preventiva; dentre outras.

ORIENTAÇÕES PARA ACOMPANHANTES:

Serão adotadas as seguintes instruções para cumprir com as normas de controle de infecção, para o bom andamento do fluxo de acompanhantes e garantia de serviço de qualidade:

I – Apenas 1 acompanhante por paciente durante sua permanência na unidade;

II - Não acompanhar pacientes se estiver com alguma infecção (infecções respiratórias como gripes e resfriados, infecções de pele, conjuntivite, diarreia, vômito e outras doenças transmissíveis);

III - Usar máscara de proteção facial, obrigatoriamente. Caso o usuário ou acompanhante se esqueça, será oferecido este equipamento de proteção individual como forma de garantir a segurança de todos. Em casos em que haja indicação adicional de uso de avental e luvas, os acompanhantes serão orientados pela equipe da unidade.

IV - Higienizar as mãos com água e sabão, ou álcool gel, antes e após contato com o paciente. Álcool em gel estará disponível em todos os pontos estratégicos da unidade, afim de facilitar e garantir o seu uso;

V - É obrigatória a identificação do acompanhante no sistema de informação;

VII - Utilizar, sempre, a etiqueta fornecida na entrada da unidade. É importante que o acompanhante seja identificado para que receba a devida atenção e que respeite os horários de entrada e saída conforme orientado pelos colaboradores.

VIII- Ao acompanhar um paciente é preciso lembrar que ele está (em muitos casos) debilitado e precisa de apoio. Por isso, é importante evitar situações como a ansiedade, estresse, cansaço.

IX- Evite falar alto ou fazer barulhos desnecessários são cuidados importantes que o acompanhante precisa ter para não incomodar os demais pacientes.

X- Evite dizer o que o paciente deve ou não fazer ou tomar. Experiência pessoal não são parâmetros de cuidado, pois, cada caso é único e só a equipe de saúde tem condições de avaliar o que deve ser feito. Dessa forma, evita-se interferência no tratamento e promove o reestabelecimento da saúde do paciente mais rápido.

XI - Seja positivo. Desta forma, estimula o processo de recuperação por parte do paciente e minimiza ou elimina sinais/ sintomas ou sentimentos depressivos.

XII - É permitida a entrada de apenas representante de segmentos religiosos por vez na unidade, nos setores pré-determinados pela Direção da unidade, e uso de identificação fornecida pela unidade;

XIII - É recomendável e preferível que acompanhantes estejam na faixa etária de 18 a 59 anos e que estejam isentos de doenças agudas e/ou crônicas.

XIV - Será orientado sobre a importância de se ter apenas um acompanhante por paciente nos serviços ambulatoriais, (salvo situações especiais), desde que esteja assintomático para qualquer doença, de modo especial as respiratórias.

XV - Vestir-se adequadamente. As unhas devem estar aparadas e os cabelos devem ser mantidos presos.

XVI - Em caso de situações especiais, como a pandemia COVID-19, será estabelecido fluxo diferenciado para circulação acompanhantes na unidade, e, de acordo com as orientações das autoridades sanitárias, se for necessário, os acompanhamentos serão suspensos.

Ao acompanhar um paciente, é proibido:

I - Tirar fotos nas dependências da unidade;

II - Fumar nas dependências da unidade, conforme Lei Federal nº 9.294 (15 de julho de 1996) e/ou estar alcoolizado;

IV- Entrada de alimentos e medicamentos externos. Se for necessário, somente com autorização, por escrito, do enfermeiro (a) responsável pelo setor;

V- Oferecer alimentos ao paciente sem autorização;

VI - Entrada de acompanhantes com sintomas gripais, febre ou outra condição conhecida de fragilidade à saúde:

VII- Entrar com bolsas, capacetes, pacotes em todas as unidades;

VIII- Ingressar com aparelho celular nas seguintes dependências das unidade de Raio- X e de exames para evitar interferência dos equipamentos;

Importante: O HECAD, não repassará informações dos pacientes por telefone, salvo em condições especiais avaliadas pela equipe multiprofissional. Se necessário for, o familiar será contatado;

Caso ocorram situações não previstas nestas instruções, elas serão prontamente comunicadas à Diretoria, e resolvidas de maneira pontual junto aos profissionais habilitados.

MANUAL DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO – HECAD

Apresentação

O presente Manual de Acolhimento e Classificação de Risco destina-se ao HECAD, como instrumento de aplicação e acompanhamento dos itens que compõem a estrutura de viabilização da “qualidade subjetiva”.

Dessa forma, são abordados no documento: indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Riscos. Desenvolvimento das Políticas de Humanização e os dispositivos do Programa Nacional de Humanização (PNH) para gestão de leitos, acolhimento com Classificação de Riscos, utilizando protocolos que tenham validação científica, dentre outros. Instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as visitas aos usuários.

Este Manual de Acolhimento e Classificação de Riscos contém protocolos importantes, tais como: a organização do trabalho das urgências e emergências, com o estabelecimento das bandeiras de contingenciamento, e a implementação da estruturação do setor interno de Regulação. Considerando a necessidade imperativa de se fazer com que estrutura funcione, de forma organizada e hierarquizada, em níveis de atenção, é necessária a existência de normas que definam os critérios para se priorizar os pacientes em função da gravidade e da necessidade de assistência, viabilizando a classificação dos casos que se apresentam nas emergências. Tal medida garante a

equidade na assistência, posta como princípio constitucional para o Sistema Único de Saúde, pela Constituição Federal de 1988. Este Manual será objeto do seminário de qualificação dos servidores, no início das atividades, e aberto a sugestões de melhoria.

Quanto aos protocolos de classificação de risco, na lógica de classificação por cinco cores, padrão adotado e validado internacionalmente, obedecem à legislação em vigor. Torna-se imprescindível que o conhecimento dos critérios de classificação de risco funcione como ferramenta indispensável ao trabalho de qualquer profissional de saúde, especialmente em tempos de aumento da demanda por saúde pública e limitação da oferta dos serviços do Sistema Único de Saúde- SUS. A utilização desses instrumentos pressupõe a qualificação dos serviços e a promoção da qualidade do acesso a estes, encaminhando os pacientes para o nível de atenção mais adequado, para resolver seus problemas de saúde.

O Manual orienta, de forma clara, acerca dos critérios de classificação de risco, as etapas a serem seguidas e funciona como uma ferramenta consistente na construção de fluxos e processos de trabalho, que atendam às necessidades da população, considerando o perfil epidemiológico, socioculturais locais e as diversidades e especificidades entre os serviços locais e do entorno, que possuem realidades distintas.

Introdução

A necessidade de humanizar os serviços de saúde, ao longo dos tempos, cresce exponencialmente. Gera estudos, matérias e ações judiciais. Todo este cenário desencadeou inúmeros debates, criando a necessidade de se buscar mudanças na Política de Saúde.

Assim, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) tendo em vista colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no cotidiano dos serviços de saúde, com a geração de mudanças nas formas de agir, gerir e cuidar, e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013). A PNH se estrutura a partir de princípios, métodos, diretrizes e dispositivos, caracterizando-se como uma política transversal e com indissociabilidade entre a atenção e a gestão (BRASIL, 2004). O MS, pela Portaria GM/MS nº 3.390 de dezembro de 2013, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS. Esta portaria estabelece diretrizes para a organização do Componente Hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que denomina o Acolhimento como uma escuta ética e adequada às necessidades de saúde dos usuários, na ocasião em que estes buscam o serviço para a prestação de cuidados.

O objetivo desse Acolhimento é o de atender à demanda com resolutividade e responsabilidade. O Acolhimento é uma diretriz da PNH, portanto deve ser uma postura de adoção universal, em todos os níveis de atenção à saúde. Assim, o Acolhimento deverá ocorrer em qualquer local e horário e adotado por todos os profissionais. Dessa forma, o ato de acolher faz parte de todos os encontros do serviço de saúde, constituindo-se postura ética, política e estética. O acolher traduz o compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Entre as tecnologias utilizadas para reorganização dos processos de trabalho, o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) tem se mostrado eficiente e eficaz, com resultados de maior satisfação entre os usuários e trabalhadores da saúde, aumento da eficácia clínica e um estimulador de outras mudanças, como a constituição de equipes de referência, gestão compartilhada da clínica, o fortalecimento das RAS e a valorização do trabalho em saúde.

A Classificação de Risco é o procedimento de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento/desconforto. Assim, viabiliza-se a priorização do atendimento em serviços e situações de urgência/emergência, como um processo complexo, que demanda competência técnica e científica em sua execução.

A Classificação de Risco está regulamentada pela Resolução COFEN 423/2012, que normatiza, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, a participação do Enfermeiro na atividade de Classificação de Riscos (Brasil, 2004) Em seu artigo 1º, a Resolução COFEN 423/2012 diz que: “No âmbito da equipe de Enfermagem, a Classificação de Risco e a priorização da assistência em serviços de urgência é privativa do Enfermeiro, observadas as disposições legais da profissão”.

A Resolução ainda prevê que o Enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos, competências e habilidades que garantam rigor técnico-científico ao procedimento. É um procedimento executado no contexto do Processo de Enfermagem, em atendimento às determinações da Resolução COFEN 358/2009 (Sistematização da Assistência de Enfermagem) e aos princípios da PNH (BRASIL, 2004). A Portaria GM/MS n 2048/2002 do Ministério da Saúde propõe a implantação, nas unidades de atendimento às urgências, do Acolhimento e da “triagem classificatória de risco”. Conforme esta Portaria, o processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos pré-estabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento” (BRASIL, 2002). A Portaria GM/MS n 4279 de 30 de dezembro de 2010 da Rede de Atenção à Saúde (RAS) define todos os pontos de atenção como igualmente importantes, para o cumprimento dos objetivos da RAS e se diferenciem, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Os pontos de atenção são os lugares institucionais onde se ofertam determinados serviços produzidos através de uma função de produção singular. (BRASIL, 2010). A Resolução CFM n 2079 de 14 de agosto de 2014 torna obrigatória a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco para o atendimento dos pacientes em todos os serviços de pronto atendimento 24h da rede de complexidade intermediária (UPAS – Unidades de Pronto Atendimento) e hospitalares. Ainda, destaca que todos os pacientes nesses espaços, independente do agravo, deverão ser atendidos por um profissional médico e não podem ser dispensados ou encaminhados a outras unidades por profissional não-médico.

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação. Ressalta-se que não se caracteriza como um diagnóstico prévio, nem como meio de exclusão de pessoas, sem que tenham sido atendidas pelo médico. A classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseando-se em consensos estabelecidos com a equipe médica, para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente. Portanto, a classificação de risco é um procedimento dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda a efetivação do Acolhimento com Classificação de Risco. Assim, efetivam-se os procedimentos, com agilidade no atendimento, baseados na análise, seguindo-se o protocolo pré-estabelecido de acordo com o grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, 2004). A implantação sistemática do ACCR permite a constante reflexão sobre a prática “pensar a prática” favorecendo o desenvolvimento institucional, partir da ressignificação dos modos de fazer e de construir novos paradigmas e valores, fortalecendo ações humanizadas e compartilhadas, com ampliação da

resolutividade, a partir da incorporação de critérios de avaliação de risco, que reconhecem a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e da família, a priorização da atenção, com a redução do número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

Justificativa

A disponibilização deste Manual de Acolhimento e Classificação de Risco viabiliza a disponibilização, aos profissionais de saúde, das condições reais para a realização do planejamento e posterior execução das atividades de Acolhimento nos serviços de urgência/emergência, mediante a tomada de decisão como parte intrínseca e relevante da prática clínica. Para além do conhecimento e das habilidades do profissional, a classificação de risco requer raciocínio e prática. Dessa forma, como parte de sua aptidão profissional é preciso desenvolver a ausculta sensível que pressupõe que se aprenda a avaliar, discriminar e interpretar. O protocolo funciona como instrumento de apoio à tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem para as urgências clínicas, traumáticas e pediátricas.

O cumprimento do protocolo tem como objetivo a imediata identificação dos usuários mais graves e, em consequência, um atendimento rápido, seguro e adequado, de acordo com a dimensão de risco. Nesse sentido, a disponibilização do presente Manual de Acolhimento e Classificação de Risco justifica-se pela necessidade em oferecer orientações e padronização de condutas aos profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência, com a finalidade de reduzir a perda de tempo dos usuários nos serviços de saúde com as demoras e transtornos para as pessoas que buscam os serviços de saúde. Viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade, em tempo adequado para cada caso, é a meta a se alcançar.

Fluxo de Pacientes na Classificação de Risco

A organização dos fluxos, centra-se em critérios tendo em vista a priorização dos atendimentos aos usuários, conforme o grau de prioridade, atentando para a criticidade do quadro de saúde / doença. O Acolhimento com Classificação de Risco é uma ferramenta utilizada para essa finalidade. O acolhimento tem início com chegada do usuário à unidade de saúde com a identificação do quadro, situação, queixa ou episódio apresentado. Os protocolos que compõem este manual foram construídos por equipe multiprofissional, baseados em evidências da literatura, que estratifica a classificação de risco por cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), de acordo com a complexidade; serão validados pelas equipes assistenciais de urgência e emergência do HECAD. Considerando as mudanças na dinâmica dos serviços, ocorrerá revisão e atualização destes protocolos a cada dois anos, ou em menor período, caso necessário.

1º ETAPA: Usuários chegam a Emergência por demanda espontânea OU trazidos pelo SAMU 192 e Corpo de Bombeiro Militar OU referenciados de outros serviços como UPAS, UBS/ESF/NASF, CAPS e atenção domiciliar.

2º ETAPA: Abertura de Ficha de Atendimento - Guia de Atendimento de Emergência (GAE).

3º ETAPA: Acolhimento por profissional Enfermagem Técnico Administrativo ou Estagiário do 1º atendimento) que acolherá a livre demanda pela escuta ativa qualificada e encaminhará para a classificação de risco. Caso o usuário apresente sinais de alerta, o/a usuário (a) será encaminhado diretamente à sala vermelha ou consultório médico treinado neste protocolo (Técnico de

Seguindo o acolhimento, o/a usuário (a) deverá ser avaliado pela equipe a partir dos seguintes passos:

Avaliação inicial: tem como objetivo afastar o risco iminente de morte.

-1º Passo: Identificar o motivo da procura a unidade/serviço (queixa principal).

-2º Passo: A partir da queixa principal identificar o fluxograma correspondente e realizar a Classificação de Risco. Ainda neste passo, verificar ventilação, circulação, sinais vitais e, em gestantes, avaliar a dor.

3º Passo: Avaliação secundária: refere-se aos demais sinais e sintomas que não representam risco iminente de morte ou agravo.

4º Passo: Avaliar a presença de fatores de risco clínicos ou de trauma.

5º Passo: Encaminhar a área de atendimento de acordo com a classificação e fluxograma pré-estabelecido pelo serviço/unidade.

6º Passo: O tempo decorrido entre a abertura da GAE e a classificação de risco deverá ser de até 15 minutos. O tempo máximo para a Classificação é de até cinco minutos.

7º Passo: Os pacientes pediátricos que não forem atendidos no tempo preconizado da classificação deverão ser reclassificados.

4º ETAPA: Classificação de Risco seguindo protocolo institucional pelo enfermeiro que avalia o usuário buscando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato, por meio da escuta qualificada e avaliação dos sintomas/queixas/evento.

5º ETAPA: Encaminhamento para atendimento médico conforme classificação de risco: ATENÇÃO: Os encaminhamentos para as UBS devem ser pactuados no território de forma a garantir o acesso e atendimento do/a usuário/a pela equipe multiprofissional nesse serviço.

Classificação de Risco em Cores:

Classificação	Atendimento
Classificação Vermelho	• Atendimento nas salas de emergência, bloco de emergência, sala vermelha; • São pacientes com risco iminente de morte necessitando de atendimento médico imediato; • As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede; • Tempo de atendimento alvo: imediato.
Classificação Laranja	Atendimento em consultório médico se condições e/ou sala de emergência, se necessário; São pacientes com potencial risco de agravo necessitando de atendimento médico e assistência de enfermagem contínua; • As medidas de manutenção da vida deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da rede; • Tempo de atendimento alvo: 10 minutos.
Classificação Amarelo	São pacientes que necessitam de atendimento médico mediato podendo ser atendidos nos consultórios médicos do pronto atendimento por ordem de chegada; • As medidas de promoção em saúde e prevenção de agravos deverão ser iniciadas em qualquer ponto de atenção da Rede; • Tempo de atendimento alvo: 60 minutos.
Classificação Verde	Por definição, são pacientes sem risco de agravo e serão atendidos por ordem de chegada; • Necessidade de atendimento por profissional de saúde em até 48 horas, ou mediante agendamento na mesma semana em UBS de referência; • O Classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde; • Tempo de atendimento alvo: Seis (06) horas nos casos de atendimento no Hospital ou UPA
Classificação Azul	Necessidade de atendimento por profissional de saúde em até 48 horas, ou mediante agendamento na mesma semana em UBS de referência; • Serão referenciados para as UBS para atendimento ou agendamento, exceto em condições que demandem atendimento mediato em horários de não funcionamento da UBS; • Se gestante, caso não haja pactuação com a atenção primária e/ou a usuária se recusar a procurar o serviço de referência, deverá ser garantido o atendimento na maternidade; • Podem ser atendidos em consultórios do pronto atendimento por ordem de chegada; • O Classificador deverá orientar quanto à carteira/relação de serviços disponibilizados pelas Unidades Básicas de Saúde; • Tempo de atendimento alvo: doze (12) horas nos casos de atendimento no hospital ou UPA. Se gestante, atendimento não prioritário ou encaminhamento conforme pactuação

Observar e avaliar

Tempo de início da queixa ou evento.

-Início abrupto: início do evento em segundos ou minutos;

-Agudo: período de tempo entre 12 e 24 horas; Recente: são aqueles que surgiram nos últimos sete dias.

Em seguida, avaliar nível de consciência/estado mental. As alterações do nível de consciência/estado mental devem ser avaliadas pela Escala de Coma de Glasgow. Pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou alteração do estado mental são classificadas como vermelho/laranja. Estes pacientes apresentam via aérea desprotegida, com risco iminente de aspiração pulmonar devendo ser imediatamente encaminhados para a Sala Vermelha.

Análise primária: O risco de morte estará presente na ausência ou instabilidade de sinais vitais, assim descritos:

1. Comprometimento das vias aéreas: A incapacidade de manter via aérea pérvia, estridor inspiratório e expiratório representam grave risco.

2. Respiração ineficaz:

Quando a paciente apresenta sinais de esforço respiratório como batimento de asa de nariz, cianose de extremidades e uso de musculatura acessória.

3. Circulação:

- Ausência de pulso durante a palpação por 5 segundos do pulso central indica PCR.

- Observar sinais de choque (ausência de pulso periférico ou pulso periférico fino associado à sudorese, palidez, taquicardia, hipotensão e alteração do estado de consciência).

• Presença de hemorragia: na hemorragia grave, a morte ocorrerá rapidamente se ela não for interrompida.

4. Avaliação da dor: esta avaliação é realizada através de Escalas Visuais Analógicas (EVA) associada a pelo menos uma alteração de sinais vitais.

Sinais Vitais de mensuração obrigatória na Classificação de Risco (CR).

Crianças e Adolescentes	1. Frequência cardíaca;
	2. Glicemia capilar: história de diabetes, queixas de vertigens ou desmaio;
	3. Oximetria de pulso;
	4. Temperatura corporal

SITUAÇÕES ESPECIAIS:

1. Pacientes referenciados (com encaminhamento e classificação de risco) da APS ou SAMU 192 deverão ser encaminhados para a sala de classificação de risco imediatamente;

2. Pacientes referenciados da APS previamente classificados como VERMELHO terão atendimento médico IMEDIATO;

3. Pacientes conduzidos pelo SAMU 192 e previamente classificados como VERMELHO terão atendimento médico IMEDIATO;

4. Pacientes para troca de sondas e/ou traqueostomias, administração de medicamentos de posse de receita para continuidade de tratamento, serão conduzidos para a equipe de enfermagem;

5. Pacientes para curativos, serão atendidos no hospital somente durante o dia nos horários em que a UBS não estiver funcionando.

Benefícios esperados

Para a implantação e implementação deste Manual não se aplicam: conduta preventiva, tratamento farmacológico e não farmacológico, ou ainda, acompanhamento pós-tratamento e necessidade de termo esclarecimento e responsabilidade. Esperamos que as medidas recomendadas proporcionem aos usuários do sistema público de saúde de Jaraguá os meios necessários para melhorar o acesso aos serviços de urgência e emergência.

A adoção do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco do HECAD favorecerá o aprimoramento da atenção à saúde ao usuário e a articulação entre todos os níveis de atenção, ordenada pela APS, o que permite a corresponsabilização dos gestores e profissionais envolvidos na assistência nos diferentes níveis de atenção.

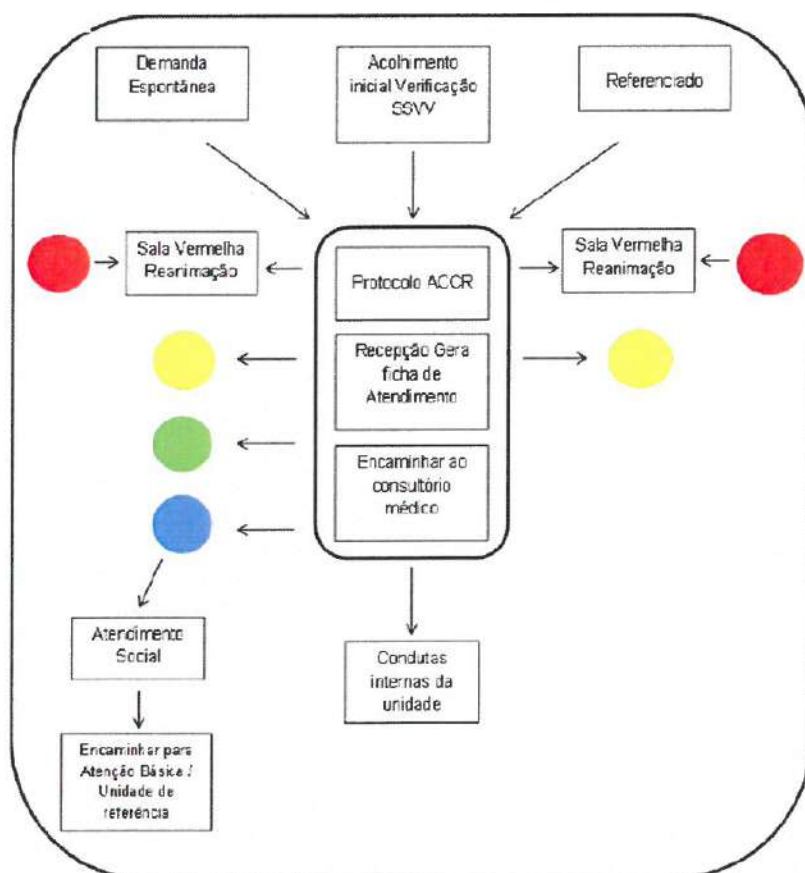
Monitoramento

Os resultados serão monitorados mensalmente pelas Gerências de Emergência por meio de indicadores de monitoramento, processo e resultados. Os indicadores sugeridos para o monitoramento e avaliação do processo de implantação/implementação do Protocolo de ACCR devem ser coletados por meio dos Sistemas Oficiais de Informações da SES/GO, e são:

- Relação entre usuários cadastrados, classificados (CR) e atendidos (pelo profissional médico).

- Percentual de usuários segundo classificação de gravidade por especialidade/encaminhamento (VERMELHO, LARANJA, AMARELO, VERDE e AZUL);
- Tempos de espera (chegada do paciente até à classificação, classificação até o atendimento médico) e de permanência de acordo com a classificação;
- Percentual de Internações;
- Percentual de encaminhamentos para outras regiões ou da Rede
- Percentual de atendimentos de pacientes oriundos da Rede

Fluxo de Paciente Classificado no ACCR



Protocolo de Classificação de Risco em Pediatria

TOSSE, FALTA DE AR, DIFICULDADE PARA RESPIRAR, RESPIRAÇÃO
RUIDOSA, CHIADO NO PEITO

<p>PCR, bradicardia importante ou PCR iminente Descritor: ausência de reação; crise convulsiva; dificuldade ou ausência de respiração; ausência de sons cardíacos; ausência de movimento torácico; pele fria e azulada; ausência de pulso carotídeo, braquial ou femoral; bradicardia < 8 Descritor: ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais. Falência respiratória Descritor: sudorese; fadiga; chiado; diminuição ou ausência de MV; batimento de asa de nariz (BAN); retrações intercostais ou subcostais; taquipnéia; apnéia; bradipnéia; dispnéia ou cianose; hipoxemia (RN < 50 mmHg, lactentes < 1 ano: PaO2 < 60 mmHg, >1 ano: PaO2 < 80 mmHg).</p>	<p>Vermelho</p>
<p>Estridor laringeo e dificuldade de falar ou mamar Descritor: inspiração ruidosa ou difícil; respiração prejudicada pela fala ou durante a sucção ao mamar. Edema labial e/ou de língua com sensação de garganta fechando Descritor: início súbito associado a ingestão de alimentos ou medicamentos com histórico de alergia, ou exposição a inalantes. Dispnéia moderada ou intensa Descritor: dispnéia; BAN; tiragens subcostais; gemência; histórico de asma quase fatal; fatores de risco: intimações prévias por crise grave de asma, com necessidade de intubação e ventilação, sem acompanhamento profilático. Lactente dispnéico com recusa ou dificuldade para se alimentar Descritor: estridor; gemidos; sibilância; períodos de apnéia ou guinchos; respiração rápida ou difícil associada a dificuldade para ingerir alimentos líquidos ou sólidos. Saturação de O2 ≤ 90% Descritor: leve > 95%; moderada entre 91-95%; grave < 90%. Epistaxes com instabilidade hemodinâmica Salvação excessiva Descritor: salvação excessiva associada a desconforto respiratório. Hemoptise franca Alteração de temperatura</p>	<p>Laranja</p>
<p>Taquipnéia Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo. Dispnéia leve Descritor: incursões respiratórias de esforço leve; tiragens intercostais. Saturação de O2 91- 94% Descritor: leve > 95%; moderada entre 91-95%; grave < 90%. Tosse frequente emetizante Descritor: acessos de tosse seca espasmódica que culmina em vômito; sem estridor e sem dificuldade respiratória. Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo</p>	<p>Amarelo</p>
<p>Dor de garganta Descritor: tosse sem desconforto respiratório; mau hálito e mal-estar e odinofagia. Dor de ouvido Descritor: tosse seca ou úmida; associada a dor de ouvido, mas sem sinais de acometimento sistêmico. Rinorreia purulenta Descritor: secreção nasal amarelo esverdeada; obstrução nasal e espirros sem sinais de acometimento sistêmico. Temperatura entre 37,50C e 38,40C Descritor: tosse seca ou úmida; associada a febre baixa, mas sem sinais de acometimento sistêmico. Dor muscular Descritor: sintomas respiratórios leves com relato ou sinais de dor muscular. Saturação de O2 ≥ 95% Coriza Descritor: apenas coriza sem sinais sistêmicos.</p>	<p>Verde</p>
	<p>Azul</p>

DESMAIO, TONTURA, VERTIGEM

Avaliar uso / interrupção de anticonvulsivante, neurolépticos. Abstinência de álcool e drogas ilícitas

<p>Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 250 ou < 70 mg/dl) Rigidez de nuca / muscular, hipertonicidade Descritor: incapacidade de flexionar a cabeça para frente devido a rigidez muscular e resistência a movimentação passiva. Sinais de choque Descritor: hipotensão (PA sistólica \leq 80 mmHg); taquicardia (FC \geq 140 bpm) ou bradicardia (FC \leq 40 bpm).</p>	Vermelho
<p>Pulso anormal Descritor: tipo de pulso arterial muito fraco. Dor torácica Descritor: dor intensa em aperto ou peso no meio do peito, irradiando para o braço esquerdo ou pescoço. Pode-se associar sudorese, náuseas e epigastralgia. Distúrbio súbito do equilíbrio Descritor: associado a náuseas e vômitos. Dor intensa (7-10/10) Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como jamais sentida. Em pós-comicial e torporoso/comatoso Descritor: momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. Dispneia aguda Descritor: sensação de dificuldade para respirar de instalação súbita. Alteração do nível de consciência Descritor: escore na Escala de Coma de Glasgow (ECG 9-14). Alteração de temperatura Descritor: verificar quadro de parâmetro em anexo. História importante de alergia Descritor: relato de reação alérgica conhecida. Cefaleia intensa (7-10/10) de início súbito Descritor: dor intolerável, geralmente descrita como "A pior dor de cabeça da vida". Déficit neurológico agudo Descritor: paresia, plegia, dislalia, afasia, ataxia, paralisia facial História de trauma craniano RECENTE Descritor: história de TCE inferior a sete dias.</p>	Laranja
<p>Dor moderada (4-6/10) Em pós-comicial Descritor: momento posterior a crise convulsiva que pode se caracterizar por perda da consciência, confusão ou desorientação mental e letargia. Relato de primeira crise convulsiva Crise convulsiva há menos de 12h e alerta</p>	Amarelo
<p>Dor leve (1-3/10) Parestesias bilaterais ou migratórias Descritor: sensações cutâneas subjetivas (ex., frio, calor, formigamento, pressão) que são percebidas espontaneamente na ausência de estimulação Nenhum dos determinantes anteriores</p>	Verde
	Azul

ALTERAÇÕES NO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E SENSORIO, PARESIAS E PARALISIAS

<p>Apneia, bradipneia, ou movimentos tóraco abdominais paradoxais Descritor: interrupção da respiração por 20 segundos, ou por qualquer tempo; quando associada a alteração na cor, tônus muscular ou frequência cardíaca; com dificuldade respiratória; sialorreia intensa; estridor; voz abafada e cianose.</p> <p>Convulsão em atividade Descritor: crise convulsiva à admissão. Paciente não responde; Glasgow < 8 Descritor: ausência de resposta ao estímulo verbal ou doloroso; agitação psicomotora ou sinais focais. Sinais de choque Descritor: taquicardia; palidez acentuada; pele fria; sudorese; pulso fino; perfusão diminuída; letargia; taquipneia; irritabilidade; oligúria. Glicemia < 50 mg/dl no RN e < 60 mg/dl em crianças Descritor: glicemia < 50 mg/dl no RN (0 a 28 dias) e < 60 mg/dl em crianças. Glicemia > 200 mg/dl</p>	<p>Vermelho</p>
<p>Extrema agitação; choro inconsolável Descritor: inquietação; resposta exacerbada aos estímulos; irritabilidade; choro incessante. Vômitos incoercíveis Descritor: vômitos que não cessam mesmo após medidas para alívio ou não tem intervalo entre os episódios; 5 ou mais episódios de vômito na última hora. Saturação de O₂ ≤ 90% Estado pós ictal ou déficit focal agudo Descritor: história de convulsão na última hora associada a um dos seguintes sinais: sonolência; liberação de esfíncteres (urinou ou evacuou nas roupas); hipersecreção; miose ou sibilância e broncoespasmo. Alteração de temperatura (< 350C ou > 400C) Deficiência neurológica AGUDA Descritor: déficit motor (paresia ou paralisia) nas últimas 24 horas. Tentativa de autoextermínio ou automutilação Descritor: relato ou suspeita. Paciente psiquiátrico em surto Descritor: paciente com história psiquiátrica que está em surto no momento. Paralisia flácida aguda de MMII, simétrica ou assimétrica Descritor: paralisia flácida simétrica de MMII, ou assimétrica acometendo qualquer membro</p>	<p>Laranja</p>

<p>Fraqueza muscular dos membros inferiores e/ou paresias de qualquer membro de início súbito Descritor: fraqueza muscular de MMII de início súbito ou paresias em qualquer membro. Saturação de O₂ entre 91-94% Vômitos moderados Descritor: mais de 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas, porém sem vômitos incoercíveis. Perda de consciência nas últimas 24 horas Descritor: perda de consciência nas últimas 24 horas. Deficiência neurológica NOVA Descritor: déficit motor (paresia ou paralisia) acima de 24 horas. Fraqueza muscular dos membros inferiores e/ou paresias de qualquer membro de início súbito Descritor: fraqueza muscular de MMII de início súbito ou paresias em qualquer membro. Saturação de O₂ entre 91-94% Vômitos moderados Descritor: mais de 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas, porém sem vômitos incoercíveis. Perda de consciência nas últimas 24 horas Descritor: perda de consciência nas últimas 24 horas. Deficiência neurológica NOVA Descritor: déficit motor (paresia ou paralisia) acima de 24 horas.</p>	<p>Amarelo</p>
<p>Reação aguda ao stress Descritor: desmaio; síncope. Saturação de O₂ ≥ 95% Rinorreia purulenta Descritor: secreção nasal amarelo esverdeada; obstrução nasal e espirros sem sinais de acometimento sistêmico. Relato de perda de consciência acima de 24 horas Descritor: história de perda de consciência ou desmaio. Vômitos esparsos Descritor: até 3 episódios de vômitos nas últimas 12 horas.</p>	<p>Verde</p>
<p>Coriza Descritor: apenas coriza sem sinais sistêmicos.</p>	<p>Azul</p>

4.2.2. INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS E CONTROLE DE RISCO PARA AS VISITAS AOS USUÁRIOS

Finalidade:

Estabelecer procedimentos para controlar a entrada de visitantes para os pacientes internados.

Âmbito de Aplicação:

Todos os colaboradores, pacientes, visitantes e, principalmente, aos setores de enfermagem, recepção e as portarias do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD.

Fundamentação Legal:

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1998, Título VIII – Da Ordem Social (art. 193 a 232) – Seguridade Social;
- Lei nº 8.069, de 13/07/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);
- Lei nº 8.080, de 19/09/1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS);
- Lei nº 10.741, de 01/10/2003 – (Estatuto do Idoso);
- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Ministério da Saúde/2006.

Direito à Visita:

Todo paciente internado tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, como a seguir:

Horário e número de visitantes:

UNIDADE DE INTERNAÇÃO	Horário	Nº máx. de visitantes
UTI	16h às 17h	02
Enfermarias de Internação	15h às 16h	03
Observação	15h às 16h	03

Observação:

- Os esclarecimentos / notificações feitas aos familiares pelos médicos deverão ser realizadas em sala própria destinada para tal finalidade e nos horários previamente estabelecidos.

Acesso de Visitantes:

Critérios para liberação da entrada:

- Estar na Portaria do Hospital no horário de visita;
- Ser maior de 12 anos;
- Não estar trajando roupas inadequadas (sem camisa, roupas transparentes, minissaia, decote avantajado, bermuda, camiseta sem manga etc.);
- Não estar portando gêneros alimentícios;
- Não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
- Não estar fumando;
- Não estar abalado emocionalmente de forma a prejudicar o paciente internado;

- Portar o crachá adequado ao leito onde o paciente encontra-se internado;
- Estar com calçado fechado;
- Portar o crachá (fornecido pela portaria) à altura do peito em local bem visível.

Observação: Para liberação de visitas a crianças menores de 14 anos será necessário avaliação e preparação prévia do setor de Psicologia, que fornecerá a respectiva autorização de acesso.

Critérios e Medidas de Controle de Risco para Visitas aos Pacientes:

- A equipe de enfermagem é responsável por orientações cabíveis para acesso, bem como as demais recomendações da CCIH;
- É vetada a realização de procedimentos hospitalares por visitantes, mesmo que este tenha conhecimento para tal;
- A dieta oral poderá ser oferecida pelo visitante, em situações extraordinárias, com autorização, orientação e responsabilidade do enfermeiro responsável pela unidade e/ou casos estabelecidos pelo Estatuto do Idoso;
- Fica terminantemente proibida a entrada de visitantes com qualquer espécie de alimento;

4.3. QUALIDADE SUBJETIVA – ATENDIMENTO

4.3.1. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE ORIENTAÇÕES QUANTO AS FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, PROPOSTAS DE FORMAS DE ACOMODAÇÃO E CONDUTA PARA OS ACOMPANHANTES, COM ÊNFASE AOS USUÁRIOS IDOSOS, CRIANÇAS, ADOLESCENTES E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS CONFORME PREVISÃO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE

Orientações Gerais aos acompanhantes:

A participação do acompanhante é muito importante para a recuperação do paciente, mas algumas orientações são necessárias durante a sua permanência no HECAD:

- Mantenha o silêncio. Lembre-se, você está em uma unidade de saúde.
- Mantenha o celular no silencioso e só atenda se realmente for urgente.
- Higienize sempre as mãos antes e depois do contato com o paciente.
- Só é permitido um acompanhante, maior de idade, para cada paciente na unidade.
- Se estiver com algum problema de saúde evite acompanhar o paciente.
- Não sente ou deite na cama disponibilizada ao paciente.
- A privacidade do paciente deve ser mantida.
- Respeite sempre o horário dos procedimentos técnicos.
- Não manipule equipamentos do HECAD. Solicite sempre ajuda dos profissionais.

- No caso de o acompanhante precisar se ausentar, sinalizar à equipe de enfermagem.

No contexto de serviços de saúde existem vários desafios que envolvem colaboradores, pacientes e acompanhantes.

Um dos grandes desafios tem início na compreensão sobre as diferenças entre os pacientes pela idade, cultura, etnia e religião. Para cada indivíduo é necessário a compreensão e a empatia.

Fator importante para cumprir com êxito a humanização, bem como a prestação de serviços de saúde com eficiência, é a implantação de um plano de educação voltado ao preparo dos cuidados contendo demonstrações teóricas e práticas por parte dos profissionais e acompanhamento constante da equipe multidisciplinar para garantir a correta realização e atendimento do processo por parte do cuidador ou paciente.

Para subsidiar esses processos, os profissionais precisam estar capacitados, assim, um programa de Educação Permanente, com foco nos procedimentos e satisfação do usuário, além da atualização técnica e comportamental, deve ser estabelecido e estimulado, otimizando o tempo de aprendizado e reduzindo os riscos assistenciais.

É comum, visando a melhora no processo de aprendizagem, a divulgação por meio de folhetos e cartilhas ilustrados, de forma a contextualizar a situação do paciente, quais são os principais cuidados e a forma de realizar as ações propostas, e com o avanço da tecnologia podemos contar com utilização de mídias digitais para facilitar o entendimento e visualização das informações, essa nova condição proporciona maior alcance do conhecimento e facilita a promoção da saúde em ambientes como sala de estar e rede sociais.

No contexto de prestação de serviços de saúde e acompanhamento, um ponto que merece muita atenção por parte do HECAD é o que se refere aos relativamente incapazes, sobretudo adotando a ponderação e sabedoria em situações específicas onde possa haver conflitos entre os interesses destes pacientes e de seus familiares.

São várias as legislações que enfrentam a temática dos relativamente incapazes e a tomada de decisões por familiares ou representantes, especialmente as situações de conflitos, ou ainda quando não exista um responsável legalmente designado para o acompanhamento daquele paciente.

Antes de mais nada, o INSTITUTO PATRIS se compromete de que no curso de contrato de gestão, estando a frente do HECAD, cuidará de preparar e capacitar todo o corpo profissional da unidade, de modo que em situações de conflito, possam utilizar técnicas de mediação e conciliação, especialmente a equipe multiprofissional, buscando sempre a resolução do conflito no curso do tratamento.

O Código Civil Brasileiro define em seu artigo 3º, que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos. Tal incapacidade implica na prática de atos por meio de seus representantes legais.

Sobre os relativamente incapazes, o Código Civil estabelece ainda que são incapazes, relativamente a certos atos ou à maneira de os exercer:

- Os maiores de 16 (dezesesseis) e menores de 18(dezoito) anos;
- Os ébrios habituais, viciados em tóxicos e pródigos;

- Aqueles que, por causa transitória ou permanente, não conseguirem demonstrar sua vontade própria. Tal incapacidade relativa implica na prática de determinados atos assistidos por seus representantes legais.

Não é só o Código Civil que traz apontamentos legais sobre incapazes ou relativamente incapazes.

O ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente define que os menores de 16 (dezesseis) anos serão representados por seus pais ou tutores e os maiores de 16 (dezesseis) e menores de 18 (dezoito) anos serão assistidos por seus pais ou curadores.

Oportunamente, destaca-se que os idosos e enfermos - com exceção dos pródigos e viciados em tóxicos-são, enquanto possuírem condições clínicas de expressar sua vontade, plenamente capazes nos termos da lei civil, podendo, portanto, livremente nomear responsável legal através de Termo de Nomeação de Responsável Legal, ou outorgar procuração com os poderes de representação, sem a necessidade de assistência.

Em relação aos relativamente incapazes maiores, o Código Civil, determina que eles estão, necessariamente, sujeitos à curatela, ainda que por causa transitória não possam exprimir sua vontade.

O processo de judicial de interdição é longo e custoso, e a curatela provisória exige que estejam presentes os requisitos da tutela de urgência, quais sejam a probabilidade do direito e o perigo de dano ou o risco ao resultado útil do processo. Além disso, a interdição implica em uma série de obrigações ao curador que, muitas vezes não são tratadas aos familiares do paciente.

Os Conselhos de Medicina, representados pelo corpo clínico, não emitiram posicionamento sobre o tema de designação de curador no ambiente hospitalar, apenas exigindo a assistência do relativamente incapaz nos termos da lei civil.

O Conselho Federal de Medicina fixou na Resolução CFM n 1.995/2012, a possibilidade de paciente definir as suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados, sobre os cuidados e tratamentos que queira ou não receber quando estiver incapacitado de expressar sua vontade.

A única menção à nomeação de representação legal previamente à situação transitória ou definitiva de incapacidade, detectada em documentos do CFM, consta do Parecer n° 12/2014, que trata das Reivindicações das Testemunhas de Jeová.

O parecer afirma que o artigo 41 do Código de Ética Médica, que determina a necessidade de levar-se em consideração a vontade expressa do paciente, na definição dos cuidados médicos. Vejamos:

Não alcança os pacientes menores de idade e particularmente outros, relativamente ou totalmente incapazes, que não tenham em período anterior as suas incapacidades e com segurança jurídica, registrada as suas diretivas antecipadas de vontade ou que ainda no pressuposto da impossibilidade de expressá-lo não tenham nomeado, com segurança jurídica, representante legal para fazê-lo.

Tal afirmação, ainda que não seja o objeto da presente nota orientativa, pode ser interpretada como um aceite à nomeação de representante legal antes da situação de incapacidade relativa, por parte do CFM.

Diante de todo o exposto, é recomendável que o paciente recebido pela clínica em condições de expressar a sua vontade designe, imediatamente, seu responsável legal,

indicando em termo ou em procuração pública ou privada, que tal responsável terá poderes para tomar decisões em seu nome durante o período em que estiver sendo atendido pelo HECAD podendo autorizar ou negar procedimentos, decidir acerca do tratamento clínico a ser procedido, bem como determinar todos os demais atos relativos à assistência médica ofertada a ele, autorizando-o a expressar a sua vontade para todos os efeitos legais relacionados à prestação assistencial.

Neste contexto, na hipótese de incapacidade transitória, não haverá obstáculo à prestação dos serviços assistenciais necessários à saúde do paciente, quando determinado por seu responsável legal prévia e devidamente nomeado.

Sabemos, que tais orientações representam risco para o HECAD, na medida em que o Judiciário poderá invalidar atos praticados por não curadores de relativamente incapaz. A jurisprudência, porém, aponta para a invalidação apenas de atos praticados em desfavor do relativamente incapaz, mantida a validade daqueles praticados em seu benefício.

Desta forma, será remoto o risco de invalidação destes atos. A intenção do HECAD é seguir as legislações vigentes promovendo a boas práticas em prol da saúde e integridade dos pacientes relativamente incapaz.

Nos atendimentos o HECAD, realizará a exigência a jurisprudência de atender os pacientes relativamente incapaz ainda que não representado.

Na ausência dos pais e pendente a nomeação de curador, em se tratando de maiores de dezesseis anos e menores de dezoito, como são eles enquadrados pela legislação civil como relativamente incapazes, entende que há a possibilidade, em analogia ao disposto pelo CFM na Resolução CFM n° 1.995/2012, do paciente definir

suas diretivas antecipadas de vontade, ou conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestado pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que queira ou não receber no momento em que estiver incapacitado de expressar sua vontade.

Além disso, se não houver nomeação de representante legal pelo incapaz ou relativamente incapaz, o médico responsável pelo paciente deverá aferir se este tem condições de decidir sobre o seu tratamento ou não, e se sim, poderá seguir as orientações do paciente, resguardada a sua saúde e integridade.

Quando se tratar de incapazes ou relativamente incapazes que não consigam decidir ou manifestar sua vontade, ausente o representante legal, não há que se pensar na possibilidade de nomeação de responsável legal, devendo a equipe médica promover todo o tratamento necessário à manutenção da saúde e integridade do paciente acionado as autoridades competentes.

Desse modo, o médico deverá informar os representantes do paciente ou familiares envolvidos no seu tratamento acerca das práticas diagnósticas ou terapêuticas que entender necessárias ao quadro clínico do paciente, devendo usar de todos os meios disponíveis para tratamento dele, desde que cientificamente reconhecidos e ao seu alcance.

Quando a divergência de opinião entre os representantes ou familiares representar riscos ao paciente em virtude da espera, caberá a equipe médica decidir qual dentre os métodos eleitos pelos representantes ou familiares e o mais adequado e eficaz ao tratamento.

Sobretudo, deve-se sempre ter em observância a Resoluções CFM n° 1.931/09 (Código de Ética Médica), notadamente a ressalva em relação à obrigação de observar a

decisão do paciente ou de seu representante legal no caso de iminentes riscos de morte. Tal previsão determina que, diante de risco de morte, caberá exclusivamente à equipe definir o procedimento a ser adotado, não sendo necessário a consulta aos representantes ou familiares.

Orientações e permanência dos acompanhantes durante a realização dos exames

Durante a realização dos exames no HECAD será permitida a permanência de acompanhante nos seguintes casos:

- Pacientes com até 18 anos incompletos, conforme Estatuto da Criança e Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/1990, art. 12 e suas alterações);
- Pacientes com necessidades especiais, segundo Estatuto do Portador de Necessidades Especiais (Lei nº 3.939 de 02/01/2007, art. 18 e suas alterações).

Informações sobre os exames

As informações sobre a realização dos exames serão fornecidas em momento prévio à realização do mesmo, pelo enfermeiro da unidade.

O paciente/usuário será informado sobre o tempo de realização do exame, assim como sobre a forma de como o exame será procedido (aplicação de gel com transdutor na área examinada no caso de exames de ultrassom, colocação de elétrodos com caso da realização de eletrocardiograma, necessidade de uso de contraste, etc.).

As informações sobre o resultado dos exames serão fornecidas em documento próprio, após ser laudado pelo médico especialista e endereçado ao médico solicitante.

O paciente será informado sobre a data para a retirada do resultado no setor de emissão de resultados no próprio setor de Diagnóstico.

Eventuais dúvidas sobre o resultado do exame poderão ser fornecidas imediatamente após a finalização do procedimento pelo médico executor após finalização do exame.

Direitos dos familiares

I - Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

II - Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

III- Obter informações claras, objetivas, respeitadas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas que estão sendo ou que porventura serão realizadas no paciente que está sendo acompanhado;

IV- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir o tratamento do paciente após a alta, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

Deveres dos familiares

I - O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas nas consultas e procedimentos sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de

medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

II - O acompanhante não dever administrar quaisquer outros tipos de medicação durante a permanência do paciente. O paciente deve utilizar somente as medicações prescritas pelo médico, salvo as autorizadas por ele mesmo.

III - Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

IV - Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a condição de saúde do paciente.

V - Ser indicado pelo paciente como responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

VI - Ter em mãos ou em sua guarda os documentos do paciente na impossibilidade de ele fazê-lo, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

VII. Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;

VIII. Zelar e solicitar que outros acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

DIREITOS DOS PACIENTES

I - Obter um atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

II- Ser identificado e tratado pelo seu nome e sobrenome, e não por códigos, números, nome de sua doença ou de forma genérica, desrespeitosa ou preconceituosa.

III- Identificar o profissional por crachá, que deverá conter a fotografia do profissional, seu nome e setor legíveis, assim como ser mantido em local visível.

IV- Obter informações claras, objetivas, respeitadas e compreensíveis sobre hipótese diagnóstica e ações terapêuticas, o que pode ocorrer delas, duração prevista dos tratamentos propostos, bem como os riscos de não os realizar, se existe a necessidade ou não de utilização de anestesia, o tipo a ser aplicada e o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os riscos e consequências indesejáveis e duração esperada do procedimento.

V- Ser prévia e expressamente informado bem como consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida, quando o tratamento proposto for, total ou parcialmente, experimental, ou fizer parte de protocolos de pesquisa.

VI - Receber do profissional adequado, presente no local, auxílio para melhoria do seu conforto e bem-estar.

VII- Exigir que a unidade de saúde cumpra todas as normas de prevenção e controle de infecção hospitalar - conforme o regulamentado pelos órgãos competentes.

VIII - Ter sua privacidade, individualidade e integridade física, asseguradas em qualquer momento do atendimento, e na satisfação de suas necessidades fisiológicas,

respeitando os seus valores éticos e culturais e a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal e segurança do procedimento;

IX- Receber informações sobre medicamentos que lhe serão administrados;

X- Ser devidamente orientado e treinado, se necessário, sobre como conduzir seu tratamento realização dos exames, recebendo instruções e esclarecimentos médicos claros, escritos de forma legível, visando buscar sua cura, reabilitação além da prevenção de complicações.

XI - Revogar a qualquer tempo, ou recusar livremente, uma vez devidamente esclarecido os riscos inerentes, os procedimentos médicos sejam eles diagnósticos, terapêuticos ou mesmo avaliações clínicas, desde que não haja risco de morte.

XII- Em caso de menor, incapacidade ou impossibilidade de manifestação de consentimento, o mesmo poderá ser realizado por representante legalmente autorizado.

XIII-Poder indicar familiar ou responsável para tomar decisões a respeito dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, inclusive no que se referem a tratamentos, cuidados e procedimentos extraordinários para prolongamento da vida.

XIV Ser o adolescente atendido, se desejar, sem acompanhante em consultas e outros atendimentos, com garantia de sua individualidade e confidencialidade e quanto ao acesso a recursos diagnósticos e terapêuticos, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente. No entanto, frente a situações consideradas de risco e quando indicado qualquer procedimento de alguma complexidade, serão necessários a participação e o consentimento dos pais ou responsáveis.

XV - Ser informado sobre todos os direitos acima, sobre as normas e regulamentos da unidade de saúde e sobre os canais de comunicação institucionais para obtenção de informações, esclarecimento de dúvidas, podendo expressar suas preocupações e queixas para a direção da Instituição através do Serviço de Atendimento ao Usuário.

DEVERES DO PACIENTE

I - O paciente e/ou seu representante legal tem o dever de dar informações precisas e completas no momento da realização dos exames sobre o seu histórico de saúde, doença prévias, queixas, enfermidades e hospitalizações anteriores, história de uso de medicamentos, drogas, reações alérgicas e demais informações relacionadas à sua saúde.

II - Durante a realização dos exames deve utilizar somente as medicações prescritas pelo médico do centro de diagnóstico, salvo as autorizadas pelo médico responsável pelo seu atendimento e acompanhamento.

III - Expressar se compreendeu as informações e orientações recebidas, visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, fazendo perguntas sempre que tiver dúvidas.

IV- Informar ao profissional de saúde ou à equipe responsável sobre qualquer fato que ocorra em relação a sua condição de saúde.

V - Assumir a responsabilidade pela recusa a procedimentos, exames ou tratamentos recomendados e pelo descumprimento das orientações do profissional ou da equipe de saúde.

VI - Indicar um familiar ou responsável para decidir em seu nome acerca de tratamento, caso esteja impossibilitado de fazê-lo.

VII - Ter em mãos seus documentos e, quando solicitados, os resultados de exames que estejam em seu poder;

VIII - Providenciar todos os documentos necessários para autorização e aprovação de atendimento e tratamento na unidade de saúde;

IX - Zelar e solicitar que os seus acompanhantes contribuam para o bem-estar de todos nas dependências da unidade de saúde, atendendo e respeitando a proibição de uso de fumo e derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e ruídos, colaborando com a segurança e limpeza do ambiente.

X – Agir com urbanidade, cortesia e discrição nas dependências da unidade de saúde, respeitando e fazendo ser respeitado por seu acompanhante e visitantes os direitos dos demais pacientes, empregados e prestadores de serviços, bem como as Normas e Regimento Interno da unidade de saúde.

PROPOSTA DE CRITÉRIOS - GUIA DE ORIENTAÇÃO AOS ACOMPANHANTES:

Direito de Acompanhante:

- Idoso acima de 60 anos; (Lei nº 10.741/2003);
 - Criança e adolescentes menores de 18 anos; (Lei nº 18.063/1993);
 - Pacientes com deficiência e ou/ necessidades especiais -PNE. (Lei nº 13.146/2015);
-

Deveres do Acompanhante:

- Permanecer junto ao paciente, prestando o cuidado necessário;
- Usar a identificação de acompanhante;
- Preservar a higiene da enfermaria;
- Seguir as orientações da equipe de saúde;
- Informar à equipe de saúde alterações importantes que ocorram com o paciente;
- Seguir o protocolo de higienização das mãos;
- Utilizar somente as cadeiras e poltronas disponíveis para acompanhantes;
- Não se deitar e nem se sentar nas camas hospitalares;
- Manter um relacionamento tranquilo com paciente;
- O acompanhante deverá ser maior de 18 anos e, preferencialmente, menor de 65.
- Apresentar-se ao Serviço Social, caso necessite de Declaração de Permanência na unidade.

4.3.2. PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO

A Ouvidoria em Saúde constitui-se em um espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativos aos serviços prestados. A Ouvidoria, como componente da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, visa fortalecer os mecanismos de participação social e qualificar a gestão participativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e os serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação, visando à melhoria do atendimento prestado. Para tanto, faz-se necessário implantar uma unidade de Ouvidoria com processos de trabalho qualificados, sob a concepção da gestão participativa e da democratização da informação em saúde, que propicie um atendimento capaz de mediar conflitos e ser eficaz na busca de soluções.

Além disso, as manifestações recebidas nas ouvidorias do SUS devem ser sistematizadas e organizadas em relatórios gerenciais para informar e subsidiar os respectivos gestores sobre a incidência dos problemas, servindo como referência para mudanças positivas da política de saúde.

O PAPEL DAS OUVIDORIAS DO SUS

As ouvidorias do SUS são unidades de importância estratégica para a gestão do SUS. Ao possibilitar o diálogo entre a sociedade e as diferentes instâncias de gestão, as ouvidorias contribuem para a participação do cidadão na avaliação e na fiscalização da qualidade dos serviços de saúde.

Essa forma de controle social auxilia no aprimoramento da gestão pública e no aperfeiçoamento gradual do sistema de saúde. Nas ouvidorias do SUS, a manifestação do cidadão pode se apresentar pela busca de informações e orientações em saúde e também por meio de sugestões, elogios, solicitações, reclamações ou denúncias.

Diante da necessidade apresentada pelo cidadão e das responsabilidades legais do gestor, as ouvidorias orientam, encaminham, acompanham a demanda e respondem ao cidadão sobre as providências adotadas.

Em tal contexto, as ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, organizando e interpretando as informações que recebe da sociedade por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão.

O processo de escuta do cidadão dá-se individualmente, porém, a Ouvidoria tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe, de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico à tomada de decisão no campo da gestão da Saúde.

Base Legal das Ouvidorias do SUS

A Constituição Federal de 1988 consagrou expressamente a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, foi dado início à regulamentação do Sistema Único de Saúde, como sistema integrado de assistência à saúde, garantido pelo Estado brasileiro, administrado pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde

e, principalmente, com a necessária participação da população na gestão, no controle e na fiscalização dos serviços de saúde.

Historicamente, criaram-se marcos que têm trazido avanços na institucionalização de instrumentos que regulamentam a participação popular na gestão da saúde, como, por exemplo, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a criação de conselhos e conferências de saúde, como mecanismos de atuação da sociedade civil organizada.

A Ouvidoria, nesse contexto, fortalece o papel legal das instâncias de gestão e controle social, porém sua identidade é distinta. Ela auxilia e complementa a ação dos conselhos de saúde, das instâncias intergestoras, das corregedorias e dos sistemas de auditoria.

As ouvidorias do SUS, para assegurar ao cidadão a oportunidade de participação na gestão pública em saúde, apoiam-se nos princípios e nas diretrizes que determinam as ações e os serviços em saúde, expressos nos artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal e na Lei nº 8.080/1990.

A aplicação dos princípios previstos na Lei nº 8.080/1990 e das diretrizes elencadas na Constituição Federal à atuação das ouvidorias do SUS possibilita afirmar que:

Universalidade

Todo cidadão tem o direito de se manifestar ao Poder Público, quanto ao sistema de saúde. Compete, pois, colocar serviços de Ouvidoria ao alcance da população de modo a permitir o uso do direito de opinião do cidadão.

Equidade

Todo cidadão deve contar com pelo menos um meio de acesso gratuito ao serviço de Ouvidoria, seja pessoalmente, por telefone, fax, carta, e-mail ou ainda pela imprensa, de forma que atenda a sua necessidade, independente da localidade ou situação social. Compete aos níveis administrativos do SUS divulgar e difundir formas e meios de acesso à disposição dos cidadãos.

Integralidade

As demandas recebidas na Ouvidoria sobre o sistema de saúde devem ser processadas sob um tratamento que abranja, tanto quanto possível, os aspectos de promoção, de proteção e de recuperação da saúde.

Regionalização

Este princípio é pautado pela maior eficácia e transparência causadas pela aproximação das políticas de saúde aos cidadãos, bem como pelo reconhecimento da heterogeneidade e da desigualdade social e territorial, por meio da identificação e do reconhecimento das diferentes situações regionais e suas peculiaridades. Assim, o serviço de Ouvidoria deve estar presente em todas as secretarias estaduais de saúde; nas secretarias de saúde das capitais; nas cidades com mais de 100 mil habitantes; nas cidades-polo; e nas sedes dos consórcios municipais e das regiões de saúde, a ser acordado nas Comissões Inter-gestoras Bipartites (CIBs), Conselhos de Saúde e demais estruturas do SUS.

Hierarquização

Na organização da rede de ouvidorias, devem ser respeitados os níveis hierárquicos de estruturação do SUS.

Participação da comunidade

Compete aos níveis de gestão do SUS promover o relacionamento dos serviços de Ouvidoria com os respectivos conselhos de saúde.

Descentralização

Deve ser apoiada a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias do SUS nas três esferas de governo. O princípio da descentralização das ações e dos serviços de saúde, por definição, é o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para os estados e os municípios, atendendo às determinações institucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Portanto, a descentralização promove a participação da sociedade em todo o processo de decisão e controle da gestão e constitui um desafio permanente para mudanças substantivas na gestão responsável da Administração Pública.

HISTÓRIA DA OUVIDORIA DO SUS NO BRASIL

Historicamente, no Brasil, a primeira tentativa de regulamentar a figura do Ouvidor e da Ouvidoria deu-se em 1923, pelo deputado constituinte José de Souza Mello.

- Em 1998, a chamada Comissão de Notáveis, que era liderada pelo jurista Afonso Arinos, tentou introduzir o instituto do Ouvidor no texto constitucional brasileiro.

- Na Constituição Federal de 1988 - Artigo 37, parágrafo 3º, inciso prevê a existência de uma lei que discipline as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta e que regule as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços

- Artigos de 196 a 200 - Definição de saúde como direito de todos e dever do Estado e instituição do SUS, que tem, como uma de suas diretrizes, a da participação da comunidade. Entende-se que a implantação de ouvidorias é uma forma de consolidar esta diretriz.

- Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS (Portaria MS/GM nº 3.027, de 26 de novembro de 2007) Vislumbra a implantação de ouvidorias como uma das formas de fortalecer a gestão estratégica e participativa no SUS.

– Decreto Presidencial nº 6.680/2009

Dispõe sobre a estrutura regimental do Ministério da Saúde e competências das áreas que o integram, conferindo ao Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS a missão de estimular e apoiar a criação de estruturas descentralizadas de ouvidorias de saúde.

– Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria MS/GM nº 1.820, de 13 de agosto de 2009). Contém dispositivo que garante aos cidadãos o direito de se expressar e ser ouvido nas suas queixas, denúncias, necessidades, sugestões e outras manifestações por meio das ouvidorias, urnas e qualquer outro mecanismo existente, sendo sempre respeitado na privacidade, no sigilo e na confidencialidade.

– Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (Regulamentação da Lei nº 8.080/1990) Regulamenta a Lei Orgânica do SUS e estabelece a necessidade da gestão do SUS apurar, de forma permanente, as necessidades e a satisfação do usuário.

O Decreto nº 7.508/2011 dispõe sobre a organização do SUS em regiões de saúde, sendo estas instituídas pelo Estado em articulação com seus municípios. As regiões de saúde representam o espaço privilegiado da gestão compartilhada da rede de ações e dos serviços da saúde, tendo como objetivos:

- garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada;
- efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados;
- reduzir as desigualdades loco regionais, por meio da conjugação Inter federativa de recursos.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, nas Comissões Inter gestores, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; monitorar o acesso às informações e aos serviços de saúde e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

O Decreto nº 7.508/2011 instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap).

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos, no âmbito de uma região de saúde, com o objetivo de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na região, para garantir a integralidade da assistência à saúde da população.

Ele é assinado pelos prefeitos e seus secretários de saúde, pelo governador e seu secretário de saúde e pelo Ministro da Saúde.

A avaliação da execução do COAP é realizada por meio do Relatório de Gestão, de cada ente signatário, devendo ser acompanhada pelos respectivos conselhos de saúde.

IMPLANTAÇÃO OUVIDORIA NO HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HECAD

Objetivo:

A implantação da Ouvidoria no HECAD pelo Instituto Patris se dá com o intuito de garantir a todos os usuários desta unidade em saúde, o direito de apresentar suas reivindicações, elogios, reclamações, manifestações perante a gestão da unidade.

Além disso a Ouvidoria funciona como um mecanismo efetivo e de celeridade para a proteção e defesa dos direitos dos usuários, em observância a Lei nº 13.460/2017 e do Decreto nº 9270/2018, que tratam sobre a sua implantação como uma forma de avaliação da efetividade e um contínuo aperfeiçoamento e melhoramento da gestão.

A Ouvidoria no HECAD será um instrumento potencializador de modificações. Uma vez que sobre um ângulo favorece a gestão mais flexível, que se empenha para o alcance da satisfação das necessidades do usuário, enquanto que de outro ângulo, pode ser vista como aquela que incentivará a prestação de serviços públicos com eficiência e qualidade,

garantindo direitos, sendo, portanto, uma ferramenta a serviço da democracia e do cumprimento das garantias fundamentais de todos os usuários.

As sugestões, queixas, reclamações, elogios, possibilitarão uma constante avaliação dos serviços prestados, e análise de medidas a serem tomadas, sempre visando melhorias.

A celeridade na resolução de todas as demandas apresentadas a ouvidoria do HECAD, será prioridade por parte dessa proponente.

Deste modo, além de assegurar o pleno acesso a todos os usuários, familiares e acompanhantes na unidade, existe o compromisso que de todas as demandas serão respondidas em prazo inferior à 20 (vinte) dias, dando resolutividade ao processo.

A Ouvidoria do HECAD e seu papel:

O que se almeja com a Ouvidoria no HECAD, é garantir uma atuação eficaz no processo de interlocução/comunicação entre usuário/cidadão e a Administração da unidade, concretizando desse modo, uma forma adequada para a resolução de conflitos.

Neste sentido a Ouvidoria orientará, encaminhar acompanhará as providências adotadas, e responderá eficientemente ao cidadão.

Não bastando, quando a situação exposta não for de competência da respectiva ouvidoria, ela ajudará o cidadão a identificar o local adequado para a resolução de sua demanda trazida.

Criação da Ouvidoria

Público alvo: o público interno que são os colaboradores (empregados e servidores públicos lotados na unidade) que poderão utilizar de forma democrática a Ouvidoria para manifestar seus anseios.

Com relação a esse público interno a Ouvidoria permite uma administração participativa.

Além disso, temo o público externo, que são pessoas que utilizam os serviços oferecidos no HECAD ou seus familiares e acompanhantes.

Estes utilizarão a Ouvidoria como um canal para se manifestarem apresentando denúncias, reclamações, sugestões, elogios...

Assim, qualquer cidadão que pertença ao público interno ou externo poderá apresentar, sem qualquer tipo de ônus, a sua manifestação à Ouvidoria.

O Instituto Patris agirá no sentido de facilitar ao cidadão o pleno acesso a Ouvidoria, garantindo que tal acesso seja facilitado de todas as maneiras possíveis, através de e-mail, carta, formulários eletrônicos no site, telefone, atendimento presencial e formulários impressos disponibilizados na unidade com caixas de coleta.

Estrutura da Ouvidoria

Estrutura Física

Para a implantação da estrutura física destinada à execução das funções de ouvidoria, tais como acolhimento, atendimento presencial, análise e acompanhamento das manifestações e gestão dos dados, deverão ser observados os seguintes itens:

I. Espaço físico adequado para atendimento presencial, eventualmente com resguardo de sigilo;

II. Boa localização, de fácil acesso e visibilidade a todos os cidadãos, sendo importante atentar-se à acessibilidade das pessoas com deficiência, idosos, gestantes ou outras com dificuldades de locomoção, como rampa de acesso e adaptações;

III. Equipamentos e mobiliários adequados para a realização do serviço como cadeira, mesa, armário, material de escritório em geral, computadores, impressora e aparelho telefônico;

IV. Disponibilidade de linha telefônica e acesso à internet.

Visando um ambiente que possa ter alta demanda no fluxo de pessoas e acesso fácil aos interessados, sugerimos que a Ouvidoria seja implantada próxima à recepção principal.

Este local tem um maior fluxo de pessoas em circulação e, por ter a porta de entrada da unidade, seu acesso é estrategicamente facilitado ao cidadão.

Profissionais da OUVIDORIA

Os profissionais que atuarão na Ouvidoria deverão possuir habilidades necessárias com essa atribuição, além de necessariamente passarem por capacitação para o desempenho da função com zelo e eficiência.

Por se tratar de uma função, relativamente nova, em geral não se exige formação específica para ser um Ouvidor, mas há vários cursos de formação e aperfeiçoamento que poderão nortear o colaborador no desempenho da função.

A disponibilidade do pessoal para a formação da equipe dependerá da condição atual de funcionamento e necessidade da unidade, a ser verificada após implantação, devendo de início no mínimo ser composta por:

01 - Ouvidor: Responsável pela Ouvidoria;

01 - Técnico Atendimento;

01 - Técnico para o tratamento das demandas.

Tais profissionais precisarão buscar conhecimento acerca das atividades desenvolvidas pelo setor, além de treinamento que lhes possibilite tratar o(a) cidadão(ã) de forma respeitosa, empática e genuína.

Há algumas habilidades que devem, necessariamente, compor o perfil profissional destes colaboradores, tais como:

Ouvidor:

Considerando-se as peculiaridades do trabalho dos profissionais das ouvidorias, serão competências exigidas para a formação da equipe que atenderá na Ouvidoria do HECAD:

- I. Ouvir e compreender as diferentes formas de manifestação dos cidadãos;
 - II. Reconhecer os cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito;
 - III. Qualificar as expectativas de forma adequada, caracterizando situações e identificando os seus contextos, para que os Gestores da unidade possam utilizá-las como oportunidades de melhoria;
-

IV. Demonstrar os resultados produzidos, avaliando a efetividade das respostas oferecidas, gerando dados e elaborando informações capazes de subsidiar a gestão pública.

Qualidade do atendimento:

Objetivando a melhoria contínua da qualidade no atendimento prestado aos usuários no âmbito do SUS, proporcionando a institucionalização da Ouvidoria SUS no HECAD, o Instituto Patris se norteará pelos seguintes princípios fundamentais:

I. Competência: existência de pessoas capacitadas e recursos tecnológicos adequados;

II. Confiabilidade: cumprimento de prazos e horários estabelecidos previamente, e a busca em otimizar o tempo de resposta/ resolução de acordo com a complexidade das demandas apresentadas, sem oferecer prejuízos na qualidade das respostas;

III. Credibilidade: honestidade no serviço ofertado;

IV. Segurança: garantia de sigilo das informações pessoais nos termos da Lei nº 12.527 - Lei de Acesso à Informação;

V. Empatia: que consiste em uma resposta afetiva apropriada à situação da outra pessoa, e não à própria pessoa. Essa habilidade se traduz na capacidade de se identificar com o sentimento ou a reação de outra pessoa e buscar compreendê-lo;

VI. Linguagem cidadã: clara, acessível, de fácil compreensão, evitando jargões e termos técnicos, proporcionando um atendimento adaptado às necessidades do cidadão;

VII. Linguagem inclusiva: é aquela que não usa expressões preconceituosas ou ofensivas a indivíduos ou grupos;

VIII. Presteza: demonstração do desejo de servir, valorizando prontamente a solicitação do cidadão;

IX. Cortesia: manifestação de respeito ao cidadão e de cordialidade;

X. Flexibilidade: atuar com capacidade de lidar com situações não previstas;

XI - Respeito à diversidade e garantia do pleno acesso à Ouvidoria por todos os cidadãos: atendimento a todas as pessoas sem preconceitos.

Planejamento de implantação

I. Definição no organograma: a Ouvidoria será inserida no organograma da instituição, articulada ao nível central de gestão;

II. Definição do local: instalar a Ouvidoria seguindo os requisitos básicos para compor a Rede de Ouvidorias do SUS, pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Departamento Ouvidoria- geral do SUS, e passar a integrar juntamente com a SES - Secretária de Estado da Saúde do Estado de Goiás a Rede Nacional de Ouvidorias do SUS, que atuam por meio do sistema informatizado Ouvidor SUS.

O Sistema permite a otimização de todos os processos de trabalho que permeiam sua ação, e tem a finalidade de atuar como ferramenta para a descentralização das ouvidorias do SUS, facilitar a democratização das informações em saúde, agilizar o processo de recebimento, encaminhamento, acompanhamento e resposta das

manifestações, além de gerar relatórios gerenciais, também auxilia na definição de prazos para tratamento de demandas conforme bases legais. Instrumento de gestão que será uma importante ferramenta à serviço da população

III. Realizar o processo de escolha do Ouvidor que representará a Ouvidoria e participará da seleção para a composição da sua equipe de trabalho (designação do Ouvidor deverá ser feita pelo Diretor Geral da unidade);

IV. Instalar em locais de grande circulação da unidade urnas devidamente identificadas pela Ouvidoria contendo disponível formulário impresso para registros de manifestações e pesquisa de satisfação dos usuários;

V - Realizar a divulgação (site corporativo, placas em locais de grande circulação de pessoas) do objetivo, papel, dos projetos da Ouvidoria, definindo e expondo a consolidação de um espaço democrático implantado no HECAD, estimulando a conscientização dos usuários da unidade sobre o direito de receber um serviço público de qualidade, trazendo mais conhecimento sobre seus direitos e responsabilidades, incrementando assim, a sua capacidade crítica e incentivando o uso de direito da sua opinião.

Nesse sentido, deve-se de imediato publicar e indicar na unidade o local e horário de atendimento da ouvidoria, tal como, telefone e e-mail para contato.

VI- Divulgar internamente e externamente os meios de acesso e horários de atendimento da ouvidoria.

Pesquisa de satisfação da ouvidoria

Será competência da Ouvidoria do HECAD valorizar e propor a padronização dos processos, unificação dos sistemas de dados, implantação e disponibilidade para realização de pesquisas de satisfação, de todas as formas possíveis, tais como: em modelo digital, formulário físico, sistema de produção da unidade e/ou da Ouvidoria, proporcionando assim, o aumento da capacidade de coleta, armazenamento e análise dos dados.

Com o intuito à avaliação da eficiência, eficácia, efetividade e qualidade das estruturas, dos processos, e dos atendimentos ofertados aos cidadãos, e a busca continua ao fortalecendo de uma gestão participativa e efetivamente de qualidade no âmbito do SUS.

Neste sentido a pesquisa de satisfação dos usuários terá como objetivo avaliar o atendimento no HECAD do ponto de vista de quem os recebe, fornecendo a gestão do Instituto Patris materialidade de avaliação dos serviços que estão sendo prestados aos usuários e/ou visitantes da unidade.

A partir da pesquisa será possível a tomada de decisões, nos processos de trazendo informações e dados sobre os usuários e suas necessidades, grau de satisfação, entre outros aspectos relevantes. Desta forma os objetivos poderão ser alcançados com a efetivação da pesquisa continuada, entre estes: definição de padrões de atendimento; detecção de necessidades dos usuários; simplificação dos processos e procedimentos administrativos; avaliação da qualidade do atendimento; avaliação do grau de confiança e imagem institucional.

Modelo de pesquisa Net Promoter Score

Essa metodologia tem uma grande vantagem: você só faz uma pergunta para os usuários dos serviços. Vantagens da pesquisa de satisfação pelo modelo Net Promoter Score:

- Ágil e rápido de fazer e implementar;
- Um parâmetro reconhecido por grandes consultorias e institutos de pesquisa;
- O resultado é um valor quantificável;
- Possibilidade de fazer comparações entre áreas e empresas.
- Periodicidade

A periodicidade definida pelo serviço, será de intervalo médio de 3 (três) meses, com objetivo de avaliar a percepção dos usuários ao longo do contrato, ou ainda quando se fizer necessário frente a mudanças ou normas e rotinas e/ou implantação de novos serviços.

Apresentação das avaliações












As avaliações apresentadas deverão ser entregues as áreas gestoras da unidade, bem como a Secretaria de Saúde de Estado – SES/GO, em relatório descritivos, bem como em gráficos comparativos entre períodos

Horário de atendimento

O Canal de atendimento presencial terá seu horário de funcionamento de

07:00 às 19:00 horas, durante sete dias da semana, além do canais eletrônicos com e-mail e formulário eletrônico no site da instituição, podendo ser acessados 24 (vinte e quatro) horas dias, nos 7 (sete) dias da semana.

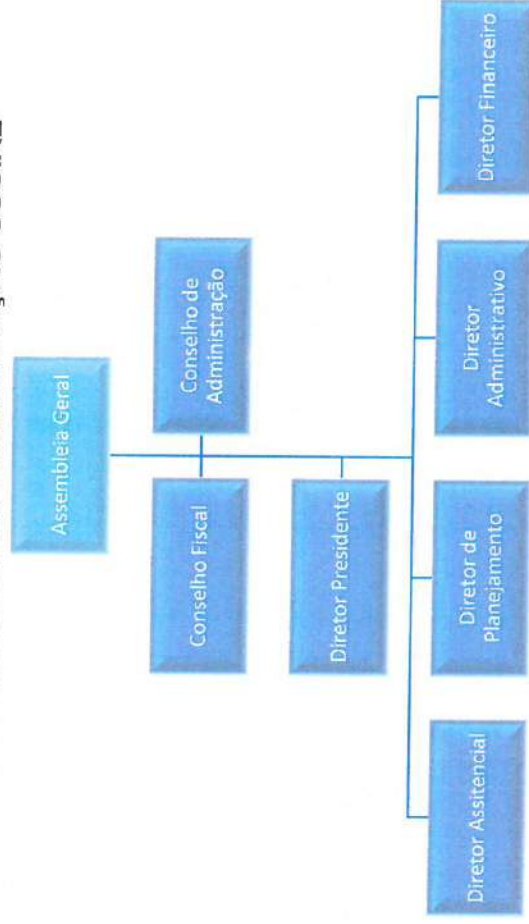
INSTRUMENTO PARA A PESQUISA

TAD PÁG. 02/02		TAD0034/VERSÃO 06/01/2018		PRODUZIDO POR CONTEÚDO						
PESQUISA DE SATISFAÇÃO										
NOME:			FRONT.:	DN: / /	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
<input type="checkbox"/> PACIENTE <input type="checkbox"/> ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> COLABORADA (PACIENTE+ACOMPANHANTE)			UNIDADE:	DATA: / /						
1. ACOLHIMENTO										
CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A					
GENTILEZA E ATENÇÃO										
AGILIDADE NO ATENDIMENTO										
CLAREZA NAS INFORMAÇÕES										
OBSERVAÇÕES:										
2. ASSISTÊNCIA										
CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A					
GENTILEZA E ATENÇÃO										
IDENTIFICAÇÃO/APRESENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO										
RESPEITO À INTIMIDADE FÍSICA E À PRIVACIDADE DO PACIENTE										
RESPEITO AOS HORÁRIOS DE DESCANSO DO PACIENTE										
ESCLARECIMENTO SOBRE A DOENÇA E TRATAMENTO										
CUIDADOS PRESTADOS PELA EQUIPE										
CONFIANÇA E SEGURANÇA NO TRATAMENTO RECEBIDO E NAS INFORMAÇÕES DISPONIBILIZADAS										
OBSERVAÇÕES:										
3. SERVIÇOS PRESTADOS										
CRITÉRIOS AVALIADOS	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM	N/A					
ACESSO AOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO HOSPITAL										
ACOMODAÇÕES DA INSTITUIÇÃO										
UMPEZA DO AMBIENTE										
ENXOVAL RECEBIDO										
ALIMENTAÇÃO										
LOCOMOÇÃO DENTRO DO AMBIENTE HOSPITALAR										
OBSERVAÇÕES:										
4. NET PROMOTER SCORE - NPS										
EM UMA ESCALA DE 0 A 10, O QUANTO VOCÊ RECOMENDARIA NOSSO HOSPITAL PARA UM AMIGO/PARENTE/FAMILIAR, CASO HAJA UMA NECESSIDADE?										
										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DETRAIRES						NEUTROS		PROMOTORES		
PESQUISADOR										
ASSINATURA E CARIMBO:										

5. QUALIDADE TÉCNICA

5.1. EXPERIÊNCIA ANTERIOR EM GESTÃO HOSPITALAR DA ORGANIZAÇÃO OU DOS GESTORES DO CORPO DIRETIVO (ANEXO VIII)

ORGANOGRAMA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL



l

Função	Nome
Diretor Geral	VITTOR ARTHUR GALDINO
Diretor Assistencial	ADEMÁRIO ALMEIDA MARINHO JUNIOR
Diretor Planejamento	RODOLFO ALVES PAULO DE SOUZA
Diretor Administrativo	WELLITHON JUNIOR COSTA ARRUDA
Diretor Financeiro	LUIZ ANTÔNIO PROCÓPIO DA SILVA

- A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 50 (cinquenta) leitos e inferior a 100 (cem) leitos, mediante Contrato de Gestão nº 45/2022 – Hospital Estadual de Luziânia;
- A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 50 (cinquenta) leitos e inferior a 100 (cem) leitos, mediante exercício de suas funções pelo Diretor, Sr. VITTOR ARTHUR GALDINO;
- A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 50 (cinquenta) leitos e inferior a 100 (cem) leitos, mediante exercício de suas funções pelo Diretor, Sr. WELLITHON JUNIOR COSTA ARRUDA;
- A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 100 (cem) leitos e inferior a 200 (duzentos) leitos, mediante exercício de suas funções pelo Diretor ADEMÁRIO ALMEIDA MARINHO JUNIOR;
- A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 200 (duzentos) leitos, mediante exercício de suas funções pelo Diretor RODOLFO ALVES PAULO DE SOUZA;

Goiânia/GO, 17 de junho de 2022.

5.1.1.1. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 200 LEITOS

- *A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 200 (duzentos) leitos, mediante exercício de suas funções pelo Diretor RODOLFO ALVES PAULO DE SOUZA;*

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Nome fantasia: HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO LEBONA CNPJ: 00.384.709/0008-84

Nome Engorram: HOSPITAL MATERNO INFANTIL DR ANTONIO Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro: AV L3 SUL CIADORA 038 MODULA A Número: 2 Complemento: --

Bairro: ASA 25L Município: 530110 - BRASÍLIA UF: DF

CEP: 71003-000 Telefone: (61)3445-7500 Dependência: MANTIDA Pag de Saúde: 01 Gestão: ESTADUAL

Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: --

Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ANDREIA REGINA DA SILVA 210329022

Calculado em: 2012/20/22 Atualização na base local

Motivo de Funcionamento: SEMPRE ABERTO Última Atualização Nacional: 07/05/2012

Hospitalar - Leitos

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Hospitalar, Ambulatório e Controle de Infecções (DHACI)
Coordenação-Geral de Avaliação de Performance (CGAP)

Data: 18/06/2012

Ficha de Estabelecimento Identificação

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
COMPLEMENTAR	16	0
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CANGURU	15	15
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAL CONVENCIONAL	10	4
UTI ADULTO - TIPO II	30	30
UTI NEONATAL - TIPO III	16	16
UTI PEDIÁTRICA - TIPO II		
ESPEC - CIRÚRGICO		

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações devem atualizadas em conformidade com o sistema CNES 0102 (versão 04/04/04 por 44)

Pag. 1 de 2

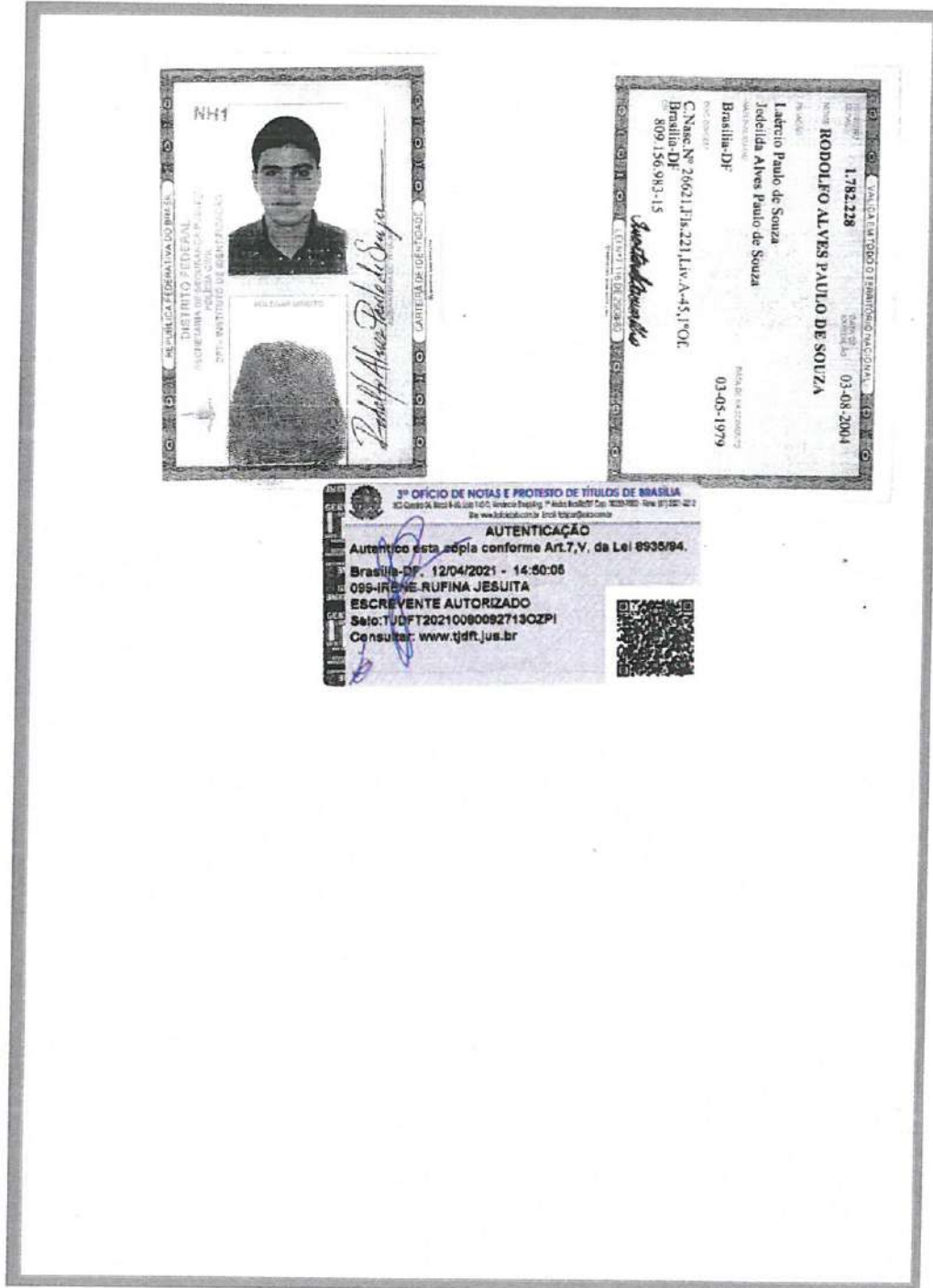
Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CIRURGIA GERAL	25	25
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	2	2
SAUDE MENTAL	10	10
OBSTETRICO		
OBSTETRICIA CIRURGICA	46	46
OBSTETRICIA CLINICA	28	28
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	14	14
PEDIATRIA CLINICA	51	51

Data desativação: --

Motivo desativação: --

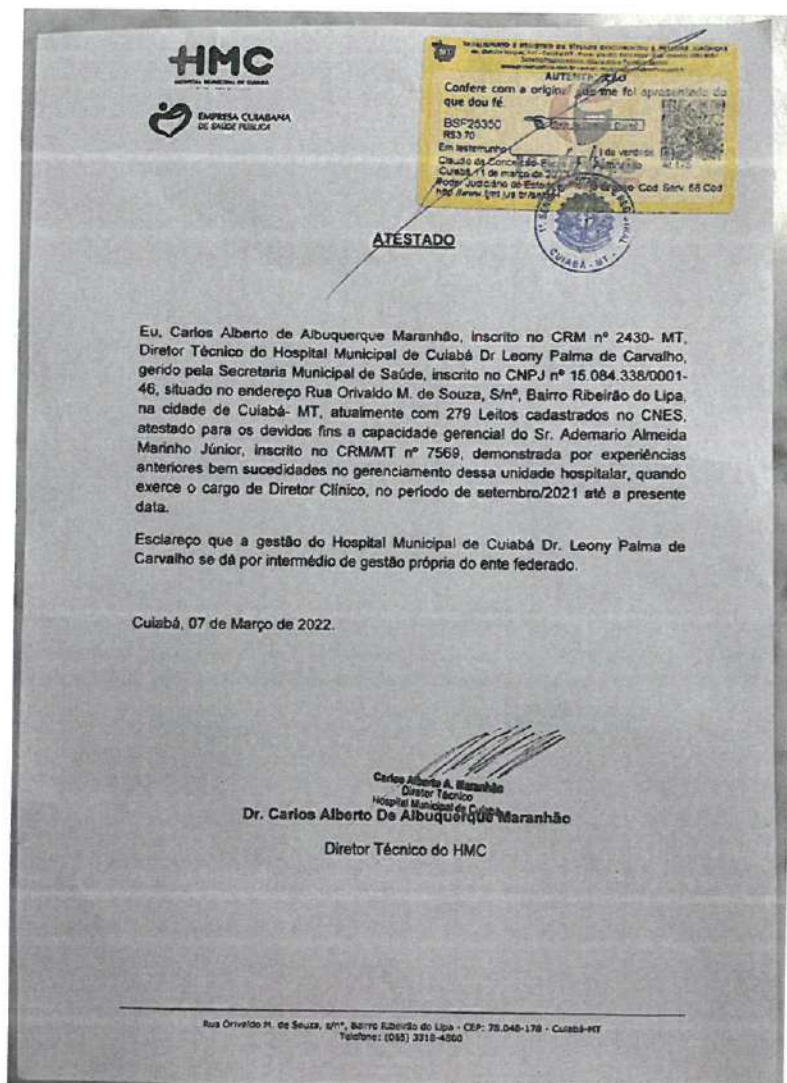
Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ROBERTA RODRIGUES BATISTA NEVES SAMPÃO	990016297642837	Z2605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	10	10	20
ROBERTA SILVA SOARES FERREIRA GHIGGI	99001626904802	Z211F9 - MÉDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PRÓPRIO		0	30	30	60
ROBERTO DA SILVA SANTOS	940010001455266	S10340 - ATENDENTE DE LAVANDERIA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		40	0	0	40
RODOLFO ALVES PAULO DE SOUZA	990016277405174	I31205 - DIRETOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		30	0	0	30
RODOLFO ALVES PAULO DE SOUZA	990016277405174	Z25205 - MÉDICO OFTALMOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	5	5	10
RODOLFO MEDEIROS CUNHA FORTES	990016901578501	Z24205 - TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	20	20	40
RODRIGO ADRIANO DE FELIPES	704030397835965	Z231F9 - MÉDICO RESIDENTE	SIM	RESIDENCIA	RESIDENTE	PRÓPRIO		0	30	30	60
RODRIGO BRAZ DE QUEIROZ	990016282726151	Z25205 - MÉDICO UROLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	5	5	10
RODRIGO COELHO MOREIRA	990016265347499	Z25124 - MÉDICO PEDIATRA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	20	40	60
RODRIGO DE SOUZA GOMES	7020314134899811	Z32205 - TÉCNICO DE ENFERMAGEM	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	0	40	40
RODRIGO FERREIRA DA SILVA	990016276912552	Z25151 - MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	0	40	40
ROGERIO ANTUNES DE SOUZA	702400826109725	Z62310 - MOTORISTA DE FURÇÃO OU VEÍCULO	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		40	0	0	40
ROGERIO BRAGA MARQUES MONTEIRO	990016001456071	Z324210 - AUXILIAR TÉCNICO EM PATOLOGIA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	0	40	40
ROMILDO FERREIRA DOS SANTOS	990016001036445	Z324205 - TÉCNICO EM PATOLOGIA CLÍNICA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	40	0	40
ROMINA SOLEDAD HEREDIA GARCIA SILVA	990016296868231	Z25175 - MÉDICO GENETICISTA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	5	0	5
ROMULO CESAR GONCALVES	210173231290006	Z25151 - MÉDICO ANESTESIOLOGISTA	SIM	VINCULO EMPREGATÍCIO	ESTATUTÁRIO	SERVIDOR PRÓPRIO		0	0	40	40
Total de profissionais										1011	

Total de profissionais 1011



5.1.2. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 100 LEITOS E INFERIOR A 200 LEITOS

- *A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 100 (cem) leitos e inferior a 200 (duzentos) leitos, mediante exercício de suas funções pelo Diretor ADEMARIO ALMEIDA MARINHO JUNIOR;*



HMC
HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABÁ

EMPRESA CUIABANA DE SAÚDE PÚBLICA

AUTENTADO
Confere com a original e assim foi aprovada a que dou fé.
BSP26350
R\$3,70
Em testemunho
Cidade de Cuiabá, MT, em 07 de março de 2022.
Poder Judiciário do Estado de Mato Grosso - Cod. Serv. 65 Cod. 100
100 Rev. 1/01 1/01

ATESTADO

Eu, Carlos Alberto de Albuquerque Maranhão, inscrito no CRM nº 2430- MT, Diretor Técnico do Hospital Municipal de Cuiabá Dr. Leony Palma de Carvalho, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde, inscrito no CNPJ nº 15.084.338/0001-46, situado no endereço Rua Orivaldo M. de Souza, S/nº, Bairro Ribeirão do Lipo, na cidade de Cuiabá- MT, atualmente com 279 Leitos cadastrados no CNES, atestado para os devidos fins a capacidade gerencial do Sr. Ademario Almeida Marinho Júnior, inscrito no CRM/MT nº 7569, demonstrada por experiências anteriores bem sucedidas no gerenciamento dessa unidade hospitalar, quando exerce o cargo de Diretor Clínico, no período de setembro/2021 até a presente data.

Esclareço que a gestão do Hospital Municipal de Cuiabá Dr. Leony Palma de Carvalho se dá por intermédio de gestão própria do ente federado.

Cuiabá, 07 de Março de 2022.

Carlos Alberto A. Maranhão
Diretor Técnico
Hospital Municipal de Cuiabá
Dr. Carlos Alberto De Albuquerque Maranhão
Diretor Técnico do HMC

Rua Orivaldo M. de Souza, s/nº, Bairro Ribeirão do Lipo - CEP: 78.048-178 - Cuiabá-MT
Telefone: (065) 3318-4500

CNES Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

Ministério da Saúde (MS)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC)
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação (CGSI)

Ficha de Estabelecimento Identificação

Data: 19/06/2022

CNES: 9208352 Nome Fantasia: HOSPITAL MUNICIPAL DE CUIABA E P S DR LEONY PALMA CNPJ: --
 Nome Empresarial: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE Natureza Jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
 Logradouro: RUA ORIVALDO DE SOUZA Complemento: --
 Bairro: RIBEIRAO DO LIPA Município: 510340 - CUIABA UF: MT
 CEP: 78048-178 Telefone: -- Dependência: MANTIDA Reg de Saúde: -- Gestão: MUNICIPAL
 Tipo de Estabelecimento: HOSPITAL GERAL Subtipo: --
 Diretor Clínico/Gerente/Administrador: ADEMARIO ALMEIDA MARINHO JUNIOR
 Cadastrado em: 12/05/2017 Atualização na base local: 27/05/2022 Última atualização Nacional: 09/06/2022
 Horário de Funcionamento: SEMPRE ABERTO

Hospitalar - Leitos

COMPLEMENTAR	Leitos Existentes	Leitos SUS
UNIDADE ISOLAMENTO	9	9
UTI ADULTO - TIPO II	50	50
UTI CORONARIANA TIPO II - UCO TIPO II	10	0
UTI PEDIATRICA - TIPO II	10	10
ESPEC - CIRURGICO		
BUCO MAXILO FACIAL	2	2

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).

Descrição	Leitos Existentes	Leitos SUS
CARDIOLOGIA	4	4
CIRURGIA GERAL	34	34
NEFROLOGIAUROLOGIA	5	5
NEUROCIRURGIA	10	10
OFTALMOLOGIA	2	2
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	61	61
OTORRINOLARINGOLOGIA	2	2
PLASTICA	2	2
QUEIMADO ADULTO	17	17
QUEIMADO PEDIATRICO	5	5
TORACICA	2	2
ESPEC - CLINICO		
CLINICA GERAL	36	36
NEUROLOGIA	5	5
PEDIATRICO		
PEDIATRIA CIRURGICA	16	16
PEDIATRIA CLINICA	13	13

Data desativação: -- Motivo desativação: --

Esta é uma cópia impressa do documento oficial. As informações oficiais atualizadas estão disponíveis no site do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>).


CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
 CONSELHO REGIONAL DO MATO GROSSO
CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME: **ADEMARO ALMEIDA MARRINHO JUNIOR**
 CNM UF: **007569/MT**

FÉLICIAÇÃO: **ADEMARO ALMEIDA MARRINHO**
 MATRIZ: **JOSE MOREIRA MARRINHO**

DATA DE REGISTRAÇÃO: **VIA 27/12/2013**
 ASSINATURA DO PORTADOR: *[Handwritten Signature]*



RG / ORGÃO EMISSOR: **1548991-0/SSP-MT**
 ZONA: **037**

TÍTULO DE ELEITOR: **028991851838**
 SEÇÃO: **232**

DATA DE NASCIMENTO: **07/05/1980**
 NATURALIDADE: **RONDONÓPOLIS/MT**

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO: **CUJABÁ, 21/01/2014**

0100881

VALIDA COMO PROVA DE IDENTIDADE PARA QUALQUER EFEITO DE ACORDO COM A LEI 9.129/79

ASSINATURA DO PRESIDENTE DO CRM: *[Handwritten Signature]*

5.1.3. EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE OU DE SEUS GESTORES NA GESTÃO DE HOSPITAIS POR QUANTIDADE IGUAL OU SUPERIOR A 50 LEITOS E INFERIOR A 100 LEITOS

- *A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 50 (cinquenta) leitos e inferior a 100 (cem) leitos, mediante Contrato de Gestão nº 45/2022 – Hospital Estadual de Luziânia;*
- *A documentação anexa comprova experiência da Organização Social em Gestão Hospitalar por quantidade igual ou superior a 50 (cinquenta) leitos e inferior a 100 (cem) leitos, mediante exercício de suas funções pelo Diretor, Sr. VITTOR ARTHUR GALDINO;*



Contrato 45/2022 - SES

AJUSTE DE PARCERIA NA FORMA DE CONTRATO DE GESTÃO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DE GOIÁS, POR MEIO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, E O INSTITUTO PATRIS, PESSOA JURÍDICA DE DIREITO PRIVADO, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE, COM VISTAS AO FOMENTO, GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA.

PARCEIRO PÚBLICO:

ESTADO DE GOIÁS, doravante denominado **PARCEIRO PÚBLICO**, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, com sede na Rua SC-1, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia-GO, CEP 74.860-270, inscrita no CNPJ sob o nº 02.529.964/0001-57, neste ato representado pelo Secretário de Estado da Saúde, SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA, médico, portador da Cédula de Identidade nº 3788518 - DGPC/GO, inscrito no CPF sob o nº 699.515.191-72, residente e domiciliado nesta Capital.

PARCEIRO PRIVADO:

INSTITUTO PATRIS, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, qualificada como Organização Social de Saúde no Estado de Goiás, por meio do Decreto estadual nº 9.994, de 1º de dezembro de 2021, inscrita no CNPJ sob o nº 37.678.845/0001-40, com sede na Rua Antônio João, nº 276, Sala 202, Bairro Centro Norte, CEP: 78005-410, Cuiabá-MT, doravante denominado **PARCEIRO PRIVADO**, neste ato representada por seu Presidente, VITTOR ARTHUR GALDINO, brasileiro, divorciado, advogado, portador da Cédula de Identidade nº 13.955 OAB/MT, inscrito no CPF sob o nº 729.096.171-49, residente e domiciliado em Cuiabá-MT.

GOIÂNIA, SEGUNDA-FEIRA, 13 DE JUNHO DE 2022
ANO 185 - DIÁRIO OFICIAL/GO Nº 23.815

 **Diário Oficial**

15

Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.
Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMPRASE e PUBLIQUE-SE.
Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA,
Secretário de Estado de Saúde

Protocolo 309408

PORTARIA Nº 1403, de 20 de maio de 2022

Emenda Impositiva
O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo.

RESOLVE:

Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de CAMPINORTE cujo objeto é CUSTEIO, constante no processo nº 202200010001938.
Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R\$ 90.000,00 (noventa mil reais).
Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação.
Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO.
§ 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações.
§ 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.
Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.
Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMPRASE e PUBLIQUE-SE.
Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA,
Secretário de Estado de Saúde

Protocolo 309409

PORTARIA Nº 1521, de 03 de junho de 2022

Emenda Impositiva
O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições legais, considerando o disposto no artigo 111 e parágrafos da Constituição do Estado de Goiás, nos artigos 5º e 6º da Lei estadual nº 17.797/2012, no artigo 8º do Decreto Estadual nº 7.824/2013 e na Portaria nº 526/2019-GAB/SES-GO, que trata sobre a instrução processual das transferências de recursos na modalidade Fundo a Fundo.

RESOLVE:

Art. 1º - HOMOLOGAR o Plano de Trabalho apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de ITAGUARU cujo objeto é CUSTEIO, constante no processo nº 202200010003241.
Art. 2º - DETERMINAR a transferência do recurso na modalidade Fundo a Fundo, no valor total de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).
Parágrafo Único - Cabe à Superintendência de Gestão Integrada - SGI, a realização dos atos necessários para o cumprimento desta Portaria, inclusive no que tange à sua publicação.
Art. 3º - Para a Prestação de Contas o Município deverá observar a Seção II, do Capítulo IX, da Lei estadual nº 17.928/2012, bem como o artigo 18 da Portaria nº 526/2019 - SES/GO.
§ 1º - A prestação de contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade Fundo a Fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações.
§ 2º - A prestação de contas final, referente ao total recebido de uma só vez, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

Art. 4º - A vigência do presente instrumento será de 12 (doze) meses, a partir da data de sua publicação no Diário Oficial do Estado.
Art. 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação CUMPRASE e PUBLIQUE-SE.
Gabinete do SECRETÁRIO da SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE.

SANDRO ROGÉRIO RODRIGUES BATISTA,
Secretário de Estado de Saúde

Protocolo 309411

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 43/2022-SES/GO (IBGC / HOSPITAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS). Processo nº: 202000010030294. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada - IBGC. **Objeto:** Formação de parceria para o fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das atividades de saúde no HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS DR. GERALDO LANDÓ. **Valor do Contrato:** R\$ 177.038.460,96. **Dotação Orçamentária:** 2650.10.3.02.1043.2149.03.100.90. **Vigência:** 48 (quarenta e oito) meses com início a partir da data de publicação deste ato na imprensa oficial. **Signatários:** Sandro Rogério Rodrigues Batista - Secretário de Estado da Saúde. Ludmylla Bastos e Barbosa Maqueara - Instituto Brasileiro de Gestão Compartilhada - IBGC.

Protocolo 309405

EXTRATO DO CONTRATO DE GESTÃO Nº 45/2022-SES/GO (INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL DE LUZIÂNIA). Processo nº: 202100010000417. **Parceiro Público:** Estado de Goiás - Secretaria de Estado da Saúde. **Parceiro Privado:** Instituto Patris. **Objeto:** Formação de parceria para o fomento, gerenciamento, operacionalização e execução das atividades de saúde no HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA. **Valor do Contrato:** R\$ 226.838.371,20. **Dotação Orçamentária:** 2650.10.302.1043.2149.03.100.90. **Vigência:** 48 (quarenta e oito) meses com início a partir da data de publicação deste ato na imprensa oficial. **Signatários:** Sandro Rogério Rodrigues Batista - Secretário de Estado da Saúde. Vitor Arthur Galdino - Instituto Patris.

Protocolo 309528

Aviso de Licitação

A SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO, tomapúblico que fará realizar a licitação abaixo relacionada na modalidade PREGÃO ELETRÔNICO na forma da lei. O edital encontra-se à disposição dos interessados na Gerência de Compras Governamentais/SES-GO, situada na Rua SC-I, nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia/GO, CEP: 74.860-270 - Fone: 3201-3800/3459, e no site: www.comprasnet.go.gov.br.

P.E. N.º 130/2022. Proc: 202200010026108 - Objeto: Registro de preço para eventuais aquisições de Materiais Médicos, tipo Correlatos, para as unidades da Secretaria Estadual de Saúde. Tipo: menor preço por item - Valor total estimado: R\$ 636.126,07. Data de início da apresentação das propostas e documentos de habilitação, no sistema comprasnetgo: A partir das 16:00 h do dia 13/06/2022 (Horário de Brasília).
Data da abertura da sessão pública: A partir das 09:00 h do dia 04/07/2022 (Horário de Brasília).
Goiânia/GO, 10 de junho de 2022.
Natal de Castro - Gerente da GCG/SES-GO

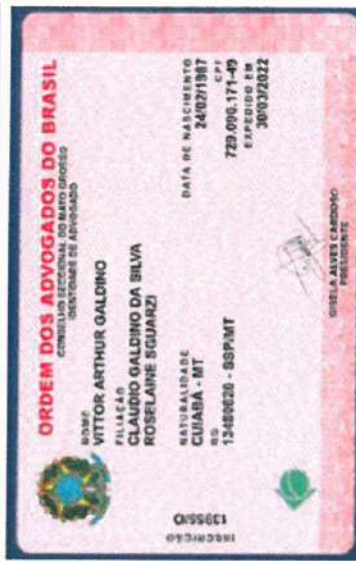
Protocolo 309454

Secretaria de Estado da Economia

Resolução nº 05, de 10 de junho de 2022.

Altera as colas de diárias, passagens e hospedagens para o primeiro semestre do ano de 2022, da SEMAD, PGE, SEEL.

A Câmara de Gestão de Gastos, no uso das atribuições que lhe confere o Decreto nº 9.660, de 6 de maio de 2020, especialmente com base no inciso I, § 2º, do art. 13 desta norma, e ainda conforme





**Sistema de Controle de Cursos de Divisão de Educação Continuada
Declaração de Disciplinas Cursadas**

Curso: MBA EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO: GESTÃO DE SAÚDE (LMBAGS*20_01)
Turma: ONL021N5-LGSLV2113

Declaramos para os devidos fins, que **VITTOR ARTHUR GALIDNO**, portador(a) do CPF de número 729.096.171-49, está regularmente matriculado(a) no curso **MBA EXECUTIVO EM ADMINISTRAÇÃO: GESTÃO DE SAÚDE (LMBAGS*20_01)**, sob o número de matrícula 280348/2021, com data de início em 12/04/2021 e término previsto para 25/06/2022, cursou até a presente data, as seguintes disciplinas:

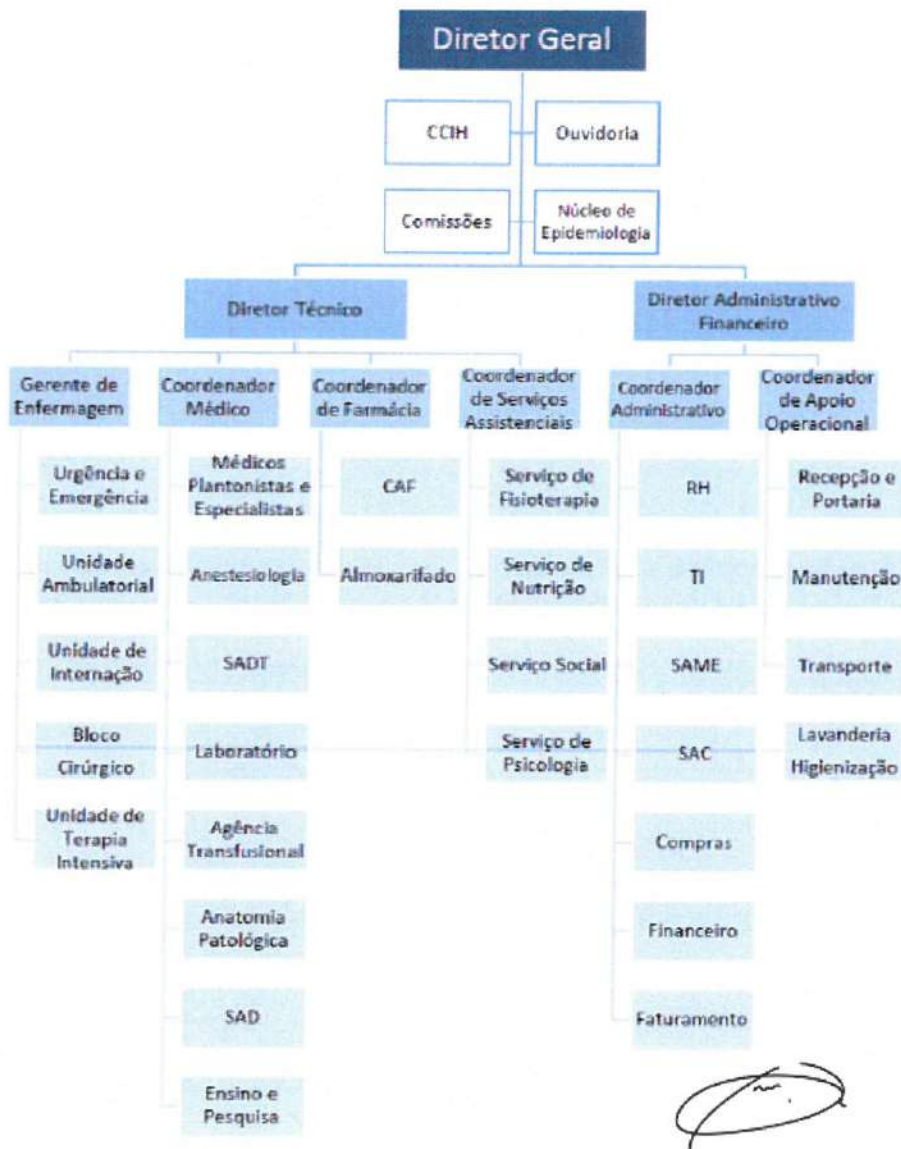
Disciplina	Carga Horária	Professor	Freq. %	Média
Ética e Sustentabilidade Social	24	Eduardo Elias Farah	100,00	7,00
Gestão de Custos em Saúde	24	Andréia Fátima Fernandes Limelra	100,00	9,80
Gestão de Pessoas em Organizações de Saúde	24	Sérgio Amad Costa	100,00	10,00
Marketing em Organizações de Saúde	24	Claudia Cristina Moreira Souza	100,00	8,80
Negociação e Administração de Conflitos	24	Antonio Claudio Queiroz Santiago	100,00	8,00
Planejamento e Gestão Estratégica em Organizações de Saúde	24	Wilson Rezende da Silva	100,00	8,50
Plano de Negócios em Saúde	24	Fernando Antonio Fonseca Lopes	100,00	9,50
Tecnologia da Informação e Inovação em Organizações de Saúde	24	Libânia Rangel de Alvarenga Paes	100,00	10,00

A presente declaração não substitui o Certificado de Conclusão de Curso

5.2. ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA

5.2.1. APRESENTAÇÃO DE ORGANOGRAMA DA UNIDADE, COM DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE CADA MEMBRO DO CORPO DIRETIVO

ORGANOGRAMA DA UNIDADE



h

DESCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS MEMBROS DO CORPO DIRETIVO

Cargo: Diretor Geral

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Executiva do Instituto Patris

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
 - Administração do tempo;
 - Relacionamento humanizado;
-

- Visão sistêmica;
- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais na unidade, na área de competência;
 - Elaborar planejamento estratégico;
 - Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade;
-

- Planejar, organizar, coordenar e dirigir as atividades na unidade, a fim de que o mesmo atinja sua finalidade;

- Conduzir a elaboração e execução dos planos estratégicos e operacionais, em todas as áreas da unidade, visando a assegurar o seu desenvolvimento, crescimento e continuidade;

- Definir as políticas e objetivos específicos de cada área, coordenando a execução dos respectivos planos de ação, facilitando e integrando o trabalho das equipes, visando otimizar os esforços para a consecução dos objetivos da unidade;

- Identificar oportunidades, avaliar a viabilidade e fazer recomendações sobre novos investimentos ou desenvolvimento de novas atividades, visando garantir um retorno adequado ao usuário e resguardar a segurança dos ativos da unidade;

- Manter contatos com a direção das empresas para identificar oportunidades de ampliação ou melhoria nos produtos/ serviços prestados ou solução de eventuais problemas contratuais ou operacionais, visando a manter a satisfação do cliente e projetar uma imagem positiva da unidade;

- Conduzir os processos de mudança na cultura da organização, visando conquistar o engajamento de todos os seus integrantes e garantir a consolidação de uma cultura organizacional orientada para a contínua busca da qualidade e de altos padrões de desempenho individual e coletivo;

- Manter contatos com a direção de outras empresas, entidades de classe e órgãos governamentais, visando a harmonizar esforços que se traduzam em benefícios para o usuário da unidade e a comunidade geral;

- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo.

Cargo: Diretor Administrativo/Financeiro

Departamento: Administrativo

Se reporta à: Diretoria Geral

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Administração, Economia ou afins com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
- Administração do tempo;
- Relacionamento humanizado;
- Visão sistêmica;

- Foco no resultado;
- Ética e honestidade;
- Direcionador de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Executar as deliberações gerais na unidade, na área de competência;
- Elaborar planejamento estratégico;
- Organizar, comandar, coordenar e controlar as atividades da unidade;

- Administrar a unidade, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com os regulamentos, regimento das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de trabalho;
 - Conferir as informações que são levantadas pelas unidades para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição;
 - Manter em dia os registros e alvarás das atividades que exigirem essa providência;
 - Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral;
 - Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativas da unidade e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados;
 - Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
 - Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo a ata as decisões;
 - Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento POP – Procedimentos Operacionais Padrão;
 - Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativas, utilizando os instrumentos pertinentes;
-

- Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;
 - Estabelecer e avaliar as atividades administrativas, visando a satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as, conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;
 - Manter sistemas de avaliação contínua, através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
 - Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes a administração ou a ela relacionados;
 - Manter bom relacionamento com os demais serviços de saúde da unidade;
 - Planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias;
 - Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
 - Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe administrativa;
 - Substituir o diretor operacional em seus impedimentos dentro dos limites de delegação fixados;
 - Realizar as atividades que o diretor operacional lhe confiar;
-

- Participar com o diretor operacional das reuniões com os gerentes e coordenadores das unidades;

- Preparar expediente, relativo às áreas sob sua coordenação, as informações diárias e/ou mensais e coligir os dados que o diretor operacional necessite para a tomada de decisões;

- Manter o regimento dos serviços administrativos atualizados;

- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;

- Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição;

- Realizar as demais atividades inerentes ao cargo;

Cargo: Diretor Técnico

Departamento: Diretoria

Se reporta à: Diretoria Geral

Classe: Líder

Escolaridade exigida: Ensino superior em Medicina com pós graduação

Experiência: Mínima de 3 (três) anos

Treinamentos/Aperfeiçoamento necessário:

Integração;

Protocolos internos;

NR 32

COMPETÊNCIAS COMPORTAMENTAIS NECESSÁRIAS:

- Inteligência emocional;
 - Administração do tempo;
 - Relacionamento humanizado;
 - Visão sistêmica;
 - Foco no resultado;
 - Ética e honestidade;
-

- Diretor de soluções;
- Foco no cliente interno e externo;
- Tomada de decisão sob pressão;
- Gestão de Pessoas;
- Gerenciador de crise e conflito.

ACESSOS LIBERADOS NA UNIDADE:

- MV;
- E-mail;
- Internet;
- Acesso as pastas internas.

ATRIBUIÇÕES:

- Organizar os serviços assistenciais de acordo com a especificidade da unidade elaborando e fazendo cumprir o regimento do serviço de assistência;
- Cumprir e executar a política de gestão em saúde definida pelo Instituto Patris juntamente com a SES/GO;
- Cumprir e fazer cumprir as legislações trabalhistas, normas e códigos externos e regulamentos internos;

- Manter um rigoroso comportamento ético e zelar pela conduta ética dos profissionais em geral;
 - Zelar pela conservação dos edifícios, instalações, equipamentos, móveis, máquinas, instrumentos e obter a maior adequação possível de seu uso;
 - Divulgar aos colaboradores e demais profissionais o Organograma, Missão, Visão e Valores;
 - Administrar as atividades do Corpo Clínico da unidade, assegurando a regularidade do seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com o regulamento, regimento das unidades assistenciais, regimento das unidades administrativas, regimentos de unidades de apoio, procedimento de gestão e instruções de trabalho;
 - Visualizar, planejar, organizar, comandar, orientar, delegar e controlar os setores sob sua responsabilidade;
 - Estabelecer o processo de avaliação permanente aos serviços sob seu comando, propondo medidas que visem a melhoria contínua na prestação de assistência humanizada e de qualidade ao usuário;
 - Auxiliar na execução do planejamento estratégico de médio e longo prazo;
 - Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem em segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
 - Manter em dia os registros e alvarás dos serviços que exigirem providências;
-

- Manter constante contato com os responsáveis das áreas ligadas à sua diretoria e com as demais diretorias;
 - Analisar e produzir relatórios mensais, mantendo os dados gerais da unidade atualizados para tomada de decisões;
 - Participar ou integrar comissões que venham a ser criadas sempre que os assuntos pertinentes à Administração ou a elas relacionadas;
 - Participar, convocar e presidir reuniões, sempre que necessário, com seus subordinados diretos ou outros profissionais transcrevendo em ata as decisões tendo em vista a qualidade da assistência, as necessidades dos serviços e os programas de melhoria contínua da assistência prestada;
 - Participar dos processos seletivos dos médicos, conforme necessidade;
 - Acompanhar o desenvolvimento dos colaboradores dos setores de atuação de acordo com a Política de Gestão de Pessoas com foco na Gestão por competências;
 - Dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à medicina;
 - Realizar as atividades que o Diretor Geral lhe confiar;
 - Definir e fazer gestões para a obtenção de recursos humanos necessários ao atendimento médico nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando cuidado integral ao usuário;
 - Manter de cada médico, prontuário completo onde conste ao menos: Credenciamento do Corpo Clínico, cópia autenticada de toda a documentação constante
-

do artigo e incisos do presente regulamento, documentos sobre possíveis ocorrências e comprovante de pagamento das anuidades ao CRM regional;

- Gerenciar, elaborar e divulgar as escalas de plantão das equipes médicas, bem como fazê-las cumprir;

- Orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativo, técnico, operacional e ético as diversas atividades do Corpo Clínico Médico.

- Realizar todas as demais atividades que lhe são intrínsecas ao cargo ocupado.

RELAÇÃO NOMINAL DOS DIRIGENTES DA UNIDADE

Nível	Função	Nome*
1º	Diretor Geral	SIDNEI LUIS RUGERI
2º	Diretor Técnico (MED)	REGIS VIEIRA DE CASTRO
	Diretor Adm Financeiro	ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA
3º	Gerente de Enfermagem	FERNANDA ALVES ARIANO
	Coordenador Médico	ALISSON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO
	Coordenador Farmácia	ANDRE LUCAS FERNANDES CHAVES
	Coordenador de Serviços Assistenciais	ROZE MEIRY BENEDITO SOUZA DA COSTA GUSMÃO
	Coordenador Administrativo	CASSIANO MORAES FALLEIROS
	Coordenador de Apoio Operacional	GILSON FERREIRA ORTIZ

- A documentação anexa comprova a titulação de especialistas em gestão/administração hospitalar dos membros da diretoria e coordenações;
- A documentação anexa também comprova a experiência mínima de 1 ano da Diretoria da Organização Social em Saúde (lotados na unidade) no gerenciamento de Unidade Hospitalar.

5.2.2. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS EM ADMINISTRAÇÃO/GESTÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES (ANEXO VIII)



Universidade do Contestado - UnC

CERTIFICADO



Certificamos que **SIDNEI LUÍS RUGERI**, C.I. 4880349, nascido em 24 de fevereiro de 1966, natural do Estado do Rio Grande do Sul, nacionalidade brasileira, concluiu o Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em **MBA EM GESTÃO HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE**, realizado no período de outubro/2009 a abril/2012, em Concórdia/SC, com duração de 450 (quatrocentas e cinquenta) horas.

Concórdia-SC, 31 de maio de 2012


Prof. José Alceu Valério
 Reitor


Titulado


Prof. Jacir Favretto
 Pró-reitor de Campus

Universidade do Contestado - UnC
 Ministério de Educação - MEC
 Reconhecimento: Resolução CNE/CES, D.O.E. Nº 8/03
 Decreto 4.288, D.O.E. Nº 20/04/2006
 Decreto 5.198, D.O.E. Nº de 11/07/2006

Universidade do Contestado - UnC
 Certificado registrado sob nº 263, Livro 2, folio 167,
 em 12/4/2012. Processo Nº 243/2012
 Data: 15/4/2012

 Registro de Certificação
 Registrar Geral



IPOG INSTITUTO DE
PÓS-GRADUAÇÃO
E GRADUAÇÃO



Certificado

O Diretor Acadêmico do IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO, no uso de suas atribuições, tendo em vista a conclusão do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* em **MBA Executivo Gestão em Saúde**, (Área de conhecimento Negócios, administração e direito), com carga horária total de 360 horas/aula, consoante os termos da Resolução MEC/CNE/CES, N° 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS/IPOG n° 4 de 22 de maio de 2013, outorga o título de especialista a

REGIS VIEIRA DE CASTRO

nacionalidade Brasileiro(a), nascimento em 16 de dezembro de 1980, cêJula de identidade n° 3449378-SSP-GO, o presente certificado, a fim de que possa gozar de todos os direitos e prerrogativas legais.

Goiânia, 02 de maio de 2022



Prof. CARLOS COSTA GUIZELINI
DIRETOR ACADÊMICO



ESPECIALISTA



SARA DE SA CAVALCANTE
SECRETARIA ACADÊMICA

Página 1 de 3

IPOG - INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO E GRADUAÇÃO

Recredenciamento Portaria nº 804 de 12 de Agosto de 2016 -
Publicação DOU 15 de agosto de 2016

SECRETARIA ACADÊMICA

Certificado registrado sob o n° 4539 - No Livro 82 - Folha(s) 227

O curso obedeceu todas as disposições da Resolução MEC/CNE/CES, N° 1 de 06 de abril de 2018, e a Resolução CAS-IPOG N° 4 de 22 de maio de 2013.

Goiânia, 02 de maio de 2022



Karine Gonçalves de Oliveira
Setor de Registro de Certificado



Sara de Sa Cavalcante
Secretaria Acadêmica

IPOG

Página 2 de 3

1

1058

República Federativa do Brasil

 **Faculdade Einstein** 

CERTIFICADO

O Diretor da FACEI - Faculdade Einstein certifica que

ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA
RG nº 10170731 SSP/NT e CPF nº 771.915.791-53

Concluiu em 18 de março de 2012
o curso de Pós-Graduação (Lato Sensu) em:

PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Com carga horária de 500 horas-aulas nos termos da Resolução CNE/CES nº 1/2007 publicada no D.O.U em 08 de junho de 2007 e da Portaria de Credenciamento da FACEI: Portaria MEC/SESu nº 6 de 7/1/2008 no DOU 8/1/2008.

Salvador, Bahia, 15 de Janeiro de 2014.


Prof. Dr. José Augusto Maciel Torres
Diretor



Concluinte

CS Digitalizada com CamScanner

FACEI – Faculdade Einstein

HISTÓRICO ACADÊMICO

Local das aulas: Salvador
 Período: 15 de janeiro/2011 à 18 de março/2012
 Critérios de avaliação: trabalhos, provas teóricas e práticas, seminários e estudos de casos.

Curso: PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

NOME: ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA

Disciplinas	CH	Nota	Docentes
Metodologia Científica	100h	8,0	Mestre Paulo Henrique Góes
Fundamentos Contábeis Hospitalares	100h	8,0	Dr. Joaquim Pereira da Silva
Psicologia Hospitalar	100h	8,0	Dr. José Augusto Maciel Torres
Gestão Hospitalar	100h	9,0	Mestre Paulo Henrique Góes
Gestão Modular Hospitalar	100h	8,0	Dr. Jorge Graco Pinheiro Sales
Carga Horária Total	500h		

Título da Monografia: UMA VISÃO REFLEXIVA DA GESTÃO HOSPITALAR

Entidade Mantenedora: Sociedade Soteropolitana de Ensino, Pesquisa e Extensão LTDA/ Entidade Mantida: Faculdade Einstein – FACEI
 Endereço: Rua Engenheiro Silva Lima, 89, Nazaré, Salvador – Bahia, CEP: 40.040-030
 Telefone: (71) 3484-1421/ 3032-6501
 CNPJ: 04.953.429/0001-54 / E-mail: jastorres@facei.com.br
 Credenciamento: Portaria MEC/SESu nº6, de 7/1/2008 (DOU: 8/1/2008)

Certificado registrado no dia 18 de setembro de 2013, folha nº 279 do livro de registro nº 02 da FACEI
 Sub registro nº 723-V

Referente ao curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar
 à título de Pós-Graduação Lato Sensu.

Salvador, 15 de janeiro de 2014.


 Prof. Dr. José Augusto Maciel Torres
 Diretor



Aluno: FERNANDA ALVES ARIANO

SISTEMA ESCOLAR						
DISCIPLINAS	CURSA	NOTA	SITUAÇÃO	PROVENIÊNCIA	PROFESSOR	SITUAÇÃO
P.L.C. PLANO DE DESENVOLVIMENTO DE CURSO	65	75	AP	140	MARCELA SANTOS ALVARO	RESTRANDEADO
INTEGRAÇÃO DE ORGANIZAÇÕES E MÉRITOS DE SAÚDE	35	70	AP	141	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS PARA SUCESSO EM SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	142	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
RECALIBRAMENTO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	35	70	AP	143	ROBERTA MARQUES POZZETTI VIEIRA	RESTRANDEADO
GESTÃO DE PESSOAL NO SETOR PÚBLICO	35	70	AP	144	LEONAR DE OLIVEIRA RODRIGUES SANTOS	RESTRANDEADO
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS DO TRABALHO PÚBLICO	35	70	AP	145	ELIZABETH RIBEIRO DE SOUZA	RESTRANDEADO
REPRESENTAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DO SERVIDADOR PÚBLICO	35	70	AP	146	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
REPRESENTAÇÃO DE SERVIÇOS	35	70	AP	147	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
REPRESENTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA GESTÃO DE SAÚDE	35	70	AP	148	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	149	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	150	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	151	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	152	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	153	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	154	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	155	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	156	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	157	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	158	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	159	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	160	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	161	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	162	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	163	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	164	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	165	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	166	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	167	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	168	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	169	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	170	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	171	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	172	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	173	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	174	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	175	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	176	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	177	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	178	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	179	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO
ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA	35	70	AP	180	WENDY CAROLINE ROSSI DA SILVA	RESTRANDEADO


Data Proibida: Não há

TC: Monitoragem Normativa

Portaria de Recrutamento de Pessoal - 0002/2022
Linha de Curso: Pós-graduação CGESP

Registado no Arquivo de Certificação pelo Conselho CGESP sob o nº 1020114. Data de Emissão: 2022

Daniela Rodrigues Ferreira
DANIELA RODRIGUES FERREIRA
Secretaria Geral
Faculdade CGESP
Portaria TP. 002/2018





**FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS**

O Diretor da Escola de Pós-Graduação em Economia e o Diretor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas conferem a

ROZE MEIRY BENEDITO SOUZA DA COSTA
Natural de Campo Grande - MS, nascido em 11/01/1978, car.de identidade nº 933152 - SSP- MT

Certificado, do Curso de Pós-Graduação Lato Sensu
AUDITORIA E GESTÃO EM SAÚDE

Nível Aperfeiçoamento, com 450 horas-aula, concluído em 15 de junho de 2012.

Rio de Janeiro, 19 de fevereiro de 2014.

Rubens Penha Cyanc
Rubens Penha Cyanc
Diretor da EPGE / FGV

Flávio Carvalho de Vasconcelos
Flávio Carvalho de Vasconcelos
Diretor da EBAPE / FGV



2º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DA 1ª CIRCUNSCRIÇÃO DO
PROBILÍANEA DA COMARCA DE CURURUPÁ - COMARCA DO
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE MATO GROSSO

AUTENTICAÇÃO
Certifico para os devidos efeitos que a presente fotocópia
é reprodução fiel do documento que me foi apresentado.

BD 6392 R\$3,70 - **Escritório Digital**

Curitiba, MT, 29 de fevereiro de 2014. E

Escritório Digital
Rua dos Operários de Maracá
Bairro de Maracá
Consulte em: 0711.81.0100
Atendimento 24 horas



FUNDAÇÃO
GETULIO VARGAS



Escola de Administração
de Empresas de São Paulo

O Diretor da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas,
no uso de suas atribuições e tendo em vista a conclusão do
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR
E DE SISTEMAS DE SAÚDE,**
realizado em convênio com o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo, com 540 horas, em dezembro de 2005, outorga a

Cassiano Moraes Falleiros

brasileiro, natural do Estado do Paraná, nascido a 26 de maio de 1979,
RG. 22.346.106-4

o presente Certificado.

São Paulo, 31 de janeiro de 2006

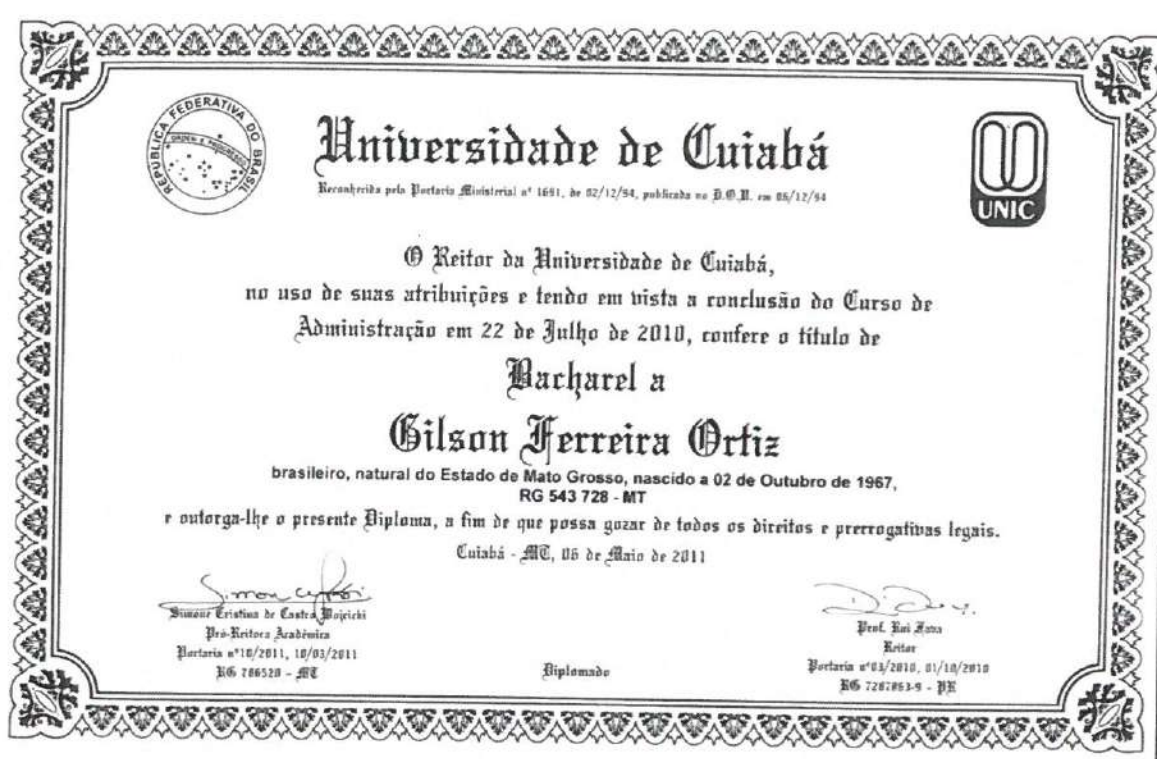

Fernando de Souza Meirelles
Diretor


José Manoel de Camargo Teixeira
Superintendente do HCFMUSP
Coordenador do CEAMS

SECRETARIA ESCOLAR DO CEAMS

Certificado registrado no Livro n.º de
Folha n.º N.º de Ordem
do PROAMSA (Escola de Administração de Empresas de
São Paulo da Fundação Getúlio Vargas e Hospital das
Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de
São Paulo).
Em .. de .. de .. de ..


Secretária Escolar





CERTIFICADO

A Associação Beneficente Síria - Hospital do Coração em parceria com o Ministério da Saúde certifica que:

Gilson Ferreira Ortiz

Participou das oficinas de capacitação do Projeto "Desenvolvimento Gerencial Integrado da Linha de Atenção às Urgências no Ambiente Intra-hospitalar", oferecido pelo Laboratório de Implementação do Conhecimento em Saúde do Hospital do Coração, realizado no Estado do Mato Grosso, no período de maio a novembro de 2019, totalizando a carga horária de 186 horas, com frequência de 96%.



Dra. Bernardete Weber



Gizelda Monteiro da Silva



PROGRAMAÇÃO

EIXO 1 - Gestão Hospitalar - Planejamento, Monitoramento e Avaliação

Reflexão sobre superlotação, congestão nos serviços hospitalares de urgência/emergência (SHU) e suas consequências aos processos assistenciais, que resultam na violação de direitos dos pacientes e dos trabalhadores no SHU. Compreensão e reflexão sobre as melhores práticas de gestão hospitalar com foco na Atenção às Urgências, consolidando práticas alinhadas a conceitos de Qualidade, Avaliação e Monitoramento em Saúde. Reconhecimento dos diferentes pontos de atenção intra e extra-hospitalares e suas interfaces, possibilitando o desenvolvimento do pensamento sistêmico e articulado em redes de atenção, viabilizando o planejamento de ações para o enfrentamento da superlotação/congestão.

EIXO 2 - Gestão Clínica e a Atenção às Urgências no Ambiente Intra-Hospitalar


Compreensão e reflexão sobre a experiência do paciente frente ao encontro das necessidades humanas e do direito universal em saúde, dos conceitos de urgência, emergência e gravidade, e dos processos administrativos institucionais. Recepção, acolhimento e priorização do cuidado de acordo com o risco/necessidade e os tempos de espera clinicamente sustentáveis. Necessidades e possibilidades de reorganização das práticas segundo o conceito de linhas de cuidado com vistas a garantia dos espaços e fluxos de atendimento nos serviços de urgência hospitalares. Gerenciamento dos tempos clínicos no manejo das diferentes linhas de cuidado ao agudo/agudizado com especial atenção para as doenças de maior morbimortalidade, com foco na cultura de segurança do paciente.

EIXO 3 - Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS

Compreensão e reflexão sobre o papel do Serviço Hospitalar de Urgência na rede de serviços de saúde, enquanto serviço parte de uma rede poliárquica, que depende de interfaces adequadas para entradas e saídas oportunas, seguras e coordenadas, com a necessidade de interação efetiva entre pessoas em processos gerenciáveis. Reconhecimento da Rede Regional de Atenção às Urgências, considerando os múltiplos itinerários dos pacientes frente às dimensões de perfil, tempo de acesso e resolutividade. Conceituação e parametrização de necessidade das diferentes ofertas hospitalares, em especial leitos e exames. Formalização de processos para gerenciamento de ofertas visando a continuidade do cuidado nos diferentes setores dos hospitais e da rede de serviços de saúde.

5.2.3. EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO DA DIRETORIA QUE ATUARÁ NA UNIDADE LICITADA (ANEXO VIII)

DocuSign Envelope ID: 8167FFF4-C796-4D34-BDE1-2B527192E5C7

 **REDE
SANTA CATARINA**

Av. Paulista 283
2º andar - Bela Vista
São Paulo - SP
CNPJ: 03.111.400
Tel: (11) 5481.6222
www.asec.org.br

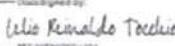
São Paulo, 10 de Junho de 2022.

DECLARAÇÃO

ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO SANTA CATARINA, inscrito no CNPJ 60.922.168/0010-77 declara, para os devidos fins, que **SIDNEI LUIS RUGERI**, inscrito no CPF 433.553.310-15 e portador da Carteira Profissional 48640 Série 648 – RS, foi nosso colaborador no período de **04/11/2019 a 25/04/2022** com contrato de trabalho sob regime da CLT.

Durante este período, o colaborador ocupou a posição de DIRETOR EXECUTIVO do HOSPITAL SÃO JOSÉ, situado na Rua Judith Mauricio de Paula, 40 – Teresópolis, entidade sem fins lucrativos inscrita no CNES 2292386 e com 125 leitos ativos.

Atenciosamente,

DocuSigned by:

CELSONILSON@GMAIL.COM

ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO SANTA CATARINA
CNPJ 60.922.168/0010-77

**Hospital Estadual
de Trindade**
Waldia Ferreira dos Santos



ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins, que o **IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**, associação civil sem fins lucrativos de apoio à gestão de saúde, por sua filial em Trindade-GO, sito a Rua 3, nº 200, Jardim Primavera, CEP.: 75.390-334 (CNPJ/MF nº 19.324.171/0004- 47), atual gestor do Hospital Estadual de Trindade Waldia Ferreira dos Santos – HETRIN (contrato de gestão nº 037/2019), vem atestar para os devidos fins, que o médico **RÉGIS VIEIRA DE CASTRO CRM/GO nº 12014**, respondeu pela Direção Técnica do estabelecimento durante o período de 01/10/2019 à 26/03/2021.

Diante do exposto, colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento desejado.


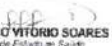
Atenciosamente,

YARA LUCIA GOMES
PRES
FIRMANDES:67447437
100

Atestado de forma digital
por YARA LUCIA GOMES
PRES
FIRMANDES:2947437100

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

Endereço: R. 03, 200 - Jardim Primavera, Trindade - GO
Cep: 75.380-400 | Tel: (62) 3110-8757

Terça-Feira, 10 de Outubro de 2017	Diário Oficial	Nº 27122	Página 78
SES			
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE			
<p>PORTARIA Nº 192/2017/GBSES</p>			
<p>O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições previstas no inciso II do Art. 71, da Constituição Estadual, e;</p> <p>CONSIDERANDO que em 30/09/2017, encerrou-se o Contrato de Gestão nº. 004/SES/MT/2011, celebrado entre esta Secretaria de Estado de Saúde e a Associação Congregação de Santa Catarina, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES - "Dr. Antônio Fontes".</p> <p>CONSIDERANDO a decisão da Secretaria de Estado de Saúde de retornar a administração direta do Hospital Regional de Cáceres, a partir de 01/10/2017.</p>			
<p>RESOLVE:</p> <p>Art. 1º Designar o servidor, ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA, para estar à frente do cargo de Diretor Administrativo do Hospital Regional de Cáceres, pelo período necessário.</p> <p>Art. 2º Poderá o Servidor, ora designado, como Diretor usar de todas as atribuições e/ou determinações contidas no Decreto nº. 1.213/2017, bem como, solicitar pessoas para auxiliá-lo na função investida, podendo delegar atribuições específicas e fazer desligamentos quando necessário.</p> <p>Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 1º/10/2017, revogando-se as disposições em contrário.</p>			
<p>Registrada, Publicada, CUMPRÁ-SE. Cuiabá-MT, 04 de outubro de 2017.</p>			
 LUIZ ANTONIO VITORIO SOARES Secretário de Estado de Saúde			
<p>PORTARIA Nº 194/2017/GBSES</p>			
<p>O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições previstas no inciso II, do Art. 71, da Constituição Estadual, e;</p> <p>CONSIDERANDO o encerramento do Contrato de Gestão nº. 004/SES/MT/2011, celebrado entre esta Secretaria de Estado de Saúde e a Associação Congregação de Santa Catarina, cujo objeto consiste no gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES - "Dr. Antônio Fontes".</p> <p>CONSIDERANDO a Resolução nº. 2.145/2016 do Conselho Federal de Medicina que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos, bem como, a decisão desta Secretaria de Estado de Saúde em retornar a administração direta do referido nosocômio a partir de 01/10/2017.</p>			
<p>RESOLVE:</p> <p>Art. 1º Designar o servidor HERNANDEZ SILVA COUTINHO para o cargo de Diretor Técnico do Hospital Regional de Cáceres a partir de 01/10/2017.</p> <p>Art. 2º O servidor designado poderá utilizar-se das prerrogativas contidas no Decreto Estadual nº. 1.213/2017, assim como, solicitar pessoas para auxiliá-lo na função investida, delegar atribuições específicas e operar desligamentos de funcionários quando necessário.</p> <p>Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 01/10/2017, revogando-se as disposições em contrário.</p>			
<p>Registrada, Publicada, CUMPRÁ-SE. Cuiabá, 09 de outubro de 2017.</p>			
 LUIZ ANTONIO VITORIO SOARES Secretário de Estado de Saúde			
<p>RETIFICAÇÃO DA PUBLICAÇÃO - DIÁRIO OFICIAL N.º 27121, PÁG. 55.</p>			
<p>PORTARIA N.º 193/2017/GBSES Designa servidores para exercer a função de Fiscal Titular, Fiscal Substituto e Gestor dos contratos abaixo.</p>			
<p>O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso das atribuições legais; CONSIDERANDO o disposto no art. 67 da Lei n.º 8.666/93 e o art. 102 do Decreto Estadual n.º 7.217/06, acerca da necessidade de acompanhamento, fiscalização dos contratos celebrados através de um representante da</p>			
<p>Administração; CONSIDERANDO que os órgãos públicos devem manter fiscal formalmente designado durante toda a vigência dos contratos celebrados;</p>			
<p>RESOLVE:</p>			
<p>Art. 1º Designar os servidores abaixo elencados, para responder pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação da execução dos contratos da Secretaria de Estado de Saúde abaixo discriminados:</p>			
<p>CONTRATO N. 054/2014/SES - ALC AUTO CENTER LTDA Contratação de empresa especializada em manutenção corretiva e preventiva, com fornecimento de peças genuínas ou originais, de primeira linha para veículos e motocicletas independente de marca, com a utilização de Sistema de Gestão Gerencial e Operacional, para atender a demanda da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso, conforme condições e especificações constantes no Termo de Referência e Plano de Trabalho. Fiscal Titular: José Roberto da Silva Filho - Matrícula: 278101 - CPF: 830.634.041-87 em substituição à Mardem Aparecido dos Santos - Matrícula: 114223 - CPF: 280.523.061-15. Fiscal Substituto: Leandro Luiz de Souza - Matrícula: 280014 - CPF: 695.905.241-68 em substituição à Djalma José da Silva - Matrícula: 263074 - CPF: 305.186.651-53.</p>			
<p>CONTRATO N. 057/2015/SES - SIEMENS HEALTHCARE DIAGNÓSTICOS S.A Locação de equipamento e aquisição de reagentes para testes de sorologia - MT Hemocentro. Fiscal Titular: Leonardo Marin - Matrícula: 95599 e CPF: 888.813.691-68 em substituição à Maria Alice Fernandes Martins Matrícula: 58257 e CPF: 107.691.098-02. Fiscal Substituto: Benedito Elias Avanço - Matrícula: 58285 - CPF: 424.079.829-91 em substituição à Leonardo Marin Matrícula: 95599 e CPF: 888.813.691-68</p>			
<p>CONTRATO N. 003/2017/SES - TICKET SOLUÇÕES HDFGT S/A Contratação de empresa especializada na prestação de serviços continuados de gerenciamento e controle de fornecimento de combustíveis (Gasolina comum, Diesel comum e S10, etanol comum), em rede de postos credenciados, com implantação e operação de sistema informatizado e integrado, acessível via WEB, e tecnologia de pagamento por meio de cartão micro processado (com chip ou magnético), visando ao abastecimento de veículos, motores estacionários e embarcações oficiais dos órgãos/entidades do poder executivo do Estado de Mato Grosso. Fiscal Substituto: Emarly Jose da Conceição - Matrícula: 279685 - CPF: 460.684.731-04 em substituição à Djalma José da Silva - Matrícula: 263074 - CPF: 305.186.651-53</p>			
<p>CONTRATO N. 004/2017/SES - MAXIMA AMBIENTAL SERVIÇOS GERAIS E PARTICIPAÇÕES LTDA EPP "Contratação de Empresa Especializada na prestação de Serviços de Coleta Transbordo (se necessário), Tratamento e Destinação e/ou Disposição final dos RSS (Resíduos de Serviço de Saúde) GRUPOS "A" e "E", definidos pela, RDC ANVISA nº 306/2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Saúde, Resolução CONAMA nº 358/2005, para atender as Unidades da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso geradoras de RSS". HOSP. ALTA FLORESTA - Fiscal Titular: José Marcos Santos da Silva - Matrícula: 93464 - CPF: 157.163.845-87 HOSP. COLIDER - Fiscal Titular: Jéssika Domingos - Matrícula: 60285 - CPF: 033.061.031-79 Fiscal Substituto: Abimaél Baptista Ribeiro - Matrícula: 60215 - CPF: 038.614.561-09 HOSP. METROPOLITANDO VG - Fiscal Titular: Andreia Regina da Luz Silva - Matrícula: 0520 - CPF: 018.936.421-19</p>			
<p>CONTRATO N. 010/2017/SES - LIDERANÇA LIMPEZA E CONSERVAÇÃO LTDA Contratação de empresa para prestação de serviços de Oficial de Serviços Gerais, para atuar com manutenção predial e serviços eventuais, tais como mão de obra especializada, que irá atender a SES/SEDE e Descentralizada. Fiscal Titular: Ivanilda Batista dos Santos - Matrícula: 263327 - CPF: 009612871-28 Rosinaldo Azevedo Albrez - Matrícula: 273626 - CPF: 703.188.101-57. Fiscal Substituto: Marcelo Gláucio da Silva Nunes - Matrícula: 111129 em substituição à Ivanilda Batista dos Santos - Matrícula: 263327 - CPF: 009612871-28</p>			
<p>CONTRATO N. 022/2017/SES/MT - LM ORGANIZAÇÃO HOTELARIA LTDA Contratação de empresa especializada na prestação de serviços de hospedagem e fornecimento de alimentação incluindo Coffee Break para atender a demanda do conselho Estadual de Saúde Fiscal Titular: Francisco Wagner Lopes Simplicio - Matrícula: 43370 em substituição à Lucia Maria Almeida - Matrícula: 115471 Fiscal Substituto: Maria Jose Vieira da Silva - Matrícula: 63930 - CPF: 328.845.751-20 em substituição à Luciana de Miranda - Matrícula: 126974 - CPF: 629.566.741-91</p>			

SEPLAG
Secretaria de Estado
de Planejamento
e Gestão



Governo de
**Mato
Grosso**

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS

CERTIDÃO DE VÍNCULO FUNCIONAL

CERTIFICO QUE, EM CONSULTA AO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO, CONSTA EM NOME DO(A) SENHOR(A)

ONAIR AZEVEDO NOGUEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 10170731/SSP, INSCRITO(A) SOB O CPF Nº 771.915.791-53, MATRÍCULA FUNCIONAL Nº 280800, O(S) SEGUINTE(S) VÍNCULO(S) ATIVO(S):

- o COMISSIONADOS (DGA-2) LOTADO(A) NO(A) SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE, CARGA HORÁRIA DE 40H HORAS SEMANAIS;

INEXISTINDO QUALQUER OUTRO VÍNCULO ATIVO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, AUTÁRQUICA OU FUNDACIONAL DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL.

CUIABÁ-MT, 22 DE FEVEREIRO DE 2022.

NÚMERO DE VALIDAÇÃO: 693329

Observações:

- Certidão expedida gratuitamente, através da Internet;
- A informação dos dados acima é de responsabilidade do solicitante da Certidão, devendo a titularidade ser conferida pelo interessado e destinatário;
- A autenticidade desta certidão poderá ser confirmada na página da Secretaria de Estado de Gestão através do seguinte endereço: http://www.gestao.mt.gov.br/certidao_vinculo_funcional



PORTARIA Nº 027/2020

Goiânia, 01 de julho de 2020.

O Diretor Geral do Hospital e Maternidade Municipal Célia Câmara - HMMCC, no exercício de suas atribuições legais e estatutárias, conforme plano de trabalho do convênio 007/2019-FUNDAHC/SMS/HMMCC.

RESOLVE: Nomear a colaboradora **Fernanda Alves Ariano**, ocupante do cargo de **Enfermeira Assistencial**, como **Enfermeira RT/ Coordenadora dos Serviços de Enfermagem**. Fará jus à gratificação da função enquanto a estiver exercendo.

Esta portaria entra em vigência a partir desta data 01/07/2020.

Atenciosamente,




Dr. José Miguel de Deus

Diretor Geral do Hospital e Maternidade Municipal Célia Câmara



Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Data de emissão: 13/08/2020

Nome Civil: **FERNANDA ALVES ARIANO**
CPF: **019.467.211-58**
Data de Nascimento: **11/06/1985**
Sexo: **Feminino**
Nacionalidade: **Brasileira**
Nome da Mãe: **CLEIDE ALVES DE MELO ARIANO**

Contratos de Trabalho

● 01/04/2020 - Aberto

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

CNPJ: 02.916.347/0001-43

Ocupação: **223505 - ENFERMEIRO**

Salário Contratual: **R\$ 3.889,56**

Remuneração Inicial: **R\$ 6.587,66**

Última Remuneração Informada: **R\$ 8.364,08** (05/2022)

Anotações

16/11/2021 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 30/11/2021

05/04/2021 - Férias de 15 dia(s) com previsão de encerramento em 19/04/2021

07/02/2022 - Salário alterado para R\$ 4.237,68

01/05/2020 - Salário alterado para R\$ 3.889,56

01/04/2020 - Admissão

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONFRESA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONFRESA/MT
AVISO DE RESULTADO DE LICITAÇÃO
PREGÃO PRESENCIAL Nº 68/2017
PROCESSO Nº 1327/2017

A Prefeitura Municipal de Confresa/MT torna público, para o conhecimento dos interessados, o resultado do processo licitatório na modalidade Pregão Presencial SRP Nº 68/2017 conforme segue:

OBJETO: CONTRATACAO DE EMPRESA PARA PRESTAR SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DE COMBUSTIVEL AUTOMOTIVO POR MEIO DE CARTAO MAGNETICO E RASTREAMENTO VEICULAR DA FROTA PERTENCENTE AO MUNICIPIO DE CONFRESA/MT.

ADJUDICADO E HOMOLOGADO para a empresa: **SAGA COMÉRCIO E SERVIÇOS TECNOLOGIA E INFORMÁTICA LTDA**, CNPJ nº 05.870.713/0001-20, Vencedora dos Itens 01 no valor de R\$ 42,00 (quarenta e dois reais), Item 02 percentual 0,5% e Item 03 R\$ 167,00 (cento e sessenta e sete reais) Unitário, para um período de 12 meses, visto que a empresa atendeu todos os requisitos do Edital e seus Anexos.

Reinaldo Heverton Ferraz de Oliveira
Pregoeiro

PREFEITURA MUNICIPAL DE COTRIGUAÇU

HOMOLOGAÇÃO DE ADESÃO A ATA DE REGISTRO DE PREÇO

O Prefeito Municipal, JAIR KLASNER, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, especialmente no Lei nº 10.520/02 e em face aos princípios ordenados através da Lei nº 8.666/03 e alterações posteriores, e vista do parecer conclusivo exarado pelo Pregoeiro e sua equipe de apoio, resolve: HOMOLOGAR A PRESENTE LICITAÇÃO OBJETO: "ADESÃO A ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 094/2017 REGISTRO DE PREÇO PARA FUTURA E EVENTUAL AQUISIÇÃO DE VEÍCULO RODOVIÁRIO (MICROÔNIBUS/IAN) PARA TRANSPORTE DE PASSAGEIROS, PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE."

PROCESSO: 88/2017 - LICITAÇÃO NR: 55/2017 - HOMOLOGAÇÃO: 04/06/2017 - PREGÃO PRESENCIAL - ADESÃO A ATA 094/2017 DE CAMPO NOVO DO PARECIS

1) Fornecedores e Itens declarados Vencedores (de Cotação): ENZO CAMINHÕES LTDA CNPJ: 09.137.236/0001-49 - QUANTIDADE 01 (UM) MICROÔNIBUS - VALOR GLOBAL: 183.800,00 - Cotriguaçu, 04 de Agosto de 2017.

JAIR KLASNER
PREFEITO MUNICIPAL

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.290/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

TORNAR SEM EFEITO, o ATO GP Nº 1.240/2017, publicado no DOCTCE Nº 1157 de 18/07/17, de **NOMEAÇÃO** de **LEONALDO CASTRO DE CAMPOS**, do cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Gerente de Suporte, Símbolo DAS-05, na Secretaria Municipal de Trabalho e Desenvolvimento Econômico, a partir de 18/07/2017.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 02 de agosto de 2017.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.291/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, VILMAR JOSE DE OLIVEIRA, no cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Gerente de Suporte, Símbolo DAS-05, na Secretaria Municipal de Trabalho e Desenvolvimento Econômico, a partir de 03/08/2017.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 02 de agosto de 2017.

EMANUEL PINHEIRO
Prefeito Municipal

ATO GP Nº 1.293/2017

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT), no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

NOMEAR, ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO, no cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Diretor Clínico, Símbolo DAS-02, na Empresa Cuiabana de Saúde Pública, a partir de 03/08/2017.

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.
Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 07 de agosto de 2017.

Ano 8 Nº 1521	– Página 21
Divulgação quarta-feira, 9 de janeiro de 2019	Publicação quin 10 de janeiro de 2019

em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Coordenador Administrativo, Símbolo DAS-02, na Empresa Cuiabana de Saúde Pública, a partir de 09/01/2019 .

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 08 de Janeiro de 2019.

EMANUEL PINHEIRO

Prefeito Municipal

ATO GP Nº 21/2019

O Prefeito Municipal de Cuiabá-(MT) , no uso de suas atribuições legais,

RESOLVE:

EXONERAR, ALLISON TIAGO ARRUDA DE ARAUJO, do cargo em comissão de Direção e Assessoramento Superior, Diretor Clínico, Símbolo DAS-02, na Empresa Cuiabana de Saúde Pública, a partir de 09/01/2019 .

REGISTRADO, PUBLICADO, CUMPRA-SE.

Palácio Alencastro, em Cuiabá-MT, 08 de Janeiro de 2019.

CÓDIGO - MD 022

SETOR EMITENTE: ADM DE PESSOAL

TÍTULO - DECLARAÇÃO DE VÍNCULO

Goiânia, 16 de junho de 2022

DECLARAÇÃO

Declaramos, a pedido e para os fins de comprovação, que a Sr.(a) **ANDRÉ LUCAS FERNANDES CHAVES** CPF: **029.836.371-23**, foi empregado(a) da Fundação de Apoio ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (FUNDAHC/HC), pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita sob o CNPJ 02.918.347.0001/43 sob o regime da CLT, com sede à Primeira Avenida nº. 545 - Setor Leste Universitário, Goiânia - Goiás.

O (a) supracitado (a) funcionário (a) lotado no (a) **FARMÁCIA - HMMCC**. De **26/03/2020 a 31/05/2022** na função de **SUPERVISOR DE FARMÁCIA**.

Atenciosamente,



Comprovamos a validade desta Declaração de Vínculo em 16/06/2022 às 18:48:39

DECLARAÇÃO DE VÍNCULO (SUPERVISOR ANDRÉ LUCAS).doc

Documento número e78b9e90d-2531-4017-83a8-ac297cee841a

Hash do documento original (SHA256): 137c218e0e0100

Assinaturas

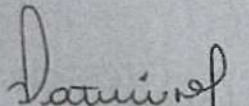
 **DAYANA CARNEIRO DA SILVA SOUZA**
CPF: 015.224.451-45
Assinou em 16 jun 2022 às 18:29:25

 **NALBIO OLIVEIRA DA SILVA**
CPF: 980.775.111-04
Assinou em 16 jun 2022 às 18:48:39

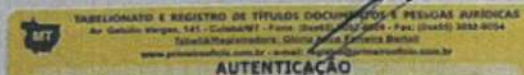
Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

DECLARAÇÃO

Hospital Estadual Santa Casa, CNPJ 04.441.389/001-61, Telefone (65) 3618-800 localizado na praça do seminário, n°141, Bairro Dom Aquino, Declara para os devidos fins, que a senhora, Roze Meire Benedito Souza da costa Gusmão – CPF 805.254.581-15, exerce suas devidas funções nesta unidade hospitalar no cargo de Responsável Técnica de Enfermagem, contratada pela empresa prestadora de serviço Instituto Mato-grossense de Terapia Intensiva LTDA, CNPJ 18.146.705/0001-87, carga horária de 40 horas semanais.


Patricia Dourado Neves
Diretora Geral

Hospital Estadual Santa Casa/SES-MT
Matricula: 60686




GILBERTO DOMINGOS DE FIGUEIREDO
Secretário de Estado de Saúde

PORTARIA N° 042/2020/GSSES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, no uso de suas atribuições legais e,

CONSIDERANDO o Decreto n° 102, de 02 de maio de 2019, que declara estado de calamidade pública, requisitos bens e serviços da Sociedade Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Guixará e dá outras providências;

CONSIDERANDO que, conforme disposto no inciso I do § 1° do Art. 3° do Decreto n° 102, de 02 de maio de 2019, compete à Secretaria de Estado de Saúde utilizar e administrar os bens, imóveis e móveis, e os serviços requisitados, sem prejuízo da promoção de necessidade de curativas emergenciais de equipamentos, medicamentos, insumos e suprimentos, e de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, em conformidade com as diretrizes constitucionais e legais aplicáveis;

CONSIDERANDO que cada Secretaria de Estado ou órgão acima mencionados deverão regulamentar suas respectivas atribuições por meio de Portaria, no que lhe competir, conforme disposto no § 2° do referido Decreto;

CONSIDERANDO que os serviços de gerenciamento do Hospital Estadual Santa Casa, encontram-se sob a responsabilidade da Secretaria de Estado de Saúde;

RESOLVE

Art. 1° Designar a servidora **PATRICIA DOURADO NEVES** Matricula 60686 para responder pela da Direção do Hospital Estadual Santa Casa



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MATO GROSSO
Criado pela Lei Nº 5.905 de 12/07/1973
Instalado pela Portaria Cofen N.º 001/1975

CERTIDÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

O Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso, no uso das suas atribuições legais conferidas pela Lei Federal 5.905/73, considerando a Resolução Cofen nº. 509/2016 certifica a Responsabilidade Técnica pela Gestão Assistencial do Serviço de Enfermagem:

Nome do(a) Enfermeiro(a): ROZE MEIRY BENEDITO SOUZA DA COSTA GUSMÃO
Inscrição Coren/MT: 98658-ENF
Horário/Turno: 7H ÀS 11:30H - 13:30 ÀS 17:30H SEG A SEX
Carga Horária: 40 Horas Semanais
Nome da Empresa ou Instituição: INSTITUTO MATOGROSSENSE DE TERAPIA INTENSIVA LTDA
Endereço: PRAÇA DO SEMINÁRIO Nº141
Bairro: DOM AQUINO
Cidade: CUIABÁ
CEP: 78015325 **UF:** MT
Anotação Nº: 1800/2019 **Data:** 24/09/2019 **Livro:** 005 **Folha:** 144-V
Validade: 07/07/2021 a 07/07/2022

Cuiabá, 07 de julho de 2021.


Dr. Antonio César Ribeiro
Presidente do COREN-MT
COREN-MT-47954-ENF


Flaviana Alves dos Santos Pinheiro
Diretora Departamento Gestão Exercício Profissional
COREN-MT-120508-ENF



MARCOS FLAVIO DE OLIVEIRA SCHIEFLER FILHO

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

PORTARIA-SEI Nº 67, DE 28 DE ABRIL DE 2021

O PRESIDENTE DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelo art. 24 do Estatuto Social vigente da Ebserh, e considerando o disposto no art. 85 do Regimento Interno vigente, resolve:

Art. 1º Nomear CASSIANO MORAES FALLEIROS, matrícula Sipe nº 1102580, para exercer o cargo de Gerente Administrativo do Hospital Universitário Júlio Müller, da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), ficando exonerado do cargo de Gerente de Atenção à Saúde, do HUSM-UFMT, da Rede Ebserh.

Art. 2º Esta Portaria-SEI entra em vigor a partir da data de sua publicação.

OSWALDO DE JESUS FERREIRA

DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

PORTARIA Nº 506, DE 26 DE ABRIL DE 2021

O Diretor de Gestão de Pessoas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh, no uso das atribuições legais e estatutárias, e considerando a delegação de competência de que trata a Portaria nº 46 de 20/08/2017, publicada no DOU de 02/10/2017 e a recondução realizada na 116ª Reunião do Conselho de Administração, em 28 de janeiro de 2021, em conformidade com o disposto no artigo 47, inciso II, do Estatuto Social da Ebserh, resolve:

Art. 1º Exonerar, a pedido, SILVANA KRISTINA HOHMANN PRESTES DA SILVA, matrícula Sipe nº 341650, do cargo de Ouvidor(a), junto à Superintendência, do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HCC-UFPR), da rede Ebserh.

Art. 2º Esta Portaria-SEI entra em vigor a partir de 30 de abril de 2021.

RODRIGO AUGUSTO BARBOSA

Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2 de 24/04/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil.

<https://www.portalttransparencia.gov.br/servidores/77414923>

2/3

TIPO DE VÍNCULO	DATA DE INÍCIO DO VÍNCULO	DATA DE TÉRMINO DO VÍNCULO	ÓRGÃO/ENTIDADE	CARGO/EMPREGO/FUNÇÃO COMISSIONADA
Função	10/01/2019	29/04/2021	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	GF 002.2 - FUNCAO GRATIFICADA
Função	17/03/2014		Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	GF 002.2 - FUNCAO GRATIFICADA

Histórico registrado nas bases do Portal da Transparência conforme dados recebidos da origem. Servidores ativos: dados coletados a partir de 2013. Inativos e Pensionistas: dados coletados a partir de 2020. Em caso de dúvidas, favor contatar o órgão responsável.

l

Oficial		Nº 17/2018	Página 15
ATO Nº 2.938/2018.			
Ju is do is de	O GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais, resolve nomear os(as) senhores(as) abaixo nominados(as) para exercerem os cargos em comissão que especifica da Secretaria de Estado de Saúde - SES, a partir de 03 de junho de 2018.		
	SONIA DE ARAUJO DE AMORIM - Assessor Chefe I do Hospital Estadual "Louisa Ferreira da Silva" - Nível DGA-2		
	MARTHA MARIA AQUILINO PEREIRA - Diretora do Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais - CLOPEL - Nível DGA-4;		
	LUCIANO BARCO - Superintendente de Tecnologia da Informação - Nível DGA-4;		
	JOSIELY DA SILVA MANTERO - Coordenadora de Atividades - Nível DGA-6;		
	ESTER DA CONCEIÇÃO SILVA REIS - Coordenadora de Construção de Saúde - Nível DGA-5;		
	MILTON ALVES PEDROZO - Gerente de Acompanhamento Prestação de Centros Hospitalares - Nível DGA-8;		
	ANITA RICARDA DA SILVA - Gerente de Acompanhamento e Controle de Transplante - Nível DGA-8;		
de re te de tir	CONSUELO GOULART RODRIGUES - Gerente de Captação de Órgãos e Tecidos - Nível DGA-8;		
	WUBER JEFFERSON DE SOUZA SOARES - Gerente de Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde - Nível DGA-8;		
	MAURIEN REINOSO MARTIN - Gerente de Doação de Sangue - Nível DGA-8;		
	ALEXSANDRA MEIRE PEREZ - Superintendente Regional Administrativa e Financeira do Hospital Regional de Colider - Nível DGA-4;		
	GILSON FERREIRA ORTIZ - Superintendente Regional Administrativo e Financeiro do Hospital Regional de Cáceres - Nível DGA-4;		

CERTIDÃO DE VÍNCULO FUNCIONAL

CERTIFICO QUE, EM CONSULTA AO SISTEMA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SECRETARIA DE ESTADO DE PLANEJAMENTO E GESTÃO, CONSTA EM NOME DO(A) SENHOR(A)

GILSON FERREIRA ORTIZ

PORTADOR(A) DO RG Nº 543728/SSP, INSCRITO(A) SOB O CPF Nº 395.779.701-25, MATRÍCULA FUNCIONAL Nº 74862, O(S) SEGUINTE(S) VÍNCULO(S) ATIVO(S):

- o COMMISSIONADOS (DGA-4) LOTADO(A) NO(A) SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE, CARGA HORÁRIA DE 40H HORAS SEMANAIS.

INEXISTINDO QUALQUER OUTRO VÍNCULO ATIVO NO ÂMBITO DA ADMINISTRAÇÃO DIRETA, AUTÁRQUICA OU FUNDACIONAL DO PODER EXECUTIVO ESTADUAL.

CUIABÁ-MT, 03 DE MARÇO DE 2022.

5.3. IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

5.3.1. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL MÉDICO POR ÁREA DE ATENÇÃO COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS NO PLANO DE TRABALHO

Especialidade	Emergência			Ambulatório			Diarista			Outros Setores		
	Qte	Carga Horária	Regime Contratação	Qte	Carga Horária	Regime Contratação	Qte	Carga Horária	Regime Contratação	Qte	Carga Horária	Regime Contratação
Pediatria	14	24	CLT/PJ	2	24	CLT/PJ	2	20	CLT/PJ			
Ortopedista – Pediatria	10	24	CLT/PJ	4	24	CLT/PJ	2	20	CLT/PJ			
Alergia/Imunologia				2	24	CLT/PJ	2	20	CLT/PJ			
Cardiologia				1	24	CLT/PJ						
Cirurgia Pediátrica				1	24	CLT/PJ						
Anestesiologia										4	24	CLT/PJ
Cirurgia Plástica				1	24	CLT/PJ						
Dermatologia				1	24	CLT/PJ				2	24	CLT/PJ
Endocrinologia				1	24	CLT/PJ				7	24	CLT/PJ
Gastrologia/Hepatologia				1	24	CLT/PJ						
Genética				1	24	CLT/PJ						
Ginecologia infanto-puberal				1	24	CLT/PJ						
Hematologia				1	24	CLT/PJ						
Homeopatia				1	24	CLT/PJ						
Infectologia				1	24	CLT/PJ						
Nefrologia				1	24	CLT/PJ						
Neurocirurgia				1	24	CLT/PJ						
Neurologia				1	24	CLT/PJ						
Oftalmologia				1	24	CLT/PJ						
Oncologia Pediátrica				1	24	CLT/PJ						
Otorrinolaringologia				1	24	CLT/PJ						
Pneumologia				1	24	CLT/PJ						
Reumatologia				1	24	CLT/PJ						
Urologia				1	24	CLT/PJ						
Intensivista							3	24	CLT/PJ	8	24	CLT/PJ

5.3.2. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM, NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA

Os Protocolos encontram-se no Anexo V.

5.3.3. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO, ONCOLOGIA E PEDIATRIA

Os Protocolos encontram-se no Anexo VI.

5.3.4. PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS, HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUE PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS

Os Protocolos encontram-se no Anexo VI.

5.3.5. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA (POR ESPECIALIDADES) OBSERVADOS, EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA

Internações Hospitalares

A Unidade Hospitalar deverá realizar mensalmente 366 saídas hospitalares em clínica cirúrgica pediátrica, 77 saídas em clínica cirúrgica do CERFIS, 327 saídas em clínica pediátrica e 9 saídas em Clínica Pediátrica Crônica, com variação de $\pm 10\%$ de acordo com o número de leitos operacionais cadastrados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, distribuídos nas seguintes áreas:

INTERNAÇÃO - SAÍDAS HOSPITALARES	META MENSAL	META ANUAL
Clínica Cirúrgica Pediátrica	366	4.392
Clínica Cirúrgica CERFIS	77	924
Clínica Pediátrica	327	3.924
Clínica Pediátrica Crônica	9	108

Cirurgias Programadas

A Unidade Hospitalar deverá realizar um número mensal de cirurgias programadas encaminhadas pelo Complexo Regulador Estadual, contudo, não deverá recusar pacientes encaminhados para atendimentos cirúrgicos de urgência e emergência, de acordo com os critérios da regionalização e seu papel na rede de saúde. Ou seja, o hospital deve realizar TODAS as cirurgias de urgência e emergência que lhe sejam referenciadas, com variação de $\pm 10\%$:

CIRURGIAS ELETIVAS	META MENSAL	META ANUAL
Clínica Cirúrgica Pediátrica	220	2.640
Clínica Cirúrgica CERFIS	77	924

Cirurgias Ambulatoriais

Consideram-se as Cirurgias Ambulatoriais as intervenções que abrangem as cirurgias de pequeno e médio porte, de diferentes especialidades, em pacientes que não necessitam de internação hospitalar.

CIRURGIAS AMBULATORIAIS	META MENSAL	META ANUAL
Cirurgias Ambulatoriais	154	1.848

Atendimento Ambulatorial

A Unidade Hospitalar deverá realizar um número de atendimento ambulatorial em Consultas Médicas mensais de 2.500 consultas e multiprofissionais mensais de 500 consultas, com variação de até 10%.

CONSULTAS AMBULATORIAIS	META MENSAL	META ANUAL
Consulta Médica na Atenção Especializada	2.500	30.000
Consulta Não Médica na Atenção Especializada	1.000	12.000
Procedimentos	131	1.572

Meta de Consulta Ambulatorial por Especialidade

	Qtd. Consulta Mensal	Qtd. Consulta 12 meses
Ortopedista – Pediatria	300	3.600
Alergia/Imunologia	100	1.200
Cardiologia	100	1.200
Cirurgia Pediátrica	100	1.200
Cirurgia Plástica	50	600
Dermatologia	100	1.200
Endocrinologia	100	1.200
Gastrologia/Hepatologia	50	600
Genética	50	600
Ginecologia infanto-puberal	50	600
Hematologia	100	1.200
Homeopatia	100	1.200
Infectologia	100	1.200
Nefrologia	150	1.800
Neurocirurgia	100	1.200
Neurologia	150	1.800
Nutrologia	100	1.200
Oftalmologia	100	1.200
Oncologia Pediátrica	100	1.200
Otorrinolaringologia	150	1.800
Pneumologia	100	1.200
Reumatologia	50	600
Urologia	100	1.200
Psiquiatria	100	1.200

5.3.6. APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL, COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO

EQUIPE TÉCNICA			
Função	Qte	Carga Horaria	Regime Contratação
Agente de Portaria	18	44	CLT
Analista Administrativo	8	44	CLT
Analista de Faturamento	2	44	CLT
Analista de TI	3	44	CLT
Assistente Administrativo	16	44	CLT
Assistente Social	6	30	CLT
Assistente Financeiro	2	44	CLT
Auxiliar Administrativo	6	44	CLT
Auxiliar de Farmácia	16	44	CLT
Auxiliar de Cozinha	10	44	CLT
Auxiliar de Higienização e Limpeza	30	44	CLT
Auxiliar de Laboratório	6	44	CLT
Auxiliar de Manutenção	4	44	CLT
Auxiliar de Processamento de Roupas	12	44	CLT
Biomédico	2	44	CLT
Coordenador Centro Cirúrgico	1	44	CLT
Coordenador Pronto Socorro	1	44	CLT
Coordenador Enfermaria	1	44	CLT
Coordenador de Farmacia	1	44	CLT
Coordenador de Hotelaria	1	44	CLT
Coordenador de UTI	1	44	CLT
Coordenador de Nutrição	1	44	CLT
Coordenador Manutenção	1	44	CLT
Coordenador Operacional	1	44	CLT
Copeira	6	44	CLT
Cozinheiro	4	44	CLT
Diretor Administrativo Financeiro	1	44	CLT
Diretor Geral	1	44	CLT
Diretor Técnico	1	44	CLT
Eletricista	4	44	CLT
Enfermeiro	24	44	CLT
Enfermeiro - CCIH	1	44	CLT

Enfermeiro NVE	1	44	CLT
Enfermeiro – CME	1	44	CLT
Enfermeiro do Trabalho	1	44	CLT
Enfermeiro Qualidade	1	44	CLT
Farmacêutico	4	44	CLT
Faturista	2	44	CLT
Fisioterapeuta	2	30	CLT
Fonoaudiólogo	1	44	CLT
Gerência de Enfermagem	1	44	CLT
Jardineiro	1	44	CLT
Maqueiro	12	44	CLT
Motorista Administrativo	1	44	CLT
Motorista Ambulancia	4	44	CLT
Nutricionista	6	44	CLT
Pedreiro	2	44	CLT
Pintor	2	44	CLT
Psicólogo	4	30	CLT
Recepcionista	16	44	CLT
Técnico de Enfermagem	92	44	CLT
Técnico de laboratório	8	44	CLT
Técnico de Radiologia	10	24	CLT
Técnico de Segurança do Trabalho	1	44	CLT

5.3.7. PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CME, BLOCO CIRÚRGICO, ONCOLOGIA E DE PEDIATRIA

Os Protocolos encontram-se no Anexo VII.

5.4. IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS

5.4.1. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO SOCIAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, DEFINIDAS AS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

Quando se pensa na atividade de serviço social, é impossível dissociá-la do bem estar da coletividade.

Deste modo, cabe ao Assistente Social contribuir com a qualidade de vida e na saúde do usuário do HECAD, além claro dos seus familiares.

O assistente social, traz consigo a competência da busca da justiça social, almejando sempre assegurar a universalidade do acesso aos bens e serviços relativos aos Programas e Políticas Sociais, bem como a sua gestão democrática. Aliás, trata-se esta competência, da busca pela observância aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde.

HORÁRIO DE ATUAÇÃO:

No HECAD, os profissionais do Serviço Social, atuarão na integralidade da carteira de serviços da unidade, nas 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento diário, nos 7 dias da semana, em turnos de 6 (seis) horas, cumprindo jornada de trabalho semanal de 30 horas nos termos da Lei n ° 12.317/2020.

ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

A Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regramento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

Assim, propomos 4(quatro) assistentes sociais no seguinte horário: turno diurno, e 2(dois) assistentes sociais nos seguintes horários turno noturno.

Requisitos para o exercício da função:

- Coordenador do Setor de Serviço Social: Bacharel em Serviço Social, devidamente registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Assistentes sociais: bacharel em serviço social devidamente registrado no Registrado no Conselho Regional de Serviço Social;
- Os atendimentos sociais serão realizados na própria do HECAD, nos consultórios destinados para a realização da avaliação social do paciente, assim como para a prestação de serviços de orientação e demais formas de encaminhamentos.

DESCRIÇÃO DO CARGO:

CARGO: ASSISTENTE SOCIAL

SUBORDINAÇÃO: DIRETORIA TÉCNICA

ÁREA: Serviço Social – Apoio a Assistência

5. Objetivo: Proporcionar atendimento de serviço social aos pacientes e aos seus familiares durante a permanência no HECAD.

6. Atribuições:

- Fazer os encaminhamentos corretos e acompanhar o paciente em suas demandas (referência e contra referência);

- Buscar intermediar contato entre o paciente e a rede de apoio e proteção social quando necessário;

- Proporcionar a recuperação do paciente e sua reintegração ao ambiente familiar e social; - Nos assuntos que se referem a assistência social, estar sempre disposto a atender e orientar o paciente e seus familiares.

8. Experiência requerida: atuação em ambiente hospitalar ou ambulatorial O Assistente Social, é um profissional de saúde, que tem como atribuições agir junto as questões de cunho social, cultural e econômicas, de modo a maximizar a eficácia da prestação de serviços na unidade, aumentando o nível de promoção e proteção à saúde.

O Assistente Social lotado no HECAD atuará na busca por direitos aos usuários dos serviços da unidade, sobretudo quando estes colidirem com as normas institucionais, sempre almejando a conciliação e cooperação.

A atuação do setor de Serviço Social, se norteia pelas diretrizes definidas no documento "Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde".

NORMATIVAS

Das competências

Compete ao Coordenador do Setor:

- Realizar estudos sobre as demandas do setor;
 - Inspeccionar as atividades técnicas e administrativas do Setor de Serviço Social;
 - Assessorar o Diretor Geral da unidade no que lhe competir;
 - Planejar, inspeccionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de atividades no setor;
 - Propor ao Diretor Geral a necessidade de contratação ou dispensa de colaboradores sob sua responsabilidade;
 - Participar de reuniões com temáticas que lhe forem pertinentes;
 - Contribuir na contratação de recursos humanos prevendo o quantitativo necessário ao Setor Social e fazer a distribuição destes;
 - Manter articulação com os demais serviços da unidade; sempre almejando melhor atendimento;
 - Fazer relatório e atividades mensal;
 - Aprovar o Plano de Férias anual dos colaboradores do setor;
 - Zelar pela guarda, controle e conservação dos equipamentos e materiais que utilizar.
-

Compete aos Assistentes Sociais:

- Desempenhar suas funções no Serviço Social;
 - Prestar orientação aos usuários do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD, bem como aos seus familiares;
 - Realizar atendimento social, encaminhamento social, visita social, triagem social;
 - Buscar a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD;
 - Realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais e pareceres sociais;
 - Comandar e participar de pesquisas que proporcionem melhores condições de saúde aos usuários;
 - Analisar o processo saúde-doença dos usuários e atuar com relação a situação econômica e cultural dos pacientes;
 - Criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social;
 - Objetivar a integração entre os profissionais interdisciplinares no HECAD, de modo que se interprete a problemática do paciente e a sua situação social;
 - Atuar para a humanização do atendimento em saúde;
 - Se responsabilizar por seus procedimentos técnicos;
-

- Supervisionar e avaliar os estagiários do serviço social;
- Buscar sempre a eficiência dos serviços;
- Registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

ROTINAS:

Atendimento do profissional Assistente Social no Ambulatório, SADT e Unidades de Internação:

Tal documento, visa orientar a condução do profissional no exercício de seu ofício no atendimento externo, ambulatório, SADT e Unidades de Internação.

- Estar sempre disponível para atender aos usuários;
 - Acolher os usuários e seus familiares;
 - Entrevistar ou proceder com estudo social, que vise entender a situação socioeconômica do usuário e de sua família, almejando intervir estrategicamente;
 - Acompanhar o início das atividades dos setores;
 - Fazer interlocução com a equipe multiprofissional, ou outras instituições objetivando proporcionar o atendimento necessário para a demanda;
 - Formalizar o encaminhamento, quando necessário;
-

- Realizar o registro dos atendimentos no sistema da unidade, do paciente com o setor de Serviço Social, objetivando sempre compartilhar as informações, encaminhamentos e intervenções;

- Realizar todas as demais tarefas que surgirem no desempenho de sua função.

ATUAÇÃO FRENTE A CASO DE ÓBITO NO HECAD

Em casos como este, o profissional do Serviço Social tem papel essencial na condução da situação, agindo sobretudo do seguinte modo:

- Prestar assistência aos familiares e rede de apoio;
- Promover o acesso dos familiares aos serviços disponíveis na rede de apoio social;
- Acolher a familiares e acompanhante de usuário que veio a óbito;
- Facilitar a realização de contato telefônico com os demais familiares/rede de apoio social/rede de apoio para comunicação ao óbito;
- Contatar a rede de proteção social do município de residência do usuário para obter informações sobre os serviços, fazer os encaminhamentos necessários para a obtenção de auxílio-funeral e os demais benefícios disponíveis;
- Orientação sobre trâmites legais para a obtenção da Certidão de Óbito, o qual é fornecido gratuitamente no cartório mais próximo no prazo máximo de 15 dias.

ATIVIDADES REALIZADAS PELOS PRECEPTORES E RESIDENTES DE SERVIÇO SOCIAL:

Objetivo: Orientar a atuação de preceptores e residentes de serviço Social:

Preceptor Assistente Social:

- Orientar e supervisionar a execução das atividades no local onde ocorrem as atividades;
 - Elaborar o planejamento da supervisão;
 - Construir plano de trabalho em conjunto com a tutoria da universidade e os residentes;
 - Executar atividades de orientação e supervisão de acordo com o planejamento e o plano de trabalho delimitados;
 - Realizar as avaliações periodicamente e dentro das determinações do plano de trabalho;
 - Participar das reuniões e eventos interdisciplinares;
 - Participar periodicamente das capacitações para preceptores e tutores;
 - Participar das reuniões de preceptoria e/ou tutoria;
 - Atender ao processo de assistência do SUS, de planejamento e gestão institucional;
 - Inserir-se de forma crítica positiva em processos coletivos de trabalho;
 - Trabalhar de maneira multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, tendo em vista a perspectiva de integralidade do SUS;
-

- Realizar atendimentos individuais, familiares/rede de apoio social e coletivos de forma a considerar os impactos no processo saúde/doença na vida pessoal, familiar, social e profissional do indivíduo e das famílias;
- Ser dinâmico na articulação e acionamento dos recursos disponíveis nas redes de proteção social;
- Definir seu objeto de trabalho no âmbito das expressões da questão social direcionando suas ações profissionais à proteção social na forma de acesso e garantia dos direitos sociais;
- Ter capacidade de sistematizar, pesquisar e articular o seu processo de trabalho nas dimensões da educação e promoção em saúde, vigilância em saúde, sistemas de informação, saúde do trabalhador e controle social;

5.4.2. INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

O cuidado em saúde com o usuário como é o caso do HECAD, exige que o paciente seja visto e assistido sobre um enfoque multiprofissional e de maneira interdisciplinar.

Nesse sentido, definir atribuições gerais ao corpo de colaboradores multiprofissional, de forma a padronizar as situações e modos operacionais, e sobretudo garantir assistência segura aos pacientes é uma preocupação dessa proponente.

Compete aos serviços assistenciais:

- I – Observar e cumprir fielmente o presente regulamento;
 - II- Observar as políticas definidas pela área de Gestão de Pessoas, tanto no processo seletivo, como na condução de sua atividade laboral;
 - III- Estabelecer um fluxo de trabalho organizado, ampliando o atendimento e acesso;
 - IV- Promover qualidade assistencial e segurança que observe os critérios legais e internamente estabelecidos pela unidade;
 - V- Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança do paciente em todo o atendimento e procedimento ou exames na unidade;
 - VI -Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos;
 - VII - Elaborar, propor e analisar os indicadores e resultados do serviço, acompanhando, apresentando e definindo ações preventivas e corretivas, buscando melhorias contínuas e prestando suporte a análises e decisões estratégicas;
 - VIII – Proporcionar integração da equipe multiprofissional, organizando reuniões periodicamente e debate dos casos clínicos a serem avaliados;
 - IX- Estimular a prática da pesquisa científica ao campo de atuação de cada serviço;
 - X – Observar e fazer cumprir as diretrizes e normativas e pautar sua ação profissional em tais documentos;
 - XI – Atuar de modo a garantir a educação continuada entre os colaboradores, buscando sempre o aprimoramento de suas habilidades;
-

XII- Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes e aos funcionários;

XIII – Proporcionar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para garantir qualidade na assistência;

XIV – Guardar e cuidar da manutenção de materiais e equipamentos, mantendo o controle e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários para o funcionamento da unidade;

XV – Demais atribuições inerentes ao desempenho eficiente de sua função.

A equipe multiprofissional do HECAD contará com a liderança e suporte de uma Coordenação Multiprofissional, que será coordenada por um profissional de enfermagem. À essa coordenação estará vinculada as seguintes áreas multiprofissionais:

- Psicologia
- Serviço Social
- Fisioterapia
- Fonoaudiologia
- Farmácia
- Nutrição
- Odontologia

Caberá ao coordenador multiprofissional:

I – Orientar a utilização dos recursos humanos e materiais disponíveis, em conformidade com as demais coordenações, visando atualizar e suprir as necessidades de suas áreas;

II- Coordenar em conjunto com os líderes das áreas que coordena as atividades, processos, almejando resultado eficientes e adequando condutas caso não sejam satisfatórios;

III - Propor a integração dos procedimentos médicos, assistenciais e administrativos no que for de sua atribuição;

IV- Propor a forma de monitoramento dos prazos de agendamento e de realização das atividades assistenciais;

V- Incentivar o uso de sistema informatizado do HECAD, permitindo o compartilhamento das informações do paciente tanto no âmbito operacional como no gerencial e científico;

VI- Propor melhorias nos processos de controle e movimentação dos prontuários de pacientes;

VII – Buscar aprimoramento no método de execução dos processos de auditorias que estiver em sua área de ação;

VIII - Cumprir atribuições contidas neste Regulamento, bem como os contidos em Regimento Interno de áreas que lhe sejam afetas;

A Coordenação Multiprofissional subordina-se à Gerência Assistencial.

Cabe a equipe multiprofissional do HECAD:

I - Participar e cumprir toda as regras do processo seletivo em observância com as políticas e estratégias de Gestão de Pessoas da unidade;

II - Agir para uma melhora no relacionamento interpessoal entre os profissionais com vistas à ação assistencial integrada, resolutiva e humanizada junto aos pacientes;

III – Cumprir os protocolos clínicos específicos e multiprofissionais estabelecidos na instituição;

IV - Encontrar as ameaças dos processos de trabalho e desenvolver ações para criação de regras, políticas e procedimentos para prevenir, identificar e minimizar a ocorrência de eventos não esperados;

V - Promover interação da equipe multiprofissional com reuniões periódicas para discussão de casos clínicos da unidade;

VI - Promover pesquisas científicas em assuntos pertinentes a cada serviço;

VII - Manter suas dependências em condições que possam proporcionar um ambiente seguro aos pacientes, familiares e colaboradores;

VIII – Proporcionar um ambiente de colaboração mútua entre todos os colaboradores facilitando a execução dos processos;

IX - Disponibilizar recursos ambientais, materiais, humanos e equipamentos necessários para assegurar uma assistência qualificada e personalizada em situações rotineiras;

X- Conservar materiais e equipamentos em condições para guarda, controle, manutenção e conservação de uso imediato, bem como, medicamentos e drogas necessários;

XI Conservar materiais e equipamentos em condições de uso imediato, bem como medicamentos e drogas necessários ao uso nas emergências;

XII. Atuar em conjunto com o serviço de Controle de infecção hospitalar relacionado à assistência à saúde no planejamento e na supervisão do cumprimento das ações de controle de infecção;

XIII - Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar o processo e os serviços de assistência de enfermagem;

XIV - Planejar, organizar, coordenar e avaliar as atividades técnicas e auxiliares de enfermagem nas unidades assistenciais;

XV - Elaborar, executar e participar dos eventos de capacitação da equipe de enfermagem;

XVI - Implementar ações para a promoção da saúde;

ENFERMAGEM

A unidade de Enfermagem, compete:

- Auxiliar na assistência de Enfermagem;
 - Responder pelos mapas de medicamentos e entrega dos mesmos e outros mapas implantados pelo Ministério da Saúde;
-

- Elaborar fluxograma de atendimento do serviço;
- Elaborar projetos que visem a melhoria da qualidade técnica e humana dos profissionais da equipe;
- Elaborar junto com a equipe, protocolos que visem a melhoria da assistência;
- Participar de treinamentos;
- Auxiliar o médico nos acompanhamentos dos pacientes atendidos quando for solicitado;
- Auxiliar na supervisão dos acadêmicos de Enfermagem;
- Realizar campanhas de prevenção de agravos conforme solicitado;
- Realizar orientações diversas e atendimentos aos usuários.

PSICOLOGIA

A Unidade de Psicologia, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Assistir psicologicamente a pacientes do ambulatório e famílias, em todo seu processo de adoecer, identificando e interferindo nos cursos dos desajustes emocionais, por meio de instrumentos/ programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família, tanto na forma individual como em grupo;

II - Participar de programas multiprofissionais na assistência ao paciente e família;

III- Emitir relatórios, disponibilizando-os na forma eletrônica, em tempo hábil para uso de toda equipe de saúde as atualizações das ações e orientações decorrentes do acompanhamento psicológico;

IV - Participar de reuniões de equipe de saúde para discussão clínica de casos específicos, bem como das propostas para o funcionamento integrado;

V - Estabelecer normas e critérios de avaliação dos atendimentos prestados a pacientes e familiares;

VI - Facilitar a interpretação dos dados psicológicos às equipes médicas, de enfermagem e multiprofissionais, visando ao planejamento integrado das ações biopsicossociais;

VII - manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com rotina estabelecida;

VII- manter banco de dados de recursos em saúde mental da comunidade para encaminhamento quando se fizer necessário;

VIII- Apresentar relatório mensal e anual de atividades;

IX- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessário;

X - Viabilizar as etapas previstas para a execução com qualidade dos planos de ensino e projetos de pesquisas;

XI - fazer a intermediação entre a Unidade de Psicologia com as instâncias internas pertinentes, bem como com os órgãos externos, no tocante a ensino e pesquisa;

SERVIÇO SOCIAL

A Unidade do Serviço Social, no cumprimento de suas atribuições, deve:

I - Atender os pacientes e familiares, utilizando os instrumentais teóricos metodológicos;

II- Acompanhar a adesão ao tratamento de pacientes;

III - Agilizar recursos mediante a possibilidades de facilitar ou melhorar qualidade deste atendimento;

IV- Planejar ações em conjunto com as equipes com o objetivo de socializar a educação em saúde preventiva;

V- Informar, orientar e encaminhar o paciente a rede sócio- assistencial;

VI - Participar das reuniões de equipe para maior integração das mesmas;

VII - Supervisionar estagiário do Serviço Social;

VIII - Colaborar na elaboração de projetos,

IX - Realizar reuniões de grupo;

X- Realizar atividades grupais com pacientes e familiares para reflexão do processo saúde- doença;

XI - Realizar atendimento ao paciente dos Programas preestabelecidos;

XII - Esclarecer e interpretar ao paciente/ familiar, normas e rotinas institucionais;

XIII - - Esclarecer e refletir com o paciente e familiar as possíveis intercorrências que envolvam a

sua participação e adesão ao tratamento médico proposto;

XIV - identificar e encaminhar os processos relacionados ao abandono do tratamento médico;

XV- Interpretar ao paciente/familiar, os programas de atendimento do hospital, visando otimizar a utilização dos recursos oferecidos;

XVI - Levantar situação que indique maus tratos e/ou negligência e conduzir conforme necessidade.

FISIOTERAPIA

A Unidade de Fisioterapia tem as seguintes atribuições:

I- Estabelecer, organizar e implementar os programas de assistência fisioterapêutica aos pacientes da unidade;

II- Identificar, planejar e coordenar ações de treinamento e desenvolvimento de pessoas, necessárias ao aprimoramento, manutenção e inovação do padrão de excelência na assistência fisioterapêutica, de acordo com as diretrizes institucionais;

III - Promover o estudo e a padronização de técnicas compatíveis com o desenvolvimento de novas tecnologias;

IV- Identificar, promover e coordenar ações de ensino e capacitação profissional na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas educacionais internas e externas;

V- Desenvolver ações de pesquisa e produção de conhecimento técnico-científico na área de Fisioterapia, alinhadas às políticas internas e externas;

VI - Participar de projetos de pesquisa que requeiram o suporte da Fisioterapia;

VII - promover a qualidade dos serviços prestados por meio de estratégias inovadoras e gestão dos sistemas de qualidade;

VIII - Observar os procedimentos definidos pela legislação pertinente;

IX - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial e Coordenação Multidisciplinar;

X - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

FONAUDIOLOGIA

A equipe de Fonoaudiologia tem as seguintes atribuições:

I - Cumprir e fazer cumprir as determinações administrativas da Gerência Assistencial da instituição;

II - Cumprir e fazer cumprir as determinações técnico-assistenciais da Divisão de Fonoaudiologia;

III - Orientar e dar apoio aos responsáveis pelo processo de atendimento aos pacientes institucionais nas suas solicitações e em eventuais demandas de pacientes e/ou familiares em sua área de atuação;

IV - Operacionalizar fluxos, rotinas, protocolos e critérios para o atendimento e quaisquer outras que venham a ser constituídas onde houver atuação fonoaudiológica, visando à minimização dos impactos e riscos assistenciais;

V- Executar as tarefas, atendendo a Norma Regulamentadora 5.32 e promovendo a saúde e segurança ocupacional, dentro das diretrizes corporativas;

VII - promover a gestão da qualidade na prática operacional e assistencial;

VIII— propor medidas que visem ao aprimoramento técnico e científico das atividades desenvolvidas;

IX - Planejar, executar e controlar a produção e demais atividades técnicas das áreas;

X - Garantir a regularidade das atividades técnicas na Área;

XI- promover e apoiar as atividades de ensino e pesquisa na Área, de acordo com padrões estabelecidos pela Divisão;

XI- garantir o uso das tecnologias disponibilizadas para as rotinas diagnósticas dentro das especificações dos fabricantes;

XII — zelar pelo bom uso e preservação das instalações e dos recursos disponibilizados para a realização das atividades;

XIII- - participar de comissões internas onde for designado;

XIV - Cumprir atribuições relacionadas presentes no Regimento Interno, quando pertinentes à sua área de atuação.

XV - Realizar a assistência fonoaudiológica nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, de acordo com procedimentos, rotinas e protocolos previamente estabelecidos;

XVI - Divulgar as escalas de trabalho às equipes de profissionais envolvidas em local de fácil acesso;

XVII - Prestar atendimento diário;

XVIII - Prestar o primeiro atendimento frente ao pedido médico de interconsulta pelo sistema e deve acontecer nas primeiras 24 (vinte e quatro) horas após o pedido de interconsulta, conforme quadro operacional;

XIX - Coletar os indicadores, analisar e disponibilizar às equipes;

XX - Emitir relatórios mensais de produção para elaboração de indicadores de processos, disponibilizando-os internamente para melhoria de processos e externamente às áreas de interesse.

FARMÁCIA

Ao setor de Farmácia compete:

I - Realizar orientações e entrega de medicamentos;

II - Responder pelos mapas de medicamentos;

III- Solicitar medicamentos e insumos;

IV - Manter organizado a farmácia;

V - Receber, estocar e controlar a medicações;

VI – Zelar pela adesão e disponibilidade de medicamento ao paciente;

VII - Remanejar medicações evitando perda por validade.

VIII - Trabalhar de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

IX - Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes;

X - Participar da definição do plano terapêutico dos pacientes;

XI - Realizar reuniões sistematizadas com a equipe funcional;

XII - Participar de ações de ensino e pesquisa;

XII - Elaborar, atualizar e monitorar os protocolos da assistência farmacêutica, notas técnicas, manuais e procedimentos operacionais padrão;

XIII - Identificar, avaliar, notificar e monitorar os eventos adversos e queixas técnicas de

Farmacovigilância e Tecno vigilância;

XIV - Realizar ações de gestão físico-financeira da assistência farmacêutica clínica, conforme os protocolos institucionais;

XV - Viabilizar canal de comunicação direta com o paciente e monitorar o atendimento das solicitações da Ouvidoria;

XVI - Realizar análise crítica de desempenho frente aos resultados dos indicadores e metas estabelecidas.

NUTRIÇÃO

Ao setor de Nutrição compete:

I - Avaliar o estado nutricional do paciente, a partir do diagnóstico clínico, exames laboratoriais, anamnese alimentar e exames antropométricos;

II- Solicitar exames complementares para acompanhamento da evolução nutricional do paciente, quando necessário;

III - Prescrever complementos nutricionais, quando necessário;

IV - Registrar em prontuário do paciente a prescrição dietoterápica, a evolução nutricional, as intercorrências e alta em nutrição;

V - Promover orientação e educação alimentar e nutricional aos pacientes;

VI - Elaborar e/ou controlar programas e projetos específicos de assistência alimentar a grupos vulneráveis da população;

VII - Integrar a equipe multidisciplinar, com participação plena na atenção prestada ao paciente;

VIII- Desenvolver estudos e pesquisas relacionadas à área de atuação.

IX - Garantir o registro claro e preciso, em prontuário único do paciente, de todas as informações relacionadas à evolução nutricional do paciente e acompanhamento ambulatorial;

X- Gerenciar por meio de indicadores a qualidade da terapia nutricional prestada aos pacientes, propondo planos de ações para melhorias;

XI- Realizar projetos de pesquisa, visando atender aos objetivos da Área, da Unidade, da Instituição;

XII - Prestar assessoria e consultoria técnica às demais estruturas organizacionais e órgãos externos;

ODONTOLOGIA

O exercício das atividades profissionais privativas do cirurgião-dentista só é permitido com a observância do disposto nas Leis 4.324, de 14.04.64 e 5.081, de 24.08.66, no Decreto nº 68.704, de 03.06.71

Compete ao Serviço de Odontologia:

- a) orientar os pacientes sobre higiene bucal;
- b) marcar consultas;
- c) preencher e anotar fichas clínicas;
- d) manter em ordem arquivo e fichário;
- e) revelar e montar radiografias intra-orais;
- f) preparar o paciente para o atendimento;
- g) auxiliar no atendimento ao paciente;

h) instrumentar o cirurgião-dentista e o técnico em higiene dental junto à cadeira operatória;

i) promover isolamento do campo operatório;

j) manipular materiais de uso odontológico;

h) selecionar moldeiras;

i) confeccionar modelos em gesso;

j) aplicar métodos preventivos para controle da cárie dental;

l) proceder à conservação e à manutenção do equipamento odontológico.

A equipe de odontologia fará atendimento diferenciado e individualizado a pacientes clínicos, em cuidados paliativos, em cuidados intensivos, pediátricos.

O trabalho será realizado em sintonia com as equipes médicas e multiprofissional, realizando discussões, compartilhando o conhecimento e unificando o tratamento, o que permitirá maior eficiência ao serviço prestado.

HORÁRIO:

Os profissionais da equipe multidisciplinar atuarão em cargas horárias de 12 (doze) horas dias, de 7 às 19hs e 19 às 7hs, obedecendo o que rege a carga horária permitida;

ABRANGÊNCIA, ESTRUTURA E EQUIPE MÍNIMA

FISIOTERAPIA: O serviço de fisioterapia integra o corpo de profissionais do HECAD e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção fisioterapêutica e possibilitará adequação da equipe.

Contará com uma equipe formada por 10 (dez) fisioterapeutas e realizarão atendimentos aos usuários, familiares/rede de apoio social. 6 (seis) profissionais no período diurno e 4 (quatro) profissionais no turno noturno na unidade.

FARMÁCIA: O serviço de farmácia integra o corpo de profissionais do HECAD e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Atuará em toda a unidade, respondendo pelos mapas de medicamentos, solicitando medicamentos e insumos de prevenção; mantendo organizado a farmácia e trabalhando de forma integrada com as demais áreas da Unidade e com a equipe da saúde;

Contará com uma equipe formada por 8 (oito) farmacêuticos e realizarão atendimentos aos usuários e setores, sendo 5 (cinco) profissional no período diurno e 3 (três) profissionais no turno noturno na unidade.

PSICOLOGIA: O serviço de Psicologia integra o corpo de profissionais do HECAD e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado

do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção psicológica e possibilitará adequação da equipe

Para o serviço de Psicologia contará com equipe formada por 8 (oito) psicólogos. Destes, 5 (cinco) atuarão no turno diurno e 3 (três) no período noturno.

NUTRIÇÃO: O serviço de Nutrição integra o corpo de profissionais do HECAD e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção de nutrição e possibilitará adequação da equipe.

Nos termos da Resolução CFN nº 600 de 2018, sugerimos que o HECAD seja contemplada por 10 (dez) profissionais, Assim, teremos 6 (seis) profissionais no turno diurno, e 2 (quatro) no turno noturno na unidade.

SERVIÇO SOCIAL: O Serviço Social integra o corpo de profissionais do HECAD e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

Abrangência: O serviço social contemplará pacientes nas diversas multi-especialidades, permitindo atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau

de complexidade com necessidade de intervenção, agindo com acolhimento e eficiência na resolução de demandas.

A Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social é a legislação que reconhece o profissional de Assistente Social no âmbito da saúde.

O regramento ético aplicável, e os direitos e deveres aos profissionais assistentes sociais está contido no Código de Ética e as Resolução do CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

Assim, propomos 3 (três) assistentes sociais no turno diurno e outros dois no turno noturno.

FONAUDIOLOGIA: O serviço de Fonoaudiologia integra o corpo de profissionais do HECAD e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional

O Serviço Fonoaudiologia contará com uma equipe formada por 8 (oito) profissionais e realizarão atendimento aos usuários, sendo 5 (cinco) no período diurno e 3 (três) no período noturno.

ODONTOLOGIA: O serviço de Odontologia integra o corpo de profissionais do HECAD e estruturalmente responde para a Coordenação Multiprofissional.

Abrangência: Para os pacientes da Clínica Médica, serão atendidos a partir de resposta de parecer, solicitada pelo médico e equipe multidisciplinar envolvida no cuidado do paciente, bem como participará das visitas multidisciplinares. Os pacientes nas diversas multi-especialidades, permitirá atendimento e acompanhamento aos serviços de maior grau de complexidade com necessidade de intervenção de odontológica.

O Serviço de Odontologia contará com uma equipe formada por 2 (Dois) profissionais e realizarão atendimento aos usuários sendo 1 (um) no período diurno e 1 (um) no período noturno.

5.4.3. NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA

NORMATIVAS DE ADMINISTRAÇÃO GERAL NO DESEMPENHO LABORAL DO HECAD

- Quando se menciona a atividade de administrar uma instituição, esta tem por características gerais a competência de planejamento, fiscalização, controle, coordenação, organização de variados setores de modo a permitir uma administração transparente e eficiente.

Organização e Estrutura

A Unidade Administrativa Geral do HECAD encontra-se subordinada diretamente à Diretoria Administrativo/Financeira da Unidade, sendo que as unidades integrantes da unidade são:

- I. Setor Pessoal;
 - II. Suprimentos;
 - III. Faturamento;
 - IV. Recepção;
-

V. Telefonia;

VI. SAME.

Horário de Funcionamento

O Serviço de Administração Geral do HECAD funcionará de segunda à sexta-feira das 08h às 18h.

Atribuições Gerais

Cabe à Unidade Administrativa Geral do HECAD:

- a) Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;
- b) Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;
- c) Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- d) Zelar pela observância do Manual de Organização e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- e) Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
- f) Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
- g) Intermediar todas as atividades de compra com a Direção Geral da Unidade;

h) Gerenciar o corpo de funcionários da Instituição, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade; e

i) Elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria Administrativo/Financeira.

Unidade de Finanças

A Unidade de Finanças do HECAD apresenta a finalidade básica de gerenciar e controlar o patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábeis.

Apresenta também a finalidade de analisar a viabilidade das ações da Unidade,

incluindo a análise econômica de suas ações, tendências de evolução dos recursos que lhes são necessários e das possibilidades de fontes de financiamento.

Organização e Estrutura

A Unidade de Finanças do HECAD está diretamente subordinada à Coordenação Administrativo/Financeira da Unidade, sendo que os serviços integrantes da unidade são:

I. Contabilidade;

II. Orçamento e Custos;

III. Faturamento; e

IV. Tesouraria.

Atribuições Gerais

Cabe à Unidade de Finanças do HECAD as seguintes atribuições:

- a) Transmitir, interpretar e implementar políticas, instruções e regulamentações que afetam as atividades financeiras e contábeis da Instituição;
 - b) Planejar e coordenar as atividades a serem executadas pelas áreas de contabilidade, orçamento e custos, faturamento e tesouraria; referente aos recursos materiais e humanos;
 - c) Apresentar periodicamente à Direção Geral, sobre o desenvolvimento da execução de suas atividades e de suas necessidades;
 - d) Estudar e propor a política financeira e orçamentária da Unidade, submetendo-a à Diretoria Administrativa-Financeira e à Direção Geral;
 - e) Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como as atividades da contabilidade;
 - f) Analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro, propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
 - g) Estabelecer normas de controle e avaliação para utilização dos recursos financeiros da Instituição;
 - h) Coordenar e controlar o fechamento das faturas dos pacientes atendidos na Unidade, referindo-se às diárias, procedimentos, medicamentos etc, assim como informar a quantidade de faturas glosadas e seus respectivos valores;
-

i) Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenários futuros; e

j) Apresentar o Orçamento Anual da Instituição, Diretoria Administrativo- Financeira e Direção Geral.

Atribuições Específicas – Contabilidade e Custos do HECAD:

a) Orientar e dirigir os assuntos relativos à contabilidade, registrando dados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;

b) Examinar a documentação e classificar as operações segundo o plano de contas da Instituição;

c) Executar os controles internos sobre as verbas de Adiantamentos;

d) Elaborar balancetes, demonstrativos e balanços;

e) Manter atualizadas as normas e rotinas de contabilidade, dando-lhes a necessária divulgação;

f) Fornecer dados para a elaboração do Orçamento Anual da Instituição e seus ajustes necessários;

g) Determinar os custos operacionais dos serviços de saúde através da Consolidação dos valores de custos e despesas;

h) Definição dos critérios de rateio;

i) Elaboração de mapas e relatórios de custos hospitalares; e

j) Acompanhar o desempenho das atividades e respectivo impacto nos custos hospitalares.

Atribuições Específicas – Faturamento do HECAD:

a) Auditar as faturas enviadas, referente aos procedimentos, diárias e medicamentos;

b) Realizar o controle do faturamento através das fichas de atendimento e dos prontuários médicos;

c) Elaborar relatórios diários sobre o faturamento da Instituição e enviar à Direção da Unidade para análise do comportamento diário das contas faturadas;

d) Encaminhar via sistema, as faturas a serem pagas pelo SUS;

e) Prestar esclarecimentos à Direção sobre a glosa de faturas efetuadas pelo SUS.

Unidade de Operações / Apoio

A Unidade de Operações/ Apoio do HECAD tem a finalidade de zelar pela total qualidade dos serviços assistenciais de suporte prestados para a Instituição, através do controle e gerenciamento da infraestrutura física e recursos disponíveis, suprimindo assim, toda a demanda das áreas fins da Unidade.

Organização e Estrutura

A Unidade de Operações do HECAD está diretamente subordinada à Coordenação Administrativo/Financeira do HECAD, sendo subordinada à mesma as seguintes unidades:

- I. Manutenção;
- II. Lavanderia/ Rouparia;
- III. Higiene e Limpeza; e
- IV. Serviços Auxiliares.

Atribuições Gerais

Cabe à Unidade de Operações do HECAD:

- a) Planejar, programar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas áreas de apoio logístico;
 - b) Garantir a integridade da infraestrutura da Instituição (predial, mecânica, hidráulica e elétrica);
 - c) Garantir a qualidade do atendimento aos pacientes da Instituição por meio do correto e eficiente suporte logístico dos suprimentos utilizados na unidade (medicamentos, materiais médico-hospitalares, gêneros alimentícios e materiais administrativos);
 - d) Zelar pela segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição;
 - e) Prover todos os subsídios para a eficiente operacionalização da Instituição;
 - f) Gerir todos os recursos operacionais da Instituição, destacados os serviços de hotelaria;
-

g) Estabelecer normas de controle e avaliação de utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades de apoio;

h) Analisar sob o ponto de vista operacional, propostas para execução de serviços realizados por terceiros em regime de contrato ou convênio;

i) Estudar a implantação de novas técnicas nos trabalhos, visando a constante atualização dos serviços técnicos e operacionais da Unidade aos progressos técnicos e científicos; e

j) Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades e necessidade, principalmente da capacidade de produção da Instituição frente a demanda da comunidade e diretrizes de órgãos superiores.

DIMENSIONAMENTO DE EQUIPE MÍNIMA

SETOR	QUANTITATIVO	CARGA HORÁRIA
RH/DP	2	44h/Semanal
Operacional	1	44h/Semanal
Financeiro	1	44h/Semanal
Faturamento	1	44h/Semanal
Custos	1	44h/Semanal
Contabilidade	1	44h/Semanal
Suprimentos	1	44h/Semanal

5.4.4. NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE

Termos e métodos:

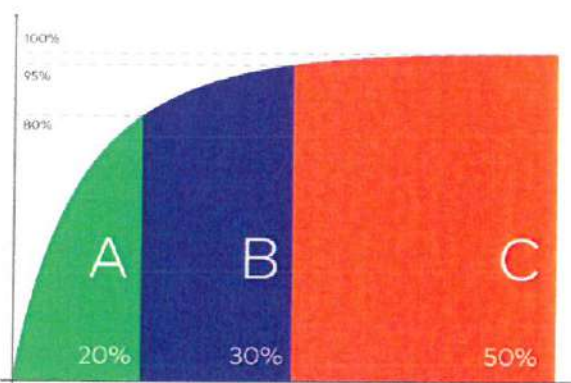
a) Curva ABC:

Na logística é empregada no controle de estoque para classificar e identificar a quantidade dos produtos e quais deles mais contribuem no faturamento ou que têm maior fluxo de movimentação.

Alguns produtos são mais importantes que outros e, por isso, precisam de maior atenção. Pode ser feita a separação dos itens no estoque seguindo algum critério, como: giro do produto, proporção sobre o faturamento, margem de lucro, custo do estoque ou outro parâmetro escolhido.

O termo ABC consiste em classificar os itens em 3 faixas:

- Classe A: 20% dos itens representam 80% do valor do estoque;
- Classe B: 30% dos itens representam 15% do valor do estoque;
- Classe C: 50% dos itens representam 5% do valor do estoque.



Agora basta identificar que:

A CLASSE A é o grupo de itens mais importantes a serem trabalhados e administrados. Afinal, são as mercadorias de maior atenção pela alta porcentagem que representam no total do valor do estoque.

A CLASSE B é o grupo intermediário que possui boa margem de contribuição e precisa de uma gestão moderada.

A CLASSE C é o grupo de itens menos importantes em termos de movimentação, no entanto, requer atenção pelo fato de gerar custo para manter no estoque.

b) Curva de análise 123

Para sua classificação, a curva 123 leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Sendo assim, os três grupos formados são

1: o primeiro grupo compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra;

2: o segundo grupo abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores;

3: no último grupo temos os materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento bastante rápido e pontual.

c) Curva de análise PQR

O seu estoque também pode ser classificado de acordo com a popularidade de cada um dos itens. Isso significa que a curva PQR leva em consideração a quantidade de transações de um determinado material realizadas no período de tempo determinado. Sem, entretanto, que a quantidade envolvida em cada uma delas tenha relevância na classificação. Os grupos resultantes são:

P: classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente;

Q: produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações;

R: esse grupo inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência;

d) Curva de análise XYZ

A classificação XYZ avalia o grau de criticidade ou de imprescindibilidade do item de material nas atividades desempenhadas pela organização. Mendes e Castilho (2009)

A curva XYZ classifica os materiais tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens causa nos processos da organização.

A segmentação, portanto, se dá da seguinte forma:

- X: grupo de itens de baixa criticidade, sua falta não paralisa as atividades e podem ser substituídos;
- Y: grupo de itens de média criticidade, são itens necessários para realização das atividades, mas que podem ser substituídos;
- Z: trata-se do grupo vital, sem similar disponível para substituição, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações.

Vantagens em sua utilização:

- Auxilia no processo de tomada de decisão;
- Determina o grau de imprescindibilidade dos itens;
- Disponibiliza informações sobre quais itens não podem faltar.

Limitações:

- Sofre influência de quem irá realizá-la;
 - Necessita de avaliação criteriosa;
 - Método qualitativo, sujeito a arbitrariedade e subjetividade;
-

- Dificil estabelecimento de parâmetros objetivos para quantificação de atendimento a critérios;
- Dependendo do segmento da empresa, é necessário a participação de uma comissão para sua realização

e) PEPS

PEPS é a sigla para Primeiro que entra, Primeiro que sai, que vem do termo em inglês FIFO, First in, First out.

Ou seja, os produtos que entraram primeiro no estoque serão os primeiros a saírem da empresa.

Nesta técnica, o custo/preço de venda da mercadoria é calculado de acordo com o custo do estoque mais antigo.

É priorizado então, a ordem cronológica de entrada dos produtos no estoque para a sua saída.

As primeiras unidades ou lotes deverão ser os primeiros à serem comercializados, assim como o valor em que será vendido se baseará no seu preço de compra.

No lote seguinte se segue o mesmo padrão, colocando como padrão para precificação o preço de custo ou de aquisição do mesmo.

Esse método de contabilidade de custos, além de auxiliar com o giro de estoque, faz com que, ao se basear no preço de compra mais antigo, se mantenha o lucro real do produto.

Por esse motivo, é uma metodologia pela qual é possível se garantir maior segurança no controle de estoque.

f) Custo médio ponderado

Também conhecido como preço médio ponderado, é o valor de cada item do estoque quando o total financeiro é dividido pelo número de mercadorias armazenadas.

Este método de avaliação de estoque é utilizado como uma ferramenta para administrar corretamente o estoque da empresa.

A fórmula do custo médio ponderado é:

$CMP = \text{Valor total do estoque} / \text{Número de itens comprados e armazenados.}$

g) Lead time em logística

É o tempo de espera, ou seja, o período para conduzir todo o ciclo de produção, desde o pedido até a entrega efetiva. Em outras palavras, é o tempo de provisionamento, o período entre o início de uma atividade e o seu término. A definição mais convencional para lead time em logística, no tocante ao Supply Chain Management, diz que é o tempo entre o momento do pedido do cliente até a entrega do produto.

Trata-se de um indicador importante para o crescimento e é óbvio que, quanto menor o lead time em logística, melhor.

Entre o que será mensurado, destacam-se o processamento dos pedidos, a resposta do fornecedor, o caminho dos insumos, os inventários, as linhas de montagem e produção, o trânsito.

No centro de distribuição o pedido passa por processamento e montagem; depois, para o transporte até a entrega ao cliente final. De qualquer forma, cada etapa entre o pedido recebido e a entrega leva tempo. O lead time em logística ajuda a estudar esse período e colabora nos ajustes para reduzir a espera.

Vale ressaltar os conceitos:

- Lead time de compra: tempo de espera decorrido entre o pedido de compra a um determinado fornecedor e a entrega do produto à fábrica;
- Lead time de produção: tempo de espera entre o primeiro pedido de compra e a finalização da fabricação do produto;
- Lead time de preparação e entrega: tempo desde o picking até a entrega ao cliente final.

Para que tudo dê certo, é necessário identificar as tarefas que consomem mais tempo e que poderiam ser melhoradas. Além disso, é preciso buscar formas de intervir na execução dos processos e implementar alternativas, como os sistemas de gestão integrada, para automatizar o trabalho da área de logística, por exemplo. Softwares de logística geram relatórios, compilam informações em tempo real e, dessa maneira, auxiliam executivos na comparação de dados e na tomada de decisão estratégica.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras deve ocorrer após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de

novos insumos decorrentes do aumento ou de novas de demanda, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com a aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques;

Compra de emergência: insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

Compra de itens não padrão: insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. São produtos que não se mantem em estoque.

Cadastramento da relação de medicamentos e materiais padronizados

O cadastramento dos medicamentos e materiais no sistema de gestão hospitalar obedecerá a relação previamente entregue (apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares).

Levantamento inicial do quantitativo de medicamento e materiais necessários o funcionamento da Unidade será realizada com apoio das áreas técnicas de cada setor, obtendo como apoio o histórico de consumo médio do HECAD.

Além disso a Comissão de Padronização de Medicamentos é responsável por selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

Já os materiais e equipamentos ficarão à cargo da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos que procederá por avaliar materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões, segundo critérios de eficácia, eficiência, clínica e custo.

Aquisição de insumos:

A aquisição de insumos e materiais será conduzida pelo setor de compras, que atenderá ao previsto no regulamento próprio de compras e contratações e será iniciado através da elaboração de Instruções e Elemento Técnico, onde contemplará: o objeto da contratação/aquisição, as justificativas para aquisição, a descrição técnica, o quantitativo, prazo de entrega, entre outras vertentes.

O processo de aquisição, ao final, será formalizado em um contrato, junto ao fornecedor que sagrar-se vencedor no processo.

Solicitação do Fornecedor:

A solicitação dos materiais e insumos será realizada através da Autorização de Fornecimento, informando a descrição do item, quantitativo, prazo de entrega, entre outras informações.

Recebimento externo:

O recebimento será realizado pelo setor de Almoxarifado, por profissional qualificado, onde deverá realizar o recebimento dos produtos, em posse da Autorização de Fornecimento original, preenchendo um Checklist de Recebimento e atestando o recebimento ao final.

Entrada do produto no estoque

A entrada do produto no estoque será após o recebimento e conferência dos produtos recebidos. Caso seja necessário a devolução de parte dos produtos, é na entrada do produto que será também executada a operação de devolução.

Nessa etapa é lançada as informações do produto para rastreabilidade, como lote, validade, valor, etc.

Armazenamento

Os materiais e insumos recebidos deverão ser armazenados em locais específico conforme orientação do fabricante e das legislações específica, seja em um local de controle de temperatura, umidade, empilhamento máximo, distanciamento de paredes, teto, chão, produtos, etc.

Atendimento aos setores

Os pedidos de materiais e insumos deverão ser realizados através da requisição pelo Sistema de Gestão em Saúde por cada setor, onde serão distribuídos conforme os lotes com validade mais próxima do vencimento.

Ressuprimento do estoque

Com a informação do consumo dos materiais e insumos no sistema de gerenciamento de estoque em tempo real, juntamente com os alertas da duração do estoque de cada item, será possível recalcular o consumo real do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD no período, adequando os novos pedidos conforme o prazo de entrega máximo estipulado no Elemento Técnico.

APROVAÇÃO

As aprovações se dão de acordo com o Regulamento de Compras do Instituto Patris.

CADASTRAMENTO DE FORNECEDORES/PARCEIROS/ABASTECEDORES

O INSTITUTO PATRIS providenciará na gestão e operacionalização do HECAD um sistema de cadastro de fornecedores que se baseará nos padrões de qualidade, visando sempre garantir aquisição de insumos e serviços de padrão elevado.

O método adotado para o procedimento de cadastro de fornecedores será uma avaliação de todos aqueles que desejem participar de processos de cotação na unidade.

Cabe o destaque, quando da realização do cadastro, que o mero cadastramento do fornecedor, não será capaz de lhe assegurar a efetivação de nenhuma compra, uma vez que as mesmas só ocorrerão a partir dos processos de cotação e de avaliação.

É condicionante para participação dos processos de compra na unidade, o cadastramento prévio que visará verificar a capacidade de fornecimento dos produtos.

É direito do Instituto na sua gestão, selecionar e classificar de maneira livre seus fornecedores, dentro dos critérios previamente estabelecidos e aprovados pelo departamento de compras e comissões envolvidas.

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa, procederá com a solicitação da documentação ao fornecedor. São documentos à serem requisitados;

- Ficha Cadastral fornecida pelo Instituto;

- Contrato Social da empresa e suas últimas alterações (apresentação de certidão narrativa, comprovando ser o último);

- Cópia do cartão do CNPJ.

Tratam-se estes de documentos obrigatórios e simples para uma eventual contratação. A depender da atividade (medicamentos, nutrição enteral, materiais médicos hospitalares, saneantes, químicos e laboratório), gêneros alimentícios poderão ser requisitados mais documentações, tais como:

- Autorização de funcionamento emitida pela ANVISA;
- Alvará Sanitário Municipal;
- Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis ao tipo de produto.
- Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- Certidão Negativa de Falência e Concordata.

A depender do fornecedor/produto, poderá ser requerida documentações complementares como:

- Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação;
 - Cópia da inscrição estadual;
 - Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – Certidão Negativa de Débitos;
-

- Certidões negativas de débitos municipais, estaduais e federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- PPRA – Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- PMCSO – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

Deverá ser preenchido o check list pelo setor de compras, para cadastro de fornecedor, para que se possa garantir a entrega e a conferência de toda documentação necessária para o cadastro acima mencionado.

Em nenhuma hipótese será admitida a negociação com fornecedores antes da apresentação de toda a documentação necessária para o cadastro completo.

Nenhum produto poderá ser adquirido no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD sem que haja o competente registro pelos órgãos equivalentes ao produto/material/medicamento.

Sabido que alguns documentos não carecem de registro junto ao Ministério da Saúde, deverá ser fornecida a cópia do documento que isenta tal produto do registro.

PROCEDIMENTO ESPECÍFICO PARA AS COMPRAS NO HECAD

O setor de compras, vinculado a Diretoria Administrativa no HECAD, procederá com a aquisição, que terá seu marco inicial à partir de uma solicitação pelo responsável pelo setor demandante.

Quando da solicitação, deverá se ter em conta o consumo do item, giro de estoque, análise do método escolhido para controle (curva ABC, curva 123, curva PQR...).

Com o fito de se garantir a segurança da operacionalização na unidade, deve sempre nortear o processo de compra, a necessidade de manutenção de estoque de segurança.

Por diferentes modalidades, poderá se dar o pedido de compra junto ao fornecedor (skype, fax, e-mail, whatsapp, telefone), sendo sempre observada a necessidade da entrega e o meio mais célere ao atendimento do pedido.

Poderão ocorrer situações em que o produto requisitado não se encontre disponível. Nesse caso o fornecedor comunicará o setor de compras e esse comunicará o setor demandante, para que se possa verificar a possibilidade uma nova programação de entrega ou substituição por item equivalente ao solicitado.

A eficiência da comunicação interna do setor encarregado de aquisições com os demais setores do HECAD. Cabe a ele informar qualquer tipo de episódio, referente às compras inerentes àquele setor. O abastecimento do estoque, é, também, tarefa do setor de compras.

Há uma lista meramente exemplificativa de atribuições/responsabilidades mínimas à serem observadas pelo fornecedor:

- a) fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas NT's;
- b) responder as cotações dentro dos prazos estabelecidos pelo setor de compras;
- c) ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e prazos de entrega;

d) cumprir a legislação pertinente ao processo de compra e venda;

e) avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;

f) responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos bens produzidos ou comercializados na sua empresa, até mesmo, por desvio de qualidade, qualquer que seja, que eventualmente seja identificado no ato do recebimento;

De outra lado, é responsabilidade do INSTITUTO PATRIS enquanto ocupa o papel de comprador da unidade de saúde do HECAD:

a) Se guiar pelo princípio da transparência máxima nos seus processos de compra;

b) guardar observância aos horários definidos para atendimento à representantes e/ou fornecedores;

c) proceder com o detalhamento devido aos itens à serem adquiridos;

d) Realizar sempre a melhor compra (vantajosidade na aquisição e qualidade);

e) Em nenhuma hipótese, utilizar-se do cargo em que está lotado, para obter qualquer tipo de vantagem, seja para o colaborador ou outrem, no processo de compra e contratação;

f) Não receber qualquer tipo de presente, brinde, favores ou oferta que tenha a capacidade de influenciar as decisões de negócio.

PROCESSO DE COMPRA- REGULARIDADE- NOTA FISCAL

Para o adimplemento da obrigação assumida pelo Instituto Patris na gestão do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD junto aos seus parceiros, e regularidade do processo de compra é de extrema importância que a emissão da nota fiscal dos insumos adquiridos pelo fornecedor ocorra obedecendo a alguns critérios. Tais como:

- Prazo de pagamento previamente combinado;
- Número da ordem de compra;
- Descrição dos insumos (informações de quantitativo, embalagens, preços unitários e preço na totalidade do que foi entregue);
- Lote e validade (quando se tratar de medicamentos);
- Endereço, CNPJ e inscrição estadual da instituição.

Se for detectada qualquer não conformidade na nota fiscal pelo Setor de Compras, o procedimento adotado deverá ser o de contato com o fornecedor para que o mesmo proceda com a regularização da mesma.

Importante também a observação de que não poderão ser aceitas notas fiscais emitidas com data anterior à ordem de compra.

Horários de Recebimento de Produtos/Insumos no HECAD

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almojarifado	Segunda a Sexta-feira	07 às 17 hs.

Apesar dos horários pré-estabelecidos no quadro acima, todas as entregas, deverão ser realizadas e previamente combinadas com o Setor de Compras, evitando por exemplo choque de horários entre fornecedores.

ATESTES E ANÁLISE DE RECEBIMENTO

Antes da entrega dos insumos, o responsável pelo recebimento deverá proceder com a avaliação de alguns itens, tais como: se a entrega ocorreu no prazo previamente acordado; se o entregador do insumo estava adequadamente vestido para o trabalho; se o veículo em que a mercadoria foi transportada estava em perfeito estado de conservação e com documentação regular; se foi observada consonância entre o disposto na ordem de compra e o efetivamente entregue; se as embalagens estão em perfeito estado ou contém algum tipo de violação, sujidade ou rasura; o prazo de validade do produto está adequado; à depender do produto entregue, a temperatura de armazenamento do mesmo estava adequada no momento da entrega; a nota fiscal está sem rasuras, sujidade e legível.

Atestada qualquer não conformidade, o colaborador responsável comunicará o Setor de Compras para providências para a devolução total o parcial dos itens.

VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

Com a finalidade de garantir qualidade dos produtos oferecidos ocorrerão na Cidade de Goiânia e toda região visitas técnicas a fornecedores.

Tais visitas ocorrerão por equipe técnica especificamente designada para o tipo de produto e fornecedor que se almeja analisar.

Ao longo da visita técnica, algumas informações comprobatórias de cumprimento dos requisitos para ser fornecedor, deverão ser realizadas através de documentação exigida e observação em campo das práticas de atuação do fornecedor.

Os itens serão classificados em críticos e não críticos e a partir daí será determinado a frequência e tipo de análise a ser realizada pela equipe técnica.

Criticidade	Frequência de visitação	Identificação do fornecedor
Críticos	Visitas deverão ocorrer anualmente.	Fornecedores de insumos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.
Não críticos	Visitas ocorrerão conforme deliberação do gestor de cada área.	Fornecedores de produtos e/ou serviços que não impactam na assistência ao paciente
Semicríticos	Visitas ocorrerão a cada 18 meses	Fornecedor de produtos e/ou serviços que impactam de maneira indireta na assistência.

Recomenda-se que além da equipe técnica previamente designada para a visita, haja acompanhamento, quando o caso recomendar, de componente da Comissão de Controle de infecção hospitalar, além de um componente do SESMT (Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho).

Quando, no curso da visita, forem identificadas não conformidades, deverá ser traçado plano de ação a ser apresentado a Diretoria Administrativa e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras.

É direito do fornecedor ser informado do resultado da análise in loco, além de orientações, se for o caso, conforme plano de ação, para adequações, sendo os prazos estipulados de comum acordo entre fornecedor e instituição.

PAGAMENTO

O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias corridos, por meio de depósito bancário em conta corrente, contados do recebimento da Nota Fiscal devidamente atestada pelo setor responsável;

Sendo o pagamento realizado mediante depósito em conta corrente, o fornecedor não deverá fazer a emissão de boleto bancário, sob pena de haver cobrança indevida.

Os pagamentos serão efetuados mediante apresentação de nota fiscal devendo o contratado emitir uma nota fiscal específica para cada pedido/instrumento contratual e respectiva entrega efetuada.

Caso a nota fiscal ou fatura tenha sido emitida com inconsistências ou em desacordo com a legislação vigente, será devolvida e o prazo para pagamento será interrompido, reiniciando sua contagem a partir da data em que esta for cumprida e não será devida atualização financeira.

Deverá conter o número de referência do instrumento contratual e da seleção de fornecedores.

Caso algum item constante na nota fiscal esteja não conforme, a instituição liberará a parte não sujeita à contestação, retendo o restante do pagamento até que seja sanado a inconformidade.

ARMAZENAMENTO DE INSUMOS

A armazenagem dos materiais no almoxarifado precisa seguir cuidados especiais para que preservem a qualidade. As regras são definidas de acordo com o sistema de instalação e o layout adotado. Aqui, temos seis fases:

- verificação das condições de recebimento do material;
- identificação do material;
- guarda na localização adotada;
- informação da localização física de guarda ao controle;
- verificação periódica das condições de proteção e armazenamento
- separação para distribuição dos materiais, a qual é preciso ter uma programação de pleno conhecimento entre as partes envolvidas.

No almoxarifado do HECAD é realizado o armazenamento de todos os insumos recebidos. Quando do armazenamento, deverá ser observado o detalhamento a seguir:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
 - Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com as superfícies (solo, teto, parede).
 - O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pó), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
-

- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados);
- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS – o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Centralizar todo o controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e conseqüentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

Utiliza-se a contagem periódica de itens como uma forma de realizar os ajustes necessários no estoque físico e organização no sistema ao longo do tempo e minimizar eventuais inconformidades no decorrer dos meses

Tendo em vista a adoção da Curva ABC no que se refere ao inventário, deverá ser realizado mensalmente para os itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico da unidade.

Em caso de se localizar inconsistências entre os dados registrados e as informações da contagem física dos materiais, é preciso avaliar e definir um plano de ação com a finalidade de redução destes erros.

CONTROLE

A finalidade de se controlar o estoque é manter uma vigilância constante de todos os processos, com o objetivo de detecção precoce de eventuais desvios padrões de ações esperadas, e proceder com sua correção de forma imediata, agindo pedagogicamente e não com adoção de penalidades. Indicadores:

- Índice de compra de urgência;
- Índice de compra não padrão;
- Índice de perda por validade;
- Índice de conferência quantitativa e qualitativa.

DA DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NO HECAD

- É necessário, antes de mais nada, a definição de quem são os responsáveis setoriais que podem solicitar materiais;

- Deste modo, o sistema informatizado da unidade, criará um cadastro de usuário, que poderão requerer insumos e materiais de acordo com a especificidade de sua atuação profissional. Essa especificidade de insumos/materiais por setor e atividade laboral, será definida por uma comissão, criada especificamente para essa regulamentação interna.

- Realizar sistematicamente auditorias para analisar se há acúmulo ou carências de insumo nos locais de consumo.

5.4.5. APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES



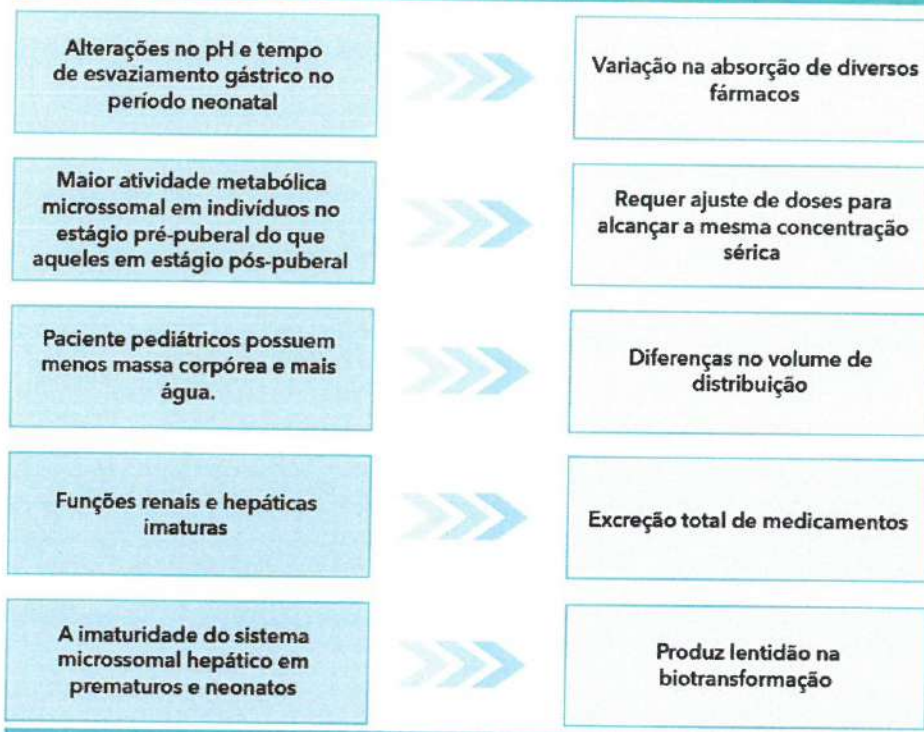
MANUAL DE FARMÁCIA PEDIÁTRICA

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM PEDIATRIA

A padronização consiste na incorporação de um determinado produto à lista de artigos passíveis de serem comprados para estarem disponíveis para prescrição, dispensação e utilização.

OBJETIVOS:

- Diminuir o número de itens no estoque em aspectos técnicos e econômicos;
- Simplificar os materiais, eliminando os tipos ineficientes, evitando o desperdício;
- Permitir a compra em grandes lotes;
- Otimizar o trabalho do Setor de Compras;
- Diminuir os custos de estocagem;
- Reduzir a quantidade de itens estocados;
- Adquirir materiais / medicamentos com maior rapidez;
- Evitar a diversificação de materiais de mesma aplicabilidade;
- Obter maior qualidade e uniformidade.

DIFERENÇAS FISIOLÓGICAS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

Quadro 1

Lista de medicamentos padronizados por classe terapêutica

LISTA DE MEDICAMENTOS PADRONIZADOS

AGENTE ANTICOLINÉRGICO	
Brometo de n-butilescopolamina 20mg/ml	Ampola
Brometo de n-butilescopolamina 10mg/ml	Frasco
ANALGÉSICOS OPIOIDES (sintéticos e não sintéticos)	
Codeína 30mg + paracetamol 500mg	Comprimido
Fentanila 50mcg/ml (0,05mg/ml) - 10ml	Frasco Ampola
Tramadol (cloridrato) 100mg 2ml	Ampola
ANESTÉSICOS	
Lidocaina 100mg/5g (2%) - 30g	Bisnaga
Lidocaina 100mg/ml (10%) - 30g	Bisnaga
Lidocaina 20mg/ml (2%) - 5ml	Ampola

ANTAGONISTA BENZODIAZEPÍNICO	
Flumazenil FA	Frasco Ampola
ANTAGONISTA OPIOIDE	
Naloxona (cloridrato) FA	Frasco Ampola
ANTIALÉRGICOS	
Hidroxizina 10mg/5ml - Solução oral - 120ml	Frasco Ampola
Hidroxizina 25mg	Comprimido
Loratadina 1mg frasco-ampola (FA)	Comprimido
Loratadina 1mg/mL - Suspensão oral	Frasco Ampola
ANTIARRÍTMICOS, DIGITÁLICO E INOTRÓPICO POSITIVO	
Adenosina 3mg/ml - 2ml	Frasco Ampola
Digoxina 0,25mg	Comprimido
ANTICONSULSIVANTES E ANTIPSICÓTICOS	
Fenitoina sodica 50mg/ml - 5ml	Ampola
Fenobarbital 4%	Frasco Ampola
Fenoterol 5mg/ml - 20ml	Frasco
ANTIDISPÉPTICO E ANTIDIARREICO	
Saccharomyces boulardii, 17 liofilizado	Sache
Simeticona 75mg/ml - 10ml	Frasco
ANTIEMÉTICOS	
Domperidona 1mg/ml - 100ml	Frasco
ANTI-HIPERTENSIVOS	
Captopril 25mg	Comprimido
Nifedipina (retard) 20mg	Comprimido
Nistatina 100.000ui/ml	Frasco
Propranolol 40mg	Comprimido
ANTIINFLAMATÓRIOS ESTEROIDES	
Beclometasona 400mcg/ml - 2ml	Frasco
Dexametasona 0,1%,	Bisnaga
Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml	Frasco
Dipropionato de beclometasona 250 mcg	Tubo
Prednisolona 3mg/ml 0 - 100ml	Frasco
Prednisona 20mg	Comprimido
Prednisona 5 mg	Comprimido
ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES, ANTITÉRMICOS E ANALGÉSICOS	
Acido acetilsalicilico 100mg	Comprimido
Sinvastatina 20mg	Comprimido
Cetoprofeno FA	Frasco Ampola
Diclofenaco dietilamonio gel 10mg/g	Bisnaga
Dipirona sódica 500 mg	Comprimido
Dipirona (sódica)500mg/ml - 10ml	Frasco


Dipirona 500mg/ml 2ml	Ampola
Paracetamol 200mg/ml - 20ml	Frasco
Paracetamol 500mg	Comprimido
ANTILIPÊMICO	
Ibuprofeno 600mg	
ANTIMICROBIANOS	
Amicacina	Frasco Ampola
Amoxicilina 250mg/5ml + clavulanato de potássio	Frasco
Amoxicilina 250mg/ml-150ml	Frasco
Amoxicilina 500mg	Frasco
Amoxicilina + clavulonato de potassio 500mg + 125mg	Comprimido
Ampicilina 1.000mg	Frasco
Ampicilina 500mg	Frasco
Azitromicina 40mg/ml -15ml	Frasco
Azitromicina 500mg	Comprimido
Benzilpenicilina FA	Frasco Ampola
Cefalotina FA	Frasco Ampola
Cefepima FA	Frasco Ampola
Ceftriaxona FA	Frasco Ampola
Colagenase + cloranfenicol 0,6ui + 0,01g - 30g	Bisnaga
Fluconazol 150mg	Comprimido
Gentamicina 40mg/ml - 2ml	Ampola
Isoniazida 100mg	Comprimido
Neomicina + bacitracina 5mg + 250ui - 10g	Bisnaga
Nistatina + oxido de zinco 100.000ui/g + 200mg/g	Bisnaga
Oxacilina FA	Frasco Ampola
Sulfadiazina de prata 1% - 50g	Bisnaga
Sulfametoxazol (smz) + trimetoprima (tmp) 400mg/5ml	Frasco Ampola
ANTIPARASITARIO	
Mebendazol 20mg/ml	Frasco Ampola
Albendazol 400mg	Comprimido
Permetrina 1% - 60ml	Frasco Ampola
Permetrina 5% - 60ml	Frasco Ampola
ANTIULCEROSOS, ANÁLOGO DA SOMASTATINA E ANÁLOGO DA VASOPRESSINA	
Omeprazol 40 mg	Comprimido
Ranitidina 150mg	Comprimido
Ranitidina 150mg/10ml - 120ml	Frasco Ampola
ANTIVIRAIS	
Aciclovir 200mg	Comprimido
Tamiflu (fosfato de oseltamivir) 30mg	Comprimido
Tamiflu (fosfato de oseltamivir) 45mg	Comprimido

Tamiflu (fosfato de oseltamivir) 75mg	Comprimido
BENZODIAZEPÍNICOS	
Diazepam 5mg/ml	Comprimido
BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES	
Suxametonio 100mg	Ampola
DIURÉTICOS	
Espironolactona 25mg	Comprimido
Furosemida 10mg/ml - 2ml	Ampola
Furosemida 40mg	Comprimido
Hidroclorotiazida 25mg	Comprimido
ELETRÓLITOS	
Cloreto de potássio 100mg/ml - 10ml	Ampola
Cloreto de sódio 200mg/ml (20%) - 10ml	Ampola
Cloreto de sódio 9mg/ml (0,9%) - 10ml	Ampola
Glicose 250mg/ml (25%) - 10ml	Ampola
Gluconato de cálcio 97,9mg/ml (10%) - 10ml	Ampola
Sais para reidratação oral	Ampola
FARMÁCOS VASOATIVOS E VASOPRESSORES	
Dobutamina 12,5mg/ml - 20ml	Ampola
Dopamina FA	Frasco Ampola
Epinefrina - FA	Frasco Ampola
INIBIDORES DA ACETILCOLINESTERASE	
Ipratropio 0,250mg (0,025%) - 20ml	Frasco
LAXANTES	
Lactulose 667mg/ml - Xarope c/ 120ml	Frasco
Óleo mineral puro - Frasco c/ 100ml	Frasco
MUCOLÍTICOS E BRONCODILATADORES	
Sulfato de salbutamol 100mcg	Tubo
Sulfato de salbutamol 5ml/ml - 10ml	Frasco
USO TÓPICO DERMATOLÓGICO	
Óxido de zinco 100mg/g + vit A 1.000UI/g + vit D 4000UI/g	Bisnaga
VITAMINAS	
Vit. K (fitomenadiona)	Ampola


QUADRO DE DILUIÇÃO E ESTABILIDADE DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS

Medicamento	Fabricante	Apresentação	Dose usual/dose máxima	Reconstituição	Diluição	Estabilidade após reconstituição (2-8°C)	Concentração máxima para administração	Velocidade de infusão	Observações	Aspecto
SULFATO DE AMICACINA	TEUTO	100mg/2ml	Usual: 10mg/kg/dia 8/8h u dose Única /Max: 1,5g/dia		SF 0,9%; SG 5% (100 a 200 ml)		10 mg/ml (pacientes com função renal normal)	1,2h- Menores de 1 ano 30-60min- Maiores de 1ano	Otológico e nefrotóxico	Solução incolor, ou levemente amarelada
AMPICILINA (Climon)	BLAU	Ampola 2ml	Usual: 100 - 300 mg/kg/dia, 4/4h ou 6/6h. Máx: 12g/dia 2g/dose.	EV AD ou SF 0,9% 5ml IM-3-5ml de AD	SF 0,9% (17- 250 ml)	USO IMEDIATO	N direto: 100mg/ml Infusão: 30mg/ml	EV direto: 3- 5 min. Infusão mais de 30 min.		Solução incolor, ou levemente amarelada
AMPICILINA SÓDICA 2g + SULBACTAM SÓDICO 1g	NOVAFARMA	F/A - 500 mg	Usual: 50- 100mg/kg/dia, 6/6h ou 8/8h. Máx: 100- 200 mg/kg/dia	AD, SF 0,9% - SG 5% (50-100ml)		72h em AD e SF 0,9% *Se utilizado SG 5%, USAR IMEDIATAMENTE		EV direto: 10- 15 min - Infusão: 30 - 40 min	Se diluído em SG 5%, utilizar imediatamente	Solução incolor, ou levemente amarelada
CEFALOTINA SÓDICA	BIOCHIMICO	F/A - 3,0g (2g+ 1g)	Usual: 80 a 160 mg/kg/dia 4-4, ou 6/6 h. Máx: 8g/dia	AD - 10ml		96h	100mg/ml	Bolus: 3-5 min. Infusão: 30- 60 min.		Solução incolor, ou levemente amarelada
CEFAZOLINA	BIOCHIMICO	F/A - 1g	Usual: 50 a 100mg/kg/dia de 8/8 h. Máx: 6 g/dia.	EV 5 ml ADIM 2- 4 ml AD		24h - 2° a 8° C (Proteger da luz)	Bolus: 100 mg/ml Infusão: 20 mg/ml	Bolus: 3-5min Infusão: 30-60min	Proteger da luz. A cor pode escurecer durante a armazenagem, porém a potência do produto permanece inalterada	Solução incolor, ou levemente amarelada
CLORIDRATO DE CEFEPIMA	BIOCHIMICO	F/A - 1g	Usual: <40Kg: 50mg/kg/dia - 12/12h >40 Kg: 1-2g IM, ou EV Máx: 2g IM ou IV - 12/12h ou 8/8h.	EV 10 ml AD		72h	SF 0,9% SG 5% RL (50 ml a 100 ml)	Bolus: 3-5min infusão: 20-30min	Pode ser utilizado lidocaina 0,5 a 1% para adm. IM.	Proteger da luz. A cor pode escurecer durante a armazenagem, porém a potência do produto permanece inalterada.


CEFTRIAXONA DISSÓDICA (Amplexpec)	BIOCHIMICO	F/A - 1g	Usual: 50 a 100mg/kg/dia, de 12/12 h, ou 1x/dia. Máx: 4g/dia.	EV 10 ml ADIM: 3,5 ml de lidocaina 1% sem vasodilatador		24h	SF 0,9% SG 5% (50 - 100 ml)	Infusão de 10 a 40mg/mL IM: 250 mg/ml	Não infundir em soluções que contenham cálcio.	Solução incolor, ou levemente amarelada
FOSFATO DE CLINDAMICINA	HIPOLABOR	AMP 4ml	Usual: 25 a 40 mg/kg/dia, de 6/6 ou 8/8 h. Máx: 2-4 g/dia		SF 0,9% SG 5% RL (50 ml - 100 ml)	14 dias	12 mg/ml	30- 60 min	Não administrar embolus	
SULFATO DE GENTAMICINA (Hytamicina)	HYPOFARMA	AMP 2mL	40 mg/ml	Usual: 5 a 7,5 mg/kg/dia, 8/8h ou dose única.	SF 0,9% SG 5% RL (50 ml - 100 ml)	Usar imediatamente	10 mg/ml	30 - 120 min	Cuidado: ototóxico e nefrotóxico.	
MEROPENEM	BIOCHIMICO	F/A - 1g	Usual: 40- 100mg/kg/dia de 8/8h. Máx: 3 g/dia.	AD- 20mL		2 horas	EV: 20mg/ml Bolus: 50 mg/ml	Bolus: 3-5 min EV: 15-30 min	Não deve ser administrado junto a outros fármacos.	Solução incolor, ou levemente amarelada
OXACILINA	BLAU	500mg Frasco Ampola	Usual: 100 a 200 mg/kg/dia, de 6/6 h ou 4/4h. Máx: 6 g/dia.	EV 5 ml ADIM: 3ml AD	SF 0,9% SG 5% (50 - 100 ml)	6 horas	Bolus: 100mg/ml EV: 40mg/ml	Bolus: A partir de 10min. EV: 15 - 30min	Não deve ser administrado com aminoglicosídeos	Solução límpida e incolor
OXACILINA (Oxacill)	NOVAFARMA	500mg Frasco Ampola	Usual: 100 a 200 mg/kg/dia, de 6/6 h ou 4/4h. Máx: 6 g/dia.	EV 5 ml ADIM: 3ml AD	SF 0,9% SG 5% (50 - 100 ml)	7 dias	Bolus: 100mg/ml EV: 40mg/ml	Bolus: A partir de 10min. EV: 15 - 30min	Não deve ser administrado com aminoglicosídeos	Solução límpida e incolor
ANTIINFLAMATÓRIOS ESTEROIDIAIS										
HIDROCORTISONA (Androcortil)	Teuto	500mg Frasco Ampola	100- 500mg/dose 2/2, 4/4, ou 6/6h.	EV/IM - 4mL AD	SF 0,9% SG 5% (500 - 1000 mL)	72h				Solução límpida e incolor
HIDROCORTISONA (Glicocort)	NOVAFARMA	500mg Frasco Ampola	0,186- 0,28mg/kg de peso	EV/IM- 4mL AD	SF 0,9% SG 5% (500 - 1000 mL)	72h				Solução límpida e incolor

	DOCUMENTO INSTITUCIONAL				
	LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS				
	Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 1 de 8


MATERIAIS HOSPITALARES	Apres
ABAIXADOR DE LINGUA COM EMBALAGEM INDIVIDUALIZADA	PCT
ADAPTADOR DE LINHA DE AMOSTRAGEM PARA CAPNÓGRAFO LUER LOCK 0,15 M	UN
AGULHA DE RAQUI 22G X 3	UN
AGULHA DE RAQUI 25G X 3	UN
AGULHA DE RAQUI 27G X 3	UN
AGULHA DESCARTÁVEL 13 X 0,45 MM	UN
AGULHA DESCARTÁVEL 20 X 0,55 MM	UN
AGULHA DESCARTÁVEL 25 X 0,7 MM	UN
AGULHA DESCARTÁVEL 30 X 0,8 MM	UN
AGULHA DESCARTÁVEL 40 X 1,2 MM	UN
AGULHA PERIDURAL Nº 18 G	UN
ALGODÃO HIDROFILICO 500G	UN
ALMOTOLIA PLASTICA TRANSPARENTE 250 ML	UN
APARELHO DESCARTÁVEL PARA TRICOTOMIA	UN
ATADURA DE CREPE 13 FIOS 10 CM X 1,8 M (4,5 MT)	RL
ATADURA DE CREPE 13 FIOS 20 CM X 1,8 M (4,5 MT)	RL
ATADURA DE CREPE 13 FIOS 30 CM X 1,8 M (4,5 MT)	RL
ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 10 CM X 1M	UN
ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 15 CM X 1M	UN
ATADURA DE ALGODÃO ORTOPÉDICO 20 CM X 1M	UN
ATADURA GESSADA 10 CM X 3M	RL
ATADURA GESSADA 15 CM X 3M	RL
ATADURA GESSADA 20 CM X 4M	RL
BOLSA DE COLOSTOMIA DESCARTÁVEL COM 10	UN
BOLSA DE COLOSTOMIA KARAYA	UN
CAMERA RETRATIL PARA NEBULIZAÇÃO EM AERSSOLTERAPIA	UN
CAMPO CIRÚRGICO INCISIONAL SEM IODO	UN
CANULA DE GUEDEL Nº 0	UN
CANULA DE GUEDEL Nº 1	UN
CANULA DE GUEDEL Nº 2	UN
CANULA DE GUEDEL Nº 3	UN
CANULA DE GUEDEL Nº 4	UN
CANULA DE GUEDEL Nº 5	UN
CANULA NASOFARINGEA TAM 4 MM	UN
CANULA NASOFARINGEA TAM 4,5 MM	UM
CANULA NASOFARINGEA TAM 6 MM	UN
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 3,0	UN
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 3,5	UM
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 4,0	UN
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 5,0	UN
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 6,0	UN
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 7,0	UN

	DOCUMENTO INSTITUCIONAL				
	LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS				
Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 2 de 8	


CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 7,5	UN
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 8,0	UN
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 8,5	UN
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 9,0	UN
CANULA TRAQUEOSTOMIA COM CUFF Nº 9,5	UN
CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 14	UN
CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 16	UN
CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 18	UN
CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 20	UN
CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 22	UN
CATETER INTRAVENOSO (ABOCATH) Nº 24	UN
CATETER NASAL TIPO OCULOS PEDIATRICO 6 FR	UN
CATETER NASAL TIPO OCULOS INFANTIL 9 FR	UN
CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 14 Ga X 20 CM C/ SERINGA RAULERSON	
CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 16 Ga X 20 CM C/ SERINGA RAULERSON	UN
CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 20 Ga X 12 CM	UN
CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 22 Ga X 10 CM	UN
CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 24 Ga X 12 CM	UN
CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN 4 FR X 13-15 CM (22 Ga, 22 Ga)	UN
CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN 5 FR X 13-15 CM (18 Ga, 20 Ga)	UN
CATETER VENOSO CENTRAL DUPLO LUMEN 7 FR X 20 CM (14 Ga, 18 Ga)	UN
CATETER PERCUTANEO PICC Nº 2,0 FR	UN
CATETER PERCUTANEO PICC Nº 2,5 FR	UN
CATETER PERCUTANEO PICC N 3,0 FR	UN
CERA PARA OSSO	UN
COLETOR DE URINA SIST. ABERTO (2000 ML)	UN
COLETOR DE URINA SIST. FECHADO C/ CONECTOR C/ PONTO DE COLETA	UN
COMPRESSA DE GAZE ESTERIL 13 FIOS 7,5 X 7,5 CM C/ 10	UN
CURATIVO DE ALGINATO DE CÁLCIO E SÓDIO 5 X 5 CM	UN
CURATIVO DE CARVÃO ATIVADO E PRATA 10 X 10 CM	UN
CURATIVO DE CARVÃO ATIVADO E PRATA 5 X 5 CM	UN
CURATIVO FIXADOR DE CATETER 8,5 CM X 6,5 CM	UN
CURATIVO HIDROCOLOIDE 10 X 10 CM	UN
CURATIVO HIDROCOLOIDE 20 X 20 CM	UN
DISPOSITIVO PERIFÉRICO SCALP Nº 21	UN
DISPOSITIVO PERIFÉRICO SCALP Nº 23	UN
DISPOSITIVO PERIFÉRICO SCALP Nº 25	UN
DISPOSITIVO PERIFÉRICO SCALP Nº 27	UN
DISPOSITIVO PARA TRANSFERÊNCIAS DE SOLUÇÕES	UN
DRENO DE SUCCÃO SISTEMA FECHADO 3,2 MM	UN
DRENO DE SUCCÃO SISTEMA FECHADO 4,8 MM	UN

	DOCUMENTO INSTITUCIONAL				
	LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS				
	Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 3 de 8

DRENO DE SUCÇÃO SISTEMA FECHADO 6,4 MM	UN
DRENO DE TORAX RADIOPACO Nº 12	UN
DRENO PENROSE Nº 1	UN
DRENO PENROSE Nº 2	UN
DRENO PENROSE Nº 3	UN
DRENO PENROSE Nº 4	UN
ELETRODO DESCARTAVEL PARA ECG INFANTIL	UN
ELETRODO DE RETORNO INFANTIL (PLACA DE BISTURI)	UN
ELETRODO TEMPORÁRIO DE MARCAPASSO 2 POLOS	UN
ENVOLTÓRIO PARA DEFUNTO "G"	UN
ENVOLTÓRIO PARA DEFUNTO "M"	UN
ENVOLTÓRIO PARA DEFUNTO "P"	UN
EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA MEDICAMENTOS	UN
EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL	UN
EQUIPO DE BOMBA DE INFUSÃO PARA TRANSFUSÃO SANGUINEA	UN
EQUIPO POLIFIX INFANTIL	UN
EQUIPO MACROGOTAS DESCARTÁVEL	UN
EQUIPO MICROGOTAS DESCARTÁVEL	UN
EQUIPO DE PRESSÃO VENOSA CENTRAL	UN
EQUIPO PARA HIDRATAÇÃO E MODULAÇÃO DESCARTAVEL	UN
ESCOVA DESC. C/ SOL. CLOREXIDINA 2%	UN
ESPARADRAPO IMPERMEÁVEL 10 CM X 4,5 M	UN
ESPARADRAPO MICROPOREO 5 CM X 4,5 M	UN
ESPONJA HEMOSTÁTICA DE COLÁGENO HIDROLISADO (GELATINA) 125X80X10 MM	UN
FILTRO HME INFANTIL	UN

	DOCUMENTO INSTITUCIONAL				
	LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS				
Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 4 de 8	


FIO CIR. ALGODAO Nº 0 S/ AG 15 X 45 CM	ENV
FIO CIR. ALGODAO Nº 2-0 S/ AG 15 X 45 CM	ENV
FIO CIR. ALGODAO Nº 3-0 AG. 3 CM 3/8 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. ALGODAO Nº 4-0 AG. 4 CM 1/2 CILIN. 45 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT CROMADO Nº 0-0 AG. 4 CM 1/2 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT CROMADO Nº 1-0 AG. 5 CM 1/2 CILIN.90 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT CROMADO Nº 2-0 AG. 2,5 CM 1/2 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT CROMADO Nº 2-0 AG. 3 CM 1/2 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT CROMADO Nº 3-0 AG. 3,5 CM 1/2 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT CROMADO Nº 3-0 AG. 4 CM 1/2 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT CROMADO Nº 4-0 AG. 3 CM 3/8 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT SIMPLES Nº 0 AG. 3,0 CM 1/2 CIRC. 75 CM APARELHO DIGESTIVO	ENV
FIO CIR. CATGUT SIMPLES Nº 0 AG. 3,0 CM 3/8 CIRC. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT SIMPLES Nº 2-0 AG. 2,CM 1/2 CIRC. 75CM	ENV
FIO CIR. CATGUT SIMPLES Nº 2-0 SEM AGULHA	ENV
FIO CIR. CATGUT SIMPLES Nº 3-0 AG. 2 CM 1/2 CIRC. 70 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT SIMPLES Nº 3-0 AG. 3 CM 3/8 CIRC. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT SIMPLES Nº 4-0 AG. 2 CM 1/2 CIRC. 75 CM	ENV
FIO CIR. CATGUT SIMPLES Nº 5-0 AG. 2 CM 1/2 CIRC. 75 CM	ENV
FIO CIR. SEDA Nº 0 AG 3 CM 3/8 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. SEDA Nº 1.0 AG 3 CM 3/8 CIL. 75 CM	ENV
FIO CIR. SEDA Nº 2.0 AG 3 CM 3/8 CILIN. 75 CM	ENV
FIO CIR. VICRYL (POLIGLACTINA) Nº 0 AG 4 CM 1/2 CILIN 70 CM	ENV
FIO CIR. VICRYL (POLIGLACTINA) Nº 1-0 AG 3,6 CM ½ CIRC. CORT. 70 CM	ENV
FIO CIR. VICRYL (POLIGLACTINA) Nº 2-0 AG 3 CM 3/8 CILIN 70 CM	ENV
FIO CIR. VICRYL (POLIGLACTINA) Nº 3-0 AG 3 CM 3/8 CILIN 70 CM	ENV
FIO CIR. VICRYL (POLIGLACTINA) Nº 4-0 AG 3 CM 3/8 CILIN 70 CM	ENV
FIO CIR. VICRYL (POLIGLACTINA) Nº 5-0 AG 3 CM 3/8 CILIN 70 CM	ENV
FIO CIR. SEDA Nº 0 S/AG 15 X 45 CM	ENV
FIO CIR. SEDA Nº 2-0 S/AG 15 X 45 CM	ENV
FIO CIR. NYLON Nº 0 TRANÇADO AG 4 CM 1/2 CIRC. 75 CM PRETO	ENV
FIO CIR. NYLON Nº 0 AG. 3 CM 3/8 CORTANTE 45 CM PRETO	ENV
FIO CIR. NYLON Nº 0 AG. 4 CM 3/8 CORTANTE 45 CM PRETO	ENV
FIO CIR. NYLON Nº 1-0 AG. 3 CM 3/8 CORTANTE 45 CM PRETO	ENV
FIO CIR. NYLON Nº 2-0 AG. 3 CM 3/8 CORTANTE 45 CM CUTICULAR	ENV
FIO CIR. NYLON Nº 2-0 TRANÇADO AG. 4 CM ½ CIRC. 75 CM PRETO	ENV
FIO CIR. NYLON Nº 3-0 AG. 3 CM 3/8 CORTANTE 45 CM CUTICULAR	ENV
FIO CIR. NYLON Nº 4-0 AG. 3 CM 3/8 CORTANTE 45 CM CUTICULAR	ENV
FIO CIR NYLON Nº 5-0 AG. 2 CM 3/8 CORTANTE 45 CM PRETO	ENV
FIO CIR. MONOCRYL (POLIGLECAPRONE) Nº 3-0 AG. 2,5 CM 1/2 CILIN. 75 CM VIOLETA	ENV
FIO CIR. MONOCRYL (POLIGLECAPRONE) Nº 4-0 AG. 2,5 CM 1/2 CILIN. 75 CM VIOLETA	ENV
FIO CIR. MONOCRYL (POLIGLECAPRONE) Nº 4-0 AG.1,9 CM 3/8 CORT45 CM INCOLOR	ENV
FIO CIR. MONOCRYL (POLIGLECAPRONE) Nº 5-0 AG. 2,5 CM 1/2 CILIN. 75 CM VIOLETA	ENV

	DOCUMENTO INSTITUCIONAL				
	LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS				
Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 5 de 8	


FIO CIR. MONOCRYL (POLIGLECAPRONE) Nº 5-0 AG 1,3 CM 3/8 CORT. 45 CM INCOLOR	ENV
FIO CIR. POLIDIOXANONA PDS Nº 3-0 AG. 2,6 CM ½ CIRC. 70 CM	ENV
FIO CIR. POLIDIOXANONA PDS Nº 4-0 AG. 2,0 CM ½ CIRC. 75 CM	ENV
FIO CIR. POLIDIOXANONA PDS Nº 5-0 AG. 1,7 CM ½ CORT. 45 CM	ENV
FIO CIR. POLIPROPILENO Nº 2-0 COM 2 AG 2,5 CM 1/2 CILIN. 75 CM AZUL	ENV
FIO CIR. POLIPROPILENO Nº 3-0 COM 2 AG 3 CM 1/2 CILIN. 75 CM AZUL	ENV
FIO CIR. POLIPROPILENO Nº 4-0 COM 1 AG 1,5 CM ½ CILIN. 70 CM	ENV
FIO CIR. POLIPROPILENO Nº 4-0 COM 2 AG 3 CM 1/2 CILIN. 75 CM AZUL	ENV
FIO CIR. POLIPROPILENO Nº 5-0 COM 2 AG 3 CM 1/2 CILIN. 75 CM AZUL	ENV
FITA CARDÍACA DE ALGODÃO 80 CM	UN
FITA TIRA TESTE PARA HGT	UN
FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL INFANTIL	UN
FIXADOR DE CANULA TRAQUEOSTOMIA INFANTIL	UN
FRALDA DEC. GERIATRICA (G)	PCT
FRALDA DEC. GERIATRICA (P)F	PCT
FRALDA DEC. GERIATRICA (XG)	PCT
FRALDA DESC. GERIATRICA (M)	PCT
FRALDA INFANTIL RN	PCT
FRALDA INFANTIL G	PCT
FRALDA INFANTIL M	PCT
FRALDA INFANTIL P	PCT
FRALDA INFANTIL XG	PCT
FRASCO PARA NUTRICAÇÃO ENTERAL	UN
HEMOSTÁTICO ABSORVÍVEL DE CELULOSE OXIDADA REGENERADA 5,5CM X 7,5CM	UN
KIT-SISTEMA P/DRENAGEM MEDIASTINAL/TORAX, DRENO Nº10, 2000 ML	UN
LAMINA BISTURI Nº 11	UN
LAMINA BISTURI Nº 12	UN
LAMINA BISTURI Nº 15	UN
LAMINA BISTURI Nº 21	UN
LAMINA BISTURI Nº 22	UN
LAMINA BISTURI Nº 23	UN
LAMINA BISTURI Nº 24	UN
LANCETAS PARA HGT COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA	UN
LINHA DE AMOSTRAGEM DE CAPNÓGRAFO LUER LOCK 2,5 M	UN
LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 6,5	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 7,0	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 7,5	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 8,0	PAR
LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 8,5	PAR

	DOCUMENTO INSTITUCIONAL				
	LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS				
	Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 6 de 8

MALHA TUBOLAR 04 CM X 15 M	UN
MALHA TUBOLAR 06 CM X 15 M	UN
MALHA TUBOLAR 10 CM X 15 M	UN
MALHA TUBOLAR 15 CM X 15 M	UN
MALHA TUBOLAR 20 CM X 15 M	UN
MASCARA CIRURGICA DESCARTAVEL 50 X 1 COM ELÁSTICO	UN
MASCARA LARINGEA Nº 1,0	UN
MASCARA LARÍNGEA Nº 2,0	UN
MASCARA LARÍNGEA Nº 3,0	UN
MASCARA LARÍNGEA Nº 4,0	UN
MASCARA LARÍNGEA Nº 5,0	UN
SERINGA DESC. 1 ML LUER LOCK	UN
SERINGA DESC. 10 ML LUER LOCK	UN
SERINGA DESC. 10 ML LUER SLIP	UM
SERINGA DESC. 20 ML LUER LOCK	UM
SERINGA DESC. 20 ML LER SLIP	UN
SERINGA DESC. 3 ML LUER LOCK	UN
SERINGA DESC. 5 ML LUER LOCK	UN
SERINGA PERDA DE RESISTÊNCIA PERIDURAL 7 ML	UN
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 04	UN
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 06	UN
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 08	UN
SONDA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL Nº 10	UN
SONDA BOTTON MIC-KEY 14 FR A 24 FR 0,8 CM A 4,5 CM	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 04	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 06	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 08	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 10	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 12	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 14	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 16	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 18	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 20	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 22	UN
SONDA DE FOLEY 2 VIAS Nº 24	UN
SONDA DE FOLEY 3 VIAS Nº 18	UN
SONDA DE FOLEY 3 VIAS Nº 20	UN
SONDA DE GASTROSTOMIA PEG 3 VIAS SILICONE 20 FR	UN
SONDA DE GASTROSTOMIA PEG 3 VIAS SILICONE 24 FR	UN

	DOCUMENTO INSTITUCIONAL				
	LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS				
	Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 7 de 8

SONDA NASOENTERAL Nº 04	UN
SONDA NASOENTERAL Nº 06	UN
SONDA NASOENTERAL Nº 08	UN
SONDA NASOENTERAL Nº 10	UN
SONDA NASOENTERAL Nº 12	UN
SONDA NASOGASTRICA CURTA Nº 02	UN
SONDA NASOGASTRICA CURTA Nº 04	UN
SONDA NASOGASTRICA CURTA Nº 06	UN
SONDA NASOGASTRICA CURTA Nº 08	UN
SONDA NASOGASTRICA CURTA Nº 10	UN
SONDA NASOGASTRICA CURTA Nº 12	UN
SONDA NASOGÁSTRICA CURTA Nº 14	UN
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 02	UN
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 04	UN
SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº 06	UN
SONDA NASOGASTRICA LONGA Nº 08	UN
SONDA NASOGASTRICA LONGA Nº 10	UN
SONDA NASOGASTRICA LONGA Nº 12	UN
SONDA NASOGASTRICA LONGA Nº 14	UN
SONDA RETAL Nº 06	UN
SONDA RETAL Nº 08	UN
SONDA RETAL Nº 10	UN
SONDA RETAL Nº 12	UN
SONDA RETAL Nº 14	UN
SONDA RETAL Nº 16	UN
SONDA RETAL Nº 18	UN
SONDA RETAL Nº 20	UN
SONDA RETAL Nº 22	UN
SONDA URETRAL Nº 02	UN
SONDA URETRAL Nº 04	UN
SONDA URETRAL Nº 06	UN
SONDA URETRAL Nº 08	UN
SONDA URETRAL Nº 10	UN
SONDA URETRAL Nº 12	UN
TALA METÁLICA 16 MM X 180 MM	PCT
TAMPA LUER LOCK / SLIP	UN

	DOCUMENTO INSTITUCIONAL				
	LISTA DE MATERIAIS PADRONIZADOS				
	Código:	Data Elaboração:	Data Revisão:	Revisão: 001	Página: 8 de 8

TORNEIRA 3 VIAS C/ 1 CONEXÃO	UN
TOUCA DESC. CIRÚRGICA PCT COM 100 TOUCAS	PCT
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 2,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 2,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 3,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 3,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 3,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 4,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 4,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 4,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 4,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 5,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 5,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 5,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 5,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 6,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 6,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 6,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 6,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL SEM BALÃO Nº 7,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 7,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 7,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 8,0	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 8,5	UN
TUBO ENDOTRAQUEAL COM BALÃO Nº 9,0	UN

5.4.6. APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL

A contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial será executada em observância aos princípios administrativos tais como economicidade publicidade e moralidade e utilizando como referência de preços os valores disponíveis no Portal de Compras do Governos Estadual e Federal e em obediência ao Regulamento de Compras e Contratações de Serviços do Instituto Patris.

Serão usados ainda como referências, os seguintes critérios:

Limpeza e Higienização

Em uma unidade de saúde, os serviços de limpeza e higienização são de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança, fluxo e assistência aos pacientes, visitantes, e pessoas que transitam em suas dependências.

A limpeza irá contribuir para diminuir as infecções hospitalar, gerando benefícios a todos os envolvidos. Os pacientes, muitas das vezes debilitados, ao contraírem infecção tendem a ser hospitalizados e assim permanecerem, gerando desgastes aos mesmos e mais ônus para a Administração. Portanto se faz necessário manter a prestação continuada do serviço de limpeza e desinfecção de superfícies da unidade de saúde de maneira adequada, dentro das normas e legislações pertinentes.

Os serviços de limpeza e higienização serão terceirizados e realizados por empresa especializada e os serviços executados e os materiais fornecidos para a execução dos mesmos devem seguir as seguintes referências normativas Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988 ANVISA; Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em

Estabelecimento de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 1994; Resolução RDC n° 14, de 28 de fevereiro de 2007; Resolução RDC n° 13, de 28 de fevereiro de 2007; Manual Técnico de Limpeza e Desinfecção de Superfícies Hospitalares e Manejo de Resíduos. IBAM/COMLURB, 2010; Segurança do Paciente em Serviços de Saúde — Limpeza e Desinfecção de Superfícies - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA — 2010; RDC Nº 42, de 25 de outubro de 2010; Normas Regulamentadoras: NR 5 - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, NR 6 - Equipamento de Proteção Individual, NR 7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional, NR 9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, NR 24 - Condições Sanitárias e Conforto nos Locais de Trabalho, NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde, instrução Normativa n°- 6, de 23 de dezembro de 2013.

O risco de infecção ao paciente está relacionado aos procedimentos aos quais ele é submetido, independentemente da área em que ele se encontra. Mas, a classificação da área auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecções, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde (Limpeza e Desinfecção de Superfícies — ANVISA — 2010). 4.3.1.

Áreas críticas: são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos com maior risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos.

Áreas semicríticas: são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem e corredores.

Áreas não - críticas: são todos os demais compartimentos da unidade não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco.

São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria.

Descrição Do Serviço - Serviços de Limpeza

Prestação de serviços de Limpeza da unidade de saúde, visando à obtenção de adequadas condições de salubridade e higiene nas dependências do HECAD, com a disponibilização de mão-de-obra qualificada, produtos saneantes, materiais de limpeza, equipamentos, papel higiênico, papel toalha, sacos de lixo, álcool gel, sabonete líquido, dispenses e papeleiras em quantidade suficiente para atender as necessidades da unidade.

A Limpeza da unidade de saúde consiste na limpeza e conservação dos ambientes e desinfecção de superfícies fixas, de forma a promover a remoção de sujidades visíveis; remoção, redução ou destruição de microrganismos patogênicos; controle de disseminação de contaminação biológica, química, etc., mediante aplicação de energias química, mecânica ou térmica, num determinado período de tempo, nas superfícies das diversas áreas da unidade, o que inclui tetos, pisos, paredes/divisórias, portas, janelas, mobiliários, equipamentos, instalações sanitárias, grades do ar condicionado e/ou exaustor, inclusive camas, quando da saída dos pacientes e demais instalações etc.

Os procedimentos de limpeza a serem adotados deverão observar a prática da boa técnica e normas estabelecidas pela legislação vigente no que concerne ao controle de infecção hospitalar, destacando-se:

1. Habilitar os profissionais de limpeza para o uso de equipamentos específicos destinados à limpeza das áreas crítica, semicrítica e não crítica;

2. Identificar e sinalizar corredores e áreas de grande circulação durante o processo de limpeza, dividindo a área em local de livre trânsito e local impedido;

3. Não utilizar anéis, pulseiras e demais adornos durante o desempenho das atividades de trabalho;

4. Lavar as mãos antes e após cada procedimento, inclusive quando realizados com a utilização de luvas;

5. Realizar a desinfecção de matéria orgânica extravasada em qualquer área da unidade antes dos procedimentos de limpeza;

6. Cumprir o princípio de assepsia, iniciando a limpeza do local menos sujo/contaminado para o mais sujo/contaminado, de cima para baixo em movimento único, do fundo para a frente e de dentro para fora;

7. Realizar a coleta do lixo pelo menos 3 (três) vezes ao dia, ou quando o conteúdo ocupar 2/3 do volume total. O lixo deverá ser transportado em carro próprio, fechado, com tampa, lavável, com cantos arredondados e sem emendas na sua estrutura;

8. Utilizar na prestação dos serviços somente produtos que possuam garantia de qualidade, conforme norma ABNT NBR ISO 9001, ou similar, bem como atender aos requisitos básicos estabelecidos pela legislação vigente e submetidos à prévia apreciação e aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH; e,

9. Disponibilizar germicidas que possuam Certificado de Registro no Ministério da Saúde, contendo as características básicas do produto aprovado e Laudos específicos.

10. Usar luvas, panos e baldes de cores padronizadas para cada procedimento;

11. Usar técnica de dois baldes sendo um com água e solução detergente/desinfetante, e outro com água para o enxágue;

12. Lavar os utensílios utilizados na prestação de serviços (esfregões, panos de limpeza, escovas, baldes, etc.) nas salas de utilidades indicadas pela Direção do HECAD, diariamente, ou sempre que utilizados em locais contaminados;

13. Realizar a limpeza de toda a fachada de vidro da unidade pelo menos uma vez por mês.

Obrigações e Responsabilidades da Contratada

A Contratada, além da disponibilização de mão-de-obra, dos produtos, dos materiais, dos utensílios e dos equipamentos em quantidades suficientes e necessários para a perfeita execução dos serviços de limpeza de áreas envolvidas, bem como das obrigações constantes na Minuta de Termo de Contrato, obriga-se a:

Quanto à mão-de-obra atacada para a prestação de serviços:

- Selecionar e preparar rigorosamente os empregados que irão prestar os serviços, encaminhando aqueles com nível de instrução compatível e funções profissionais devidamente registradas em suas carteiras de trabalho;

- Alocar os funcionários que irão desenvolver os serviços contratados somente após efetivo treinamento pertinente à limpeza hospitalar, com avaliação do conteúdo programático, o qual deve abordar todas as técnicas de forma teórica e prática, tais como: noções de fundamentos de higiene, noções de infecção hospitalar, uso correto de EPIs, comportamento, postura, normas e deveres, rotinas de trabalho a serem executadas, conhecimento dos princípios de limpeza, dentre outros, em conformidade com os

dispostos no Manual "Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies", da Anvisa (2012).

A capacitação técnica e preventiva deve ser inicial e continuada, sendo obrigatória a comprovação dos treinamentos realizados, devendo constar em documento comprobatório: data; carga horária; conteúdo programático; nome e formação ou capacitação do instrutor; nome e assinatura dos trabalhadores capacitados.

Indicar o profissional responsável técnico, devidamente habilitado e capacitado para supervisionar e garantir a execução dos serviços dentro das normas de boa prática e qualidade estabelecidas pela legislação vigente, ministrar treinamentos, selecionar, escolher, adquirir e prover o uso adequado de EPIs e produtos químicos;

Nomear encarregados responsáveis pelos serviços, com a missão de garantir o bom andamento dos trabalhos, fiscalizando e ministrando as orientações necessárias aos executantes dos serviços. Esses encarregados terão a obrigação de reportarem-se, quando houver necessidade, ao gestor/ fiscal do Contratante e tomar as providências pertinentes;

Manter sediado junto ao Contratante durante os turnos de trabalho, indivíduos capazes de tomar decisões compatíveis com os compromissos assumidos;

Manter seu pessoal uniformizado, identificando-os mediante crachás com fotografia recente e provendo-os com Equipamentos de Proteção Individual - EPIs;

Fornecer todo equipamento de higiene e segurança do trabalho aos seus empregados no exercício de suas funções; utilizando de forma correta os equipamentos

de proteção individual (EPI) conforme Portaria MTE no 485, de 11 de novembro de 2005 - NR 32.

Realizar, por meio de responsável técnico especialmente designado, treinamentos e reciclagens periódicas aos empregados que estejam executando limpeza na unidade, conforme disposições contidas na NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde;

Instruir seus empregados quanto à necessidade de acatar as orientações do Contratante, inclusive quanto ao cumprimento do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e das Normas Internas e de Segurança e Medicina do Trabalho, tal como prevenção de incêndio nas áreas do Contratante;

Exercer controle no que se refere à assiduidade e à pontualidade de seus empregados;

Manter a disciplina entre os seus funcionários;

Assegurar que todo empregado que cometer falta disciplinar, não será mantido nas dependências da execução dos serviços ou quaisquer outras instalações do Contratante;

Atender de imediato às solicitações do Contratante quanto às substituições de empregados não qualificados ou entendidos como inadequados para a prestação dos serviços;

Manter o controle de vacinação, nos termos da legislação vigente, aos funcionários diretamente envolvidos na execução dos serviços;

Assumir todas as responsabilidades e tomar as medidas necessárias ao atendimento dos seus funcionários acidentados ou com mal súbito, por meio de seus encarregados;

Apresentar, quando solicitado, os comprovantes de fornecimento de benefícios e encargos;

Preservar e manter o Contratante à margem de todas as reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza, referente aos serviços, responsabilizando-se expressamente pelos encargos trabalhistas e previdenciários.

Da execução dos serviços

Implantar de forma adequada, e em conjunto com o gestor de contratos e a CCIH, a planificação, a execução e a supervisão permanente dos serviços, garantindo suporte para atender a eventuais necessidades para manutenção de limpeza das áreas requeridas;

Prestar os serviços dentro dos parâmetros e rotinas estabelecidos, fornecendo todos os produtos e materiais, observando o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e as recomendações aceitas pela boa técnica, normas e legislação vigente, em especial a NR 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, inclusive:

- sacos plásticos para acondicionamento de resíduos constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2D00 da ABNT, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento;

- os sacos devem ficar contidas em recipiente de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento e garantir recipientes para coleta de perfurocortantes;

- todos os utensílios e equipamentos devem ter quantidade, qualidade e tecnologia adequadas para a boa execução dos serviços.

- Dar ciência imediata e por escrito ao Contratante no que se refere a qualquer anormalidade que seja verificada na execução dos serviços, inclusive no que tange à correta segregação dos resíduos;

Prestar os esclarecimentos que lhe forem solicitados, e atender prontamente às reclamações de seus serviços, sanando-as no menor tempo possível;

Executar os serviços em horários que não interfiram no bom andamento da rotina de funcionamento do Contratante;

Responsabilizar-se por eventuais paralisações dos serviços, por parte dos seus empregados, sem repasse de qualquer ônus ao Contratante, para que não haja interrupção dos serviços prestados;

Distribuir nos sanitários papel higiênico, sabonetes e papel toalha, de forma a garantir a manutenção de seu funcionamento;

Permitir e colaborar com a fiscalização dos serviços por técnicos especialmente designados do Contratante, que mensalmente emitirão relatório sobre a qualidade dos serviços prestados, indicando os cálculos para obtenção dos valores a serem faturados.

Cabe à Contratada completar ou substituir a material considerado inadequado pela Contratante, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas;

Dos produtos utilizados

No início de cada mês, fornecer à Contratante todos os produtos necessários para a execução dos serviços de limpeza no período, em quantidade e qualidade adequada, para a aprovação pela fiscalização do contrato;

Utilizar produtos com os princípios ativos permitidos segundo a Resolução RDC no.1S/MS/SNVS, de 16/08/10- Fenólicos; quaternários de amônio; compostos orgânicos. E inorgânicos; iodo e derivados; álcoois e glicóis.

Respeitar a legislação vigente para o transporte, manuseio e armazenagem dos saneantes domissanitários e dos produtos químicos;

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com pacientes ou empregados de Contratada, ou com terceiros;

Utilizar produtos somente após devida aprovação pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH e autorização do gestor/ fiscal do Contratantes e Observar conduta adequada na utilização dos produtos e materiais destinados à prestação dos serviços, objetivando correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços.

Os cuidados em relação ao uso de produtos químicos que devem ser observados são:

- Estabelecer quais produtos podem ser utilizados.
- Adquirir somente produtos com notificação/ registro deferido no Ministério dos equipamentos e utensílios utilizados;

Identificar todos os equipamentos, ferramentas e utensílios de sua propriedade, tais como: aspiradores de pó, enceradeiras, mangueiras, baldes, carrinhos para transporte de resíduos, escadas e outros, de forma a não serem confundidos com similares de propriedade do Contratante;

Manter todos os equipamentos e utensílios necessários à execução dos serviços em perfeitas condições de uso, devendo os danificados serem substituídos em até 24 (vinte e quatro) horas. Os equipamentos elétricos devem ser dotados de sistema de proteção, de modo a evitar danos na rede elétrica;

3. Utilizar rótulos (símbolos e expressões), identificar os recipientes de acondicionamento, carros de transporte interno e externo, atendendo aos parâmetros referenciados na norma ABNT NBR 7500 que trata dos símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos;

4. Observar conduta adequada na utilização dos utensílios e dos equipamentos disponibilizados para a prestação dos serviços, objetivando a correta higienização dos utensílios e das instalações objeto da prestação de serviços;

Dos Resíduos

Proceder ao recolhimento dos resíduos, conforme legislação vigente e o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde da Unidade Contratante e demais

exigências legais nos termos da Lei Estadual n° 12.300, de 16/3/06; dos Decretos Estaduais n° 54.645 de 5/8/09 e 55.565, de 15/3/10; da Resolução RDC n° 306 de 7/12/2004, da Resolução MMA n° 358 de 29/4/2005 e da Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC n°- 1, de 29/6/98, com o objetivo do gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente; realizando a segregação no momento da geração do resíduo e destinando adequadamente os materiais perfurocortantes.

O procedimento de recolhimento dos resíduos de serviços de saúde deve sempre contemplar as etapas de segregação, coleta interna, armazenamento e transporte interno, com vistas ao transporte externo, tratamento e disposição final, sempre obedecendo às normas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas e a legislação vigente;

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde deve ser elaborado pela unidade geradora do Contratante, contemplar todos os Grupos de Resíduos gerados no estabelecimento (Grupos A, B, C, D e E), e atender integralmente ao estabelecido no roteiro constante da Lei Estadual n° 12.800, de 16/3/06; Decreto Estadual n° 54.645 de 5/8/09; Resolução RDC n° 306 de 7/12/2004 da ANVISA, Resolução MMA n° 358 de 29/4/2005 e na Resolução Conjunta SS/SMA/SJDC n 1, de 29/6/98:

(a) Consideram-se o conceito cuja simbologia e identificação dos locais de geração de resíduos e correspondente fluxo é de responsabilidade do Contratante:

Embalar, nos termos do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o resíduo em saco plástico específico padronizado, branco leitoso, espessura padronizada pela ABNT (saco lixo tipo II da norma NBR 9120, 9190, 9191, 13056 e 7500, observando-se o disposto no item 4.8 da NBR 9191 — devem constar em saco individual, a identificação do fabricante e o símbolo da substância infectante, posicionando a um

terço da altura a partir de baixo). O fabricante do saco deverá deter o registro no órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme Lei Federal nº 6.360/76, regulamentada pelo Decreto Federal n-º 79.094/77 e, ainda, possuir comprovante de registro ou certificado de isenção do produto;

Trocar o saco plástico por outro da mesma cor, nunca despejando o conteúdo da lixeira em outro recipiente, utilizando-o até o limite de 80% de sua capacidade;

Utilizar, obrigatoriamente, paramentação, incluindo bota e luva de borracha (expurgo), quando do manuseio do resíduo embalado e de sua retirada após esse procedimento;

Utilizar, durante a coleta e transporte de resíduo interno, carrinho próprio para o grupo de resíduo, fechado com tampa, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, com cantos e bordas arredondados, sem emenda na estrutura, e identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Deve ser provido de rodas revestidas de material que reduza o ruído;

Os contêineres com mais de 400 l de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

Elaborar, para a utilização dos elevadores de serviços, planejamento e programação dos horários de retirada interna dos resíduos, de forma a evitar o cruzamento de fluxo com outras atividades, tais como SND - Serviço de Nutrição e Dietética, lavanderia e transporte de pacientes;

Armazenar o resíduo, devidamente embalado, no depósito de resíduos indicado pelo Contratante;

Os resíduos, uma vez coletados no ponto de geração, devem permanecer no mesmo recipiente até o armazenamento externo, antes da coleta final; e

Proceder à lavagem e desinfecção dos contêineres ou similares e da área reservada aos expurgos.

Obrigações e Responsabilidades

- Elaborar e manter um programa interno de treinamento de seus empregados para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, observadas as normas ambientais vigentes;

- Receber, do Contratante, informações a respeito dos programas de uso racional dos recursos que impactem o meio ambiente;

- Responsabilizar-se pelo preenchimento do "Formulário de Ocorrências para Manutenção" por seu encarregado, que poderá ser fornecido pelo Contratante;

- Quando houver ocorrências, o encarregado deverá entregar ao Contratante o "Formulário de Ocorrências para Manutenção" devidamente preenchido e assinado;

Exemplos de ocorrências mais comuns e que devem ser apontadas:

- Vazamentos na torneira ou no sifão de lavatórios e chuveiros;
 - Saboneteiras e toalheiros quebrados;
-

- Lâmpadas queimadas ou piscando;
- Tomadas e espelhos soltos;
- Fios desencapados;
- Janelas, fechaduras ou vidros quebrados;
- Carpete solto, entre outras.

A Contratada deverá capacitar parte do seu pessoal quanto ao uso da água. Essa capacitação poderá ser feita por meio do material "O Uso Racional da Água", oferecido pela SANEAGO em seu sítio na Internet. Os conceitos deverão ser repassados para equipe por meio de multiplicadores;

A Contratada deverá adotar medidas para se evitar o desperdício de água tratada, conforme instituído no Decreto Estadual nº 48.138, de 07/10/03;

Colaborar com as medidas de redução de consumo e uso racional da água, cujos encarregados devem atuar como facilitadores das mudanças de comportamento de empregados da Contratada, esperadas com essas medidas;

Sempre que adequado e necessário, a Contratada deverá utilizar-se de equipamento de limpeza com jatos de vapor de água saturada sob pressão, por sua economicidade.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de equipamentos e complementos que promovam a redução do consumo de água.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição de produtos e equipamentos que apresentem eficiência energética e redução de consumo;

Durante a limpeza noturna, quando permitido, acender apenas as luzes das áreas que estiverem sendo ocupadas;

Comunicar ao Contratante sobre equipamentos com mal funcionamento ou danificados como lâmpadas queimadas ou piscando, zumbido excessivo em reatores de luminárias e mau funcionamento de instalações energizadas;

Sugerir os locais e medidas que tenham a possibilidade de redução do consumo de energia, tais como: desligamento de sistemas de iluminação, instalação de interruptores, instalação de sensores de presença, rebaixamento de luminárias etc.;

Ao remover o pó de cortinas e persianas, verificar se estas não se encontram impedindo a saída do ar condicionado ou aparelho equivalente;

Verificar se existem vazamentos de vapor ou ar nos equipamentos de limpeza, o sistema de proteção elétrica e as condições de segurança de extensões elétricas utilizadas em aspiradores de pó, enceradeiras, etc.;

Realizar verificações e, se for o caso, manutenções periódicas nos seus aparelhos elétricos, extensões, filtros, recipientes dos aspiradores de pó e nas escovas das enceradeiras.

Evitar ao máximo o uso de extensões elétricas;

Repassar a seus empregados todas as orientações referentes à redução do consumo de energia fornecidas pelo Contratante.

Separar e entregar ao Contratante as pilhas e baterias dispostas para descarte que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, ou aos estabelecimentos que as comercializam ou à rede de assistência técnica autorizada pelas respectivas indústrias, para repasse aos fabricantes ou importadores, para que esses adotem, diretamente ou por meio de terceiros, os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequada, em face dos impactos negativos causados ao meio ambiente pelo descarte inadequado desses materiais. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n-º 401, de 5/11/2008.

Tratamento idêntico deverá ser dispensado a lâmpadas fluorescentes e frascos de aerossóis em geral;

Encaminhar os pneumáticos inservíveis abandonados ou dispostos inadequadamente aos fabricantes para destinação final, ambientalmente adequada, tendo em vista que esses constituem passivo ambiental, que resulta em sério risco ao meio ambiente e à saúde pública. Essa obrigação atende à Resolução CONAMA n-º 416, de 30 de setembro de 2009 e à Instrução Normativa do IBAMA n-º-01, de 18 de março de 2010.

Quando implantado pelo Contratante Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, colaborar de forma efetiva no desenvolvimento das atividades do programa interno de separação de resíduos sólidos, em recipientes para coleta seletiva nas cores internacionalmente identificadas, disponibilizados pelo Contratante;

No Programa de Coleta Seletiva de Resíduos Sólidos, a Contratada deverá observar as seguintes regras:

a) Materiais não recicláveis:

Materiais denominados REJEITOS, para os quais ainda não são aplicadas técnicas de reaproveitamento, dentre eles: lixo de banheiro; papel higiênico; lenço de papel e outros como: cerâmicas, pratos, vidros pirex e similares; trapos e roupas sujas; toco de cigarro; cinza e ciscos (que deverão ser segregados e acondicionados separadamente para destinação adequada); acrílico; lâmpadas fluorescentes (acondicionadas em separado); papéis plastificados, metalizados ou parafinados; papel carbono e fotografias; fitas e etiquetas adesivas; copos

descartáveis de papel; espelhos, vidros planos, cristais; pilhas (acondicionadas em separado e enviadas para fabricante).

b) Materiais Recicláveis:

Para os materiais secos recicláveis, deverá ser seguida a padronização internacional para a identificação, por cores, nos recipientes coletores (VERDE para vidro, AZUL para papel, AMARELO para metal, VERMELHO para plástico e BRANCO para lixo não reciclável).

Quando implantadas pelo Contratante, operações de compostagem/ fabricação de adubo orgânico, a Contratada deverá separar os resíduos orgânicos da varrição de parques (folhas, gravetos etc.) e encaminhá-los posteriormente para as referidas operações, de modo a evitar sua disposição em aterro sanitário;

Fornecer sacos de lixo nos tamanhos adequados à sua utilização, com vistas à otimização em seu uso, bem como a redução da destinação de resíduos sólidos;

Otimizar a utilização dos sacos de lixo, cujo fornecimento é de sua responsabilidade, adequando sua disponibilização quanto à capacidade e necessidade,

esgotando dentro do bom senso e da razoabilidade o volume útil de acondicionamento, objetivando a redução da destinação de resíduos sólidos;

Observar, quando pertinente, as disposições, da Lei Municipal, quanto à organização de sistemas de coleta seletiva nos grandes geradores de resíduos sólidos, bem como o recolhimento periódico dos resíduos coletados e o envio destes para locais adequados, que garantam o seu bom aproveitamento, ou seja, a reciclagem.

Manter critérios especiais e privilegiados para aquisição e uso de produtos biodegradáveis, observando o registro de produtos saneantes domissanitários com finalidade antimicrobiana nos termos da Resolução RDC nº 35, de 16 de agosto de 2010.

Utilizar racionalmente os saneantes domissanitários cuja aplicação nos serviços deverá observar regra basilar de menor toxicidade, livre de corantes e redução drástica de hipoclorito de sódio;

Manter critérios de qualificação de fornecedores levando em consideração as ações ambientais por esses realizadas.

Observar rigorosamente, quando da aplicação e/ou manipulação de detergentes e seus congêneres, no que se refere ao atendimento das prescrições do artigo 44, da Lei Federal nº - 6.360 de 23 de setembro de 1976 e do artigo 67, do Decreto Federal nº 8.077, de 14 de agosto de 2013, as prescrições da Resolução ANVISA nº 1, de 5 de junho de 2008, cujos itens de controle e fiscalização por parte das autoridades sanitárias e do Contratante são os Anexos da referida Resolução: ANEXO I — Tipos/ Categorias de produtos de limpeza e afins; ANEXO II - 3.4Z -Rotulagem para produtos de limpeza e afins.

Fornecer saneantes domissanitários devidamente registrados no órgão de vigilância sanitária competente do Ministério da Saúde, conforme disposto no Decreto Federal nº8.077, de 14 de agosto de 2013, que regulamenta a Lei Federal nº 6.360, de 23 de setembro de 1976; Observar a rotulagem quanto aos produtos desinfetantes domissanitários, conforme Resolução RDC nº 34, de 16 de agosto de 2010, e os anexos 4 e 5 da Portaria 321/MS/SNVS, de 08 de agosto de 1997, assim como o Artigo 4 da Lei Federal 12.236, de 2s de dezembro de 2015.

Em face da necessidade de ser preservada a qualidade dos recursos hídricos naturais, de importância fundamental para a saúde, somente aplicar saneantes domissanitários cujas substâncias tensoativas aniônicas, utilizadas em sua composição sejam biodegradáveis, conforme disposições da Resolução RDC nº- 180, de 3 de outubro de 2006 que aprova o Regulamento Técnico sobre Biodegradabilidade dos Tensoativos Aniônicos para Produtos

Saneantes Domissanitários:

a) Considera-se biodegradável a substância tensoativa susceptível de decomposição e biodegradação por microrganismos; com grau de biodegradabilidade mínimo de 9096. Para essa finalidade específica, fica definido como referência de biodegradabilidade o dodecilbenzeno sulfonato de sódio. A verificação da biodegradabilidade será realizada pela análise da substância tensoativa aniônica utilizada na formulação do saneante ou no produto acabado;

b) O Contratante poderá coletar uma vez por mês, e sempre que entender necessário, amostras de saneantes domissanitários, que deverão ser devidamente acondicionadas em recipientes esterilizados e lacrados, para análises laboratoriais.

b.1) Os laudos laboratoriais deverão ser elaborados por laboratórios habilitados pela Secretaria de Vigilância Sanitária. Deverão constar obrigatoriamente do laudo laboratorial, além do resultado dos ensaios de biodegradabilidade, os resultados da análise química da amostra analisada.

Quando da aplicação de álcool, deverá se observar a Resolução RDC n° 46, de 20 de fevereiro de 2002 que aprova o Regulamento Técnico para o álcool etílico hidratado em todas as graduações e álcool etílico anidro;

Ficam terminantemente proibidos, na prestação de serviços de limpeza e higienização predial, o fornecimento, a utilização e a aplicação de saneantes domissanitários ou produtos químicos que contenham ou apresentem em sua composição:

Corantes — relacionados no Anexo I da Portaria n-° 9 MS/SNVS, de 10 de abril de 1987;

Saneantes Domissanitários de Risco I -listados pelo art. 5º da Resolução n° 336, de 30 de julho de 1999 e em conformidade com a Resolução ANVISA RE n-° 913, de 25 de junho de 2001;

Saneantes Domissanitários fortemente alcalinos - apresentados sob a forma de líquido premido (aerossol), ou líquido para pulverização, tais como produtos desengordurantes, conforme Resolução o RDC n° 32, de 27 de junho de 2013;

Benzeno — conforme Resolução RDC n° 252, de 16 de setembro de 2003, e recomendações dispostas na Lei Federal n° 6.360, de 23 de setembro de 1976, pelo Decreto Federal n-° 8.077, de 14 de agosto de 2013 e pela Lei Federal n° 8.078, de 11

de setembro de 1990, uma vez que de acordo com estudos IARC —International Agency Research on Cancer, agência de pesquisa referenciada pela OMS - Organização Mundial de Saúde, a substância benzeno foi categorizada como cancerígena para humanos; Inseticidas e raticidas - nos termos da Resolução Normativa CNS n° 01, de 04 de abril de 1979.

Os produtos químicos relacionados pela Contratada, de acordo com sua classificação de risco, composição, fabricante e utilização, deverão ter notificação ou registro deferido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde, conforme Resolução RDC n°- S9, de 22 de dezembro de 2010. A consulta aos saneantes notificados e registrados está disponível na seção de Consulta ao Banco de Dados, no sítio da ANVISA:

<http://www.anvisa.gov.br/saneantes/banco.htm>.

Recomenda-se que a Contratada utilize produtos detergentes de baixas concentrações e baixos teores de fosfato.

Apresentar ao Contratante, sempre que solicitado, a composição química dos produtos, para análise e precauções com possíveis intercorrências que possam surgir com empregados da Contratada, ou com terceiros.

Para seus equipamentos de limpeza que gerem ruído em seu funcionamento, observar a necessidade de Selo Ruído, como forma de indicação do nível de potência sonora, medido em decibel - Db(A), conforme Resolução CONAMA n° 020, de 07 de dezembro de 1994, em face do ruído excessivo causar prejuízo à saúde física e mental, afetando particularmente a audição.

A utilização de tecnologias adequadas e conhecidas permite atender às necessidades de redução de níveis de ruído.

Resumo dos Materiais/equipamentos Utilizados a serem fornecidos pela contratada: Baldes plásticos de cores distintas (vermelho e azul) de 15 litros; Seladores e impermeabilizantes; Cálice graduado para diluição de desinfetantes; Pá de aço ou plástico para coleta de lixo; Panos para limpeza: tipo saco alvejado, multiuso e flanela Polidor de metais; Hipoclorito de Sódio a 196; Detergente desinfetante tipo desodorizador a base de quaternário de amônia; Detergente líquido neutro concentrado para pisos; Desentupidor de pias; Desentupidor de vaso sanitário; Desinfetante líquido a base de eucalipto; Rodos (40 e 60 cm em alumínio ou plástico resistente); Escovas para sanitários; Saco plástico branco leitoso tipo II NBR 9190: 40, 60 e 100 litros; Saco plástico preto NBR 9191: 40, 60 e 100 litros; Sacos de lixo de todos os tipos necessários, Cera antiderrapante; Álcool 70%; Álcool em gel e dispensers; Sabonete líquido e dispensers; Papel Higiênico e papeleiras, toalhas de papel e Porta Toalhas; Removedor de ceras; Palha e lâ de aço; Disco para lustrar; Disco para lavar; Vassoura limpa teto; Esponja de limpeza; Lustra móveis; Kit limpa vidros; Carro de limpeza; Carro fechado, lavável para transporte de lixo conforme orientado no Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde da Unidade Contratante; Carro plataforma; Enceradeira industrial; Escadas de tamanho diversos; Máquina lavadora com jato de água à pressão; Rastelo; Garfo; Enxada; Vassoura leque; Enceradeira alta rotação Highspeed; Vassoura tipo Mop seco e água + Cabeleiras; Luvas grossas de borracha nos diversos tamanhos em duas cores distintas; rádios comunicadores; Carriola e outros materiais e equipamentos para atender adequadamente as necessidades dos serviços. Todos os materiais e equipamentos deverão ser de primeira qualidade.

SERVIÇOS DE VIGILÂNCIA

Função dos Vigilantes:

- Fazer rondas internas e externas do edifício, durante o dia e à noite;
 - Possibilitar o máximo de segurança possível contra roubo/furto e sabotagens em materiais, equipamentos e outros;
 - Comunicar imediatamente, registrando por escrito, ao setor competente da Contratante, bem como à pessoa responsável pelo serviço, todo acontecimento entendido irregular e que atente contra a segurança, bem como qualquer anormalidade verificada, inclusive de ordem funcional, para que sejam adotadas as providências de regularização necessárias;
 - Manter constante verificação de entrada e saída de público e colaboradores nos diversos setores do prédio;
 - Controlar a entrada e saída de pessoas, fora do horário normal de expediente, conferindo listagem de colaboradores que tem livre acesso ao local;
 - Conferir listagem de colaboradores que tem livre acesso ao prédio a qualquer hora, dentro ou fora do horário de expediente;
 - Permitir o ingresso nas dependências internas somente de pessoas previamente identificadas e autorizadas pelo Contratante;
 - Restringir a circulação de pessoas alheias ao serviço em prédio de serviços internos, sem a circulação de público;
-

- Fiscalizar a entrada e saída de objetos e equipamentos do prédio;
 - Não permitir o ingresso de vendedores ambulantes e assemelhados, bem como todas as atividades comerciais;
 - Observar a movimentação de indivíduos suspeitos, adotando medidas de segurança necessárias para evitar qualquer eventualidade anormal;
 - Recolher qualquer objeto encontrado nas dependências da Contratante e entregá-lo ao setor competente;
 - Manter seus equipamentos de trabalho e armamento em perfeitas condições de uso;
 - Seguir os horários fixados na escala de trabalho, baseada nos postos de vigilância estabelecidos;
 - Manter afixado no posto de vigilância, em local visível, o número de telefone da Delegacia de Polícia da Região, do Corpo de bombeiros, da Central Elétrica, da SANEAGO, dos técnicos responsáveis pela assistência Técnica e dos responsáveis pela administração do prédio;
 - Colaborar com as polícias civil e militar nas ocorrências de ordem policial nas dependências da Contratante, facilitando, o melhor possível, a atuação daquelas, inclusive na indicação de testemunhas presenciais de eventual acontecimento;
 - O vigilante deverá assumir diariamente o posto de vigilância devidamente uniformizado, barbeado, cabelos aparados e limpos e manter-se no posto, não devendo
-

se afastar de seus afazeres, principalmente para atender chamados e/ou cumprir tarefas solicitadas por terceiros não autorizados;

- O Cassetete deverá ser utilizado somente em defesa própria ou de terceiros e na guarda de patrimônio do Contratante, depois de esgotados todos os meios para a solução eventual do problema;

- Cumprir a programação dos serviços de acordo com determinação do Contratante de forma a garantir as condições de segurança das instalações, dos servidores e usuários em geral que se façam presentes;

- Proteger os bens móveis e imóveis existentes nas dependências onde os serviços estão sendo prestados, para impedir danos ou prejuízos ao Patrimônio Público;

- Observar as regras para a utilização de telefones ou equipamentos de propriedade do Contratante, responsabilizando-se pelo dano que porventura vier a causar;

- Recolher no pronto socorro sempre que solicitado, objetos de pacientes que não tenham condições de mantê-los consigo e que estejam desacompanhados e entregá-los no guarda volumes relacionando-os em formulário ou livro próprio;

Dos Serviços De Portaria

Os serviços portaria funcionam 24 horas nas dependências da unidade. Sem eles o controle e a supervisão da portaria social e portaria de fornecedores, ficariam prejudicados, resultando em sérios transtornos, podendo até comprometer o funcionamento regular da unidade de saúde.

Em uma unidade de saúde, a contratação de empresa para a execução dos serviços acima descritos, é de extrema importância e sua falta ou má execução impacta diretamente na segurança dos pacientes, colaboradores e demais pessoas que transitam em suas dependências.

Descrição Do Serviço

Os porteiros deverão executar os serviços conforme descrito a seguir:

- Executar serviços de portaria da unidade de saúde, baseando-se em regras de conduta, para assegurar a ordem no prédio e de seus ocupantes;
 - Fiscalizar a entrada e saída de pessoas, observando o movimento das mesmas no saguão da portaria principal, nos corredores e pátios, procurando identificá-las, para vedar a entrada as pessoas suspeitas, ou encaminhar as demais ao destino solicitado;
 - Manter serviço permanente de portaria contínua da unidade de saúde;
 - Acender e apagar as luzes das partes comuns da unidade de saúde, observando os horários e/ou necessidades;
 - Auxiliar no serviço de segurança interna da unidade de saúde;
 - Encarregar-se da correspondência em geral e de encomendas de pequeno porte enviadas aos ocupantes do Edifício, recebendo-as e encaminhando-as aos destinatários, para evitar extravios e outras ocorrências desagradáveis;
 - Vetar a entrada de vendedores, demonstradores, entregadores, etc., sem autorização.
-

- Desempenhar outras atribuições pertinentes ao cargo;

Os serviços serão executados em horários que sejam acordados e convenientes para o Instituto Patris de forma que não cause perturbação, constrangimento ou atrapalhe os demais serviços do local.

Além das obrigações pactuadas contratualmente, o Participante deverá:

- a) responder pela supervisão, direção e execução técnica dos serviços;
 - b) realizar os serviços utilizando profissionais capacitados, observando os princípios de qualidade, eficiência requeridos por serviços da espécie;
 - c) admitir em seus quadros os referidos profissionais, os quais constituir-se-ão em empregados próprios da Participante, não se estabelecendo, com estes, nenhum vínculo empregatício perante o Instituto Patris;
 - d) fornecer a efetivo necessário à execução dos serviços, conforme contrato, substituindo aqueles que não se adaptarem às normas internas do Instituto Patris;
 - e) dar ciência ao Instituto, imediatamente e por escrito, de qualquer anormalidade verificada na execução dos serviços, bem como prestar esclarecimentos relativos a este, quando necessários;
 - f) utilizar somente funcionários devidamente habilitados, uniformizados, treinados e identificados;
 - g) conhecer, respeitar e fazer com que sejam cumpridos os procedimentos e Instruções de Trabalho elaborados em comum acordo com o Instituto;
-

h) responder por qualquer dano ou prejuízo causado ao Instituto ou a terceiros, por ação ou omissão de seus prepostos e/ou empregados, em decorrência da execução dos serviços previstos neste instrumento;

i) instituir mecanismos de mensuração da produtividade da equipe executora do contrato, gerando relatórios e prestando informações;

j) substituir a qualquer tempo empregado ou preposto seu que não esteja agindo com urbanidade e cortesia, ou que coloque em risco a saúde do ambiente organizacional;

h) cumprir todas as normas de segurança e medicina do trabalho atinentes à sua área de atuação;

i) orientar seus funcionários de que estes deverão obedecer às regras, a fim de evitar desvio de função e subordinação direta com o Instituto;

DA MANUTENÇÃO PREDIAL

A Manutenção preventiva e corretiva nos sistemas, redes e instalações hidrossanitárias, elétricas e telefônicas, incluindo grupo gerador, barramento, bombas de água e esgoto, existentes ou que venham a ser instaladas é de fundamental importância para o funcionamento da unidade de saúde, podendo ser realizada por empresa especializada e deverá funcionar 24 horas por dia.

O serviço de manutenção preventiva, corretiva e preditiva deve abranger:

a) os sistemas de prevenção e combate a incêndio que inclui o sistema de proteção contra descargas atmosféricas, o sistema de rede de hidrantes e extintores portáteis, o

sistema eletrônico de detecção de fumaça e alarme contra incêndios, o sistema de iluminação de emergência e o sistema de sinalização de segurança e emergência, existentes ou que venham a ser instalados;

b) Instalação, desinstalação, higienização, manutenção preventiva, corretiva e preditiva nos sistemas de refrigeração, envolvendo câmaras fria (cozinha), ar condicionado, compreendendo equipamentos de janela e Split, existentes ou que venham a ser instalados;

c) Manutenção preventiva, corretiva e preditiva em obras civis, serralheria, soldagem, esquadrias, vidraçarias, gesso, forro (PVC e madeira) marcenaria, capotaria, persianas, pintura, alvenaria e divisória naval/especial;

d) Limpeza e higienização, em conformidade com as legislações pertinentes e as normas técnicas, das caixas d'água e dos reservatórios inferiores e superiores, existentes ou que venham a ser instalados;

e) Realização de serviços eventuais diversos relacionados aos sistemas mantidos, tais quais: instalação e remanejamento de circuitos elétricos, rede lógica e telefônicos; instalação e remanejamento de equipamentos de ar condicionado, instalação de luminárias, substituição de lâmpadas e equipamentos hidrossanitários, instalações hidráulicas, bem como reconstituição de partes civis afetadas.

f) Acompanhamento de Serviços de Controle de Vetores e Pragas Urbanas, para dedetização, desinsetização, desratização, controle de pombos, e, morcegos.

g) Gestão dos serviços de manutenção preventiva e corretiva dos elevadores.

As atribuições mínimas dos profissionais componentes da equipe são:

ENGENHEIRO: Planejamento dos serviços a serem executados, análise de suprimentos para obra, acompanhamento de medições, a empresa deverá possuir em seu quadro técnico Engenheiro Civil, visando obter a melhor avaliação sobre os trabalhos a serem feitos sem danos a instituição.

TÉCNICO DE MANUTENÇÃO PREDIAL: Desenvolver as diversas atividades de marcenaria, alvenaria, hidráulica, serralheria, suporte no transporte manual de mobília e objetos inerentes a este setor. Realizar serviços de preparação de argamassa, transporte de agregados e utensílios para alvenaria, lixamento de parede, pintura, entre outras.

ELETRICISTA: Efetuar a manutenção nas instalações elétricas, redes de baixa tensão, quadros, subestação interna e outros, para o funcionamento adequado do sistema elétrico. Efetuar a manutenção preventiva de disjuntores, quadros de distribuição de força, equipamentos elétricos em geral, sistemas de comando, sinalização e proteção. Zelar pelo funcionamento adequado do sistema elétrico dos edifícios da unidade, observando os projetos executivos de eletricidade, dirimindo dúvidas com os engenheiros, observando os detalhes de segurança no trabalho e propondo modificações necessárias às instalações em conformidade às normas e procedimentos técnicos de segurança, qualidade, higiene e preservação ambiental.

DA CONTRATAÇÃO

A contratação de empresas na área de prestação dos serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial para o HECAD, destina-se a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa, inclusive no que se refere a qualidade, e a evitar operações em que se caracterize sobrepreço ou superfaturamento, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, da eficiência, da economicidade, do

desenvolvimento nacional sustentável, da obtenção de competitividade, do julgamento objetivo e do formalismo moderado.

Para contratação de terceiros para os serviços de limpeza, serão observados os critérios do “Guia de Orientação sobre os aspectos gerais na contratação de serviços de limpeza, asseio e conservação” bem como o Termo de Referência elaborado pela Advocacia Geral da União (Anexo IV). e o Manual de Boas Práticas de Limpeza e Desinfecção de Superfícies da ANVISA (Anexo III).

A contratação de serviços pode ser aplicada em todas as áreas da empresa definida como atividade- meio e fim, por exemplo, as seguintes atividades: serviços de alimentação, serviços de conservação patrimonial e limpeza, serviço de vigilância, serviço de recepção, serviços de processamento de dados, administração de recursos humanos, administração de relações trabalhistas e sindicais e serviços especializados ligados a atividade fim do tomador de serviços.

A condição para tornar-se um prestador do INSTITUTO PATRIS é estar em dia com suas responsabilidades fiscais, além de estar alinhado às políticas de gestão de prestadores como Compras, Planejamento e Logística e Compliance e ser aprovado tecnicamente, conforme os critérios de Compras para a categoria de serviços.

5.5. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

5.5.1. APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

RELATO TEÓRICO SOBRE O TEMA:

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NA ATUALIDADE

A maneira como as organizações gerenciam as pessoas está passando por profundas transformações em todo o mundo, desde meados da década de 1980. Essas mudanças estão, em grande medida, relacionadas ao aumento da competitividade e à intensificação da globalização, que vêm provocando inadequações nos modelos tradicionais de gestão de pessoas no que diz respeito às demandas e expectativas das empresas e das pessoas (DUTRA, 2004).

A discussão sobre competitividade, reestruturação produtiva e mercado impulsionou mudanças na gestão das organizações e, especificamente, na gestão de recursos humanos, que passou a ser visualizada como um importante fator diferencial para alcançar os objetivos e expectativas das organizações (BARBOSA, 2005).

Surge, então, a necessidade de desenvolver uma gestão de pessoas cujos objetivos e orientações estejam perfeitamente alinhados com as prioridades estratégicas da organização e que conduzam suas ações e os comportamentos dos indivíduos de maneira coerente com estas prioridades. Ademais, a aproximação da gestão de recursos humanos com a estratégia organizacional perpassa o reconhecimento de que as macroestratégias organizacionais não podem ser definidas sem uma análise dinâmica da capacidade interna no que tange à dimensão humana (LONGO, 2007).

Toda essa transformação percebida na gestão de recursos humanos está inteiramente associada à valorização dos indivíduos enquanto ativos intangíveis da organização.

De acordo com Dutra (2004, p. 14) “quanto mais as organizações buscam flexibilidade e velocidade decisória mais dependem das pessoas”. Neste contexto, tem-se a necessidade de valorizar as pessoas e a percepção de que estas são fundamentais

para o alcance dos resultados e para a vantagem competitiva, o que impacta a maneira de gerenciá-las e conduzi-las aos objetivos organizacionais.

Dentre as transformações sofridas pela gestão de recursos humanos nos últimos anos, talvez uma das mais importantes seja a adoção da atual concepção de políticas integradas de gestão de recursos humanos. Nesta concepção não é suficiente a mera definição de regras isoladas para recrutar, contratar, remunerar e capacitar. Para alcançar os atuais objetivos das organizações, é necessário que as políticas de recursos humanos sejam formuladas tendo como base as mesmas premissas e princípios, caracterizando a integração e a conexão entre as mesmas (ALBUQUERQUE, 1987; MARCONI, 2003; LONGO, 2007).

Além da articulação dos diversos subsistemas e políticas de recursos humanos, a gestão integrada desta área caracteriza-se pela articulação destes subsistemas e políticas à estratégia organizacional, que, por sua vez, deve ser desdobrada na estratégia da área, refletindo os resultados almejados pela organização.

GESTÃO INTEGRADA DE RECURSOS HUMANOS E SEUS SUBSISTEMAS

Os enfoques e critérios usados para a categorização das políticas e subsistemas que compõem a gestão integrada de recursos humanos não são uniformes. Embora grande parte dos autores reconheça a existência das mesmas funções para a administração de recursos humanos, a terminologia e o agrupamento destas funções são realizados de maneiras diversas

Apontamos os seguintes subsistemas: planejamento de recursos; organização do trabalho; gestão do emprego; gestão do desempenho; gestão da compensação; gestão do desenvolvimento; e gestão das relações humanas e sociais (LONGO, 2007).

Subsistema de gestão do emprego: está diretamente relacionado à gestão dos fluxos, por meio do qual as pessoas entram na organização, se movimentam por ela e saem dela. Pode ser dividido em três áreas principais: gestão da incorporação, refere-se ao acesso dos indivíduos à organização e ao posto de trabalho; gestão da mobilidade que afeta os movimentos dos funcionários entre os postos de trabalho; e gestão da desvinculação, refere-se à extinção da relação empregatícia ou, mesmo, às medidas de caráter disciplinar (LONGO, 2007).

Subsistema de gestão do desempenho: tem o propósito de influenciar e impactar o desempenho dos funcionários, provocando o alinhamento de suas ações às prioridades da organização e ampliando a contribuição de cada um à estratégia organizacional (LONGO, 2007). Pensando em um sistema integrado de gestão de pessoas, a gestão do desempenho deve estar conectada à gestão da compensação e do desenvolvimento. Assim, os resultados das avaliações de desempenho precisam estar alinhados com as compensações variáveis e com a oferta de capacitação e melhorias na formação dos funcionários (PONTES; 1996).

Subsistema de gestão da compensação: inclui o conjunto de compensações retributivas, salariais e extra-salariais, e não retributivas que a organização oferece aos seus funcionários (LONGO, 2007). Sua importância torna-se evidente diante da necessidade de conceder ao funcionário um salário que o recompense, conforme contribuição à organização, sem que os custos desta compensação ofereçam riscos à competitividade da empresa ou sem que comprometa o orçamento público ou os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

Subsistema de gestão do desenvolvimento: tem como objetivo incentivar o crescimento profissional das pessoas, conforme o potencial de cada um, estimulando o

aprendizado individual e organizacional, e definindo os itinerários de carreira que associem as demandas da organização às necessidades e expectativas individuais (LONGO, 2007). Deve responsabilizar-se também pela capacitação adequada dos funcionários, no intuito de complementar sua formação inicial e de promover sua constante atualização dos conhecimentos, possibilitando seu desenvolvimento profissional.

Subsistema de gestão das relações humanas e sociais: se dedica ao gerenciamento das relações firmadas entre a organização e seus funcionários que possuem caráter coletivo. Contempla a importância das relações sociais na organização e, conseqüentemente, a relevância das ações dos dirigentes diante das relações sociais e grupais. Parte do pressuposto de que “uma pessoa nunca pode dissociar aquilo que é da sua relação com os outros” (AMBLARD et al., 1989, p. 45). Abrange ainda o fato de que o indivíduo possui necessidades sociais, de estima e realização pessoal (MASLOW; 1954). Segundo Longo (2007), pode ser subdividido em gestão do clima organizacional, gestão das relações trabalhistas e gestão das políticas sociais.

PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS NO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - HECAD

RECURSOS HUMANOS

O setor de Recursos Humanos são, de acordo com as teorias de administração de instituições, uma das fontes de riqueza mais importantes já que são os responsáveis pela

execução e desenvolvimento de todas as tarefas e atividades que precisam para o bom funcionamento da mesma.

A gestão de Recursos Humanos possui um conjunto de ações que visam planejar, recrutar e selecionar pessoas, integrar indivíduos, análise descrição de cargos e funções, avaliação do desempenho no trabalho, planos de cargos e salários, remuneração e benefícios, higiene e segurança no trabalho, formação e desenvolvimento profissional, análise, controle e auditoria em recursos humanos.

Sempre visando o desenvolvimento humano e como consequência, atingindo os objetivos almejados pela instituição.

ESTRATÉGIAS DE RECURSOS HUMANOS

O objetivo estratégico da instituição é garantir a qualidade em seus atendimentos oferecidos à sociedade e para isso, os Recursos Humanos, como parte desta engrenagem, buscam capacitar os profissionais, garantindo a geração de novos conhecimentos.

O acolhimento a novos profissionais, também faz parte das estratégias do setor de Recursos Humanos. E a garantia da segurança do trabalhador em seu ambiente profissional, é parte importante das estratégias deste setor com visões humanizadas.

MISSÃO, VISÃO E VALORES

O INSTITUTO PATRIS acredita que é preciso garantir que todas as pessoas que fazem parte da unidade de saúde, na condição de colaboradores, independentemente do cargo que ocupem, sigam alguns valores, que pautem suas atitudes. Nesse sentido temos missão, visão e valores:

A missão deste setor visa oferecer a excelência na gestão das atividades humanas, com responsabilidade na geração de conhecimentos e da responsabilidade social.

A visão é ser referência pelo reconhecimento da qualidade dos serviços prestados, visando à promoção da gestão de serviços, apoiada nas melhores práticas de excelência em âmbito nacional.

Os valores são pautados na Humanização, Trabalho em equipe, Ética, Credibilidade, Responsabilidade Socioambiental, Disciplina, Confiança, Inovação em Excelência, Transparência, Foco estratégico no cliente, Parcerias entre as diversas esferas do governo, Qualidade.

Qualidade Da Gestão

A melhoria da Qualidade da Gestão será desenvolvida no fortalecimento da Governança com a instituição de mecanismos permanentes de articulação e pactuada com a Gestão Estadual e com o controle social. Compreende:

- Atuação nos diferentes pontos de atenção existentes no Sistema Estadual de Saúde;
- Trabalhar respeitando a cultura organizacional e fomentando mudanças em direção às Redes de Atenção à Saúde;
- Desenvolvimento e Gestão de Recursos Humanos;
- Estabelecer estratégia para o desenvolvimento e formação de Recursos Humanos. Outro aspecto relevante é a confiança dos trabalhadores que se evidenciará pela possibilidade de realizar a prestação do serviço dentro de um ambiente satisfatório,

com o amparo de insumos e equipamentos suficientes para a realidade local para a realização da atividade profissional, sem riscos para as partes, bem como com a segurança institucional de validação das ações.

A construção de um bom clima organizacional perpassa tanto as condições físicas e operativas, quanto as condições psicológicas do ambiente de trabalho.

DA GESTÃO DE PESSOAS NO HECAD

Para o INSTITUTO PATRIS, só é possível falar em desenvolvimento de ações e uma política de recursos humanos eficientes, pensando-se em formas integradas que possibilitem oportunidades, gestão, controle social, ampliação do conhecimento, utilização de tecnologias.

Deste modo é preciso pensar ações estratégicas que resultem em resultados eficazes para uma boa política interna de recursos humanos no Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD. Descreveremos algumas a seguir:

USO DA METODOLOGIA OKR

Essa metodologia corresponde a um modelo de gestão com foco em resultados. Para isso, são estabelecidos OKR's – sigla para objetivos e resultados-chave (key results) – que devem ser cumpridos para contribuir com a estratégia da instituição.

É fundamental que todos os colaboradores estejam a par e entendam esse conjunto de metas de forma clara, o que elimina dúvidas, aumenta a produtividade, promove o engajamento em torno dos resultados mensuráveis de uma instituição.

De modo simplificado, o criador dessa metodologia estabeleceu a fórmula para definir metas sendo como:

“Eu vou” (Objetivo)

“medido por” (conjunto de resultados-chave)

Ou seja, nos OKRs nós temos dois principais componentes:

Objetivos (O): declaração concisa da direção desejada pela instituição. Um bom objetivo tem que ser vividamente descrito para que as pessoas possam imaginar o quão impactante será alcançá-lo.

Resultados-chave (KR): metas com impacto direto no atingimento do objetivo caso seja alcançado com sucesso.

O objetivo é qualitativo e os KRs (na maioria das vezes entre 2 e 5 para cada objetivo) são quantitativos.

Enquanto os objetivos devam ser concisos, claros e aspiracionais para estarem sempre na cabeça dos colaboradores, os key results são usados para indicar se o objetivo foi atingido até o final de período – normalmente trimestre para OKRs táticos e anual para OKRs estratégicos.

Eles são usados como uma ferramenta de gestão e comunicação muito eficaz, pois auxiliam na criação de foco e alinhamento do esforço de toda a equipe em torno de um objetivo desafiador.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DE LÍDERES

A liderança pode ser vista como algo nato, ou construída. Em ambos os casos, em uma instituição é fundamental que haja capacitação e aperfeiçoamento da mesma, bem como personalização de tipos de lideranças, a depender do setor de atuação profissional.

Os líderes de uma instituição são um valioso capital humano, uma vez que a missão, valores, princípios de uma organização são por eles disseminados. Ademais, são eles os responsáveis por definir e acompanhar o cumprimento dos objetivos e metas.

Líderes/gestores bem treinados, reverberam nos resultados da instituição.

CAPACITAÇÃO CONTINUADA

Conforme demonstrado no tópico correspondente, a formação continuada será abordada pelo INSTITUTO PATRIS como uma forma de aprimoramento das ações profissionais.

Uma instituição que possui uma equipe bem preparada e segura no desempenho de seu ofício, certamente encontra entre a mesma a sensação de satisfação, por se sentir capaz, conhecedora de suas atividades e reconhecida pela instituição que à capacita continuamente.

PLATAFORMA PATRIS DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

O INSTITUTO PATRIS desenvolverá uma plataforma para atender todos os colaboradores do HECAD, com o objetivo de realizar minicursos, lives, palestras,

seminários virtuais, para o desenvolvimento de competências e habilidades dos trabalhadores.

RESPEITO, RECONHECIMENTO E APONTAMENTOS NECESSÁRIOS

Os gestores trabalharão voltados para uma cultura permanente de respeito ao colaborador, reconhecimento e apontamentos necessários de forma à corrigir condutas e estimular a prática profissional.

O reconhecimento se dará por meio de e-mails institucionais de agradecimento, bem como destaques em mural de colaboradores com parabenizações.

As correções, quando necessárias, serão feitas reservadamente, de modo à oportunizar o contraditório ao colaborador, estimula-lo à apontar suas deficiências e buscar, conjuntamente, saná-las.

APRESENTAÇÃO INTERDISCIPLINAR DE ÁREAS SEMESTRALMENTE

Há cada 6 (seis) meses os colaboradores da unidade, passarão por uma semana de conhecimento sobre as áreas e atividades desempenhadas por outros setores, de modo à compreender às demais áreas e evitar gargalos na execução da prestação dos serviços de saúde.

CONFRATERNIZAÇÕES E CELEBRAÇÃO DE DATAS

No fim do ano, bem como em datas específicas (Dia das mulheres, dia das mães, dia dos pais) buscaremos confraternizar (café da manhã, coffe break, entrega de lembrancinha elaborada pela própria equipe da Diretoria Administrativa) de modo à fazer com que o colaborador se sinta bem quisto e reconhecido, além de ter um momento de descontração na unidade.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS E ALINHAMENTOS

A cultura das reuniões em demasia, é algo combatido pelo INSTITUTO PATRIS, uma vez que excesso de reuniões, acaba por acarretar, na maioria das vezes, em ausência de resultados concretos. Mas pontualmente (a cada 120 dias) serão realizadas reuniões na instituição, com todo corpo de colaboradores, após o horário de expediente, de modo a apresentar todas as conquistas do período anterior, bem como propor adequações para eventuais melhorias.

PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

De acordo com um estudo realizado pela Michael Page, engajar os colaboradores é o principal desafio das empresas. Os profissionais de RH e os gestores devem sempre buscar formas de manter um bom clima organizacional, com os profissionais motivados, alinhados com os valores da instituição e satisfeitos com os benefícios e com o ambiente de trabalho como um todo.

Tudo isso sem impactar demasiadamente o orçamento da instituição e sem gerar desequilíbrios entre os colaboradores. Parece uma equação difícil de fechar, e é mesmo.

A melhor forma de fazer isso, de modo eficiente e econômico, é ouvindo os próprios colaboradores constantemente. Isso deve ser feito através de pesquisas de clima organizacional. O Objetivo da pesquisa de clima organizacional é medir o nível de satisfação dos colaboradores com relação aos diferentes aspectos do ambiente da instituição e a maneira como os colaboradores interagem uns com os outros.

DA PESQUISA DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Antes de aplicar o questionário de clima organizacional o INSTITUTO PATRIS observará as seguintes ações:

1. Incentivo a participação

Para que a pesquisa dê resultados, é importante incentivar a participação dos colaboradores e engajá-los no processo da pesquisa. Ao enviar um e-mail com o link da pesquisa, explicaremos quais são os nossos objetivos com aquelas perguntas e como a participação de todos é importante.

2. Confidencialidade

Algumas perguntas podem ser consideradas muito delicadas para os colaboradores e eles podem se sentir desconfortáveis ao respondê-las. Por isso, deixaremos claro que as respostas serão avaliadas de forma coletiva e que nenhuma participação será avaliada individualmente. Utilizaremos uma ferramenta que de fato não permita a visualização individual de cada resposta e garanta a confidencialidade dos nossos colaboradores.

3. Não obrigatoriedade da participação

As respostas devem ser sinceras e espontâneas, por isso, as pessoas precisam se sentir à vontade para respondê-las. Deixaremos claro que a participação na pesquisa é voluntária e que não haverá nenhum tipo de penalização para quem não responder.

4. Divulgaremos os resultados

Todos os colaboradores gostam de se sentir inseridos nos processos. Por isso, divulgaremos os resultados para toda a instituição.

5. Planejando as ações

Com os resultados da pesquisa em mãos, planejaremos ações, proporemos mudanças e melhorias e estabeleceremos metas. Os colaboradores perceberão em nossa gestão que as opiniões dele são levadas em consideração e que as sugestões são ouvidas.

6. Periodicamente faremos a pesquisa

É importante que as pesquisas de clima sejam feitas periodicamente, para que os resultados das ações possam ser medidos e avaliados. Com pesquisas periódicas, fica fácil identificar quando alguma mudança não é bem aceita pelos colaboradores e tomar ações antes de ter uma equipe desmotivada ou, o que é pior, ter perdas no time. Estimamos a cada 6 (seis) meses realizar a pesquisa.

7. Envolvimento da Diretoria

Em nossa gestão os diretores estarão diretamente envolvidos nas pesquisas de clima organizacional. Tal envolvimento é de suma importância para que não haja

surpresas com nenhum resultado negativo ou ação proposta. Isso também serve para que eles saibam que a instituição está muito preocupada com a valorização do ambiente de trabalho e dos colaboradores. Além disso, sempre que for pertinente, serão eles também convidados pelo Instituto á responderem às pesquisas.

DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES

Indicadores:

- Número de colaboradores que aderiram ao projeto;
- Porcentagem de colaboradores satisfeitos;
- Porcentagem de colaboradores insatisfeitos.

RESULTADOS:

Finalmente, os resultados da avaliação serão mapeados e apresentados a Diretoria de cada área, aos gestores e aos colaboradores tendo como foco o levantamento dos pontos fortes e dos pontos a melhorar, estabelecendo um plano de ação que favoreça a melhoria da qualidade dos serviços prestados, afinal, todos são responsáveis por alcançar os objetivos institucionais.

5.5.2. PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO, SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR PRODUÇÃO

A gestão de pessoas é um processo sofisticado e integral voltado à motivação e avaliação das pessoas que trabalham nas organizações. Antigamente, o “funcionário” não era visto como uma “pessoa” na empresa, era somente um número e nada mais. A principal preocupação do RH era a folha de pagamento.

Processar a folha de pagamento e demais tarefas do departamento pessoal é coisa do passado. Atualmente se espera da área de recursos humanos das organizações é o controle sobre os recursos humanos, e a promoção de uma administração mais humana.

Isso ocorre não porque as organizações tenham, de repente, se tornado “boazinhas”, mas porque perceberam os benefícios subjacentes dessa política.

Além de manter as rotinas de departamento pessoal, imprescindível para a organização, cuida do desenvolvimento, do crescimento, do reconhecimento e envolvimento do funcionário com os objetivos organizacionais e com os seus próprios objetivos.

RECRUTAMENTO E SELEÇÃO

NORMAS DO INSTITUTO PATRIS

REGULAMENTO DE CONTRATAÇÃO DE PESSOAL

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.º – Este regulamento estabelece as regras de Recrutamento e Seleção para o preenchimento de vagas para pessoal administrativo e operacional, com recursos financeiros provenientes dos Contratos firmados para operacionalização da gerência e execução de atividades e serviços de saúde unidade assistencial da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

Art. 2.º – O Recrutamento e a seleção, de que trata este regulamento, visa selecionar o melhor candidato para a função a ser preenchida.

CAPITULO II

DO PROCESSO DE SELEÇÃO

Título I – Das Competências

Art. 3º - No âmbito dos processos de seleção de pessoal, compete:

I - Aos Diretores da Organização Social, solicitar e/ou aprovar Requisição de Pessoal.

II - Aos Gerentes e Coordenadores da unidade assistencial:

- a) Realizar solicitação de Requisição de Pessoal;
- b) Participar das etapas de avaliação comportamental e técnica.
- c) Analisar os resultados apresentados pelos candidatos e definir o candidato mais adequado ao perfil solicitado.

III - à área Recursos Humanos da unidade assistencial:

- a) Conduzir os Processos de Avaliação referentes à Seleção, Promoção ou Movimentação de Pessoal.
- b) Orientar e monitorar os colaboradores quanto às políticas de Gestão de Pessoas.

IV – Ao Departamento Pessoal, executar o processo de registro e admissão.

V – Ao Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho, realizar os Exames Médicos Admissionais e de Mudança de Função.

Do Desenvolvimento do Recrutamento e Seleção

Seção I – Da Requisição de Pessoal

Art. 4.º – O procedimento de contratação de pessoal terá início mediante a solicitação Gerentes e Coordenadores da unidade assistencial, interessados na contratação, dos serviços efetivamente necessários, que será operacionalizada por meio da Requisição de Pessoal.

Parágrafo Primeiro. O requisitante deverá preencher o formulário de Requisição de Pessoal conforme demanda do Serviço/Unidade, coletar aprovação da Diretoria da área.

Parágrafo Segundo. A Diretoria da área encaminha a Requisição de Pessoal que segue os fluxos estabelecidos entre as unidades assistenciais e a Organização Social e retorna para a área de Recursos Humanos para os procedimentos de recrutamento e seleção.

Parágrafo Terceiro. As Requisições de Pessoal podem ser abertas nos seguintes casos:

I - Substituição de um colaborador.

II - Aumento de Quadro, desde que contemplado no orçamento ou aprovado pela Diretoria.

Seção II

Do Processo de Recrutamento e Seleção

Art. 5.º – O Recrutamento será divulgado por meio do site da Organização Social e conterão, resumidamente, as funções a serem preenchidas, os respectivos números de vagas, os prazos, as condições para a participação dos candidatos e local para informações.

Art. 6.º – O Processo de Recrutamento e Seleção compreende as seguintes etapas:

I – Primeira Etapa: análise do currículo e documentos comprobatórios de experiência, escolaridade e outros dados fornecidos pelos candidatos para avaliação de sua conformidade com os requisitos mínimos exigidos.

II – Segunda Etapa: os candidatos que cumprirem os requisitos mínimos exigidos deverão apresentar fichas de emprego preenchidas e participarão das seguintes avaliações:

a) Avaliação técnica, visando apurar o nível de conhecimento técnico específico, quando necessário.

b) Aplicação de testes psicológicos e psicométricos visando apurar aspectos cognitivos e psicológicos.

c) Dinâmicas de grupo, jogos e provas situacionais visando apurar aspectos comportamentais, quando necessário.

III – Terceira Etapa: os candidatos aprovados na segunda etapa do processo seletivo serão convocados para entrevista final, a ser realizada pelo requisitante.

IV – Quarta Etapa: os candidatos aprovados na entrevista final deverão entregar os documentos de contratação exigidos pela Organização Social e passar por exame médico admissional.

Parágrafo Único. Somente serão considerados aptos para o exercício da função aquelas pessoas que cumprirem de forma satisfatória todas as etapas de seleção e que estejam de acordo com as condições propostas.

Art. 7.º - As funções serão preenchidas preferencialmente sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), conforme carga horária previamente informada para cada função, podendo variar para os períodos diurno, noturno, misto, na forma de revezamento ou escala de serviço.

Parágrafo Único. É permitida a subcontratação de empresas, bem como a contratação de profissionais autônomos, em casos específicos.

DA CONTRATAÇÃO

Art. 8º Os candidatos serão convocados por ordem de classificação, pela área responsável pelo recrutamento e seleção, por meio de informativo no sítio eletrônico do instituto, e-mail, telefone, mensagem de texto ou correspondência.

Art. 9º A inobservância, por parte do candidato, de qualquer prazo estabelecido para sua contratação, referente à entrega de documentos e realização do exame médico admissional, implicará exclusão do processo de seleção e admissão.

Art. 10º A contratação do candidato aprovado será feita no regime de Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, por um período de experiência de até 90 (noventa) dias.

Art. 11º É vedada a recontração de empregado demitido por justa causa, no prazo de 10 (dez) anos da demissão.

Art. 12º Para os candidatos aprovados que já façam parte do quadro de pessoal do INSTITUTO PATRIS, as novas funções serão assumidas no prazo de 30 (trinta) dias, período em que serão promovidas as devidas alterações no contrato de trabalho e registro na carteira de trabalho.

Art. 13º O candidato, no procedimento de contratação, assinará DECLARAÇÃO em que conste a inexistência de qualquer impedimento no cumprimento da jornada de trabalho, estabelecida pelo INSTITUTO PATRIS.

Parágrafo único: Os profissionais de saúde que tiverem outros vínculos de trabalho poderão acumular um ou mais cargos com o do INSTITUTO, desde que haja compatibilidade de horários e que a soma da jornada de trabalho mensal de todos os vínculos não ultrapasse a 60 (sessenta) horas semanais (para os cargos permitidos na legislação), ressalvados os plantões extras e escalas de sobreaviso.

Art. 14º O candidato que tiver empregatício com outra empresa, entidade ou órgão somente poderá ser contratado pelo INSTITUTO PATRIS se houver compatibilidade de horário, devendo apresentar declaração emitida pelo outro empregador, informando jornada e horário de trabalho.

CAPITULO III

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 15º O regime jurídico do pessoal do INSTITUTO PATRIS será o da legislação trabalhista e previdenciária.

Art. 16º A elaboração, organização e execução do processo seletivo poderá ser realizada por empresa ou entidade especializada, desde que respeitados os preceitos deste Regulamento.

Entrevista de Seleção

É a primeira entrevista que se aplica ao candidato ao emprego. Devemos observar o seguinte ao iniciar a entrevista:

- O candidato está à procura de satisfazer as suas necessidades, logo, procura formar uma cadeia de forças de autoproteção - defesa de suas fraquezas.

- Seu objetivo é vencer a batalha da entrevista, o candidato sente seu "eu" ameaçado pelo entrevistador, que lhe afigura como um investigador de sua vida privada. Seu mecanismo de defesa é manipular as informações sobre si mesmo, simulando um personagem que ele não é (tende falsificar as informações). Também a sua memória tende a esquecer fatos desagradáveis, ou modificar e distorcer inconscientemente situações passadas, tornando-as mais agradáveis e mais próprias à imagem do "eu".

- É por isso que deve ser norma desenvolver uma entrevista só após criado o ambiente favorável - o entrevistador deve ser cordial e sincero para obter a confiança. Uma vez obtido o ambiente favorável, deve ser mantido durante todo o decorrer da entrevista.

- A pergunta é a principal ferramenta do entrevistador e requer anos de prática para ser perfeitamente executada (requer técnica, perfeição e treinamento), o entrevistador deve ser claramente o seu objetivo para perguntar, deve ter amplo vocabulário e saber usar as palavras em precisão.

- Antes de perguntar é preciso saber o que e até onde se deseja medir.

- A linguagem do entrevistador deve estar à altura do candidato - não usar linguagem técnica para o homem comum ou linguagem simples junto ao candidato superior.

- Embora deva ser espontânea, deve-se ter algum controle para evitar que o candidato fale livre e caoticamente desperdiçando tempo. A entrevista dirigida é o termo médio das duas, e evita os excessos das mesmas.

O tempo na entrevista é um dos fatores a controlar. Deve-se consultar o relógio discretamente.

Durante a entrevista recebemos dois tipos de informação: descritiva e valorativa. A primeira geralmente é digressão ou estória. A segunda, permite penetrar no passado do candidato - experiência de chefia, maturidade emocional, sua prática no grupo.

Como Preparar uma Entrevista:

- Obter a descrição e análise da função para o qual vai selecionar.
- Observar problemas dessa função (cooperação, tipo de supervisão, disciplina, etc.).
- Preparar um esquema de desenvolvimento (tempo por assunto).
- Elaborar perguntas analíticas e descritivas (não pergunta tipo "sim e não").
- Manter a entrevista sob controle: não permita divagações do candidato nem falar (o entrevistador) mais de 10% do tempo.

Roteiro de Entrevista

- Histórico Profissional - 40% do tempo - avalie por ordem cronológica a história profissional do candidato, observando: progresso nos conhecimentos, habilidades, gostos, aversões e fracassos.

- Histórico Educacional – 20% do tempo – avalie por ordem cronológica a formação cultural e o treinamento, observando orientação vocacional, matérias preferidas, tipo de vida social na escola, atividades extracurriculares.

- Histórico Familiar – 20% do tempo – avalie os antecedentes familiares, temperamento e caráter dos pais, status socioeconômico, tipo de educação recebida, como passou a infância, adolescência e juventude.

- Ajustamento Social Atual – 20% do tempo – avalie o homem em face a sua família, à sociedade e a determinados grupos sociais, políticos e religiosos, sua classe social, estabilidade econômica e atividades associativas.

Integração e Acolhimento

Grupo de trabalho é uma pequena sociedade e logicamente o novo funcionário sente-se como um “vizinho novo”, não basta apresentar o novato ao grupo.

É preciso sensibilizar os sentimentos do novato. Tanto supervisor quanto colegas tem responsabilidade pela sua adaptação.

A integração ocorre com a cooperação das pessoas que recebem o novato, e do supervisor sob cujas ordens trabalhará.

Recepção e Apresentação:

- Receber com cordialidade e tratando pelo nome.
 - O responsável apresentará ao coordenador e colegas.
 - Apontarão seu lugar, equipamentos e instalações.
-

Informação e Motivação

- Falar da seção.
- Falar das normas e regulamentos unidade.
- Falar das tarefas e funções.
- Falar dos contatos que terá fora da seção.
- Falar das facilidades, benefícios e oportunidades.

CARTA DE RECEPÇÃO AOS NOVOS COLABORADORES

A Carta de recepção deverá ser entregue aos novos colaboradores quando de sua admissão, sua elaboração deverá observar as seguintes informações:

Agora que você faz parte da nossa família é importante que conheça
nossa instituição, que se sinta integrado e feliz entre nós.

Seja bem-vindo!

Acreditamos que um bom ambiente de trabalho é fundamental e
precisamos do trabalho em equipe com colaboração e profissionalismo
para conseguirmos atingir nossos objetivos. Esperamos que você vista
nossa camisa e fortaleça ainda mais a nossa equipe

Uso do Crachá

O uso do crachá de identificação funcional é obrigatório. Através dele você poderá ser facilmente identificado por colegas de trabalho, sua chefia e pacientes, melhorando o relacionamento interpessoal e evitando constrangimentos. Em caso de perda do seu

crachá, comunique imediatamente ao à Coordenação de Recursos Humanos, que providenciará a sua reposição. Em caso de desligamento da unidade o crachá deverá ser devolvido.

DO CONTRATO DE TRABALHO:

A contrato individual de trabalho é o documento por meio do qual se constitui uma relação de emprego entre duas partes. Através deste instrumento, o contratado – dito empregado – concorda em trabalhar para o contratante – denominado empregador -, prestando-lhe determinados serviços de maneira habitual.

No contrato individual de trabalho, estarão especificadas a função ocupada pelo trabalhador, o local de exercício do trabalho, a sua remuneração e a sua jornada de trabalho, dentre outras questões.

É possível ainda incluir neste contrato cláusulas especiais, tais como a de confidencialidade, a de vedação à concorrência e a de exclusividade.

Esse modelo é aplicável tanto às relações trabalhistas firmadas por prazo indeterminado, quando não há um momento fixado para o seu final – quanto àquelas estabelecidas por prazo determinado (incluindo o contrato de experiência), ou seja, os contratos que tem duração já previamente combinada pelas partes.

Igualmente, estão incluídas neste momento tanto os trabalhos a tempo parcial quanto a tempo integral.

Contrato de Trabalho

Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, as partes:

O Instituto Patris pessoa jurídica, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o N° , com Endereço na Rua 77, Setor Sul, Goiânia, Estado de Goiás, CEP: 74120-110, que por força do presente contrato passa a se denominado EMPREGADOR;

..... (nome), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), titular do CPF nº (.....),
RG
(.....), residente à Rua..... (endereço) doravante designado
EMPREGADO;

Firmam o presente CONTRATO DE TRABALHO POR PRAZO DETERMINADO, nos termos da Artigo 456 da Consolidação das Leis Trabalhistas, e seguintes cláusulas assim pactuadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – Do salário:

1.1 O EMPREGADO receberá a remuneração R\$ XXX,XX por mês.

CLÁUSULA SEGUNDA - Da prestação dos serviços:

2.1 O horário de trabalho será anotado na ficha de registro e a eventual redução da jornada por determinação da EMPREGADORA, não inovará este ajuste, permanecendo sempre íntegra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário/turno que for determinado, observando o limite legal.

2.2 Obriga-se o EMPREGADO a prestar serviços em horas extraordinárias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA na forma prevista em Lei. Na hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordinárias com acréscimo legal, salvo ocorrência de compensação, com conseqüente redução da jornada de trabalho em outro dia.

2.3 Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em qualquer dos turnos de trabalho, isto é, tanto durante o dia como à noite, desde que sem simultaneidade, observadas as prescrições legais, reguladoras do assunto, quanto a remuneração.

2.4 Fica ajustado nos termos que dispõe o Parágrafo 1º do artigo 469, da Consolidação das Leis Trabalhistas, que o EMPREGADO acatará ordem emanada da EMPREGADORA para prestação de serviços tanto na localidade do Contrato de Trabalho, como em qualquer outro município dentro do território nacional.

2.5 O EMPREGADO fica ciente do Regulamento da EMPREGADORA E das Normas de Segurança que regulam suas atividades na EMPREGADORA e se compromete a usar os equipamentos de segurança fornecidos, sob a pena de ser punido por falta grave, nos termos da Legislação vigente e demais disposições inerentes a segurança e medicina do trabalho.

CLÁUSULA TERCEIRA – Demais disposições

3.1 Em caso de dano causado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA autorizada a efetivar o desconto da importância correspondente ao prejuízo.

E por estarem assim contratados, nos termos de seus respectivos interesses, mandaram as partes lavrar o presente instrumento que assinam na presença de 02 (duas) testemunhas, para as finalidades de direito.

INSTITUTO PATRIS

EMPREGADO

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

A avaliação de desempenho é uma ferramenta utilizada pelo RH, mais especificamente pela área de gestão de pessoas, para mensurar a performance dos colaboradores ou áreas de uma instituição. Ela pode ser realizada periodicamente de acordo com as necessidades da organização.

Essa metodologia também ajuda a entender se o colaborador está abaixo, atende ou excede o desempenho esperado pela organização e, a partir de uma análise de hard skills e soft skills, ou seja, de habilidades técnicas e comportamentais, é possível traçar um plano estratégico de acordo com a necessidade daquele colaborador ou equipe, como treinamentos, promoção, bonificação, desligamento, etc.

Além disso, a avaliação de performance auxilia em uma visão estratégica para a instituição, pois coloca em evidência pontos fortes e pontos de melhoria, tanto no que diz respeito a cada funcionário quanto no que concerne às equipes. Dessa forma, fica mais fácil visualizar formas de aprimorar processos e gerar mais resultados.

Entre os objetivos mais comuns, estão o desenvolvimento, a melhoria e a inovação. Os três pontos de atenção geram diferentes tipos de cobrança para o profissional ao serem desdobrados em metas.

Essas metas ajudam a mensurar o progresso e auxiliar no direcionamento do colaborador. Conheça algumas delas a seguir:

1. Metas de desenvolvimento

Correspondem ao crescimento profissional ou pessoal. Aqui se identifica o potencial do colaborador e busca a promoção das competências-chave para concretizá-lo.

2. Metas de melhoria

São os casos de corrigir o desempenho. Isso ocorre quando os relatórios apontam uma performance aquém dos padrões e requisitos esperados, e o RH deve acompanhar a evolução dos indicadores.

3. Metas de inovação

Consiste na criação de novas funções para aumentar a entrega de produtividade. É um fator determinante para o sucesso da empresa, porque, como o mundo vem se transformando rapidamente, as organizações são constantemente chamadas a inovar.

4. Metas Smart

Escolhendo as metas de desenvolvimento, melhoria e inovação, ou focando em outro aspecto, será importante estabelecer níveis de exigência adequados. A metodologia smart pode auxiliar bastante, uma vez que estabelece que as metas devem ser:



- algo claramente identificável e particularizado (específicas);
- aferíveis em termos quantitativos ou qualitativos(mensuráveis);
- um patamar dentro das possibilidades, forças e recursos dos destinatários (atingíveis);
- um fator realmente importante para empresa (relevantes);
- concretizáveis dentro de um prazo (definidas no tempo).
- ao considerar os cinco critérios, você promoverá a transparência nas avaliações de desempenho.

Ao considerar os cinco critérios, se promoverá a transparência nas avaliações de desempenho. Afinal, todos saberão quais são as expectativas, e elas serão justas.

Para medir a avaliação de desempenho, o INSTITUTO PATRIS adotará em sua gestão dois tipos de pesquisas, tais como o próprio governo do Estado de Goiás realiza, quais sejam: autoavaliação e avaliação de desempenho 180°.

Autoavaliação:

Esse é um tipo que pode ser muito vantajoso quando se tem uma equipe madura e engajada na melhoria dos resultados. Além disso, é uma excelente forma de fazer com

que os colaboradores se sintam como parte importante dos processos de melhoria pretendidos pela gestão para alcançar os resultados esperados.

Na autoavaliação, o próprio colaborador é incentivado a listar suas fraquezas e pontos fortes. Em uma segunda etapa do processo, ele discute essa autoanálise com seu líder. Assim, juntos, colaboradores e gestores podem procurar as soluções para eliminar possíveis gargalos e melhorar os processos.

O uso dessa ferramenta é um estímulo para que os profissionais possam refletir sobre a sua performance, promovendo seu autoconhecimento e oferecendo a chance de eles mostrarem seu grau de amadurecimento e sua capacidade de entender os feedbacks repassados pela gestão rumo à melhoria contínua.

Um ponto de atenção para a equipe de Recursos Humanos está em verificar a imparcialidade do colaborador e do seu líder no momento da análise. É fundamental que o diálogo seja transparente e que os resultados não sejam fruto apenas do atendimento aos interesses individuais dos profissionais que participam da autoavaliação.

Avaliação de desempenho 180°

A avaliação de desempenho 180° é um meio tradicional, em que o desempenho individual do colaborador é averiguado pelo seu gestor direto, que acompanha de perto suas tarefas de rotina. Entre seus benefícios, está a garantia da padronização nos critérios de análise, o que possibilita que todos sejam avaliados sobre os mesmos tópicos.

Uma forma de minimizar problemas nesse tipo de avaliação é a calibragem de avaliação de desempenho. A partir dela, todos os relatórios são submetidos a um comitê

composto pelo gestor de pessoas, por representantes do RH e por profissionais de diferentes níveis hierárquicos.

A ideia é analisar os critérios utilizados pelos líderes para deixar o nível de exigência mais uniforme e evitar a contaminação dos relatórios por problemas pessoais entre líder e liderado

A importância do feedback

O feedback ou retroalimentação, é a principal ferramenta para a percepção dos itens avaliados, pois através dele o avaliador comunica ao avaliado sua posição. Seja ela satisfatória ou não.

Portanto, o INSTITUTO PATRIS juntamente com a administração da unidade e o seu setor de Recursos Humanos, informará o avaliado e buscará aperfeiçoamento, traçando um plano de desenvolvimento.

Sendo a comunicação o mais importante para avaliar o desempenho, o feedback é a principal ferramenta para construir a união da organização e seus colaboradores, pois permite clara negociação de objetivos, portanto, todos saem ganhando quando as metas são atingidas.

Segundo Pontes (2005), para consolidar um modelo cooperativo entre a administração e os colaboradores, é necessário a construção de uma via de mão dupla, na qual ganhem a organização e os funcionários.

Todo colaborador deve ter um pleno conhecimento de sua avaliação. Através do feedback é possível que ele mesmo trace metas para alcançar seus objetivos pessoais. Através do feedback o colaborador poderá planejar o seu futuro dentro da organização, atingindo suas expectativas.

METAS

A avaliação de desempenho permite estabelecer metas de desempenho para o período imediatamente superior. Deste modo deverá ser verificado após o fim deste período se as metas foram atingidas, atribuindo-lhes pontuação de acordo com o grau de cumprimento das mesmas pelo colaborador ou equipe.

As notas serão de (um) à (cinco), assim delineadas:

- 1) Não entregou as metas definidas no início do ciclo;
- 2) Entregou parcialmente as metas definidas;
- 3) Entregou todas as metas definidas;
- 4) Superou as metas definidas;
- 5) Excedeu nos resultados das metas definidas.

Sugestões de condutas para combater o ABSENTEÍSMO dos colaboradores

Sucintamente absenteísmo é o quantitativo de faltas ou atrasos dos colaboradores. Se em qualquer empresa isso já é um problema, em um ambiente de saúde, uma ausência inesperada de um colaborador, maximiza e muito a problemática da questão.

Essa ausência, por vezes se dá por adoecimento do servidor (motivos alheios ao trabalho ou até por questão de saúde ocupacional). Não só por doença isso ocorre, existem também os motivos de ordem legal, tais como: casamento, luto, doação de sangue, acompanhamento de dependente em médico, etc.

Uma cultura de engajamento, com práticas gerenciais bem delineadas e que combate o comportamento prejudicial é a prática a ser adotada pelo Instituto Patris junto aos colaboradores do HECAD.

A primeira ação é a identificação dos fatores que motivam o absenteísmo, tais como ausência de reconhecimento, sensação de não ser desafiado no ambiente laboral, excesso de carga de trabalho trazendo sensação de sobrecarga, ausência de um líder capacitado (tecnicamente e em habilidades de gestão), ruídos e falhas na comunicação interna.

Para o INSTITUTO PATRIS a motivação do colaborador é fator decisivo e buscado continuamente. A gestão humanizada, motivadora, acolhedora e estimulante possibilita um ambiente propício para a satisfação profissional.

Ademais, ouvir o colaborador, lhe dando voz, permite que o mesmo se sinta ouvido e que suas demandas (quando justas) sejam acolhidas, minimizando assim o absenteísmo.

CONHECER PARA ENFRENTAR:

É preciso conhecer as razões de ausências para criar mecanismos de enfrentamentos a elas. Para isso é preciso aferir as causas e montar estratégias de controle.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO:

Uma estratégia de enfrentamento bastante usual e muito eficaz é a bonificação por assiduidade do colaborador, atribuindo-lhe uma importância pecuniária junto ao seu salário, como “prêmio” por ter cumprido sua carga horária na totalidade.

O aniversário também é uma data em que, via de regra, as pessoas não desejam passar trabalhando, deste modo, criar uma bonificação com folga no dia do aniversário, é ação eficaz para estimular a assiduidade dos colaboradores.

Ademais, nos processos de promoção, será levado em conta atrasos e faltas como critério de classificação, gerando assim entre os colaboradores a noção de que para crescer na unidade é necessário ser diligente com sua carga horária.

TIPOS DE ABSENTEÍSMO:

- Absenteísmo voluntário: é a falta do colaborador por motivos alheios, não justificados e nem amparados por lei;

- Absenteísmo por doença: ausências justificadas pela doença ou necessidade de intervenções do colaborador;

Absenteísmo por doença laboral: faltas explicadas por acidente de trabalho ou doença laboral;

Absenteísmo compulsório: definido como impedimento de comparecer ao trabalho, ainda que por motivo alheio à sua vontade, tais como prisão e suspensão administrativa.

Técnicas para estímulo da produtividade:

Educação continuada (treinamento de equipe)

Quando uma equipe sabe bem as suas funções e o que é necessário fazer, ela se sente mais confiante e conseqüentemente deslança e se torna bastante produtiva. Por isso, faremos constantes treinamentos com a equipe.

Documentando os aprendizados de cada processo

Quando erramos em algo, é quase automático nos sentirmos frustrados. Mas devemos lembrar que cada erro gera um aprendizado, e para que isso fique claro, devemos documentar quais foram esses aprendizados, e onde podemos melhorar para evitar que o erro se repita.

Quando tudo isso é documentando, fica fácil gerenciar o processo na unidade e tornar qualquer erro, fator de ser ainda mais produtivo.

Desenvolvimento de fluxos:

O fluxo do trabalho é a lógica dos processos da equipe. Por exemplo, se determinada atividade começa em uma equipe e termina em outra. Será que esse fluxo está funcionando ou está gerando retrabalho?

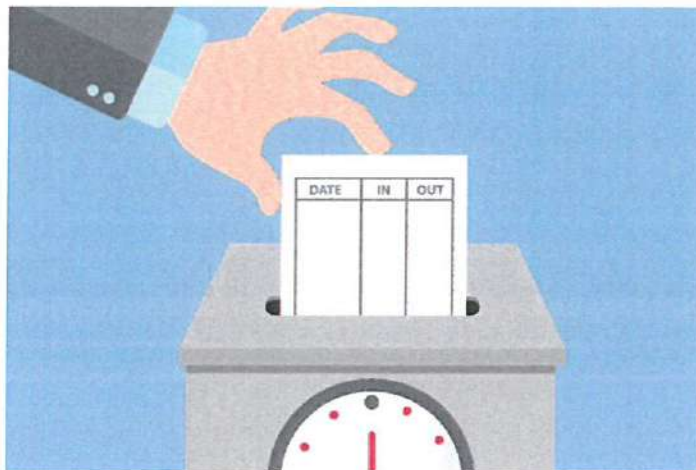
Se essa atividade estiver gerando atrasos, é preciso entender qual é o gargalo no processo, e então montar um plano de ação para resolver esse problema. Ir testando algumas formas até tornar o trabalho ágil e eficiente para todos.

Incentivos e ambiente acolhedor:

Como já mencionado, o estímulo por meio de incentivos, sejam eles financeiros, de reconhecimento ou de algum benefício como uma folga, é um estímulo ao aumento da produtividade.

Além disso o ambiente de trabalho humanizado e acolhedor, permite ao colaborador se sentir confortável, e com bem – estar de modo que a produção aumentada se torna um fator natural nesse processo.

5.5.3. REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO



Josh Bersin, guru de RH e fundador da Bersin by Deloitte disse para Forbes em Dezembro de 2017:

Assim como muitas estratégias disruptivas transformaram empresas de viagens, varejo e outras indústrias, devemos essencialmente "transformar" nosso pensamento de RH com a adoção de soluções digitais.

Cada vez mais as instituições estão descobrindo que o principal ativo de um negócio são os colaboradores. Assim, entre as atividades de recursos humanos que vão muito além de fechamentos e contratações, entraram também plano de carreira, treinamentos, elaboração de estratégias, entre outros.

Somado a todo esse contexto temos a recente reforma trabalhista. São diversas vertentes que o profissional de RH deve estar atento.

Métodos antigos, pilhas de papéis e trabalhos manuais não acompanham mais o ritmo deste departamento em uma instituição.

Em meio a tantas atribuições importantes, o fechamento não pode mais ser a principal preocupação de um setor tão estratégico.

Enquanto existem entidades que gastam quase uma semana para realizar esta função, outras que já automatizaram a gestão de ponto fazem isso em apenas um dia. Assim, organizações atualizadas, ganham vantagem competitiva.

O controle de ponto online, proposto pelo INSTITUTO PATRIS, pode trazer diversos benefícios para um gerenciamento eficiente. abaixo listamos algumas dessas vantagens:

Estrita observância à legislação:

Os softwares são configurados de acordo com as exigências das Portarias 1510 e 373 do Ministério do Trabalho referentes ao controle de ponto e gestão de jornada. Assim, ao adotar o ponto eletrônico evitam-se erros e previnem os principais problemas enfrentados em processos trabalhistas.

CONTROLE EM TEMPO REAL

Permite que o gestor seja o primeiro a saber os atrasos de sua equipe e quem está fazendo horas extras. Todas as informações da jornada de forma rápida e prática, podendo ser acessado de forma online ser online, onde e quando for necessário.

O sistema proposto pelo INSTITUTO PATRIS é o de reconhecimento biométrico, evitando fraudes, e garantindo ainda mais segurança numa unidade de saúde como é o caso do HECAD.

Pensando-se na segurança à ser oferecida ao parceiro público (SES/GO) tal sistema, proporciona ainda uma garantia extra para a segurança das documentações em caso de auditoria.

RELATÓRIOS GERENCIAIS E INDICADORES

Quando os dados ainda são manuais, os relatórios costumam ser desatualizados e despendem muito tempo para gerar os indicadores. Em sistemas automatizados como o proposto pelo INSTITUTO PATRIS, tanto relatórios, gráficos quanto indicadores estão sempre com as últimas informações registradas, prontos para serem utilizados na tomada de decisão.

INFORMAÇÕES GERAIS

A adoção da Planilha de Escalas de Trabalho é uma importante medida de controle que auxilia na visualização dos profissionais escalados mensalmente.

Tem como importância principal a fácil visualização por pacientes, familiares e fiscalizações de órgãos competentes, sendo uma planilha de auxílio ao controle de pessoal da Unidade de Saúde.

A elaboração da escala é de responsabilidade das Coordenações e deverá ser entregue ao Departamento de Recursos Humanos assinadas e carimbadas pelos mesmos e seus colaboradores.

INSTRUÇÃO DE SERVIÇO

Todos os profissionais contratados pelo INSTITUTO PATRIS devem ser incluídos nas escalas de trabalho com as informações de matrícula, CPF, setor de trabalho e nome completo.

Afastamentos:

Todo Afastamento seja por férias ou INSS deverão ser informadas nas planilhas a fim de justificar as ausências dos colaboradores.

Modelo de

Escala:

Informações Funcionais		CH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Horário
N	Nome	Corren/Função	Vinculo	Sexo	Q	Q	S	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	
1	Profissional 01				40	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	07-17
2	Profissional 02				40	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	07-17
3	Profissional 03				40	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	07-17
4	Profissional 04				40	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	09-19
5	Profissional 05				40	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	09-19
6	Profissional 06				40	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	09-19

ESCALA DE TRABALHO
SAUD - SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO TERAPÊUTICO
JANEIRO

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Assinatura
Chefe de Enfermagem

Assinatura
Diretor Técnico

5.6. METODOLOGIA DE PROJETOS

5.6.1. PROPOSTA DE TRABALHO COM ADEQUADO PLANEJAMENTO, VISÃO DE FUTURO, CRONOGRAMAS DE EXECUÇÃO, CUSTOS ESTIMADOS E RESULTADOS FACTÍVEIS

O planejamento é essencial para alcançar o êxito, pois determina onde uma instituição quer chegar e como ela fará para executar o seu objetivo.

Para que um planejamento dê certo, é preciso envolver pessoas de vários níveis, se comunicar claramente, garantir que todos conheçam os seus objetivos e coordenar as atividades da organização para que as coisas aconteçam.

Para isso, é preciso entender os principais níveis de planejamento: **estratégico, tático e operacional**, que se diferenciam no prazo das ações, nos níveis hierárquicos envolvidos e como cada planejamento influencia no resultado geral da organização.

Planejamento Estratégico

O planejamento estratégico é o começo de tudo, é a visão do futuro da organização, que se estrutura nos fatores ambientais externos, e nos fatores internos, onde definimos os valores, visões e missão da organização.

As decisões tomadas no planejamento estratégico são de responsabilidade da alta administração da mesma.

As ações são criadas pensando em longo prazo, normalmente feitas para o período de 5 a 10 anos, que buscam uma visão ampla da organização sem ações muito detalhadas, pois seria difícil acertar tantos detalhes para um período tão longo.

É importante lembrar que devido as ações de longo prazo, o planejamento deve ser revisado e atualizado continuamente, para que as informações sejam mais reais e sirvam como fatos e dados para tomada de decisão.

Este passo é essencial para que não haja grandes variações entre o que foi planejado e o que foi executado

Planejamento Tático

Enquanto o planejamento estratégico se desdobra para toda a organização, o planejamento tático tem um envolvimento mais limitado, a nível setorial, envolvendo às vezes apenas um processo de ponta a ponta.

O planejamento tático é o responsável por criar metas e condições para que as ações estabelecidas no planejamento estratégico sejam atingidas.

Por se tratar de um planejamento mais específico, as decisões podem ser tomadas por pessoas que ocupam os cargos entre a alta direção e o operacional, como executivos da diretoria e gerentes.

Outra característica que diferencia o planejamento tático é o tempo que as ações são aplicadas, geralmente no período de 1 a 3 anos mensurando ações para um futuro mais próximo do que o visado no planejamento estratégico, ou seja, médio prazo.

Aqui os planos começam a ser mais detalhados, e podemos dizer que o planejamento tático é a decomposição do planejamento estratégico, ele traduz e interpreta o plano estratégico para transformá-lo em planos concretos, onde vamos desenvolver o plano de produção, pessoal, dentre outros.

Planejamento Operacional

O planejamento operacional é de onde saem as ações e metas traçadas pelo nível tático para atingir os objetivos das decisões estratégicas.

Neste planejamento os envolvidos são aqueles que executam as ações que são aplicadas em curto prazo, geralmente no período de 3 a 6 meses.

Aqui, todos os níveis da organização estão envolvidos e cuidam do acompanhamento da rotina, garantindo que todas as tarefas e operações sejam executadas, de acordo com os procedimentos estabelecidos, preocupando-se em alcançar os resultados específicos.

É importante destacar que um planejamento estratégico não vai sair do papel se os planos do nível tático e operacional não forem bem estabelecidos, pois é um processo integrado e interdependente.

Todos os níveis são necessários: o estratégico para orientar a visão, o tático para desdobrar essa visão em planos de ação menores, e o operacional para levar os planos a execução. Por isso, os planejamentos devem envolver todos do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD e é um incentivo para que as pessoas se comprometam com os resultados.



OBJETIVO DO PROJETO:

Primordialmente o objetivo do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD é proporcionar o bem-estar, saúde, dignidade e cidade às pessoas por intermédio de profissionais que prestem serviços humanizados, com excelência, de forma ética.

Tal visão se alinha com a do Instituto Patris, a medida que, trata-se essa proponente, de uma organização social em saúde, que almeja proporcionar bem estar à população, alinhados seus valores nos preceitos do Sistema Único de Saúde.

O edital do Chamamento Público em tela aponta que o Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD será um Hospital caracterizado como unidade de Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão Universitária, especializado em Média e Alta Complexidade em Urgência/Emergência e ambulatorial em Pediatria, e também referência para reabilitação de fissuras lábio-palatinas (Programa CERFIS) e hemangiomas.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO INSTITUTO PATRIS NA GESTÃO DA UNIDADE:

1) Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial:

- Avaliar periodicamente a experiência e a capacidade para garantir o acesso da população a unidade hospitalar e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.
- Identificar as barreiras de acesso ao serviço da unidade;
- Utilizar metodologias pertinentes ao planejamento estratégico e outras pactuadas com a Gestão Estadual.
- Realizar o diagnóstico local da atenção às urgências/emergências e os processos e fluxos de integração com a rede assistencial.
- Formular propostas relacionadas com a expansão do acesso da população às ações, com base no diagnóstico situacional e no perfil da situação de saúde.
- Apresentar as propostas formuladas e informações necessárias para a Gestão Estadual e Municipal, Conselho Estadual e Local de Saúde e setores envolvidos.
- A Melhoria da Qualidade da Assistência deverá incluir ações e procedimentos em todos os Pontos de Atenção do HECAD.

2) Ferramentas Da Qualidade

Criar espaços com finalidade de construir a rede de relações nas equipes assistenciais e demais equipes de apoio e da unidade, de forma a romper com a

linearidade, torná-la aberta, descentralizada, dinâmica e horizontal e que seja capaz de auto regular-se, para o isso a unidade propõe o uso das seguintes ferramentas:

- **Fluxogramas:** proporcionar uma descrição de fácil visualização das sequências das etapas do processo por meio de gráfico de barras.
 - **Diagrama de Dispersão:** fornecer dados estatísticos das variáveis dependentes e independentes de um processo produtivo.
 - **Diagrama de causa efeito ou Diagrama de Ishikawa:** identificar a semelhança entre o resultado e todas as causas de um problema.
 - **Gráfico de Pareto:** favorecer a identificação, a medição e a prioridade dos problemas mais constante de um processo.
 - **Carta de Controle:** acompanhar a variabilidade por meio da medição e o tempo do processo e é um gráfico.
 - **Folha de Verificação:** numerar as constantes ocorrências de um processo produtivo, em um determinado período de tempo.
 - **Histogramas:** colaborar por meio da união dos dados, a medição e tornar visível a flexibilidade de um determinado processo e é representado por um gráfico.
 - **Matriz de GUT:** representar os problemas ou riscos potenciais por meio das prioridades, visando diminuir os efeitos.
 - **Brainstorming:** detalhar as percepções em relação a um determinado assunto, buscando assim diferentes opiniões a partir da criatividade coletiva.
-

- 5'S: colaborar na modificação comportamental dos colaboradores, a fim de ter um senso de organização conservando o ambiente agradável e abolindo os desperdícios.
- 5W2H: representar e unificar os processos, na organização de planos de ação e na afirmação de métodos adjuntos aos indicadores, sendo assim de cunho gerencial.

Nesse contexto, é importante destacar que algumas ferramentas são utilizadas com menor assiduidade e outras são aplicáveis em determinadas atividades.



3) CUMPRIMENTO DE METAS E INDICADORES

O INSTITUTO PATRIS informará mensalmente os Resultados dos Indicadores de Desempenho, que estão relacionados à QUALIDADE da assistência oferecida aos usuários da unidade gerenciada e mensuram a eficiência, efetividade e qualidade dos processos da gestão da Unidade.

Os indicadores de desempenho serão encaminhados, em relatórios ou instrumento para registro de dados de produção definidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, até o 10º (décimo) dia de cada mês.

INDICADORES DE DESEMPENHO	META
Taxa de Ocupação Hospitalar	≥85 %
Média de Permanência Hospitalar	≤ 6 dias
Índice de Intervalo de Substituição (horas)	≤ 25
Taxa de Readmissão em UTI (48 horas)	≤5%
Taxa de Readmissão Hospitalar (29 dias)	≤20%
Percentual de Ocorrência de Glosas no SIH - DATASUS	≤ 1%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas à organização da Unidade)	≤ 3%
Percentual de Suspensão de Cirurgias Programadas por condições operacionais (causas relacionadas ao paciente)	≤ 5%
Percentual de investigação da gravidade de reações adversas a medicamentos (Farmacovigilância)	≥ 95%
Razão do Quantitativo de Consultas Ofertadas	1
Percentual de Exames de Imagem com resultado disponibilizado em até 10 dias	≥ 70%
Percentual de manifestações queixosas recebidas no sistema de ouvidoria do SUS	< 5%

4) CERTIFICAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE

O INSTITUTO PATRIS se propõe a adotar os princípios de Gestão da Qualidade que serão desenvolvidos considerando a abordagem de processos, ou seja, serão levantados os processos considerados principais de impacto e suas relações internas, e os processos de apoio da Instituição.

Essa prática permitirá a melhoria da eficácia do Sistema, uma vez que potencializará a confiança da instituição no funcionamento integrado dos seus processos, aumentando assim a satisfação do usuário pelo atendimento sistemático dos seus requisitos.

As estruturas administrativas a serem adotadas estarão estabelecidas em um macro processo a ser elaborado com as sequências e interação das atividades de forma coerente aos requisitos da certificação pela ONA, segundo o apoio disponibilizado pela SES/GO, em prol da excelência e melhoria contínua, e comporá um rol de documentos a serem formatados em manuais e institucionalizados.

Portanto, dentre os modelos e certificações de qualidade a que propõe implantar no curso do contrato de gestão, cita-se:

- A avaliação pelo ONA que é realizada pelas Instituições Acreditoras Credenciadas pela ONA, tendo como referência as normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação. A certificação pode ocorrer em três níveis:

- **Acreditado** (Para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Válido por dois anos).

- **Acreditado Pleno** (Para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades. Válido por dois anos).

- **Acreditado com Excelência** (O princípio deste nível é a “excelência em gestão”. Uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2 , além dos requisitos específicos de nível 3. A instituição já deve demonstrar uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional. Válido por três anos)

CUSTOS

Os custos do projeto a ser gerenciado pelo INSTITUTO PATRIS já são embutidos na própria proposta financeira para a unidade, tendo em vista serem custos sobretudo com recursos humanos e processos assistenciais da unidade, conforme planilha a seguir:

RESULTADOS FACTÍVEIS

- Implantação de serviços: implantação integral dos serviços em até 6 (seis) meses;
- Cumprimento de metas e indicadores contratuais: Cumprimento de 90% no mínimo de metas pactuadas entre a SES/GO e o INSTITUTO PATRIS e 100% dos indicadores de desempenho.
- Certificação ONA 1: Implantação integral de todos os projetos e certificação ONA 1 em no máximo 18 (dezoito) meses de gestão;
- Ferramentas Da Qualidade: Definição e utilização da melhor ferramenta de mensuração de qualidade, a partir de uma análise inicial da unidade (3 primeiros meses);
- Estratégia Para Melhoria Da Qualidade Assistencial: identificar e superar barreiras de acesso ao serviço da unidade e implementar melhorias com base nos resultados dessa avaliação.

5.6.2. PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO



Para se atingir o planejamento estratégico é necessário desmembrar as ações à nível tático e operacional, à fim de se obter êxito.

Deste modo cada tópico do planejamento estratégico será esmiuçado em subprogramas dentro de um Projeto Tático de Ação. Cada projeto contará com a figura de um supervisor de projeto que abordará as ações em um nível operacional.

Para um acompanhamento eficaz, serão delimitadas ações e definidos indicadores, além de programação de reuniões periódicas que permitam acompanhar de perto a evolução.

De forma que comunicar-se-á aos gestores a precípua necessidade do empenho na gestão dos projetos táticos e operacionais utilizando ferramentas para o alcance da efetividade nas ações, sejam elas na implantação ou implementação: dos fluxos; de logística de suprimentos; dos regimentos internos; do projeto de tecnologia da informação; dos manuais; dos projetos assistenciais de saúde e/ou sociais; das formações das comissões e dos cronogramas; da formação dos comitês, da formação dos núcleos; do acolhimento; do atendimento; das instruções e das normas.

É preciso enfatizar que as ações propostas visam fomentar: a qualidade de vida no ambiente de trabalho e a excelência na administração, na operacionalização e na execução de serviços de assistência à saúde. Para tal, as ações e as estratégias convergirão, também, para os aspectos socioculturais peculiares do município de Goiânia/GO, onde localiza-se o HECAD.

Essa unidade hospitalar, seus usuários, a população como um todo e a sua comunidade de profissionais serão alvos das benesses resultante das ações e estratégias implementadas, durante o Contrato de Gestão.

O INSTITUTO PATRIS promoverá, para uma gestão de projetos de excelência, a utilização de ferramentas da “Gestão Ágil”. A utilização das ferramentas do modelo ágil de gestão de projetos, visando a mitigação dos erros e da dinamização dos projetos. Com o intuito constante, de alcançar a efetividade nos procedimentos administrativos, nos procedimentos técnicos e no atendimento, que proporcionarão a melhoria na qualidade da intercomunicação e o constante diálogo com o parceiro público, tendo em vista o objeto da parceria.

Logo, seguem infradescritas as ações e estratégias dos projetos táticos, dos projetos operacionais e dos programas, divididas por categorias, que serão o pilar de uma

gestão comprometida com a assertividade e a proatividade direcionadas a um ambiente saudável, acolhedor e à prestação de serviços de assistência à saúde de excelente qualidade.

De forma que os quadros trarão a ação, o objetivo, a estratégia, o responsável e o prazo, conforme o edital supracitado, que dividem a composição da matriz de avaliação em três grandes categorias, a saber: área de atividade; área de qualidade e qualidade técnica.

7. DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Ref. Chamamento Público nº 05/2022

Pela presente DECLARAÇÃO torno público para os devidos fins, que prestarei no **Hospital Estadual da Criança e do Adolescente – HECAD**, localizado na Avenida Bela Vista, S/N, Parque Acalanto, Goiânia-GO, CEP: 74.863-025, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 05/2022.

Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção.

Informo, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde

Goiânia, 19 de junho de 2022



VITTOR ARTHUR GALDINO
PRESIDENTE – INSTITUTO PATRIS

7.1) DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE

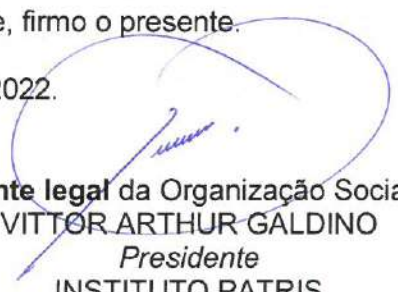
**Ref. Documentos de Habilitação e Proposta;
Editais de Chamamento Público nºs 05 e 06/2022 (SESGO)
PROCESSOS SEI: 202100010054420 e 202100010000964**

Eu, **VITTOR ARTHUR GALDINO**, brasileiro, divorciado, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº **13.955/OABMT**, DELARO, sob as penas da Lei que:

- Os documentos apresentados nos processos em apreço, em nome do Instituto Patris, são autênticos, assumindo o mesmo poder de prova que os originais, nos termos do Art. 425, inciso IV do CPC/2015;
- Os documentos apresentados no presente processo licitatório, cujas cópias são rubricadas por esse advogado, são autênticos, assumindo o mesmo poder de prova que o original, nos termos do artigo 12, inciso IV da Lei nº 14.133/2021.¹

Por ser expressão de verdade, firmo o presente.

Goiânia/GO, 17 de junho de 2022.



Representante legal da Organização Social de Saúde
VITTOR ARTHUR GALDINO
Presidente
INSTITUTO PATRIS

1

Art. 12. No processo licitatório, observar-se-á o seguinte:
IV – A prova de autenticidade de cópia de documento público ou particular poderá ser feita perante agente da Administração, mediante apresentação de original ou de declaração de autenticidade por advogado, sob sua responsabilidade pessoal.

8. ANEXO I – MANUAL DO PROCESSAMENTO DE ROUPAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
9. ANEXO II – MANUAL DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE
10. ANEXO III – MANUAL DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES
11. ANEXO IV – GUIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE OS ASPECTOS GERAIS NA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE LIMPEZA, ASSEIO E CONSERVAÇÃO
12. ANEXO V – PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA
13. ANEXO VI – PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE
14. ANEXO VII – PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM, NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIA, UTI, CME, BLOCOS CIRÚRGICOS, ONCOLOGIA E PEDIATRIA
15. ANEXO VIII – DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE EXPERIÊNCIA E TITULAÇÃO, DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL E SEUS GESTORES



Instituto
patris

®

PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME 24 HORAS/DIA, NO HOSPITAL ESTADUAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – HECAD, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO, CONFORME CHAMAMENTO PÚBLICO N° 05/2022-SES/GO

VOLUME IV

A



**ANEXO I – MANUAL DE
PROCESSAMENTO DE ROUPAS DE
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Processamento de Roupas de Serviços de Saúde

Prevenção e controle de riscos

Tecnologia em Serviços de Saúde




Editora
Anvisa

PROCESSAMENTO DE ROUPAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCOS

Série Tecnologia em Serviços de Saúde

1ª Edição

Brasília, 2009



Copyright © 2009 Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é dos autores. A Anvisa, igualmente, não se responsabiliza pelas idéias contidas nesta publicação.

1ª edição

Diretor-Presidente

Dirceu Raposo de Mello

Adjunto de Diretor-Presidente

Norberto Rech

Diretores

Agnelo Santos Queiroz Filho
Dirceu Aparecido Brás Barbano
José Agenor Álvares da Silva
Maria Cecília Martins Brito

Adjuntos de Diretores

Rafael Aguiar Barbosa
Luiz Roberto da Silva Klassmann
Neilton Araujo de Oliveira
Luiz Armando Erthal

Chefe de Gabinete

Alúdimas Mendes

Elaboração, edição e distribuição:
AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SIA Trecho 5, Área Especial 57, Lote 200
71205-050, Brasília – DF
Tel.: (61) 3462-6000
Home page: www.anvisa.gov.br
E-mail: editora@anvisa.gov.br

Assessora-Chefe de Divulgação e Comunicação Institucional

Martha Nazaré Corrêa

Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES)

Heder Murari Borba

Coordenação de Tecnologia da Organização em Serviços de Saúde (CTOSS)

Eliane Blanco Nunes

Revisão técnica

Padre Augusto A. Mezzomo
Eni Rosa Aires Borba Mesiano
Maria Dolores S. da Purificação Nogueira
Terezinha Covas Lisbo

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009.

102 p.

ISBN 978-85-88233-34-8

1. Vigilância Sanitária. 2. Saúde Pública. I. Título.

**PROCESSAMENTO DE ROUPAS
DE SERVIÇOS DE SAÚDE:
PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCOS**

Equipe de Elaboração

Cláudia Moraes Álvares
Emyr Ferreira Mendes
Eliane Magalhães Pereira da Silva
Eneida Peçanha de Vasconcelos
Eni Rosa Aires Borba Mesiano
Estefânia Chicale Galvan
Flávio de Castro Bicalho
Gilberto Martins Mendes
Joane Maria Queiroz Félix
José Wilson Brasil Gurjão
Keite Suzuki
Marcelo Gutierrez
Manoel Francisco Lopes da Silva
Maria Ramos Soares
Nazaré de Souza Santos
Ottorino Scottto Neto
Paulo Roberto Zeppelini
Ricardo Tranchesì
Teresinha Covas Lisboa

Equipe de atualização

Adjane Balbino de Amorim
André Luiz Lopes Sinoti
Christiane Santiago Maia
Eni Rosa Aires Borba Mesiano
Fabiana Cristina de Sousa
Ivone Martine de Oliveira
João Valério de Souza
Maria Dolores Santos da Purificação Nogueira
Maria Ramos Soares
Mirtes Loeschner Leichsenring
Raul Santa Helena

Colaboradores da atualização

Flávia Freitas de Paula Lopes
Maria Ângela Avelar Nogueira
Eliane Blanco Nunes
Fabiana Petrocelli Bezerra Paes e Teixeira
Heiko Thereza Santana
Isabel Cristina Anastácio Macedo
João Henrique Campos Sousa
Nice Gabriela Alves Bauchspiess
Regina Maria Gonçalves Barcellos
Sandro Martins Dolghi

SUMÁRIO

Sumário.....	5
Siglário	7
Apresentação.....	9
Introdução.....	11
Planejamento e Organização de uma Unidade de Processamento de Roupas	15
Processamento da Roupa.....	23
Infraestrutura Física	43
Equipamentos	55
Produtos Saneantes Utilizados no Processamento de Roupas.....	61
Qualidade da Água	69
Medidas de Prevenção e Controle de Infecção	75
Segurança e Saúde Ocupacional	83
Resíduos provenientes dos serviços de saúde	97
Glossário.....	101

1

SIGLÁRIO

- ABNT** – Associação Brasileira de Normas Técnicas
- Anvisa** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CCIH** – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- CDC** – Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)
- CIPA** – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
- DML** – Depósito de Material de Limpeza
- EPI** – Equipamento de Proteção Individual
- GINFS** – Gerência de Infraestrutura em Serviços de Saúde
- GGTES** – Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde
- GIPEA** – Gerência de Investigação e Prevenção de Infecções e Eventos Adversos
- GTOSS** – Gerência Geral de Tecnologia da Organização em Serviços de Saúde
- MS** – Ministério da Saúde
- MTE** – Ministério do Trabalho e Emprego
- NR** – Norma regulamentadora
- Portaria/MS** – Portaria do Ministério da Saúde
- RDC** – Resolução de Diretoria Colegiada
- RE** – Resolução Específica
- PCMSO** – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
- PCPIEA** – Programa de Controle de Prevenção de Infecção e de Eventos Adversos
- PGRSS** – Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde
- PPRA** – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
- RT** – Responsável Técnico
- SESMT** – Serviços Especializados em Medicina do Trabalho
- SNVS** – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
- UPRSS** – Unidade de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde
- VISA** – Vigilância Sanitária

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresentamos o Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde: Prevenção e Controle de Riscos. A alteração da denominação “lavanderia hospitalar” para “unidade de processamento de roupas de serviços de saúde” foi um grande avanço, considerando que tanto os hospitais quanto todos os serviços que utilizam algum tipo de roupa ou tecido na assistência à saúde necessitam submetê-los ao processamento em um serviço especializado e com profissionais capacitados.

O processamento de roupas de serviços de saúde é uma atividade de apoio que influencia grandemente a qualidade da assistência à saúde, principalmente no que se refere à segurança e ao conforto do paciente e do trabalhador. Apesar de as atividades realizadas nesse serviço não terem sofrido grandes modificações nos últimos anos, houve um amadurecimento em relação aos riscos existentes e à necessidade de um maior controle sanitário das atividades ali realizadas. Diante disso, percebemos a necessidade de atualizar as orientações referentes ao processamento de roupas utilizadas nos serviços de saúde, enfocando o controle e a prevenção de riscos associados a essa atividade.

Outro fator que nos impulsionou a realizar a atualização deste manual foi a grande demanda de informações sobre o assunto solicitadas pelos profissionais dos serviços de saúde e das unidades de processamento de roupas. Portanto, esperamos que esta publicação seja um importante instrumento de apoio a todos os envolvidos nas atividades de processamento de roupas de serviços de saúde e, principalmente, que fomente a prática voltada ao controle e à prevenção de riscos.

Diretor-Presidente
Dirceu Raposo de Mello

e

INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), como coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, pretende com este manual fazer uma orientação referente às atividades envolvidas no processamento de roupas de serviços de saúde, tendo como foco os riscos associados a essas atividades, uma vez que as ações desse sistema baseiam-se no controle de riscos definido pela Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990¹:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Observa-se, portanto, que o conceito de risco é o principal referencial teórico das ações de vigilância sanitária e que a eliminação de riscos refere-se a uma minimização de sua manifestação a níveis estatisticamente não significantes².

A definição de risco engloba uma variedade de medidas de probabilidades incluindo aquelas baseadas em dados estatísticos ou em julgamentos subjetivos³. De acordo com Costa⁴, risco é a probabilidade de ocorrência de um evento danoso à saúde, relacionado com objetos concretos sob controle sanitário. Murahovschi *et al.*² avançam no conceito definindo risco como a probabilidade de ocorrência de um evento adverso que, no caso dos serviços de saúde, afeta a integridade do paciente, da equipe de saúde ou da comunidade em que o serviço está inserido. O risco é determinado por dois componentes²:

- O risco inerente é aquele que advém do próprio processo ou procedimento em questão, seja por limitações tecnológicas ou do “estado da arte” dessa atividade, ou por características próprias do paciente que está sendo submetido a um processo ou procedimento.
- O risco adquirido é o risco adicionado, ou seja, uma parcela que não é decorrente da natureza do processo, procedimento ou daquele que recebe esta ação.

O risco adquirido pode resultar da falta de qualidade na assistência à saúde. Por isso, a vigilância sanitária tem trabalhado no sentido de reduzir o risco atribuído às diferentes condições de estrutura e de processo de trabalho².

Ainda como descrito por Costa⁴, “os riscos à saúde se instalam em qualquer momento do processo produção-consumo”. Também refere que a produção – especialmente em determinados ramos de atividade – gera riscos à saúde do trabalhador e ao meio ambiente, e que nesse percurso, intencionalmente ou por falhas no processo, podem ser adicionados riscos aos objetos de consumo. Refere que isso é agravante para as questões de saúde, pois, no caso de produtos de interesse sanitário, muitos deles, por si mesmos, já contêm certo *quantum* de riscos. A mesma autora⁴ afirma que “na prestação de serviços, direta ou indiretamente relacionados com a saúde, também são gerados riscos, potencialmente multiplicados pelo uso concomitante de várias tecnologias em ambiente exposto a diversos fatores de riscos”.

A avaliação e o gerenciamento de risco são os elementos fundamentais para as ações da vigilância sanitária². Segundo Luchese⁵, a “Avaliação de Risco, de natureza mais científica (estatística e epidemiológica), consiste no uso de bases concretas de dados para definir os efeitos de uma exposição (indivíduos ou população) a materiais ou situações; ou seja, conhecer a relação causa-efeito e possíveis danos ocasionados por um determinado agente e o Gerenciamento de Risco, ação de orientação político-administrativa, é o processo de ponderar as alternativas de políticas e selecionar a ação regulatória mais apropriada, integrando os resultados da avaliação de risco com as preocupações sociais, econômicas e políticas para chegar a uma decisão; decide o que fazer com risco avaliado e se ele pode ser aceitável”.

Hoje em dia já se pode identificar experiências bem sucedidas na prevenção e controle de riscos em serviços de saúde, em geral acumulando ações de educação, regulamentação, incentivo a sistemas externos de qualidade, estruturação de redes sentinelas, sistemas de informação, notificação e investigação de eventos adversos⁶.

Para Murahovschi *et al.*², os controles de risco e de qualidade são inseparáveis e a diminuição da qualidade da assistência prestada leva ao aumento do risco para usuários e trabalhadores. Na vigilância sanitária de serviços de saúde, aos conceitos mais amplos de gerenciamento de risco e qualidade, agrega-se ao marco teórico uma abordagem já tradicional da administração em saúde: os conceitos de estrutura, processo e resultados de Donabedian, absorvidos da teoria de sistemas.

A estrutura trata de características mais estáveis, incluindo informações sobre recursos materiais (como instalações e equipamentos), humanos (número e qualificação) e estrutura organizacional (critérios de operação, sistemas de avaliação, etc.). Quando se trata de processo, visa-se analisar o “fazer” dos profissionais na condução dos cuidados e sua interação com os pacientes. Por fim, o resultado volta-se ao estudo dos efeitos e das consequências das intervenções, utilizando-se taxas, indicadores, parâmetros de saúde e de satisfação da clientela⁷.

A unidade de processamento de roupas realiza diversas atividades que envolvem riscos à saúde do trabalhador, do usuário e do meio ambiente e, por isso, é alvo da ação de regulação da vigilância sanitária. De acordo com Prochet⁸, o serviço de processamento de roupas é uma área da saúde pouco conhecida e estudada, que pode, entretanto, representar um grave problema, principalmente pelas condições e riscos que oferece ao trabalhador desse setor, o qual está sujeito aos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes. Dentro dessa classificação destacam-se aqueles relacionados ao uso de produtos químicos, à manipulação e à operação dos equipamentos, à inadequação da infraestrutura física da unidade e à organização do trabalho.

Diante do exposto, conclui-se que a qualidade das atividades da unidade de processamento de roupas em serviços de saúde está intrinsecamente relacionada ao gerenciamento dos riscos associados, o que requer, cada vez mais, conhecimento e divulgação científica sobre a temática.

REFERÊNCIAS

- 1 - BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.
- 2 - MURAHOVSKI, C. H. P. *et al.* **Avaliação e qualidade**. Brasília, 2006. (Módulo 3 do curso on-line Talsa multiplicadores. Promovido pela Organização Nacional de Acreditação).
- 3 - GOLDIM, J. R. **Risco**. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/risco.htm>>. Acesso em: 21 maio 2007.
- 4 - COSTA, E. A. **Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde**. Ed. 2. São Paulo: Sobravime, 2004.
- 5 - LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro, 2001, 329 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, 2001.
- 6 - GASTAL, F. L.; ROESSLER, I. F. **Avaliação e qualidade**. Brasília, 2006. (Módulo 2 do curso on-line: Talsa multiplicadores. Promovido pela Organização Nacional de Acreditação).
- 7 - DONABEDIAN, A. Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means. **Inquiry**. [S.l.], v. 25, n. 1, p. 173-192, 1988.
- 8 - PROCHET, T. C. Lavanderia Hospitalar: condições e riscos para o trabalhador. **Nursing**. [S.l.], v. 3, n. 28, p. 32-34, set. 2000.

PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

2.1 INTRODUÇÃO

A unidade de processamento da roupa de serviços de saúde é considerada um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades do serviço de saúde¹. Ela exerce uma atividade especializada, que pode ser própria ou terceirizada, intra ou extra-serviço de saúde, devendo garantir o atendimento à demanda e a continuidade da assistência.

As roupas utilizadas nos serviços de saúde incluem lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes, compressas, campos cirúrgicos, propés, aventais, gorros, dentre outros^{2,3}. Por meio desses exemplos, percebe-se que existe uma grande variedade de sujidades, locais de origem e formas de utilização dessas roupas nos serviços de saúde².

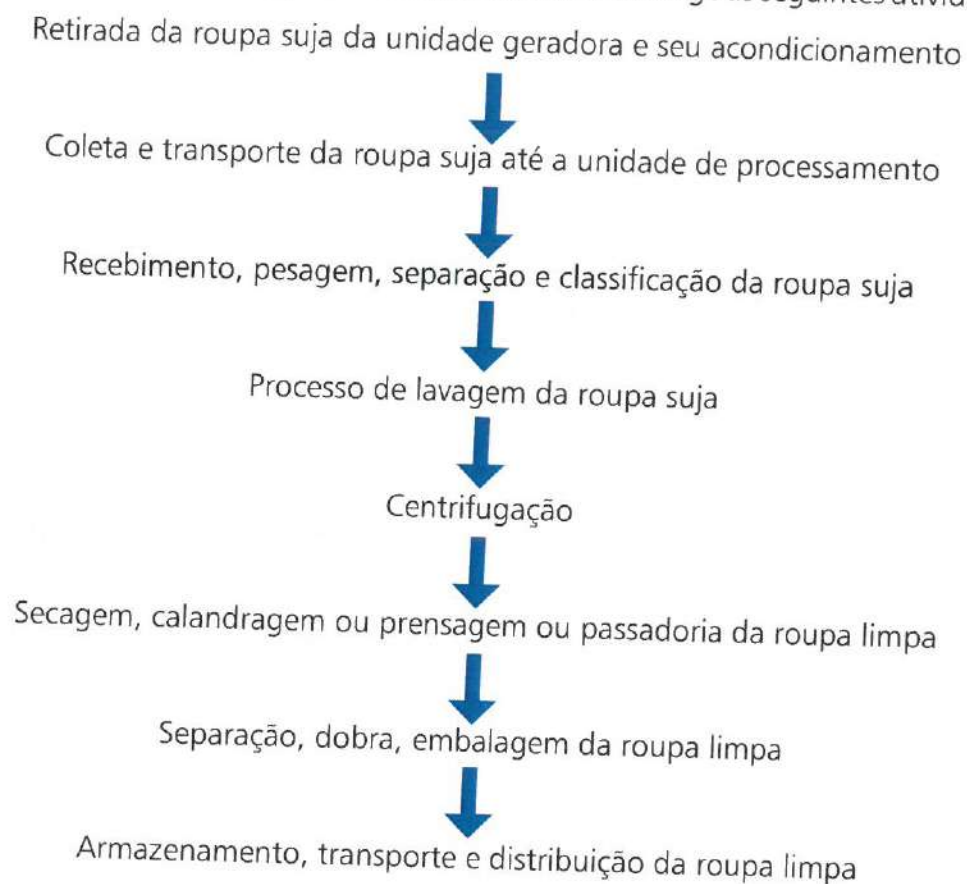
As atividades realizadas na unidade de processamento de roupas não se aplicam apenas para roupas provenientes de hospitais, mas também de clínicas médicas e odontológicas e de outros serviços que realizam atividades assistenciais. Ressalta-se que, por serem provenientes de serviços de saúde, as roupas utilizadas nesses locais devem ser enviadas a uma unidade de processamento com especificidades que serão abordadas neste manual.

Um aspecto que atualmente tem influenciado a prática do processamento de roupas refere-se à tendência a se terceirizar esse tipo de atividade. Muitos serviços de saúde têm optado por essa prática abstendo-se, assim, da preocupação com a sua administração, além do ganho de espaço físico para outras atividades relacionadas à assistência direta à saúde.

Alguns serviços de saúde, como clínicas odontológicas ou médicas e ambulatorios, podem optar por usar roupas descartáveis, como campos e aventais cirúrgicos, abstendo-se, com isso, da necessidade de construir ou contratar uma unidade de processamento de roupas.

2.2 ATIVIDADES REALIZADAS PELA UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

O processamento da roupa dos serviços de saúde abrange as seguintes atividades:



A unidade de processamento de roupas também pode realizar outras atividades, como o preparo de pacotes de roupas para esterilização, confecção e reparo de peças.

Além dessas atividades, também são realizadas a higienização do ambiente e de seus equipamentos, ações voltadas à prevenção de riscos e à saúde dos trabalhadores, assim como a manutenção dos equipamentos.

2.3 PLANEJAMENTO

O processamento da roupa com qualidade é fundamental para o bom funcionamento do serviço de saúde² e deve ser efetuado de forma com que a roupa e todas as etapas do seu processamento não representem veículo de contaminação, eventos adversos ou qualquer outro dano aos usuários, trabalhadores e ambiente.

O planejamento de uma unidade de processamento de roupas de serviços de saúde depende de suas funções, da complexidade das ações e instalações e da sua localização⁴. Qualquer que seja a sua dimensão e a sua capacidade, a unidade, quando for intra-serviço de saúde, deve ser planejada, instalada, organizada e controlada com o rigor dispensado aos demais setores do serviço⁵.

Para esse planejamento, é necessária uma equipe multiprofissional, que pode ser composta por arquiteto, engenheiro, enfermeiro, profissionais de controle de infecção e de segurança e saúde no trabalho, dentre outros⁶.

Segundo Mezzomo⁷, o processamento de roupa envolve um elevado número de itens a serem considerados no seu planejamento, quais sejam: a planta física da unidade; a disposição dos equipamentos; as instalações hidráulicas; as técnicas de lavar, centrifugar, calandrar e secar; a dosagens dos produtos; a manipulação, o transporte e a estocagem da roupa; o quadro e a jornada de trabalho do pessoal e a redução de custos.

Para Kotaka⁶, uma unidade de processamento de roupas bem planejada resultará na eficiência dos processos realizados, na economia dos custos operacionais e de manutenção, na confiabilidade, segurança e conforto dos trabalhadores e usuários.

No planejamento devem ser observados padrões e normas de segurança e saúde ocupacional, de proteção contra incêndio, de controle de infecção, recursos humanos, infraestrutura física, equipamentos, produtos e insumos, dentre outros^{8,9}.

2.4 CONDIÇÕES PARA O FUNCIONAMENTO

A unidade de processamento de roupas está sujeita ao controle sanitário pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), conforme definido na Lei n. 9.782, de 26 de janeiro de 1999, tendo em vista os riscos à saúde dos usuários, trabalhadores e meio ambiente relacionados aos materiais, processos, insumos e tecnologias utilizadas¹⁰.

A unidade de processamento de roupas, quando terceirizada, não poderá funcionar sem o alvará sanitário/licença de funcionamento emitido pelo órgão de vigilância sanitária estadual ou municipal. O alvará/licença somente é concedido após a inspeção do serviço para verificação das condições de funcionamento e de execução do projeto de acordo com a aprovação prévia da vigilância¹¹. O serviço que funcionar sem esse documento estará infringindo a Lei Federal n. 6437 de 20 de agosto de 1977¹². Vale ressaltar que as unidades que fazem parte de um serviço de saúde não precisam de um alvará sanitário específico, uma vez que o serviço ao qual pertencem deverá possuir tal alvará.

As unidades de processamento de roupas terceirizadas, intra ou extra-serviços de saúde, devem possuir alvará sanitário próprio.

Normalmente, esse documento é solicitado no ato do início das atividades; quando houver alterações de endereço, do ramo de atividade, do processo produtivo ou da razão social; quando tiver ocorrido fusão, cisão e incorporação societária; ou anualmente, conforme definição da vigilância sanitária local¹³. A emissão e renovação da licença ou alvará de funcionamento é um processo descentralizado, realizado pelos estados e municípios e, portanto, definido de acordo com a legislação local. Cada estado e/ou município define o trâmite legal e documental, assim como a sua validade.

A licença sanitária, também chamada de alvará de funcionamento, licença de funcionamento ou alvará sanitário, é o documento expedido pela Vigilância Sanitária Estadual, Municipal ou do Distrito Federal. Os endereços das Vigilâncias Sanitárias podem ser acessados no sítio eletrônico da Anvisa: www.anvisa.gov.br.

As unidades de processamento de roupas de serviços de saúde que também processam roupas de outros tipos de serviços, como hotéis e motéis, devem observar as orientações contidas neste manual. Em seus alvarás sanitários, devem constar de forma específica os tipos de serviços que atendem e a origem das roupas a serem processadas, como por exemplo: serviços de saúde, hotéis, motéis, domicílio, etc.

Unidades de processamento de roupas intra-serviço de saúde não podem processar roupas de outros tipos de serviços como hotéis, motéis e domiciliares.

Outros requisitos a serem observados:

- Registros de segurança e saúde ocupacional, conforme normalização do Ministério do Trabalho e Emprego⁸.
- Aprovação e registro nos órgãos competentes (meio ambiente, defesa civil, prefeituras, entre outros); e
- Registro da caldeira, caso o serviço possua, no Ministério do Trabalho e Emprego, conforme disposto na NR1314.

2.5 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

A organização de um processo de trabalho em equipe, com cooperação e visão integral do usuário, constitui-se numa tarefa diária de superação de desafios. O que se pretende é alcançar os objetivos na construção de uma prática que vise à melhoria contínua da qualidade, sem fragmentação, possibilitando um melhor atendimento ao usuário, conferindo boas condições de trabalho para a equipe e minimizando a exposição aos agentes de risco inerentes às atividades executadas¹³.

A eficiente gestão e operacionalização da unidade de processamento de roupas, a capacitação de recursos humanos, bem como o cumprimento das normas e orientações de segurança e saúde ocupacional são alguns dos aspectos que devem ser considerados visando à redução dos riscos e melhoria da qualidade.

A unidade de processamento de roupas deve possuir normas e rotinas padronizadas e atualizadas de todas as atividades desenvolvidas, as quais devem estar registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos.

Estas atividades inclui todas as etapas do processamento das roupas, os saneantes utilizados, os procedimentos de limpeza e desinfecção dos carrinhos e veículos de transporte e dos ambientes e superfícies. Além disso, também devem constar orientações quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual e coletiva.

De acordo com Lisboa¹⁵, os procedimentos praticados na unidade de processamento de roupas são uniformes e representados sob a forma de regimento, que refere ser “um instrumento administrativo de grande valia, contendo objetivos e obrigações do serviço, que devem ser divulgados a todos os funcionários”. A autora ainda salienta que neste “...está contido todo o aspecto normativo que envolve a unidade, apresentando em forma de capítulos no tocante a estrutura, finalidades, atribuições orgânicas e funcionais, lotação quantitativa e qualitativa do pessoal, jornada de trabalho, impressos utilizados, normas técnicas e administrativas”¹⁵.

A unidade de processamento deve desenvolver um trabalho pautado nas orientações de uma Comissão de Controle de Infecção (CCIH). As unidades de processamento de roupas que estão inseridas dentro de um serviço de saúde podem receber orientações da Comissão de Controle de Infecção desse serviço. Já aquelas unidades terceirizadas e que são localizadas extra-serviço de saúde podem seguir as orientações da CCIH de algum serviço de saúde a que atende ou outra opção conforme definido pela sua administração.

A unidade de processamento de roupa terceirizada e o serviço de saúde que atendem devem estabelecer um contrato formal de prestação de serviço.

2.6 EQUIPE DE TRABALHO DA UNIDADE DE PROCESSAMENTO

O quantitativo de recursos humanos necessários ao funcionamento de uma unidade de processamento de roupas varia de acordo com a complexidade da unidade, demanda, tipo de equipamentos, horário de funcionamento, entre outros. Os cargos e funções de pessoal devem estar descritos de forma clara e concisa, bem como a estrutura organizacional e a qualificação dos profissionais.

A unidade deve possuir um responsável técnico com formação mínima de nível médio, conhecimento em segurança e saúde ocupacional, controle de infecção e que responda perante a vigilância sanitária pelas ações ali realizadas, nesse último caso, apenas se a unidade de processamento for terceirizada.

Segundo Prochet¹⁶, é necessário manter profissionais devidamente qualificados para que se possa viabilizar a construção de um mapa de risco e instaurar medidas eficazes de cunho preventivo, visando à proteção do trabalhador, visto a possibilidade de inúmeros acidentes de trabalho e doenças ocupacionais proporcionados nesse ambiente.

O trabalhador deve ser capacitado para a execução das suas atividades no que se refere aos aspectos técnicos e operacionais, à legislação, às novas tecnologias, à prevenção e controle de infecção e a segurança e saúde ocupacional. De acordo com Lisboa¹⁵, o treinamento do trabalhador do serviço de processamento de roupas deve conter noções fundamentais sobre a exposição aos agentes químicos, biológicos, físicos, referindo que “a conscientização sobre os riscos associados a esses agentes é realizada, normalmente, pela apresentação de slides, filmes, cartazes ou dramatização”.

2.7 ESTIMATIVA DA CAPACIDADE DA UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

A fórmula para se fazer uma estimativa da quantidade e do peso da roupa a ser processada diariamente em uma unidade de processamento de roupas ainda hoje é aquela presente no Manual de Lavanderia Hospitalar editado em 1986⁴, que tem como base de cálculo o número de kg/Leito/dia, uma vez que não existem estudos recentes sobre este assunto. Portanto, esse tópico será mantido como na versão de 1986, a fim de nortear os serviços na definição dessa estimativa. Vale ressaltar que, além do número de leitos do serviço, para estimativa da quantidade de roupas a ser processada, deve-se levar em consideração o uso de roupas descartáveis, as características da clientela, as características ou porte do serviço, ou dos serviços, que atendem (no caso de uma unidade de processamento terceirizada), o número de procedimentos realizados no serviço (cirúrgico, hemodinâmica, hemodíálises, etc.), se o serviço de processamento de roupas é próprio ou terceirizado, dentre outros.

A relação kg/paciente pode variar dependendo da especialidade do serviço de saúde, da frequência de troca de roupas ou mesmo da utilização de roupas ou enxoval descartáveis, e também se a unidade de processamento é própria ou terceirizada. Um serviço de saúde voltado à assistência ambulatorial de pacientes com problemas mentais, por exemplo, certamente necessitará lavar menos roupas que um serviço de saúde que realiza cirurgias.

As condições climáticas da localidade onde a unidade de processamento de roupas está instalada também interferem na quantidade de roupa a ser lavada. Nas regiões frias utilizam-se mais cobertores e colchas do que nas regiões quentes. Esse fator pode acrescentar até 50% à massa total da roupa utilizada no serviço de saúde⁴.

A lavagem de uniformes de servidores é importante no cálculo de roupas a ser processadas, devendo este quantitativo, portanto, ser adicionado ao da roupa do serviço de saúde.

Na tabela a seguir, há uma estimativa de carga de roupa de acordo com o tipo de hospital.

QUADRO 1 – CARGA DE ROUPA DE ACORDO COM O TIPO DE HOSPITAL.

TIPO DE HOSPITAL	CARGA DE ROUPA
Hospital de longa permanência, para pacientes crônicos	2 kg/leito/dia
Hospital geral, estimando-se uma troca diária de lençóis	4 kg/leito/dia
Hospital geral de maior rotatividade, com unidades de pronto-socorro, obstetrícia, pediatria, e outras	6 kg/leito/dia
Hospital especializado, de alto padrão	8 kg/leito/dia
Hospital escola	8 a 15 kg/leito/dia

Fonte: Manual de Lavanderia de 1986

Para calcular o peso de roupa a ser processada por dia, a primeira versão deste manual sugere a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de leitos}^* \times \text{Carga de Roupa (kg/leito/dia)} \times 7 \text{ (dias)}}{\text{Jornada de Trabalho (dias/semana)}} = \text{kg/dia}$$

* O número de leitos pode ser considerado o número de leitos do hospital – caso seja uma unidade de processamento intra-hospitalar – ou o número de leitos total de todos os serviços atendidos, caso seja uma unidade de processamento terceirizada.

Essa fórmula geralmente é usada para as unidades de processamento de roupas que atendem a um único serviço de saúde, porém, pode ser adaptada às unidades que atendem vários serviços de saúde. Ressalta-se a importância de conhecer o número de procedimentos/dia para uma maior precisão de cálculo.

REFERÊNCIAS:

- 1 - GODOY, S. C. B. *et al.* Riscos para o trabalhador em lavanderias hospitalares. *Rev. Min. Enf. [S.l.]*, v. 8, n. 3, p. 382-387, jul./set. 2004.
- 2 - KONKEWICZ, L. R. Prevenção e controle de infecções relacionado ao processamento das roupas hospitalares. Disponível em: <<http://www.cih.com.br>> Acesso em: 1º mar. 2006.
- 3 - RUTALA, W. A.; WEBER, D. J. Uses of inorganic hypochlorite (bleach) in health-care facilities. *Clin. Microbiol Rev. [S.l.]*, v. 10, p. 597-610, 1997.
- 4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Lavanderia Hospitalar. Brasília: Centro de documentação do Ministério da saúde, 1986. 47 p.
- 5 - RICHTER, H. B. Moderna lavanderia hospitalar. 2. ed. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1979.
- 6 - KOTAKA, F. Lavanderia Hospitalar: Sugestão para o planejamento do recurso físico. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, v. 37, n. 9/12, p.118-125, set./dez. 1989.
- 7 - MEZZOMO, Augusto A. Lavanderia hospitalar: organização e técnica. 5. ed. São Paulo: CEDAS, 1992.
- 8 - BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 485, de 11 de Novembro de 2005. Dispõe sobre a Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 16 nov. 2005.
- 9 - _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 20 mar. 2002.
- 10 - _____. Lei n. 9782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 27 jan. 1999.
- 11 - _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 189, de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 21 jul. 2003.
- 12 - _____. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura Infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 24 ago. 1977.
- 13 - _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos. Brasília: ed. Anvisa, 2006. 156 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 14 - _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. *Diário Oficial da União, Brasília*, 06 jul. 1978.
- 15 - LISBOA, T. C. Lavanderia Hospitalar: reflexões sobre fatores motivacionais. 1998. 138p. Tese (Doutorado)– Universidade Mackenzie. São Paulo. 1998.
- 16 - PROCHET, T. C. Lavanderia Hospitalar: condições e riscos para o trabalhador. *Rev. Nursing. [S.l.]*, v. 3, n. 28, p. 32-34, set. 2000.

PROCESSAMENTO DA ROUPA

3.1 INTRODUÇÃO

O processamento da roupa consiste em todos os passos requeridos para a coleta, transporte e separação da roupa suja, bem como aqueles relacionados ao processo de lavagem, secagem, calandragem, armazenamento e distribuição¹. Segue abaixo a descrição detalhada de todas as etapas do processamento da roupa.

3.2 REMOÇÃO DA ROUPA SUJA DA UNIDADE GERADORA

O processamento da roupa inicia-se com a retirada da roupa suja das áreas onde foram utilizadas², também chamadas nesse manual de unidade geradora.

Na retirada da roupa suja da unidade geradora, deve haver o mínimo de agitação e manuseio, observando-se as precauções-padrão, independente da sua origem ou do paciente que a usou^{2,3,4}. Isso ajuda a prevenir acidentes e dispersão de microorganismos para o ambiente, trabalhadores e pacientes^{1,4,5}. Neste sentido está indicada apenas a pesagem e nunca a contagem de roupas sujas.

A roupa suja deve ser imediatamente colocada em saco *hamper*, onde permanecerá até a sua chegada ao serviço de processamento. Recomenda-se transportá-la dobrada ou enrolada a partir da área de maior sujidade para a de menor sujidade e colocar no centro do saco aquelas que estiverem molhadas ou mais sujas, evitando o vazamento de líquidos e a contaminação do ambiente, dos funcionários ou de outros pacientes^{2,3}. Grande quantidade de sujeira sólida, como fezes e coágulos, presentes na roupa devem ser removidos, pela equipe de saúde ou hotelaria, com as mãos enluvadas e jogados no vaso sanitário, dando-se descarga com a tampa fechada^{3,4}. Essas excretas não podem ser removidas com jato de água.

Estudos mostraram que a prática de usar sacos duplos para a retirada da roupa suja de áreas de isolamento é desnecessária e apenas aumenta os custos^{6,7,8}. Esses estudos também mostraram que não existe diferença entre o nível de contaminação de roupas provenientes de pacientes em isolamento ou de enfermarias comuns. Portanto, todas as roupas utilizadas no serviço de saúde devem ser consideradas como contaminadas.

A equipe de saúde da unidade geradora deve ser orientada a evitar que objetos perfurocortantes, instrumentos ou outros artigos que possam causar danos aos trabalhadores e/ou aos equipamentos sejam deixados juntamente com a roupa suja nos sacos de coleta ^{2,3}.

Para o acondicionamento da roupa suja, recomenda-se saco hamper de plástico ou de tecido, que tenha qualidade suficiente para resistir ao peso da roupa, de modo a não romper-se durante a sua manipulação e transporte^{9,10}. Os sacos de tecido são adequados para a maioria das roupas e devem ser submetidos ao mesmo processo de lavagem da roupa antes de serem reutilizados^{2,3}. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado. Outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder $\frac{3}{4}$ da sua capacidade^{3,11} e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades¹².

O local destinado para o armazenamento da roupa suja na unidade geradora deve ser arejado e higienizado, conforme rotina pré-estabelecida, a fim de se evitar o aparecimento de insetos e roedores. A coleta deve ser realizada em horário pré-determinada, visando sempre a redução da circulação da roupa suja pelo serviço de saúde, e a mesma deve permanecer o menor tempo possível na unidade geradora antes de ser transportada para a unidade de processamento. O tempo em que a roupa suja permanece depositada antes de ser processada está mais relacionado a questões práticas, como remoção de manchas e aspectos estéticos, do que ao controle de infecção¹³.

Não é aconselhada a utilização de saco solúvel, uma vez que o mesmo requer o uso de água quente para sua dissolução, pode causar manchas na roupa ou dificultar a remoção de manchas e não oferece nenhum benefício relacionado ao controle de infecção, além de aumentar o custo do processamento da roupa. Além disso, possibilita a presença de material perfurocortante junto com a roupa, o que causaria danos tanto às roupas quanto aos equipamentos⁹.

Não é necessária a segregação de roupa em função da unidade geradora, por exemplo: unidade de isolamento, neonatologia, unidade de queimados e unidade de alimentação e nutrição (UAN).

3.3 COLETA E TRANSPORTE DA ROUPA SUJA

Para a coleta e o transporte da roupa suja, o trabalhador da unidade de processamento deverá seguir as orientações de manuseio contidas no item anterior e também estar adequadamente paramentado, conforme estabelecido no capítulo 8 – Medidas de Prevenção e Controle de Infecção, deste manual.

O trabalhador que realiza o transporte de roupa suja deve utilizar equipamento de proteção individual – EPIs conforme capítulo 8 – Medidas de Prevenção e Controle de Infecção, deste manual, no momento do recolhimento da roupa, porém, ao abrir portas ou apertar botão de elevador deve fazê-lo sem luva.

A roupa suja deve ser transportada de tal forma que o seu conteúdo não contamine o ambiente ou o trabalhador que a manuseia. O transporte pode ser efetuado por meio de carro de transporte ou por tubo de queda^{14,15}.

O carro utilizado para o transporte de roupa suja dentro do serviço de saúde deve ser preferencialmente, exclusivo para esse fim, leve, de fácil higienização, possuir dreno para eliminação de líquido e confeccionado de material que permita o uso de produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

É desejável que o transporte da roupa limpa e suja seja efetuado em carros separados. Porém, se o serviço dispõe apenas de um carro para esse fim, pode-se optar pela sua lavagem e desinfecção após o transporte da roupa suja e antes do transporte da roupa limpa^{1,10}, no caso desta está embalada. O serviço deve possuir por escrito todo o processo de limpeza e desinfecção desses carros.

Se o serviço utilizar tubo de queda/chutes é necessário o acondicionamento da roupa de forma segura para não ocorrer o extravasamento e a dispersão de aerossóis. Portanto, ao enviar a roupa por esse sistema, é imprescindível assegurar-se de que os sacos estejam adequadamente fechados¹⁶. O projeto e a construção do monta-cargas e do tubo de queda deve seguir a Resolução RDC// Anvisa n. 50, de 12 fevereiro 2002¹².

A RDC/Anvisa n. 50/02 determina que o serviço de saúde, que não possui unidade de processamento de roupas interna, deve dispor de uma sala específica para o armazenamento da roupa suja até a sua coleta pela unidade de processamento externa¹².

3.4 TRANSPORTE DE ROUPA PARA A UNIDADE DE PROCESSAMENTO EXTERNA

Ao transportar a roupa para a unidade de processamento externa ao serviço de saúde, é fundamental considerar que:

- a separação entre roupa limpa e suja deve ser rigorosa, envolvendo, preferencialmente, veículos distintos ou, pelo menos, com áreas separadas²;

- o veículo pode ser dividido fisicamente em dois ambientes com acessos independentes, para separar a roupa limpa da roupa suja^{2,3};
- se a unidade de processamento possuir apenas um veículo para o transporte de roupa limpa e suja, deve primeiramente distribuir toda a roupa limpa, e posteriormente realizar a coleta da roupa suja;
- no caso citado anteriormente, o veículo deve passar pelo processo de limpeza e desinfecção após a coleta de roupa suja².

O serviço deve possuir, por escrito, todo o processo de limpeza e desinfecção dos veículos de transporte.

3.5 PROCESSAMENTO DA ROUPA NA SALA DE RECEBIMENTO DA ROUPA SUJA

Na sala de recebimento da roupa suja (“área suja”) da unidade de processamento, a roupa deve ser classificada e pesada antes de se iniciar o processo de lavagem. Nessas etapas, mantêm-se as recomendações de realizar o mínimo de agitação e manuseio das roupas²⁻³.

É necessário o banho com troca de roupa, ao término do trabalho, para todos os trabalhadores da sala de recebimento da roupa suja¹⁷.

3.5.1 PESAGEM

A pesagem da roupa pode ser realizada em duas etapas distintas: no momento do recebimento na unidade de processamento, para fornecer dados para o controle de custos, e após a separação e classificação, para dimensionar a carga do processo de lavagem de acordo com a capacidade da lavadora, e de acordo com o programa de fórmulas de lavagem.

3.5.2 SEPARAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

A qualidade da lavagem começa na separação da roupa suja, quando esta é classificada de acordo com o grau de sujidade, tipo de tecido e cor¹⁸. É a fase do processamento que oferece maior risco aos trabalhadores sob o ponto de vista de infecção e saúde ocupacional^{19,20}. Apesar de infrequentes, infecções associadas a essa fase têm sido atribuídas à inadequação na higienização e uso de equipamento de proteção individual²¹. Portanto, é essencial observar as orientações contidas no capítulo 8 – Medidas de Prevenção e Controle de Infecção e no capítulo 9 – Segurança Ocupacional, deste manual.

Nessa área deve ser provido um recipiente rígido para o descarte de material perfurocortante e outro para o descarte de material infectante, como peças anatômicas, que porventura seja encontrado junto com a roupa suja.

A separação da roupa suja tem como objetivos:

- agrupar as roupas que podem ser lavadas em conjunto, de acordo com o grau de sujeira e com suas características;
- localizar e retirar objetos estranhos que possam estar junto com a roupa. Esses objetos podem, além de aumentar a exposição ocupacional a injúrias e infecção¹⁰, danificar os equipamentos e tecidos.

Na separação, as peças de roupa devem ser cuidadosamente abertas, puxando-as pelas pontas sem apertar, para a verificação e retirada de objetos estranhos, como instrumentais, artigos perfurocortantes, de uso pessoal, tecidos humanos, entre outros, provenientes da unidade geradora e que foram encaminhados misturados com a roupa suja². Além disso, devem ser manuseadas com o mínimo de agitação.

Parâmetros para classificação da roupa suja:

a) Grau de sujeira

- Sujidade pesada – roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades protéicas.
- Sujidade leve – roupa sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

b) Coloração da roupa

- A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Sugere-se a seguinte divisão:
- roupa branca e cores claras;
- roupa de cores firmes;
- roupa de cores desbotáveis.

c) Tipo de Fibra Têxtil

O processo de lavagem não é o mesmo para todos os tipos de tecido, variando conforme sua origem e composição. Portanto, deve-se considerar o tipo de tecido ao classificar a roupa.

d) Tecido, Formato, Tamanho e/ou Tipo de Peça

Esse tipo de classificação, além de determinar o processo de lavagem a ser escolhido, facilita o trabalho na área limpa e no setor de acabamento. As roupas podem ser classificadas como:

- lisas: lençóis, fronhas, colchas, etc.;
- tecidos felpudos: toalhas, roupões, etc.;
- roupas cirúrgicas: campos operatórios, aventais, etc.;

- uniformes e paramentos: camisas, camisolas, calças, pijamas, etc.;
- roupas especiais: cobertores, etc.;
- absorventes: compressas cirúrgicas, fraldas, etc.

Peças pequenas podem ser colocadas em sacos de lavagem específicos para o processamento.

A frequente higienização das mãos, pelo pessoal que manuseia roupa suja, é essencial para a prevenção de infecções.

3.6 PROCESSO DE LAVAGEM

Após pesagem e classificação da roupa suja, ela é colocada dentro da lavadora na área suja, e no final do processo de lavagem é retirada por meio da abertura voltada para a área limpa.

O processo de lavagem da roupa tem sofrido algumas modificações ao longo do tempo pelo surgimento de novos produtos químicos e dos avanços tecnológicos, que propiciaram lavadoras mais eficientes e com recursos cada vez mais informatizados.

O processo de lavagem da roupa consiste na eliminação da sujeira, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, além do nível bacteriológico reduzido ao mínimo. São aspectos importantes dessa etapa: a restituição da maciez e elasticidade dos tecidos e a preservação das fibras e cores, de forma a propiciar conforto para o uso²². De acordo com Barrier²³, a roupa é desinfetada durante o processo de lavagem, tornando-se livre de patógenos vegetativos, mas não se torna estéril. A lavagem consiste numa sequência de operações ordenadas, que leva em consideração o tipo e a dosagem dos produtos químicos, a ação mecânica produzida pelo batimento e esfregação das roupas nas lavadoras, a temperatura e o tempo de contato entre essas variáveis. O perfeito balanceamento desses fatores é que define o resultado final do processo de lavagem^{23,24}.

A descontaminação de qualquer tipo de roupa antes do processo de lavagem é desnecessária¹.

3.6.1 CICLOS E FASES DO PROCESSO DE LAVAGEM

Não existe um processo único e ideal para a lavagem de todas as roupas do serviço de saúde¹⁸. As fases de um ciclo completo de lavagem consistem em: umectação, enxágues, pré-lavagem, lavagem, alvejamento, enxágues, acidulação e amaciamento^{22,25}. Um ciclo completo de lavagem geralmente é aplicado para roupas com sujidade pesada. Para roupas com sujidade leve, dispensam-se as etapas de umectação, primeiros enxágues e pré-lavagem, sendo que o ciclo inicia-se na etapa de lavagem.

3.6.1.1. Umectação

Consiste no uso de produtos que dilatam as fibras e reduzem a tensão superficial da água, facilitando a penetração da solução e a remoção de sujidades, como sangue, albuminas, entre outras. Nessa fase, a água deve estar à temperatura ambiente, uma vez que a água aquecida favorece a fixação da matéria orgânica ao tecido.

3.6.1.2. Pré-lavagem

A pré-lavagem tem como função emulsionar as gorduras ácidas, dilatar as fibras dos tecidos, preparando-as para as operações seguintes e, conseqüentemente, diminuindo a demanda de produtos químicos²³.

Nessa fase, são usados detergentes que têm propriedades de remoção, suspensão e emulsão da sujidade²³, como descrito abaixo:

- A remoção da sujidade ocorre pela ação química do detergente nas partículas de sujeira e o seu deslocamento por meio da ação mecânica.
- A suspensão ocorre em consequência da ação do detergente sobre a sujidade, deixando-a suspensa na água.
- A emulsão ocorre pelo poder de umectação do detergente tensoativo, que reage com a sujidade de natureza oleosa.

O consumo de produtos químicos é menor usando-se a pré-lavagem, que remove grande parte da sujidade presente na roupa, enquanto que o restante será eliminado nas demais etapas.

3.6.1.3. Lavagem

Os princípios associados no processo de lavagem são de ordem física (mecânica, temperatura e tempo) e química (detergência, alvejamento, desinfecção, acidulação e amaciamento)²². Na fase da lavagem, a combinação das ações mecânica, da temperatura, do tempo e da detergência tem a finalidade de remover o restante da sujidade^{2,23,26}.

a) Ação mecânica

A ação mecânica é produzida pelo batimento e esfregação das roupas nas lavadoras. Isso ocorre devido à rotação do tambor, que exerce a ação mecânica esfregando uma peça de roupa à outra, levantando-as com as pás para, logo em seguida, deixá-las cair na solução de lavagem²².

Entre os fatores que interferem na ação mecânica, destacam-se: o excesso de roupa na lavadora, a rotação irregular do motor, a velocidade de rotação do cesto e o nível da água²². Portanto, deve-se evitar a ocorrência desses fatores, a fim de garantir uma adequada ação mecânica na lavagem da roupa.

b) Temperatura

A temperatura é um fator importante no processo de lavagem, pois diminui a tensão superficial da água, facilitando a sua penetração nas fibras do tecido; enfraquece as forças de adesão que unem a sujeira ao tecido; diminui a viscosidade de graxas e óleos, facilitando a sua remoção; aumenta a ação dos produtos químicos e contribui para a desinfecção das roupas^{22,23}. Como resultado, melhora a qualidade do processo e colabora com a economia de tempo e de produtos químicos. Apesar dessas vantagens, a temperatura elevada não é fator essencial para o processamento de roupas, uma vez que outros fatores também contribuem para a qualidade e segurança do processo.

- A utilização de água quente ($\geq 71,1$ °C por 25 minutos) foi demonstrada por Arnold²⁷ como efetiva para a eliminação de microorganismos patogênicos. Esse estudo foi a base para o processamento de roupas de serviços de saúde até a década de 1980. Em 1981, Battles e Vesley²⁸ apresentaram um estudo demonstrando que o serviço de processamento de roupas é responsável por 10% a 15% da energia consumida num hospital. Além desses, outros estudos relacionados à temperatura da água foram realizados visando diminuir custos e garantir a segurança no processamento da roupa. Esses estudos evidenciaram que a utilização de água entre 22 °C e 50 °C, associada ao uso controlado e monitorado de produtos a base de cloro, poderia ser tão efetiva quanto a utilização de água quente na eliminação de patógenos^{29,31}. Ressalta-se que o uso de Perborato de Sódio e Peróxido de Hidrogênio exige temperatura mais elevada da água, para sua ativação.

c) Tempo

O tempo em que a roupa é submetida à lavagem também interfere na qualidade do processo. Quando o tempo de lavagem está acima do necessário, gera aumento de custos e de consumo de energia, desgaste da roupa e diminuição da produtividade das lavadoras. Abaixo do necessário, não promove uma efetiva higienização da roupa. O tempo de operação começa a ser contado após os níveis de água e temperatura serem atingidos.

d) Nível da água

A água é o diluente dos produtos químicos que formam a solução de lavagem e o meio para carrear as sujidades em suspensão. Por isso, é necessário que o nível da água esteja adequado para a quantidade de roupa a ser lavada.

O nível de água no tambor interno da lavadora é fator importante para a eficácia da ação mecânica da lavagem. Se o nível de água estiver alto demais, pode ocorrer:

- menor ação mecânica, em virtude da diminuição da altura da queda;

- necessidade de aumento da quantidade de produto de lavagem;
- maior ônus, causado pelo gasto desnecessário de água.

Por outro lado, se o nível de água estiver baixo demais durante os enxágues, provocará:

- maior dificuldade e lentidão na remoção da sujeira e produtos saneantes;
- permanência de resíduos de produtos saneantes que podem provocar odor desagradável e irritar a pele;
- amarelamento da roupa.

Em todas as etapas após a lavagem, a qualidade da limpeza deve ser avaliada para determinar a necessidade de seu retorno para o início do processo e a existência de peças danificadas para posterior reparo ou baixa.

3.6.1.4. Alvejamento

O alvejamento altera a tonalidade natural do tecido exercendo ação branqueadora e colabora com a redução da contaminação microbiana². Essa é uma fase complementar da lavagem e nunca deve substituí-la²². Pode ser realizado por alvejantes químicos, sendo que os mais eficientes são aqueles a base de cloro e oxigênio, ou por meio de branqueador óptico. Além desses, os mais utilizados são: peróxido de hidrogênio, perborato de sódio, ácido peracético e ozônio.

3.6.1.5. Enxágue

O enxágue é uma ação mecânica destinada à remoção, por diluição, da sujeira e dos produtos químicos presentes nas roupas²³. O risco de dano ao tecido pode ser minimizado por adequados enxágue e neutralização³¹.

É necessário cautela no enxágue da roupa, principalmente nas utilizadas por recém-nascidos, a fim de eliminar resíduos químicos que possam causar irritação da pele.

3.6.1.6. Neutralização ou acidulação

As etapas de lavagem são normalmente efetuadas em pH alcalino com o objetivo de favorecer a dilatação das fibras, emulsão de gorduras e neutralização de sujeiras ácidas. Se permanecer nos tecidos, a alcalinidade residual pode causar irritações quando em contato com a pele.

O processo de acidulação tem como finalidade a remoção da alcalinidade residual por meio da adição de um produto ácido ao último enxágue, o que promove a redução do pH e a neutralização dos resíduos alcalinos da roupa²². Na acidulação, o pH do tecido é reduzido de 12 para 5, ou seja, semelhante ao pH da pele^{1,2}. Essa queda de pH também contribui para a redução microbiana².

A acidulação traz as seguintes vantagens ao processo²²:

- contribui para a inativação bacteriana;
- diminui o número de enxágues;
- evita o amarelamento da roupa durante a secagem e calandragem;
- favorece o amaciamento das fibras do tecido;
- reduz os danos químicos, por alvejantes, à roupa (oxicelulose);
- propicia economia de água, tempo e energia elétrica.

A efetiva remoção da alcalinidade residual dos tecidos é uma importante medida para reduzir o risco de reação dermatológica nos pacientes.

3.6.1.7. Amaciamento

É uma operação que consiste em adicionar, no último enxágue, um produto que contém ácidos graxos em sua composição para realinhar as fibras, lubrificá-las e eliminar a carga estática. É realizado juntamente com a neutralização.

O amaciamento melhora a elasticidade das fibras, torna o tecido suave e macio, aromatiza suavemente a roupa, evita o enrugamento do tecido na calandra e melhora o acabamento.

3.7. PROCESSAMENTO DA ROUPA NA ÁREA LIMPA

Após a operação de lavagem, a roupa passa por processos de centrifugação, secagem e/ou calandragem e/ou prensagem, que são efetuados na área limpa da unidade. Ao retirar a roupa limpa da lavadora, deve-se evitar que as peças caiam no chão e sejam contaminadas.

A circulação do trabalhador entre a área limpa e a área suja deve ser evitada. A passagem de um trabalhador da área suja para a limpa deve ser precedida de banho.

3.7.1 CENTRIFUGAÇÃO

A centrifugação tem o objetivo de remover o excesso de água presente na roupa²². Esse processo é realizado em centrífuga ou em lavadora-extratora.

Após a centrifugação, a roupa deve ser classificada levando-se em consideração o tipo de tecido, peça de roupa e a fase do processo de acabamento a que ela será submetida.

3.7.2 SECAGEM

A secagem é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo.

A secadora necessita de várias limpezas diárias para impedir o acúmulo de felpas.

3.7.3 CALANDRAGEM

A calandragem é a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa, como lençóis, colchas leves, uniformes, roupas de linhas retas, sem botões ou elástico, com temperatura entre 120 °C e 180 °C.

É recomendável a utilização de estrados, na área de alimentação da calandra, para evitar que lençóis e outras peças grandes entrem em contato com o piso e sejam contaminados.

A dobradura da roupa deve ser feita de acordo com a rotina do serviço e a necessidade do cliente. Pode ser realizada manualmente ou por dobradora mecânica acoplada à calandra.

3.7.4 PRENSAGEM

A prensagem é efetuada em uniformes e outras peças que não devem ser processadas na calandra ou que tenham detalhes como pregueados e vincos.

3.7.5 PASSADORIA A FERRO

A passadoria a ferro é usada, eventualmente, para peças pequenas ou para melhorar o acabamento de roupa pessoal, como os jalecos dos profissionais. Seu uso é pouco econômico, sob o ponto de vista de tempo, energia elétrica e recursos humanos²².

Roupas que serão submetidas a esterilização (campos cirúrgicos, capotes, etc.) não poderão ser submetidos à calandragem ou passadoria a ferro.

3.7.6 EMBALAGEM DA ROUPA

Após as etapas de calandragem, prensagem ou passadoria, a roupa limpa é dobrada, podendo ser armazenada embalada ou não. Sacos plásticos ou de tecido podem ser utilizados para embalar roupas separadamente ou em forma de *kits*. Quando há alta rotatividade, o simples empilhamento em um local adequado é suficiente.

Ao embalar a roupa em saco *hamper*, este deve estar limpo e ser mantido fechado². Se a opção for embalar em material plástico, este deve ser transparente, descartável e as peças devem estar totalmente secas e à temperatura ambiente, para evitar umidade e possível recontaminação. A roupa separada em *kits* favorece o serviço de enfermagem das unidades de atendimento ao paciente, uma vez que otimiza o trabalho de distribuição dela.

Recomenda-se embalar a roupa limpa proveniente de unidade de processamento terceirizada para evitar a sua contaminação durante transporte². A roupa embalada tem as seguintes vantagens:

- maior segurança ao serviço, que está recebendo roupa realmente limpa;
- redução de risco de contaminação;
- maior facilidade de controle da roupa.

As roupas de inverno devem ser embaladas individualmente, evitando que fiquem expostas à poeira e à recontaminação, uma vez que são usadas sazonalmente.

3.7.7 ESTOQUE E ARMAZENAMENTO DA ROUPA

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, responsável pelo armazenamento e distribuição da roupa limpa. A centralização em um único local permite controle eficiente da roupa limpa, do estoque e de sua distribuição, em qualidade e quantidade adequadas, às diversas unidades dos serviços de saúde. A estocagem de grande quantidade de roupa limpa nas unidades do serviço de saúde aumenta o risco de contaminação, demanda maior estoque e dificulta o controle da roupa. Não há um tempo máximo padronizado para a estocagem da roupa.

O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim. Além disso, deve-se proibir que funcionários alimentem-se nesse local. Pode-se utilizar armário, estante, carro-estante, ou outro mobiliário, que devem ser fechados e possuir superfícies passíveis de limpeza. Segundo Mezzomo (1993), cada unidade de internação deveria ter carrinho-armário, o que dispensaria a rouparia do setor. O carro usado para estocar a roupa limpa no setor de internação deve ser fechado durante o transporte e a sua permanência nessa área; além disso, não pode ser deixado em local de circulação de pessoas².

De acordo com a RDC/Anvisa n. 50/02, os serviços de saúde que terceirizam o processamento de roupas devem possuir uma sala de armazenamento geral de roupa limpa¹².

A roupa limpa deve ser manuseada somente quando necessário e com prévia higienização das mãos^{1,32}.

3.8. TRANSPORTE E DISTRIBUIÇÃO DA ROUPA LIMPA

O sistema de distribuição e suprimento de roupas nos setores do serviço de saúde depende do seu volume e do tempo de estocagem na rouparia central. A maior parte da troca de roupa nas unidades de internação ocorre nas primeiras horas da manhã. Por essa razão, o recebimento pontual da roupa facilita o trabalho da enfermagem e o conforto do cliente.

A distribuição de roupa limpa para as unidades do serviço de saúde é feita pelo pessoal da unidade de processamento de roupas ou da hotelaria e pode ser realizada em carros de transporte fechados ou, no caso da roupa embalada em sacos de plásticos ou tecido, em carros abertos¹⁰ e, preferencialmente, exclusivos para esse fim. No caso da roupa limpa não ser distribuída de forma embalada (em sacos plásticos ou de tecido) o carro transporte deve ser exclusivo. É imprescindível que sejam verificadas rigorosamente, as condições de higiene do carro de transporte de roupa limpa para evitar a contaminação desta.

A distribuição da roupa para os pacientes é realizada pela equipe de saúde ou hotelaria.

A roupa limpa não deve ser transportada manualmente, pois poderá ser contaminada com microorganismos presente nas mãos ou roupas dos profissionais.

Para o transporte de roupa limpa da unidade externa ao serviço de saúde, deve-se observar as orientações contidas no item 3.4 – “Transporte de Roupa para a Unidade de Processamento Externa”. do Capítulo 3 e o ítem 8.3.2 – Limpeza e Desinfecção do Veículo de transporte do capítulo 8.

Quando a unidade de processamento for externa ao serviço de saúde, a roupa deverá ser embalada e transportada em ambiente fechado.

3.9. PARTICULARIDADES

3.9.1 CONFECÇÃO E REPARO DE ROUPAS

Roupas que foram submetidas a reparos devem ser enviadas para novo processo de lavagem, antes de serem encaminhadas aos setores do serviço de saúde.

Roupas novas compradas ou confeccionadas na área de costura da unidade de processamento ou em outro local também devem ser submetidas ao processo de lavagem antes de serem encaminhadas para uso nos setores do serviço de saúde.

3.9.2 ROUPAS UTILIZADAS EM INSTITUIÇÕES COMUNITÁRIAS, INTERNAÇÃO DOMICILIAR E OUTROS

Roupas utilizadas em instituições comunitárias que prestam alguma assistência ou cuidados a pessoas com problemas de saúde, como casas de apoio e em caso de internação domiciliar² e instituições de longa permanência, podem ser processadas em máquinas domésticas. Porém deve-se observar que as roupas de pessoas com incontinência fecal ou urinária ou que possuem lesões de pele secretantes, devem ser processadas separadas das demais, ou encaminhadas a uma Unidade de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde. Orienta-se o uso de sabão em pó e produtos clorados.

Os familiares dos pacientes, em internação domiciliar, devem ser orientados quanto ao manuseio e processamento da roupa dos mesmos. Na impossibilidade de processar as roupas do paciente no seu próprio domicílio, as mesmas devem ser processadas em uma unidade de processamento de roupas de serviços de saúde, não podendo ser encaminhadas para lavanderias comerciais comuns.

3.9.3 SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR, RADIOTERAPIA E OUTROS QUE UTILIZAM MATERIAL RADIOATIVO

O serviço de medicina nuclear, de radioterapia ou outro que utilize material radioativo, é responsável pelo gerenciamento de seus rejeitos radioativos, inclusive de roupas utilizadas nesses serviços^{33,40}. Devido às desintegrações que ocorrem ao longo do tempo, a quantidade de radiação emitida pelos núcleos de uma fonte radioativa vão diminuindo. Em uma situação prática, isso significa que, caso uma peça de roupa seja contaminada com material radioativo, de meia-vida curta, após um tempo específico, a emissão de radiação por essa peça torna-se tão insignificante que ela pode ser processada e reutilizada sem oferecer qualquer risco ao usuário ou aos profissionais envolvidos nesse processo. Esse tempo depende do tipo do material contaminante e deve ser verificado pelo serviço de saúde que contaminou a roupa.

A Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) dispõe de normas específicas sobre procedimentos de radioproteção e descontaminação radioativa de materiais reutilizáveis, como talheres, rouparia, móveis, entre outros^{33,35}. O monitoramento e a liberação da roupa contaminada para processamento devem ser realizados conforme os requisitos da norma CNEN-NE 6.0534. Além dessa, a RDC/Anvisa n. 306/04, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, classifica em um grupo especial os rejeitos radioativos e estabelece requisitos específicos para o gerenciamento desse tipo de material.

3.9.4 SERVIÇO DE QUIMIOTERAPIA

Não há recomendação específica para o processo de lavagem de roupas contaminadas com antineoplásicos, no entanto é fundamental a adoção de precauções-padrão ao manipular roupa contaminada com esses medicamentos. A Resolução RDC/Anvisa n. 220/04 determina que as roupas contaminadas com excretas e fluidos corporais de pacientes em quimioterapia precisam ser acondicionadas e identificadas para encaminhamento à unidade de processamento de roupas, conforme definido na Norma da ABNT NBR - 7.500 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material³⁶.

3.9.5 ROUPAS PROVENIENTES DE PACIENTES EM ISOLAMENTO

Não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes desses pacientes, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral³⁹, uma vez que, todas as roupas de serviços de saúde são consideradas como contaminadas. Se as medidas de precaução padrão forem adequadamente adotadas, não há necessidade de adoção de cuidados adicionais no manuseio de roupas de pacientes em isolamento^{2,3}.

Ao manipular roupa suja proveniente de unidade de isolamento, de casos suspeitos ou confirmados de doenças emergentes de transmissão desconhecida, não é recomendada a sua separação e classificação na área suja, devendo esta ser colocada diretamente na lavadora.

3.9.6 ROUPAS PROVENIENTES DE SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA E PANOS DE LIMPEZA

Também não é preciso adotar um ciclo de lavagem especial para as roupas provenientes dessas áreas, podendo ser seguido o mesmo processo estabelecido para as roupas em geral.

3.9.7 ROUPAS PROVENIENTES DE DOMICÍLIOS, HOTÉIS, MOTÉIS, FRIGORÍFICOS, ENTRE OUTROS

Roupas provenientes de domicílios, hotéis, motéis, frigoríficos, entre outros, não podem ser submetidas ao mesmo ciclo de lavagem das roupas provenientes de serviços de saúde. No entanto, as unidades de processamento de roupas de serviços de saúde terceirizadas, que possuam licença para processar esse tipo de roupas, poderão submetê-las a um ciclo de lavagem separado das roupas de serviços de saúde.

3.9.8 ESTERILIZAÇÃO DE ROUPAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O processamento normal da roupa não resulta em eliminação total dos microorganismos²³, especialmente em suas formas esporuladas, conseqüentemente, as roupas que serão utilizadas em procedimentos cirúrgicos ou procedimentos que exijam técnica asséptica, devem ser submetidas à esterilização após a sua lavagem². Roupas que serão submetidas à esterilização (campos cirúrgicos, capotes, etc.) não poderão ser submetidas à calandragem ou à passadoria a ferro.

Não há necessidade de esterilização das roupas utilizadas por recém-nascidos³⁷.

3.9.9 CULTURA DE MATERIAL TÊXTIL

Não há razão para se realizar cultura de material têxtil rotineiramente^{32,38}. Tal procedimento somente será indicado quando existir evidência epidemiológica que sugira que a roupa possa ser o veículo de transmissão de patógeno².

3.9.10 ROUPAS DESCARTÁVEIS

Roupas e produtos têxteis descartáveis, não serão processadas conforme as normas que dispõem sobre reprocessamento de produtos descartáveis e de produtos de uso único.

Roupas utilizadas em clínicas médicas e odontológicas e outros serviços que realizam atividades assistenciais devem encaminhar as roupas utilizadas na assistência para uma unidade de processamento de roupas de serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 - TIETJE, L.; BOSSEMEYER, D.; MCINTOSH, N. **Infection Prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources.** Baltimore, Maryland: JHPIEGO Corporation, 2003. Disponível em: <http://www.reproline.jhu.edu/english/4morerh/4ip/IP_manual/ipmanual.htm> . Acesso em: 02 nov. 2006.
- 2 - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for environmental infection control in health-care facilities:** recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Atlanta: [s.n.], 2003. Disponível em : <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_envirioninfection.html> . Acesso em: 06 maio 2006.
- 3 - HEALTH CANADA. Laboratory Centre for Disease Control. **Infection Control Guidelines: Hand Washing, Cleaning, Disinfection and Sterilization in Health Care.** [S.l.], v. 24S8, 1998. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98pdf/cdr24s8e.pdf>> . Acesso em: 08 maio 2006.
- 4 - WORLD HEALTH ORGANIZATION, Regional Office for South-East Asia and Regional Office for Western Pacific. **Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities.** [S.l.], World Health Organization, 2004. Disponível em: <http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/006EF250-6B11-42B4-BA17-C98D413BE8B8/0/practical_guidelines_infection_control.pdf> . Acesso em: 20 ago. 2007
- 5 - GARNER, J.S. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. **Infect Control Hosp Epidemiol.** [S.l.], v. 17, p. 53-80, 1996.
- 6 - MAKI, D. G.; ALVARADO, C.; HASSEMER, C. Double-bagging of items from isolation rooms is unnecessary as an infection control measure: a comparative study of surface contamination with single- and double bagging. **Infect Control.** [S.l.], v. 7, n. 11, p. 535-537, 1986.
- 7 - PUGLIESE, G. Isolating and double-bagging laundry: Is it really necessary? **Health Facility Management .** [S.l.], v. 2, n. 2, p.16-20, 1989.
- 8 - WEINSTEIN, S. A. *et al.* Bacterial surface contamination of patients linen: isolation precautions versus standard care. **Am J Infect Control.** [S.l.], v. 17, p. 264-7, 1989.
- 9 - OTERO, R. B. **Laundry and Textile (linen) Services Infection control.** Disponível em: <<http://www.cinetwork.com/otero>> . Acesso em: 10 jun. 2006.
- 10 - _____. National Association of Institutional Linen management. **Infection Control. manual for laundry and Linen Services.** Disponível em: <<http://www.nlmnet.org/>>. Acesso em: 05 jul. 2006.
- 11 - WAIKATO DISTRICT HEALTH BOARD POLICY. **Infection Control Management of Linen and laundry.** 2006. Disponível em: <http://waikatodhb.govt.nz/Media/docs/Policy_Procedure/Infection_Control/Linen%20and%20Laundry%200106.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2007.
- 12 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 mar. 2002.

- 13 - URUGUAI. Ministerio de Salud Pública. **Procesamiento de ropa para uso en hospitales**. Montevideu, 2006 (Recomendación técnica n. 1).
- 14 - JOINT COMMITTEE ON HEALTHCARE LAUNDRY GUIDELINES. **Guidelines for healthcare linen service**. Hallandale, Florida: Joint Committee on Healthcare Laundry Guidelines, 1999.
- 15 - MCDONALD E PUGLIESE, 1999 in CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee**. Atlanta: [s.n.], 2003. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_envirioninfection.html>. Acesso em: 06 maio 2006.
- 16 - WHYTE, W.; BAIRD, G.; ANNAND, R. Bacterial contamination on the surface of hospital linen chutes. **JHYG (Camb)**. [S.l.], v. 67, p. 427-35, 1969.
- 17 - LISBOA, T. C. **Lavanderia Hospitalar: reflexões sobre fatores motivacionais**. 1998. 138f. Tese (Doutorado)- Universidade Mackenzie. São Paulo. 1998.
- 18 - RICHTER, H. B. **Moderna lavanderia hospitalar**. ed. 2, São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1979.
- 19 - FERNANDES, A. T. *et al.* **Infecção Hospitalar e Suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 1256-1265.
- 20 - GODOY, S. C. B. *et al.* Riscos para o trabalhador em lavanderias hospitalares. **Rev. Min. Enf.** [S.l.], v. 8, n. 3, p. 382-387, jul./set. 2004.
- 21 - MACDONALD, L. L. 2002 . Linen services. In: TIETJE, L.; BOSSEMEYER, D.; MCINTOSH, N. **Infection Prevention: guidelines for healthcare facilities with limited resources**. Baltimore, Maryland: JHPIEGO Corporation, 2003. Disponível em: <http://www.reproline.jhu.edu/english/4moreh/4ip/IP_manual/ipmanual.htm>. Acesso em: 02 nov. 2006.
- 22 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Lavanderia Hospitalar**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da saúde, 1986. 47 p.
- 23 - BARRIE, D. How Hospital Line and Laundry are Provided. **Journal of Hospital Infection**. [S.l.], v. 27, p. 219-235, 1994.
- 24 - TORRES, S; LISBOA, T. C. **Limpeza e Higiene, Lavanderia Hospitalar**. São Paulo: CLR Balieiro, 1999.
- 25 - RIGGS, C. H.; SHERRILL, J. C. **Textile laundering technology**. Hallendale FL: Textile Rental Service Association, 1999, p. 92-7.
- 26 - NICHOLAS, P. S. Bacteria in laundered fabrics 1970. In :CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee**. Atlanta: [s.n.], 2003. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_envirioninfection.html>. Acesso em: 06 maio 2006.
- 27 - ARNOLD, L. A sanitary study of commercial laundry practices. **Am J Public Health**. [S.l.], v. 28, p. 839-844, 1938.

- 28 - BATTLES, D. R.; VESLEY, D. Wash water temperature and sanitization in the hospital laundry in BLASSER, M.J.; SMITH, P.F.; CODY, H. J.; WANG, W. L.; LAFORCE, F.M.; Killing of fabric-associated bacteria in hospital laundry by low-temperature washing. **J.Infec.Dis**, v. 49, p. 48-57, 1984.
- 29 - CRISTIAN, R. R.; MANCHESTER, J. T.; MELLOR, M. T. Bacteriological quality of fabrics washed at lower-than-standard temperatures in a hospital laundry facility. **Appl. Environ. Microbiol.** [S.l.], v. 45, p. 591-597, 1983.
- 30 - BLASSER, M. J. et al. Killing of fabric-associated bacteria in hospital laundry by low-temperature washing. **J.Infec.Dis** [S.l.], v. 149, p. 48-57, 1984.
- 31- DANIDSON, R.W. et al. Effect of Water Temperature on Bacterial Killing in Laundry. **Infection Control**. [S.l.], v.8, n. 5, p. 204-9, maio 1987.
- 32 - NATIONAL ASSOCIATION OF INSTITUTIONAL LINEN MANAGEMENT. **Infection Control Manual for laundry and Linen Service**. Disponível em: <<http://www.nlmnet.org/associations/1437/files/infection.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2006.
- 33 - BRASIL. Ministério da Ciência e Tecnologia. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Resolução CNEN/CD n. 27/2004. CNEN-NN-3.01. Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jan. 2005.
- 34 - _____. Ministério da Ciência e Tecnologia. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Resolução CNEN n. 19/1985. CNEN-NE-6.05. Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radiativas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 dez. 1985.
- 35 - _____. Ministério da Ciência e Tecnologia. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Resolução CNEN n. 10/1996. CNEN-NE-3.05. Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Medicina Nuclear. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 abril de 1996.
- 36 - _____. Agência Nacional e Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 220, de 21 de setembro de 2004. Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 set. 2004.
- 37 - MEYER, C.L. et al. Should linen in newborn intensive care units be autoclaved? **Pediatrics**. [S.l.], v. 67, n. 3, p. 362-4, 1981.
- 38- AYLIFFE, COLLINS; TAYLOR, 1982. In: CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for environmental infection control in health-care facilities: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee**. Atlanta, 2003. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_envirioninfection.html>. Acesso em: 06 maio 2006.
- 39 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Western Pacific. **Avian Influenza, Including Influenza A (H5N1), in Humans: WHO Interim Infection Control Guideline for Health Care facilities**. World Health Organization, 2007.
- 40 - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 306, de 07 dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 dez. 2004.

2

INFRAESTRUTURA FÍSICA

4.1. INTRODUÇÃO

A Anvisa possui a RDC/Anvisa n. 50 de 21 de fevereiro de 2002, regulamento técnico que define as exigências básicas para o planejamento, programação e projeto físico de qualquer serviço de saúde, incluindo informações relativas a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde.

Aplica-se ainda à esta unidade a RDC/Anvisa n. 189 de 18 de julho de 2003, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS)², pois todas devem ter seu projeto físico de construção, reforma ou ampliação autorizado por esse sistema.

Todas essas considerações, além das características locais, devem ser observadas quando do projeto das instalações prediais da unidade de processamento de roupas. Este capítulo procura detalhar essas considerações, com suas respectivas justificativas.

4.2. CONDICIONANTES DO PROJETO FÍSICO DA UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Os principais condicionantes do projeto físico da unidade de processamento são: barreira física, massa ou peso da roupa, equipamentos, instalações prediais, fluxo da roupa, técnica de processamento e jornada de trabalho.

A análise desses condicionantes e suas inter-relações é necessária para orientar o fluxo das atividades que serão desenvolvidas na unidade de processamento de roupas.

4.3. LOCALIZAÇÃO

A unidade de processamento de roupas de serviços de saúde deve, preferencialmente, localizar-se em pavimento térreo, próxima às centrais de suprimento por razões de racionalização econômica, logística e de movimentação dos carrinhos e trabalhadores do setor. O acesso a unidade de processamento de roupa e circulação interna nos ambientes, é restrito aos trabalhadores da área.

Os seguintes aspectos devem ser considerados quando da definição da localização da unidade: o transporte e a circulação das roupas; a demanda de movimentação;

o sistema de distribuição de suprimentos e as distâncias entre as unidades que necessitam de roupas. Também devem ser considerados: os ruídos e vibrações dos equipamentos, o tempo de transporte das roupas, a emissão de calor e odores, o risco de contaminação, a direção dos ventos dominante dentre outros^{1,3}.

4.4. ORGANIZAÇÃO FÍSICO-ESPACIAL

Em relação à sua organização físico-espacial a unidade de processamento de roupas pode ser intra-serviço de saúde, isto é, instalada na própria edificação ou em prédio anexo à mesma, ou extra-serviço de saúde, quando instalada em edificação independente do serviço de saúde¹. Para maior funcionalidade deve ser instalada em um único pavimento.

Ainda na implantação da unidade, deve ser considerada a distância entre o piso e o teto da edificação (pé-direito). Ao se definir esta altura devem ser verificados: todas as dimensões dos equipamentos e acessórios, espaço suficiente para tubulações de água, vapor e dutos do sistema de climatização, conforto e ergonomia para os trabalhadores, uso de veículos e mecanismos de transporte¹.

4.5. AMBIENTES DA UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Conforme RDC/Anvisa n. 50/02, para cada atividade existe um ambiente correspondente a sua execução¹. Esses ambientes encontram-se principalmente em dois setores: "suja" e "limpa"^{1,4}. Na definição do dimensionamento dos ambientes devem ser consideradas a quantidade de trabalhadores e de equipamentos da unidade.

A seguir estão relacionados os ambientes necessários em uma unidade de processamento de roupas de serviços de saúde, conforme a RDC/Anvisa n. 50/021:

4.5.1. SALA DE RECEBIMENTO E LAVAGEM DE ROUPA SUJA

Estima-se que essa sala de recebimento da roupa suja ("área suja") corresponde a 25 % da área total da unidade, composta por áreas para recebimento, pesagem, classificação e lavagem da roupa suja, dispendo ainda de um depósito de material de limpeza (DML) e banheiro.

A sala de recebimento e lavagem de roupa suja deve estar separada da sala de processamento de roupa limpa, por uma parede, barreira física, onde estão instaladas as máquinas de lavar roupas de barreira. A roupa suja é introduzida na máquina através da porta da sala de recebimento e lavagem de roupa suja e é retirada através da porta da máquina instalada na sala de processamento de roupa limpa.

Para facilitar o recebimento da roupa suja, deve ser prevista uma abertura específica para a entrada dos carros de transporte. Para a pesagem das roupas deve ser prevista uma área para instalação da balança e para o estacionamento dos carros de transporte de roupa suja.

O depósito de material de limpeza (DML) é exclusivo para área suja e deve ser provido de tanque e de um local para guarda e secagem de botas e luvas, além da guarda dos produtos químicos utilizados no processo de lavagem das roupas e na higienização da área.

O banheiro deve dispor de bacia sanitária, lavatório, chuveiro e área para troca e guarda de roupas. É de uso exclusivo dos trabalhadores que atuam nesta área e também serve como barreira, pois se constitui como o único acesso dos trabalhadores à essa sala.

Tanto na área "suja", quanto na área "limpa" da unidade de processamento, é obrigatória a instalação de lavatórios/pias para higienização das mãos.

4.5.2. SALA DE PROCESSAMENTO DE ROUPA LIMPA

Na sala de processamento (área limpa) devem ser previstas as seguintes áreas:

I. Área para centrifugação

Nesta área são instaladas máquinas centrífugas para extração do excesso de água das roupas já lavadas. Caso sejam utilizadas máquinas lavadoras extratoras, essa área pode ser dispensada.

II. Área de secagem

As máquinas secadoras devem ser instaladas, preferencialmente, junto à parede externa, possibilitando que o motor das mesmas fique fora da área de trabalho, evitando, desta forma, a propagação do calor gerado pelas secadoras para o ambiente interno.

É recomendável a instalação de sistema de coleta das felpas geradas no processo de secagem, de maneira a evitar o entupimento das instalações de coleta de efluentes das máquinas. Isto pode ser efetuado por meio da instalação de uma canaleta coletora externa, ligada diretamente à caixas receptoras, instaladas na base das secadoras.

III. Área de separação e dobragem

Nesta área devem ser previstas mesas e bancadas para manuseio das peças de roupa ou máquinas de dobragem. Também deve ser previsto um espaço para o estacionamento de carros de transporte que levarão a roupa para a área de armazenagem.

IV. Área de armazenagem/distribuição

Essa área deve ser prevista para o armazenamento das peças de roupas limpas, e distribuição para as unidades internas ou serviços externos.

V. Área de calandragem, prensagem, passadoria

Área de acabamento da roupa limpa, que deve ter seu dimensionamento e *lay-out* determinado pelo tipo de máquina a ser usada. Usualmente são utilizadas calandras ou prensas.

VI. Área de costura

Área para confecção e reparos das roupas que necessitam de conserto, onde estão instaladas máquinas de costura e mesas de corte. Devem ser previstos armários ou estantes para armazenagem das roupas a serem consertadas e daquelas já reparadas.

VII. Outras áreas

Opcionalmente, a unidade de processamento de roupas pode possuir sanitários para trabalhadores com distinção de sexos e adaptados para pessoas portadoras de deficiência. Estes podem se localizar na própria unidade ou serem compartilhados com demais setores do serviço (exceto a área suja), desde que estes sejam dimensionados para atender a mais esta demanda e não estejam a mais de 8,0m de distância.

Os banheiros da área suja são de acesso restrito aos trabalhadores do setor e não podem ser compartilhados com os demais setores.

Deve ser prevista uma área para o registro das atividades administrativas da unidade, como o registro de movimentação de roupa, controle de estoque e outros. Quando a unidade processar mais de 400 kg de roupa/dia, é obrigatório a previsão de uma sala administrativa para essas atividades.

VIII. Situações especiais

Algumas unidades de processamento de roupas utilizam o ozônio como insumo na lavagem. Nestes casos os geradores de ozônio devem ser instalados em sala exclusiva, incluindo seus acessórios e sistemas de comando.

Os serviços de saúde, independente de possuírem em suas dependências uma unidade de processamento de roupas devem ter, pelo menos, uma rouparia em cada unidade funcional que atenda pacientes.

Este ambiente pode ser substituído por armários exclusivos ou carros roupeiros.

4.5.3. CONDIÇÕES AMBIENTAIS PARA O CONTROLE DE INFECÇÕES E EVENTOS ADVERSOS

4.5.3.1. Barreiras físicas

Barreiras físicas são soluções arquitetônicas representadas por estruturas que devem ser associadas a condutas técnicas, visando minimizar a entrada e dispersão de microorganismos⁵. De acordo com a RDC/Anvisa n. 50/02 as barreiras físicas das unidades de processamento de roupas de serviços de saúde são¹:

- Parede entre a área limpa e a área suja – com visor e intercomunicador
- Banheiro com vestiário de barreira para área suja

A barreira de separação só é realmente eficiente se existirem as lavadoras com duas portas de acesso, uma para cada área, na parede que separa a área suja da área limpa.

4.5.3.2. Lavatório

A presença de lavatórios na área limpa e na área suja para higienização das mãos dos trabalhadores é fundamental. Este deve possuir torneira ou comando que dispensem o contato das mãos quando do fechamento da água. Próximo aos lavatórios devem sempre ser previstos dispensador de sabonete líquido, suporte com papel toalha e lixeiras com pedal¹.

4.5.3.3. Depósito de material de limpeza

Conforme citado anteriormente, o DML é fundamental para a higienização e guarda de utensílios de limpeza e dos equipamentos de proteção individual como: botas, luvas de borracha, etc.

4.5.3.4. Área para a lavagem dos carros de transporte

Deve-se prover uma área para lavagem e secagem dos carros de transporte. Preferencialmente, esta sala deve estar localizada junto à sala de recebimento de roupa suja.

4.6. SISTEMA DE TRANSPORTE DE ROUPA

4.6.1. TUBO DE QUEDA

O tubo de queda é uma tubulação que atravessa todos os pavimentos do edifício até chegar à área de recepção da unidade de processamento. Somente é permitido para o transporte de roupa suja.

O tubo de queda deve ser protegido por uma antecâmara, a fim de permitir que somente o pessoal autorizado tenha acesso. Também deve possuir mecanismos de lavagem e desinfecção, tubo de ventilação e área exclusiva de recebimento da roupa suja, com ralo sifonado para captação da água oriunda da limpeza do mesmo¹.

Deve ser constituído de material resistente à corrosão e à lavagem com água e sabão, ter no mínimo 0,60m de diâmetro e ainda possuir, na saída, mecanismos que amortecem o impacto dos sacos de roupa¹.

4.6.2. MONTA-CARGAS

O monta-cargas é um meio de transporte vertical utilizado apenas para a transferência de cargas entre os pavimentos da edificação. De acordo com a RDC/Anvisa n. 50/02 a instalação de monta-cargas deve obedecer à ABNT NBR 14712:200120, bem como às seguintes especificações!:

- As suas portas devem abrir para recintos fechados (antecâmaras) e nunca diretamente para corredores ou áreas de passagem;
- Em cada pavimento deve ser instalada uma porta corta-fogo, automática, do tipo leve;
- A recepção da roupa na sala de roupa suja precisa ser amortecida por sistema de abrandamento de velocidade, para evitar alto impacto na descarga.

4.7. RALOS

A unidade de processamento deve possuir ralos para escoamento da água usada em todos os seus ambientes. Estes ralos devem ter fechos hídricos (sifões) e tampa com fechamento escamoteável.

Além disso, quando a unidade de processamento não possuir lavadoras extratoras, é necessário instalar canaletas com grelhas junto à saída das lavadoras. Essas canaletas devem ter inclinação para facilitar o escoamento da carga total das lavadoras e possuir gradil de fácil remoção. Além disso, devem ser de material que permita sua higienização e serem interligadas à rede de esgoto através de ralo sifonado. Não é permitida a interligação com o esgoto proveniente da área suja.

A instalação de uma caixa de suspensão com tela é indispensável, a fim de reter os fiapos dos tecidos e impedir o entupimento da rede, uma vez que a felpa e outros resíduos acompanham os efluentes. A mesma solução deve ser adotada na captação dos efluentes de lavagem.

4.8. INSTALAÇÕES PREDIAIS

As instalações para a geração energética (subestação elétrica, caldeiras, compressores, cilindros de gás, etc.) precisam conter uma reserva de pelo menos 30%.

As tubulações devem ser preferencialmente aparentes, ou serem adotadas soluções que permitam fácil acesso para manutenção. Devem possuir as cores convencionadas e identificadas com os símbolos adequados, segundo normas da ABNT, a fim de facilitar a sua manutenção e aumentar a segurança. As linhas de vapor e água quente devem ser isoladas, visando à proteção do trabalhador, a diminuição dos custos operacionais e a redução do calor transmitido ao meio ambiente.

4.8.1. INSTALAÇÕES PREDIAIS ORDINÁRIAS

4.8.1.1. Água

A pressão da água e o diâmetro da tubulação devem ser suficientes para abastecer as lavadoras em menos de um minuto¹.

4.8.1.2. Esgoto

O sistema de esgoto da unidade de processamento de roupas deve ter capacidade suficiente para receber os efluentes de todas as lavadoras, simultaneamente, não incorrendo no perigo de transbordamento¹. A implantação de caixas retentoras de sabão precisa ser prevista a fim de que não haja o transbordamento de espumas.

Caso a região onde a unidade estiver localizada tenha rede coletiva de coleta e tratamento de esgoto, todo o efluente resultante pode ser lançado nessa rede sem tratamento prévio. Não havendo rede de coleta e tratamento, todo o efluente deve receber tratamento antes de ser lançado em cursos d'água, eliminando-se, antes, materiais graxos (excesso de gorduras), materiais sólidos decorrentes da quebra das fibras e ajustando-se o pH para a faixa estabelecida (usualmente entre 4,5 e 10,5), de acordo com a Resolução CONAMA n. 357 de 17 de março de 2005, que estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes⁶.

4.8.1.3. Elétrica

Para determinar a demanda de energia elétrica a ser consumida na unidade de processamento de roupas de serviços de saúde é necessário o conhecimento das especificações dos equipamentos a serem instalados.

As instalações elétricas devem ser projetadas, executadas, operadas e mantidas conforme orientações da ABNT NBR 5410:2005 e ABNT NBR 13.534:20077-8. Os equipamentos elétricos devem ser aterrados conforme orientações da ABNT NBR 5419:20059.

A alimentação elétrica deve ser trifásica, na tensão e frequência da rede local. Dependendo da demanda, deve ser provida por um subalimentador da alimentação geral. O painel de distribuição deve ser de fácil acesso à manutenção e provido de fecho. Todos os equipamentos e cabos elétricos devem ser devidamente protegidos. Os pontos de força da área suja devem ser blindados.

As instalações elétricas devem ser embutidas ou protegidas por calhas ou canaletas aparentes, para que não haja depósito de sujidade em sua extensão.

4.8.1.4. Iluminação

A iluminação natural deve ser privilegiada por ser mais adequada e confortável, embora seja necessário prever condições complementares de iluminação artificial, observando-se o dimensionamento do ambiente que se quer iluminar³.



A intensidade da iluminação depende de cada ambiente¹⁰⁻¹¹, por exemplo, a área de costura deve possuir requisito de luminosidade diferenciado dos demais ambientes.

A iluminação artificial deve possibilitar boa visibilidade, sem ofuscamentos ou sombras em todos ambientes. Recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes, pois estas, quando bem distribuídas, revelam melhor qualquer mancha na roupa. As luminárias devem ser dotadas de refletores para melhor distribuição da luz e aletas que impeçam a iluminação direta excessiva e possuam dispositivos antiofuscamento.

4.8.2. INSTALAÇÕES PREDIAIS ESPECIAIS

4.8.2.1. Sistema de climatização

Os sistemas de climatização devem proporcionar ambientes de trabalho confortáveis, agradáveis e seguros, garantindo o conforto dos trabalhadores e impedindo a disseminação de microorganismos entre as diversas áreas das unidades de processamento de roupas¹².

Os sistemas de climatização da área limpa e da área suja devem ser independentes. O fluxo de ar deverá ocorrer somente da área limpa para a área suja, por isso deve-se implantar sistema de exaustão mecânica na área suja, onde todo o ar exaurido será descarregado para o exterior. A descarga de ar do exaustor da sala de recebimento de roupa suja deve ser cuidadosamente estudada, de modo a não possibilitar a contaminação dos prédios ou serviços adjacentes e estar posicionada de modo que não prejudique a captação de ar para outros ambientes. Preferencialmente, esta saída deve estar acima aproximadamente 1,0m da linha de cume do telhado da edificação¹.

Dependendo da posição das unidades de processamento de roupas em relação ao restante do edifício ou em relação ao seu entorno, não se deve lançar o ar da área suja, diretamente para o exterior, pois há o risco de contaminação para outros ambientes. Nesses casos devem-se utilizar, no mínimo, filtros classe G3+F1, conforme classificação da ABNT NBR 7256:2005, nas descargas dos exaustores de ar da área suja¹³.

Devem ainda ser consideradas a direção dos ventos dominantes, a configuração do edifício e o perfil dos fluxos de ar na vizinhança das tomadas de ar¹².

Devem ser previstos anteparos de radiação para as calandras e instaladas coifas com exaustores sobre as mesmas, com altura máxima de 0,60m acima destas, além de outros exaustores próximos a lavadoras, secadoras e prensas. Alguns equipamentos possuem exaustão própria, nestes casos a coifa é dispensável.

A exaustão das secadoras pode ser feita por dutos com, no mínimo, 0,20m de diâmetro, conectados de tal forma que a exaustão de uma secadora não intercepte a da outra, possuindo também uma ou mais portas para inspeção e limpeza periódica¹. As descargas de ar das secadoras para o exterior do prédio podem possuir algum mecanismo de retenção das felpas que se desprendem das roupas durante a secagem.

Caso a unidade de processamento utilize ozônio em seu processo de lavagem, é necessário um sistema de exaustão de ar na sala do gerador de ozônio, além do exaustor da sala de recebimento de roupa suja, onde estão situadas as lavadoras de roupa¹.

A limpeza e manutenção dos equipamentos e instalações do sistema de climatização deve ser efetuada sempre observando os critérios da Portaria GM/MS n. 3.523, de 28 de agosto de 1998, e RE/Anvisa n. 9, de 16 de janeiro de 200314-15.

4.8.2.2. Sistema de geração de vapor

As caldeiras podem ser aquecidas por combustão ou eletricidade. As fontes de energia por combustão mais usuais são o óleo de baixo ponto de fulgor (BPF), óleo diesel, gás natural (GN) e gás liquefeito de petróleo (GLP) e madeira de reflorestamento. A escolha do tipo de caldeira deve ser realizada considerando-se a disponibilidade dos insumos e viabilidade técnico-financeira de cada sistema¹.

O dimensionamento das caldeiras deve ser efetuado levando-se em consideração a pressão de operação e a capacidade de geração de vapor. É recomendável a instalação de caldeiras o mais próximo possível da unidade de processamento para evitar perdas de carga e dispersão de calor ao longo da tubulação. Para cada equipamento deve ser observada a pressão de serviço adequada. O projeto, a instalação, a operação e a manutenção de caldeiras devem atender a NR 13¹⁶.

4.8.2.3. Ar comprimido

Utilizado para acionamento de equipamentos e de controles automáticos. O ar comprimido para a unidade de processamento de roupas pode ser suprido por uma central de ar comprimido. Quando isso não for viável é necessária a instalação de um ou mais compressores com secador de ar, separador de óleo, condensador e silenciador¹.

4.8.2.4. Segurança contra incêndio

A unidade de processamento de roupas é um ambiente que durante seu funcionamento gera temperaturas elevadas. Esta característica deve ser considerada para prever o sistema de segurança contra incêndio.

A instalação de sistemas de combate a incêndio é imprescindível e deve estar de acordo com as legislações locais do Corpo de Bombeiros, normas da ABNT e do Ministério do Trabalho e Emprego.

O sistema de detecção e alarme de incêndio deve possuir alarme visual e sonoro, distinto dos outros usados na unidade de processamento de roupas, com volume acima do ruído normal do ambiente.

4.8.3. MATERIAIS DE ACABAMENTO

Na escolha dos materiais de acabamento devem ser priorizados os que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número possível de ranhuras ou frestas, mesmo após o uso e limpeza frequente. Os materiais, cerâmicos ou não, não devem possuir índice de absorção de água superior a 4% individualmente ou depois de instalados no ambiente, além do que, o rejunte de suas peças, quando existir, também deve ser de material com esse mesmo índice de absorção. O uso de cimento sem aditivo anti-absorvente para rejunte de peças cerâmicas ou similares não é recomendado¹.

As tintas elaboradas a base de epóxi, PVC, poliuretano ou outras destinadas a áreas molhadas podem ser utilizadas tanto nas paredes quanto nos tetos, desde que sejam resistentes à lavagem, ao uso de desinfetantes e não sejam aplicadas com pincel¹.

O uso de divisórias industriais removíveis não é recomendado, entretanto paredes pré-fabricadas podem ser usadas, desde que tenham acabamento monolítico, ou seja, não possuam ranhuras ou perfis estruturais aparentes e sejam resistentes à lavagem e ao uso de desinfetantes. Na área administrativa é permitido o uso de divisórias.

O piso, em todas as áreas deve ser liso, resistente à água e isento de desenhos e ranhuras que dificultem a limpeza¹⁷. A superfície não pode ser escorregadia, além de possuir inclinação adequada em direção as canaletas, para facilitar o escoamento da água¹⁸.

O rodapé das áreas que são molhadas diversas vezes deve ser do mesmo material aplicado no piso, que pode ainda subir até a altura de circulação dos carrinhos a fim de proteger a parede contra os choques dos mesmos contra as paredes. As portas também devem ser pintadas ou revestidas de material resistente a lavagens constantes e, preferencialmente, dispor de visores¹.

Os interruptores e acessórios de iluminação preferencialmente devem ser de material não corrosivo, com superfície externa lisa e de fácil limpeza.

4.8.4. MANUTENÇÃO PREDIAL

A manutenção predial compreende os cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente de equipamentos e instalações, tanto com medidas preventivas como corretivas¹⁷.

O uso de sinalização, cores, cuidados na operação de equipamentos e instalações e quadros de aviso com instruções, rotinas de uso e manutenção são essenciais à segurança dos trabalhadores¹⁹.

Quando as instalações não forem aparentes, pode-se utilizar o recurso da instalação de shafts, a fim de facilitar a sua manutenção ou alterações. Quando a opção for por instalações aparentes, devem ser previstas canaletas para suporte dos dutos¹.

REFERÊNCIAS

- 1 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 mar. 2002.
- 2 - _____. _____. Resolução RDC n.189, de 18 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jul. 2003.
- 3 - CARVALHO, A. P. (org). **Quem tem medo da arquitetura hospitalar?** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2006. 200 p.
- 4 - AMERICAN NATIONAL STANDARDS INSTITUTE. Processing of reusable surgical textiles for use in health care facilities. 2000. Disponível em: <<http://webstore.ansi.org/RecordDetail.aspx?sku=ANSI%2FAAMI+ST65%3A2000>>. Acesso em: 06 mar. 2007.
- 5 - GREENE, V. W. Microbiological contamination control in hospital: roles of central service and laundry. **Hospitals JAHA**. [S.l.], v. 44, p. 98-103, 1970.
- 6 - BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Resolução n. 357 de 17 de março de 2005. Dispõe sobre a classificação dos corpos de água e diretrizes ambientais para o seu enquadramento, bem como estabelece as condições e padrões de lançamento de efluentes, e dá outras providências.
- 7 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 5410/2004 - instalações elétricas de baixa tensão.
- 8 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR: 13534/1995 – Instalações Elétricas em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde.
- 9 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR: 5419:2005.
- 10 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR: ABNT NBR 5413:1992
- 11 - BRASIL. Ministério de Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 15. Aprovada pela Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 1978.
- 12 - TOLEDO, L. C. **Feitos para curar**. São Paulo: Associação Brasileira para Desenvolvimento do edifício Hospitalar, 2006.
- 13 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR: ABNT NBR 7256:2005
- 14 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RE/Anvisa n. 9, de 16 de janeiro de 2003. Determina a publicação de Orientação Técnica elaborada por Grupo Técnico Assessor, sobre Padrões Referenciais de Qualidade do Ar Interior, em ambientes climatizados artificialmente de uso público e coletivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 jan. 2003.

- 15 - _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.523, de 28 de agosto de 1998. Aprova o regulamento Técnico contendo medidas básicas aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a Qualidade do Ar de Interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 ago. 1998.
- 16 - _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 13. Caldeiras e Vasos de Pressão. Aprovada Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 1978.
- 17 - _____. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Manual de Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- 18 - CARVALHO, A. P. A. *et al.* (org). **Temas de Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura, 2002. 235p.
- 19 - AMERICAN INSTITUTE OF ARCHITECTS. **Guidelines for design and construction of health care facilities**. EUA: [s.n.], 2006.
- 20 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR: 14712:2001

EQUIPAMENTOS

5.1 INTRODUÇÃO

Os equipamentos instalados na unidade de processamento são as máquinas e aparelhos que participam das várias etapas do processamento de roupas, sem os quais se torna impossível seu efetivo funcionamento¹. O planejamento para a instalação dos equipamentos de uma unidade de processamento de roupas deve ser criterioso, avaliando-se sempre as instalações já existentes e as futuras necessidades. Para a aquisição desses equipamentos, é necessário verificar as especificações de fabricação, instalação, níveis de ruído e segurança presentes em normas, além das recomendações do fabricante.

Visando evitar acidentes, como choque elétrico, os equipamentos e os sistemas usados na unidade de processamento de roupas devem possuir aterramento elétrico e isolamento de suas partes energizadas². Também é mandatório que sejam dotados de dispositivos eletromecânicos que interrompam seu funcionamento quando de sua operação inadequada³.

O ruído e a trepidação provocados por alguns equipamentos podem ser minimizados com o uso de amortecedores de vibração e pela manutenção correta, conforme preconizado pelos fabricantes. Além disso, devem ser firmemente assentados no piso, que deve ser liso e sem declive.

As áreas de circulação e os espaços em torno dos equipamentos devem ser dimensionados, de forma a permitir a movimentação com segurança de trabalhadores e de carros de transporte de roupa. Entre as partes móveis dos equipamentos deve haver uma faixa livre variável de 70cm (setenta centímetros) a 1,30m (um metro e trinta centímetros), a critério da autoridade competente em segurança e medicina do trabalho.

5.2 PRINCIPAIS EQUIPAMENTOS DA UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Os principais equipamentos usados na unidade de processamento de roupas são:

5.2.1 LAVADORA

A lavadora possui a função básica de higienizar a roupa suja. O ciclo da lavadora consiste em uma série de processos mecânicos e químicos realizados sobre a

carga de roupa que é lavada, dentro de condições de tempo e temperatura predeterminados ou programados.

Além das lavadoras convencionais de roupas, existem, sob o ponto de vista estrutural e de funções, outros tipos de lavadoras disponíveis. Dentre esses destacamos:

- Lavadora de Barreira: processa a roupa em cargas individuais ou lotes. Caracteriza-se por ser encaixada na barreira física e por possuir duas portas: uma de entrada, para inserir a roupa suja, localizada na área suja, e outra de saída, para a retirada da roupa lavada, localizada na área limpa. Pode possuir acessórios para uso com ozônio, ou com produtos químicos, e vapor.
- Lavadora Extratora: lavadora de barreira com a função adicional de centrifugação incorporada, que é ativada automaticamente após o término do processo de lavagem. Observa-se que a utilização de máquinas lavadoras extratoras, devidamente instaladas, propicia ambientes com menos umidade, maior espaço e um menor custo de mão-de-obra, pela eliminação dos trabalhos de carga, operação e descarga da centrífuga.
- Túnel de Lavagem: o Túnel de Lavagem Contínua por Bateladas (TLCB) é um conjunto de máquinas de lavar conectadas umas às outras, com um grau de automação elevado e com possibilidade de recuperação de água, produtos químicos e temperatura.

5.2.2 EXTRATORA/CENTRÍFUGA

A função da extratora é retirar o excesso de água da roupa proveniente da lavadora. Na centrifugação pode-se extrair até 60% da água existente na roupa molhada por intermédio da aplicação de força centrífuga. Essa força é gerada pela rotação do tambor, ou cesto interno, da extratora. A parede desse cesto é perfurada, permitindo que a água presente na roupa passe pelos furos, impelida pela força centrífuga.

5.2.3 SECADORA

Tem a função de secar as roupas que não serão processadas pela calandra, como cobertores, roupas felpudas, fraldas, etc. A secadora utilizada em unidade de processamento geralmente possui um sistema controlado de circulação e exaustão, no qual um fluxo de ar aquecido e seco é induzido a atravessar as fibras do tecido, retirando a umidade residual que permaneceu na roupa após a fase de centrifugação. O aquecimento desse fluxo de ar pode se dar por meio de eletricidade, gás ou vapor.

5.2.4 CALANDRA

A calandra possui a função básica de, ao mesmo tempo, secar e passar a roupa lisa como lençóis, fronhas, campos cirúrgicos, entre outros. Isso ocorre em um

processo contínuo, no qual o tecido entra em contato com a superfície dos cilindros rotativos e calhas fixas. Nessa etapa, as fibras do tecido são aquecidas, desumidificadas, tracionadas e condicionadas.

O sistema de aquecimento de uma calandra pode ser alimentado por vapor, gás ou eletricidade. De acordo com a NR 32, a calandra deve possuir³:

- termômetro para cada câmara de aquecimento, indicando a temperatura das calhas ou dos cilindros aquecidos;
- termostato; e
- dispositivo de proteção que impeça a inserção de segmentos corporais dos trabalhadores junto aos cilindros ou partes móveis do equipamento.

5.2.5 COIFA

A coifa é um complemento da calandra, que visa a remover o vapor úmido, liberado no processo, para o ambiente externo à unidade. Pode ser confeccionada em diversos materiais (zinco, alumínio, fibra de vidro, aço inoxidável, latão, etc.). A sua instalação está descrita no capítulo 3, que trata da infraestrutura física.

As coifas são dispensadas quando a unidade possui calandras com aspiração interna do vapor.

5.2.6 PRENSA/FERRO E MESA DE PASSAR

A passadoria de roupa pode ser realizada com prensa, ou ferro, e mesa de passar. A primeira é uma alternativa para passadoria de aventais, uniformes, entre outros. Já o ferro de passar é utilizado esporadicamente para o acabamento de alguns tipos de roupa.

5.2.7 CARRO DE TRANSPORTE

Os carros de transporte são diferenciados pela finalidade de uso e devem ser leves, confeccionados de material não oxidável e não poroso, de fácil limpeza e desinfecção e resistentes aos produtos saneantes utilizados:

- carro para roupa suja: utilizado na coleta, transporte e armazenamento temporário de roupa suja. Esse carro deve possuir dreno para facilitar a higienização e a eliminação de líquidos.
- carro-cesto: geralmente utilizado para o transporte da roupa que circula entre os equipamentos, como lavadoras, centrífugas, calandras, secadoras ou prensas.
- carro-mesa: substitui a mesa fixa utilizada para as atividades de preparo e/ou dobragem de roupa dentro da unidade de processamento.

- carro barra sobre rodízios: utilizado para o preparo prévio da roupa que será processada pela calandra.
- carro para armazenamento e/ou distribuição de roupa limpa (carro-prateleira/carro-estante): utilizado para o transporte da roupa dobrada dentro da unidade de processamento de roupas até a rouparia. Serve também de estante no armazenamento e distribuição de roupas limpas.

5.2.8 BALANÇA

A balança é um instrumento utilizado para determinar o peso da roupa suja, ou limpa, e o peso dos insumos a serem utilizados. As balanças são diferenciadas pela sua capacidade, finalidade de uso (tipo de carga) e mecanismo de funcionamento (mecânico ou eletrônico/digital).

5.2.9 MÁQUINA DE COSTURA

Equipamento utilizado para confeccionar e reparar peças de roupas.

5.2.10 HAMPER

É um carro feito de estrutura metálica, no qual são encaixados sacos de tecido ou de plástico. É usado principalmente durante a troca de roupa dos leitos, no qual a roupa suja é colocada.

5.2.11 PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE EQUIPAMENTOS

A unidade de processamento de roupas de serviços de saúde deve promover o gerenciamento dos seus equipamentos, o qual abrange:

- a identificação da necessidade de aquisição de um determinado equipamento;
- a escolha do equipamento ideal;
- o seu recebimento;
- a capacitação do operador;
- a operação do equipamento;
- o acompanhamento de seu desempenho e de eventos adversos relacionados; e
- o plano de manutenção preventiva.

Define-se manutenção como o conjunto de ações que visa a assegurar as boas condições técnicas de um equipamento, preservando-lhe as características funcionais de segurança e qualidade⁴. Na manutenção distinguem-se duas formas de ações: a prevenção, denominada manutenção preventiva, e a correção, denominada manutenção corretiva.

A manutenção preventiva é um conjunto de ações necessárias para manter o equipamento em boas condições de operação e reduzir falhas. É prevista, preparada e programada antes do provável aparecimento de falhas⁵.

A manutenção corretiva é um conjunto de ações aplicadas para adequar o equipamento de forma a restabelecer as suas funções⁵.

A unidade de processamento de roupas é a responsável pela elaboração, implantação e implementação do Plano de Gerenciamento de Equipamentos.

TABELA 1 – ETAPAS DO PROCESSAMENTO X EQUIPAMENTOS

OPERAÇÕES DA UPRSS	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
COLETA	- Hampers - Carro de transporte
RECEPÇÃO e SEPARAÇÃO	- Carro de transporte - Mesa de separação
PESAGEM	- Balança
LAVAGEM	- Lavadora
CENTRIFUGAÇÃO	- Extratora - Carro de transporte
SELEÇÃO	- Carro de transporte - Mesa auxiliar
SECAGEM	- Secadora - Carro de transporte - Coifas (se necessário)
CALANDRAGEM	- Calandra - Carro de transporte
DOBRAGEM	- Dobradeira
PRENSAGEM E PASSAGEM A FERRO	- Prensa
	- Ferro elétrico
	- Mesa para passar
	- Mesa de apoio - Carro de transporte
EMBALAGEM e PREPARAÇÃO DE KITS	- Seladora
	- Carro de transporte
	- Mesa de apoio
CONFECÇÃO E REPARO	- Máquina de costura - Carro para transporte
	DISTRIBUIÇÃO

REFERÊNCIAS

- 1 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Lavanderia Hospitalar**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da saúde, 1986. 47 p.
- 2 - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 5410/04 - Instalações Elétricas de Baixa Tensão.
- 3 - Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria MTE n. 485, de 11 de Novembro de 2005. Dispõe sobre a Norma Regulamentadora 32 - Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 nov. 2005.
- 4 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços Odontológicos: prevenção e controle de riscos**. Brasília: ed. Anvisa, 2006. 156 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 5 - CARDOSO, G. B.; CALIL, S. J. Estudo do processo de análise de referência aplicado à engenharia clínica e metodológica de avaliação de indicadores de referência. Campinas: 1999. In: HOLSBACH, L. R; VARANI, M. L.; CALIL, S. J. (Org.). **Manutenção Preventiva de Equipamentos Médico-Hospitalares 1**. Brasília: ed. Anvisa, 2006.

PRODUTOS SANEANTES UTILIZADOS NO PROCESSAMENTO DE ROUPAS

6.1 INTRODUÇÃO

O objetivo primordial da unidade de processamento de roupas é fornecer ao serviço de saúde uma roupa limpa e pronta para o uso. Para alcançar esse objetivo é necessário o uso de diversos produtos saneantes, com diferentes funções, adequadamente combinados e em concentrações equilibradas que atuarão eliminando a sujeira fixada na roupa, preservando as fibras e cores e mantendo a maciez e elasticidade do tecido¹.

Entende-se por produtos saneantes domissanitários e afins mencionados no art. 1º da Lei n. 6360/76, as substâncias ou preparações destinadas à higienização, desinfecção, desinfestação, desodorização, de ambientes domiciliares, coletivos e/ou públicos, para utilização por qualquer pessoa, para fins domésticos, para aplicação ou manipulação por pessoas ou entidades especializadas, para fins profissionais².

Entre os saneantes, encontram-se aqueles utilizados no processamento de roupas, como os sabões, detergentes, alvejantes, amaciantes de tecidos, desinfetantes, dentre outros. Essas substâncias são regulamentadas pela Lei Federal n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, e pelas Resoluções RDC/Anvisa n. 184, de 22 de outubro de 2001, RDC/Anvisa n. 40, de 05 de junho de 2008, e RDC/Anvisa n. 14, de 28 de fevereiro de 2007, dentre outras^{2,5}.

A RDC/Anvisa n. 14/07 ainda classifica como produto de ação microbiana de uso específico⁵:

- o sanitizante/desinfetante para tecidos e roupas – produto destinado à eliminação ou redução de microorganismos em tecidos e roupas, podendo ser utilizado para pré-tratamento ou para o emprego durante o ciclo de lavagem; e
- o sanitizante/desinfetante para roupas hospitalares – produto destinado à eliminação ou redução de microorganismos em roupas utilizadas em hospitais e estabelecimentos relacionados à saúde, podendo ser utilizado para pré-tratamento ou para o emprego durante o ciclo de lavagem.

Essa resolução também determina que, para o registro desses produtos, a empresa deve comprovar a eficácia contra *Staphylococcus aureus* e *Salmonella choleraesuis*, para o primeiro, e *Staphylococcus aureus* e *Salmonella choleraesuis* e *Pseudomonas aeruginosa* para os produtos constantes do segundo item acima citado⁵. Essa análise deve ser realizada com o produto final nos tempos de contato, diluições e validade do produto por meio da avaliação dos dados de estabilidade⁵.

A Resolução RDC/Anvisa n. 184, de 22 de outubro de 2001, determina que os rótulos dos produtos saneantes domissanitários devem conter advertências e informações relacionadas ao uso, riscos, cuidados e orientações para o caso de acidentes com esses produtos (como por exemplo: ingestão ou contato com pele e olhos, entre outras)². Portanto, o modo de uso, dosagem, precauções, conservação, armazenamento e outras orientações referentes ao uso e à manipulação dos saneantes devem ser observadas conforme orientação do fabricante. Também é importante observar as orientações contidas no rótulo, em especial sobre a diluição do produto por litro d'água, e não apenas por kg de roupa suja.

Na manipulação dos produtos saneantes, principalmente em unidades de processamento de roupas que não possuem sistema automatizado de dosagem e distribuição dos mesmos, é fundamental o uso de equipamentos de proteção individual e que sejam seguidas as orientações quanto aos riscos químicos.

6.2 PRINCIPAIS PRODUTOS SANEANTES UTILIZADOS NO PROCESSAMENTO DE ROUPAS

6.2.1 SABÃO

De acordo com a RDC/Anvisa n. 40, de 05 de junho de 2008, o sabão é um produto para lavagem e limpeza doméstica, formulado à base de sais alcalinos de ácidos graxos associados ou não a outros tensoativos⁴. É o produto da reação natural por saponificação de um álcali (hidróxido de sódio ou potássio) e uma gordura vegetal ou animal. A alcalinidade do sabão tem a função de saponificar sujidades oleosas, mas sua ação é restrita, já que os sabões não atuam em todo tipo de sujeira. Isso se dá por eles não possuírem um efeito solvente que auxiliaria na solubilização de graxas e gorduras, além disso, apresentam o inconveniente de não atuar bem em águas duras^{6,7}.

6.2.2 DETERGENTES

De acordo com a RDC/Anvisa n. 40/08, o detergente é um produto destinado à limpeza de superfícies e tecidos por meio da diminuição da tensão superficial⁴. Os detergentes possuem um efetivo poder de limpeza principalmente pela presença do surfactante na sua composição. São constituídos essencialmente por três compostos-base: surfactantes ou tensoativos, um agente complexante e uma base que reage e neutraliza os ácidos presentes na solução⁸. Os mais utilizados atualmente em preparados em pó para lavar roupas são os alquilbenzenossulfonatos de sódio de cadeia linear^{7,9}.

O componente mais importante na formulação de detergente sintético é o surfactante, ou agente tensoativo^{7,10}. Trata-se de compostos orgânicos, sendo que, na sua estrutura, existem duas zonas distintas: uma hidrofílica, que interage

fortemente com as moléculas de água, e outra hidrofóbica, que interage fortemente com as moléculas de gorduras⁹. Essa propriedade permite ao detergente a função de remover tanto sujeiras hidrossolúveis quanto aquelas não solúveis em água. O surfactante modifica as propriedades da água, diminuindo a sua tensão superficial; promove a formação de agregados iônicos em solução; emulsiona, solubiliza e suspende a sujeira na solução de lavagem; e emulsiona óleos, mantendo-os dispersos e suspensos de modo a não se precipitarem⁹⁻¹⁰.

De acordo com The Soap and Detergent Association, os detergentes podem conter mais de um tipo de surfactante. Esses diferem de acordo com a sua habilidade de remover certos tipos de sujeira, com a sua efetividade em diferentes tipos de tecidos e com a sua ação na presença de água dura. A classificação dos detergentes é, em geral, feita consoante à natureza do grupo hidrofílico do surfactante. Assim, existem detergentes não iônicos, catiônicos, aniônicos e anfotéricos⁹.

Os detergentes modernos apresentam um espectro de ação e de utilização bastante amplo, havendo, conseqüentemente, necessidade de especialização das formulações. Além dos compostos-base, os detergentes são formulados com aditivos em diversas proporções, com o objetivo de melhorar o seu desempenho¹⁰. A seguir serão descritos alguns dos aditivos mais utilizados nos detergentes.

a) Aditivo alcalino

A principal função do aditivo alcalino em um detergente é emulsionar e saponificar a sujidade. A emulsificação é o processo de separar a sujidade em pequenas partículas que podem ser mantidas em suspensão na solução de detergente e água. A saponificação é a reação química entre um álcali e uma sujidade gordurosa, formando um sabão solúvel em água. A função secundária da alcalinidade é abrir e inchar as fibras de algodão, facilitando a remoção da sujidade¹¹.

b) Sequestrantes

Os condicionadores de água possuem várias funções. Alguns tipos sequestram os íons de cálcio e magnésio e ajudam a prevenir a sua precipitação. Esses íons, que se precipitam e depositam sobre o tecido e a superfície interior da máquina, provocam um acinzentamento generalizado na roupa. Outros são específicos para certos íons, que podem interferir na ação do detergente e, conseqüentemente, prejudicar o resultado final do processamento. Um exemplo desses tipos de íons são os metálicos, que também provocam o amarelamento ou acinzentamento do tecido. Existem condicionadores que suspendem a sujidade, de forma que ela não se redeposite, além de controlar a dureza da água. Ele acentua o poder de limpeza do surfactante por meio da inativação dos minerais presentes na água dura.

c) Branqueadores Óticos

Os branqueadores óticos absorvem radiações ultravioletas e emitem radiações na região visível do espectro, aumentando o brilho e a alvura

do tecido e mascarando o tom amarelado que pode se desenvolver em tecidos brancos¹⁰.

d) Agentes Anti-Redepositantes

São substâncias (ex. carboximetilcelulose e polietilenoglicol) que se aderem às fibras do tecido, especialmente de algodão, impedindo a redeposição da sujeira^{7,10}.

e) Enzimas

As enzimas usadas em detergentes para limpeza de roupas hidrolisam as sujidades protéicas, lipídicas ou glicídicas (sangue, fezes, urina e vômitos). Atuam na quebra das moléculas em partículas menores que podem ser emulsionadas ou solubilizadas por outros componentes dos detergentes¹⁰.

6.2.3 AGENTES ALVEJANTES

O agente alvejante é qualquer substância com ação química, oxidante ou redutora, que exerce ação branqueadora¹². O alvejante tem a função de descolorir e/ou remover a mancha causada pela sujeira e promover o branqueamento da fibra. Dois tipos de alvejantes são comumente usados no processo de lavagem da roupa: à base de cloro e à base de oxigênio.

Alvejantes à base de oxigênio e cloro estão disponíveis em forma líquida ou pó. Ambos reagem quimicamente com as substâncias que compõem as manchas por meio da oxidação.

Os alvejantes à base de oxigênio e cloro não podem ser usados juntos, uma vez que a ação de ambos é inativada quando combinados¹⁰.

Os alvejantes à base de oxigênio são menos corrosivos e menos prováveis de danificarem os tecidos e cores, podendo ser usados em todos os tipos de tecidos, ao contrário dos alvejantes à base de cloro. Embora menos efetivos na remoção de manchas que os clorados, os alvejantes à base de oxigênio são mais eficientes em várias manchas específicas, como cacau, chá e café. A temperatura da água influencia na ação dos alvejantes à base de oxigênio, uma vez que a temperatura elevada acelera a sua ação¹⁰.

Os principais alvejantes utilizados no processamento de roupas são:

a) Hipoclorito de sódio – é o agente oxidante mais utilizado no processo de alvejamento de roupas. Pode ser utilizado simultaneamente como alvejante e desinfetante de roupas hospitalares. O hipoclorito de sódio oxida gorduras e auxilia na sua remoção, promove o branqueamento do tecido e atua como desinfetante sobre os microorganismos, inibindo a reação das enzimas e desnaturando as proteínas¹⁰.

Os componentes clorados devem ser usados com cuidado porque podem deteriorar as fibras do tecido, transformando o algodão em oxixelulose e danificando consideravelmente as fibras animais¹³.

b) Peróxido de Hidrogênio – promove alvejamento mais suave que o Hipoclorito de sódio¹⁰.

c) Perborato de sódio – é um agente oxidante moderado que, na presença de água, forma peróxido de hidrogênio e um álcali¹⁰.

d) Ácido peracético – É uma formulação equilibrada de ácido peracético, peróxido de hidrogênio, ácido acético e água. O produto é solúvel em água, não necessitando de co-solventes orgânicos¹⁴. Pode ser utilizado simultaneamente como alvejante e desinfetante de roupas hospitalares.

6.2.4 ACIDULANTES/NEURALIZANTES

São substâncias utilizadas no enxágue final, cuja função é neutralizar a alcalinidade residual da água, alcançando um pH final compatível com o da pele humana. A sua ação dá-se por meio da redução dos resíduos deixados pelos agentes oxidantes. Para isso, controlam a presença de minerais na água, particularmente o ferro e minerais de dureza, que possam causar danos às roupas. O acidulante sequestra os íons de ferro por meio da complexação, impedindo, com isso, o depósito desses íons sobre a roupa⁶.

6.2.5 AMACIANTES

Os amaciantes desembaraçam, amaciam e lubrificam as fibras do tecido, tornando-o macio ao toque. Isso ocorre pela ação dos quaternários de amônio presentes em sua composição, que neutralizam a carga eletrostática das fibras¹⁰. Também acrescentam fragrância, reduzem o tempo de secagem e diminuem o enrugamento da roupa. Os amaciantes são usados após a neutralização, no enxágue final das roupas, a fim de evitar interações com os compostos do detergente¹⁰.

Quando usados em excesso, os amaciantes podem impermeabilizar as fibras, provocando acinzentamento do tecido.

REFERÊNCIAS

- 1 - GERVINI, Maria E. I. **Higienização das roupas:** de conceitos básicos à aplicação prática. Pelotas: Universitária/UFPellotas, 1995.
- 2 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 184, de 22 de outubro de 2001, Altera a Resolução 336, de 30 de julho de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2001.
- 3 - BRASIL. Lei Federal n. 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 set. 1976.
- 4 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 13, de 28 de fevereiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 mar. 2007.
- 5 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 14, de 28 de fevereiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 mar. 2007
- 6 - THE TEXTILE RENTAL SERVICES ASSOCIATION OF AMERICA. **Manual de Operações de Serviço de Tratamento de Saúde**. [S.l.; s.n.], 1995.
- 7 - OSORIO, V. K. L.; OLIVEIRA, W. Polifosfatos em detergentes em pó comerciais Instituto de Química. Universidade de São Paulo, SP. **Quim. Nova**. [S.l.], v. 24, n. 5, p. 700-708, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/qn/v24n5/a19v24n5.pdf>> Acesso em: 20 maio 2007.
- 8 - WAITE, T. D. Principles of Water Quality, Academic Press, Inc.; p. 86-91, 1984. In: CUNHA, C. P.; LOBATO, N.; DIAS, S. **Problemática dos Tensioactivos na Indústria de Produção de Detergentes em Portugal**. Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa. Centro de Biotecnologia do Departamento de Engenharia Química. Lisboa, 2000. 25 p. Disponível em: http://meteo.ist.utl.pt/~jjdd/LEAMB/LEAmb%20TFC%20site%20v1/1999-2000/CCunha_NLobato%20Sumario.PDF. Acesso em 16/11/06.
- 9 - CUNHA, C.P.; LOBATO, N.; DIAS, S. **Problemática dos Tensioactivos na Indústria de Produção de Detergentes em Portugal**. Instituto Superior Técnico da Universidade Técnica de Lisboa. Centro de Biotecnologia do Departamento de Engenharia Química. Lisboa, 2000. 25 p. Disponível em: <http://meteo.ist.utl.pt/~jjdd/LEAMB/LEAmb%20TFC%20site%20v1/1999-2000/CCunha_NLobato%20Sumario.PDF>. Acesso em: 16 nov. 2006.
- 10 - THE SOAP AND DETERGENT ASSOCIATION. Facts about laundry: types of laundry products. Disponível em: <[Http://Www.Sdahq.Org/Laundry/Fact/Fact_Sheet1.Cfm](http://www.sdahq.org/Laundry/Fact/Fact_Sheet1.Cfm)>. Acesso em: 08 nov. 2006.
- 11 - COMITÊ DA JUNTA DO GUIA DE REGULAMENTAÇÃO DE LAVANDERIA HOSPITALAR (responsável pela elaboração). **Guia de Regulamentação de Processamento de Roupas Hospitalares**. [S.l.; s.n.], 1994.
- 12 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Conceitos técnicos:** o que são saneantes? Disponível em: <<http://www.Anvisa.gov.br/saneantes/conceito.htm>>. Acesso em: 05 maio 2007.

- 13 - BARTOLOMEU, T. A. **Identificação e avaliação dos principais fatores que determinam a qualidade de uma lavanderia hospitalar:** um estudo de caso no setor de processamento de roupas do hospital universitário da UFSC. 1998. 145 p. Tese (Doutorado)– Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 1998.
- 14 - SOUZA, V.; NASCIMENTO, R.; FEROLLA, J. D.; MESQUITA, J. A. (org). **O uso do Ácido Peracético na Armazenagem de Tecidos Úmidos.** Apostila elaborada pela Equipe Técnica da Fiação Joinvillense e Equipe Técnica da Peróxidos do Brasil. Joinville: [s.n.], [19-?].
- 15 - RUTALA, W. A.; WEBER, D. J. Uses of inorganic hypochlorite (bleach) in health-care facilities. **Clin Microbiol** ver. [S.l.], v. 10, p. 597-610, 1997.

2

QUALIDADE DA ÁGUA

7.1 INTRODUÇÃO

A qualidade da água usada para o processo de lavagem da roupa interfere no resultado final, por isso, a sua análise é indispensável para o planejamento desse serviço.

A qualidade da água fornecida pelos serviços públicos ou de fontes alternativas deverá atender também aos parâmetros físico-químicos e bacteriológicos pré-estabelecidos pela Portaria/MS n. 518, de 25 de março de 2004¹.

Quando a água fornecida pelo serviço não for proveniente da rede de abastecimento estadual ou municipal, pode ser necessária a adequação desses parâmetros por meio de processos de pré-tratamento, tais como filtração, coagulação e floculação, desinfecção, dentre outros que possam adequar a água às condições mínimas necessárias. Também devem ser atendidos os padrões impostos pelos fabricantes dos equipamentos.

7.2 PARÂMETROS NECESSÁRIOS PARA UM ADEQUADO PROCESSAMENTO DA ROUPA

A não observância desses parâmetros poderá resultar em vários problemas associados à qualidade de lavagem e da roupa, tais como: acinzentamento, amarelamento, odores desagradáveis e perda de resistência prematura dos tecidos, além do comprometimento dos equipamentos utilizados nesse processo, pela possibilidade de ocorrência de incrustação ou corrosão nas tubulações².

7.2.1 DUREZA

A dureza é definida como a soma dos cátions polivalentes presentes na água e expressa em termos de uma quantidade equivalente de carbonato de cálcio. Os cátions mais comuns presentes são o cálcio (Ca) e o magnésio (Mg) e a dureza total é expressa em ppm (partes por milhão) ou mg/l (miligramas por litro) de CaCO_3 ³.

A utilização da água "dura" para lavagem da roupa apresenta vários inconvenientes:

- maior consumo de produtos de lavagem à base de sabão, devido à sua propriedade de precipitar sabões;
- desgaste prematuro da roupa por meio do atrito dos sais insolúveis de cálcio e magnésio depositados no tecido;
- desenvolvimento de incrustação de carbonato de cálcio nas instalações hidráulicas e equipamentos, situação agravada quanto maior for a temperatura da água utilizada⁴; e
- diminuição da capacidade de absorção de água pelo tecido devido à reação do carbonato de cálcio com o sabão, que forma o sabão de cálcio que, aderido às fibras do tecido, as torna ásperas e de cor acinzentada².

A dureza é limitada na água tratada para consumo, conforme Portaria/MS n. 518/2004, em 500mg/l de carbonato de cálcio. No entanto, para o processamento da roupa, o recomendado é que a dureza da água seja de, no máximo, 100 mg/l de carbonato de cálcio⁵.

A dureza da água pode ser corrigida nas estações de abrandamento, por meio de resinas específicas para troca de cátions cálcio e magnésio por outros cátions não agressivos ao processo ou pela elevação do pH, o que causa a precipitação de sais ou hidróxidos de cálcio e magnésio⁴.

7.2.2 FERRO

O ferro associado a bicarbonatos ou cloretos poderá precipitar criando depósitos nas instalações hidráulicas, além de provocar manchas amareladas em roupas. Assim como o manganês, cobre e cobalto, pode, também, causar danos catalíticos às fibras dos tecidos por meio da sua reação com os alvejantes oxidativos, desgastando-as⁶.

O teor de ferro na água é limitado pela Portaria/MS n. 518/2004 em 0,3 mg/l, limite também recomendado para uso na unidade de processamento de roupas⁵.

Para controle ou remoção de ferro e manganês da água pode-se utilizar os processos de aeração, sedimentação e filtração conjugados ao uso de oxidantes, como cloro, dióxido de cloro, ozônio, alcalinizante ou outros³.

7.2.3 MANGANÊS

O manganês ocasiona problemas semelhantes ao do ferro e seu teor na água para a unidade de processamento de roupas é limitado a 0,05 mg/l. A presença de manganês na água deixa a roupa amarelada, danifica as máquinas e, quando se usa ozônio, causa manchas rosadas às roupas⁵. A redução do teor do manganês da água pode ocorrer pela utilização dos mesmos processos utilizados na remoção do ferro e também por troca iônica.

7.2.4 pH

Águas superficiais usualmente têm valores de pH entre 4 e 9, podendo ser levemente alcalinas pela presença de carbonatos e bicarbonatos⁸. A Portaria/MS n. 518/2004 recomenda pH entre 6,5 e 9,0 no sistema de distribuição¹.

Em meios aquosos ácidos (pH menor que 6,5) pode ocorrer corrosão das instalações hidráulicas, enquanto valores altos de pH podem estar associados à dureza, o que pode causar precipitação de carbonato de cálcio ou magnésio, na forma de incrustações nas paredes de tubulações ou equipamentos⁹.

A correção do pH pode ser efetuada de várias formas, dentre elas a utilização do ácido clorídrico, soda cáustica, cal ou gás carbônico.

7.2.5 Cor

A coloração da água pode ocorrer devido à presença de vários tipos de substâncias, como as decorrentes da decomposição de plantas e animais¹⁰; íons metálicos, como ferro e manganês⁵; despejos industriais, dentre outras.

De acordo com a Portaria/MS n.º. 518/2004, o valor máximo permitido é de 15 Unidades de Cor (UC) na rede pública de distribuição de água tratada¹.

7.2.6 Turbidez

É a presença de partículas em suspensão. O valor máximo permitido pela Portaria n. 518/2004 é de 1 Unidade de Turbidez (UT) para a água que entra na rede de distribuição e 5 (UT) em alguns pontos da rede de distribuição de água tratada¹.

Por proteger fisicamente os microorganismos, a turbidez reduz a qualidade da desinfecção. Os processos mais utilizados para a redução ou remoção da turbidez e da cor da água são³:

- **filtração** - a filtração consiste na remoção de partículas coloidais em suspensão e de microorganismos, escoando através de um meio poroso – usualmente uma camada de areia; e
- **coagulação + floculação + filtração** - Processo indicado para a eliminação da maior parte das partículas em suspensão na água. Nesse caso, o tratamento da água se dá pela adição de produtos químicos (coagulação), agitação para a aglutinação das partículas (floculação), separação por diferença de peso (decantação ou flotação) e filtração, geralmente executada em filtros de areia, para a remoção das partículas não retidas nas etapas anteriores.

7.2.7 QUALIDADE BACTERIOLÓGICA

Um dos indicadores mais utilizados para a avaliação das condições sanitárias da água é a presença de bactérias do grupo coliforme, por estarem presentes

no trato intestinal humano e de outros animais homeotérmicos e serem eliminadas pelas fezes, indicando alta probabilidade da presença de outros organismos patogênicos.

Entre os métodos de eliminação de bactérias da água a ser utilizada pela unidade de processamento de roupas, encontra-se a ação direta de cloro e aplicação de ozônio.

Nos sistemas de distribuição de água dos serviços de saúde pode ser encontrada a bactéria *Legionella sp*, frequentemente associada à infecção em ambientes climatizados. A *Legionella sp* é comumente encontrada em torres de resfriamento, evaporadores condensativos, sistema de abastecimento de água quente, encanamentos e equipamentos de terapia respiratória¹¹.

Assim sendo, é imprescindível obedecer a Portaria/MS n. 518/2004, que dita as normas e o padrão de potabilidade da água destinada ao consumo humano ou outras que a complementem ou venham a substituí-la.

7.2.8 OUTROS PARÂMETROS

As concentrações máximas recomendadas para a água utilizada na unidade de processamento de roupas são:

Característica	Parâmetro
Aspecto	Límpida e sem matérias em suspensão
Alcalinidade Livre	Nula
Alcalinidade Total	150 a 200 mg/L (faixa ideal)
Cloretos	Máximo: 250 mg/L
Sulfatos	Máximo: 250 mg/L
Cobre	Máximo: 1 mg/L

Para demais parâmetros não definidos aqui, recomenda-se seguir os valores apresentados na Portaria/MS n. 518/2004.

REFERÊNCIAS

- 1 - BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 ago. 2004.
- 2 - THE WATER QUALITY ASSOCIATION. **News and Events:** water utility pulls soft water misinformation offline after WQA complaint. Disponível em: < <<http://www.wqa.org/sitelogic.cfm?ID=1703>>. Acesso em: 18 set. 2006.
- 3 - DI BERNARDO, L. **Métodos e técnicas de tratamento de Água**. Rio de Janeiro: ABES, v. 2, 1993. 114 p.
- 4 - DEPARTMENT OF WATER AFFAIRS AND FORESTRY. **South African Water Quality Guidelines:** industrial water use. [S.l.], v. 3. 2 ed., 1996. Disponível em: <http://www.ana.gov.br/Destaque/d179-docs/Diretrizes/Water_quality_guidelines.pdf>. Acesso em: 11 out. 2006.
- 5 - TECHNICAL ADVISORY COMMITTEE ON SAFE DRINKING WATER. **Environmental public health field manual for private, public and communal drinking water systems in Alberta**. [S.l.], 2 ed. 2004. Disponível em: <http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/Environmental_drinking_water_manual.pdf> . Acesso em: 20 ago. 2006.
- 6 - EUROPEAN COMMISSION. **Reference Document on Best Available Techniques for the Textiles Industry**. Disponível em: <http://www.evonet.be/~centex03/www/bigimages/bref_textiel_0703.pdf> . Acesso em: 03 out. 2006.
- 7 - TURCO, R. F.; JANSSEN, C. L. **Indiana Department of Environmental Management. Interpreting Water Test Reports: Inorganic Materials (part one)**. Disponível em: <<http://www.ces.purdue.edu/extmedia/WQ/WQ-5.html>> . Acesso em: 10 out. 2006.
- 8 - DEBERDT, A. J. Educação Ambiental através da Visão Integrada de Bacia Hidrográfica: qualidade de água. Disponível em: <<http://educar.sc.usp.br/biologia/prociencias/qagua.htm>>. Acesso em: 10 out. 2006.
- 9 - INFANTI, L. **Qualidade de água hospitalar. Memórias II Congresso Latinoamericano de Ingeniería Biomédica**, Havana: 2001. Disponível em: < <http://www.hab2001.sld.cu/arrepdf/00236.pdf>> . Acesso em: 07/10/06.
- 10 - KORDEL, W. *et al.* The importance of natural organic material for environmental processes in waters and soils. **Pure & A@. Chem**. [s.l.], v. 69, n. 7, p. 1571-1600, 1997.
- 11 - AFONSO, M. S. M. *et al.* A qualidade do ar em ambientes hospitalares climatizados e sua influência na ocorrência de infecções. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [S.l.], v. 06, n. 2, 2004.

2

MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO

8.1 INTRODUÇÃO

Apesar da roupa suja possuir um grande número de microorganismos patogênicos, o risco de transmissão de doenças é praticamente inexistente se ela for corretamente manipulada, processada e não possui papel relevante na cadeia epidemiológica das infecções hospitalares¹⁻². Alguns estudos na literatura apontaram a roupa hospitalar como provável fonte de infecção, mas em todos os casos relatados as principais medidas de controle foram negligenciadas³⁻⁴.

Sabe-se que a combinação de fatores mecânicos, térmicos e químicos resulta na ação antimicrobiana do processo de lavagem. A diluição e a agitação da roupa removem substancial quantidade de microorganismos. A ação dos detergentes promove a suspensão e a remoção de sujidades e também possui propriedade antimicrobiana. A temperatura elevada da água e/ou o uso de alvejantes também contribui para a destruição microbiana. Além disso, a mudança do pH de 12 para 5, na etapa de neutralização, e as etapas de secagem e calandragem também promovem uma ação antimicrobiana adicional¹.

A adesão às precauções-padrão e adequado descarte de perfurocortantes são essenciais para garantir a prevenção e a não-disseminação de patógenos entre os trabalhadores², além da recontaminação da roupa. O processamento sistematizado e controlado das roupas diminui os riscos associados e garante a qualidade do processo.

Os trabalhadores da unidade de processamento de roupas devem receber constantemente, orientações referentes ao modo de transmissão de doenças e controle de infecções.

8.2 MEDIDAS DE PRECAUÇÃO PADRÃO

É indicada na assistência a todos os pacientes e no manuseio de artigos, equipamentos ou roupas oriundas de pacientes, independentemente da patologia. Tem como objetivo evitar a exposição de profissionais a materiais contaminados com fluidos corporais, visando a prevenção de transmissão de patógenos como HIV e HBV, entre outros.

As infecções adquiridas pelos trabalhadores, na unidade de processamento de roupas, estão relacionadas principalmente à não-adesão das medidas de precaução padrão.

Entre as medidas de precaução padrão que devem ser adotadas na unidade de processamento de roupas destacam-se:

8.2.1 HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

As mãos constituem a principal via de transmissão de microorganismos, sendo a prática de higienização das mãos a medida mais simples para a prevenção e o controle de infecções. A higienização das mãos apresenta as seguintes finalidades⁵:

- remoção da sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e da microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato; e
- prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

A higienização das mãos pelos profissionais da unidade de processamento de roupas pode ser feita utilizando-se água e sabonete ou preparação alcoólica, sob as formas de gel ou de solução.

As mãos devem ser higienizadas com água e sabonete nas seguintes situações: quando as mãos estiverem visivelmente sujas; no início e no término do turno de trabalho; antes e após a retirada de luvas; após o contato com roupas ou superfícies contaminadas; antes e após a alimentação; e após o uso de sanitários.

É fundamental que os trabalhadores da unidade de processamento de roupas sejam orientados quanto à higienização das mãos.

O uso de preparação alcoólica pode substituir a higienização das mãos, sempre que não estiverem visivelmente sujas⁵⁻⁷, podendo ser utilizado, por exemplo, na área limpa da unidade de processamento, antes de manipular a roupa limpa. Segundo Rotter (2001), a fricção com álcool reduz em 1/3 o tempo despendido pelos profissionais de saúde para a higienização das mãos, aumentando a adesão a essa ação básica de controle de infecção.

Tanto na área "suja" quanto na área "limpa" da unidade de processamento, é obrigatória a instalação de lavatórios/pias⁸. É imprescindível a provisão de suprimentos como sabonete líquido e papel-toalha junto aos lavatórios/pias, visando à promoção da prática de higienização das mãos. Não é necessária a provisão de anti-séptico degermante em nenhuma das dependências da unidade de processamento de roupas⁹.

Recomenda-se a leitura da publicação da Anvisa/MS intitulada "Higienização das Mãos em Serviços de Saúde"⁵ para conhecimento das técnicas de higienização das mãos, disponível no seguinte endereço eletrônico: <http://www.Anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/index.htm>.

A eficácia da higienização das mãos depende da frequência, da duração e da técnica empregada.

8.2.2 BARREIRAS DE PROTEÇÃO

De acordo com Hinrichsen *et al.*¹⁰, os equipamentos de proteção individual deverão ser usados sempre que existir risco de contato ou aspersão de fluidos corpóreos no profissional durante os procedimentos. Os equipamentos de proteção individual utilizados na unidade de processamento de roupas de serviços de saúde são^{9,10-11}:

- Luvas: o uso de luvas na unidade de processamento de roupas constitui uma barreira de proteção para as mãos do trabalhador ao tocar artigos, roupas ou superfícies contendo sangue e outros fluidos corporais. No caso da coleta ou do recolhimento dos sacos hampers e do transporte de roupa suja, recomenda-se o uso de luvas em ambas as mãos e remoção de uma das luvas ao tocar no botão do elevador, maçanetas ou outras superfícies.

As luvas recomendadas para uso na unidade de processamento de roupas são as de borracha reutilizáveis e de cano longo. Não é recomendado o uso de luvas de látex (cirúrgicas e de procedimento) devido à sua fragilidade.

- Máscara cirúrgica e proteção ocular: o uso de máscara e proteção ocular é indicado sempre que houver possibilidades de contaminação de mucosas (nariz, boca ou olhos) com sangue ou fluidos corporais. Na área suja, avaliar a necessidade de uso de máscara de carvão ativado, a depender do nível de contaminação e forma de manipulação dos produtos químicos.
- Touca ou gorro: há poucas evidências de que o uso do gorro ou da touca atua na prevenção de infecções, porém, protege os cabelos dos profissionais nas situações de risco envolvendo sangue ou fluidos corporais.

A utilização de equipamentos de proteção individual diminui os riscos de acidentes e de doença ocupacionais.

- Avental: utilizado para proteção individual nas situações em que houver risco de contaminação com sangue, fluidos corporais ou outros líquidos. Na área suja da unidade de processamento deve-se utilizar avental de mangas longas, principalmente na seleção e classificação da roupa suja.

O avental e o capote, se não forem descartáveis, e a roupa privativa devem ser lavados diariamente.

- Botas: O uso de botas é obrigatório na área suja. São de uso individual, devendo ser lavadas no final de cada plantão.

O trabalhador da unidade de processamento de roupas deve comunicar à sua chefia qualquer alteração que torne impróprio o uso dos equipamentos de proteção individual e de outras barreiras de proteção.

QUADRO 1 – BARREIRAS DE PROTEÇÃO UTILIZADAS NAS ETAPAS DE PROCESSAMENTO DA ROUPA

	Coleta da roupa	Transporte de roupa suja	Área suja	Área limpa
Roupa privativa	X	X	X	X
Botas			X	X ²
Calçado fechado e antiderrapante	X	X		X
Luvas de borracha de cano longo	X ¹	X ¹	X	
Máscaras			X	
Toucas/gorro	X	X	X	X
Proteção ocular			X ³	
Avental impermeável (sem mangas)	X	X	X ⁴	X ²
Avental de mangas longas			X	

X¹ → Não tocar superfícies como maçanetas das portas e botão de elevadores com as mãos enluvadas.

X² → Utilizar na área limpa quando não houver lavadora extratora.

X³ → Durante a separação e classificação da roupa suja.

X⁴ → Utilizar quando o avental de mangas longas não for impermeável.

Deve-se proceder a higienização das mãos após a retirada dos equipamentos de proteção individual².

8.3 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DAS ÁREAS E EQUIPAMENTOS DA UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

É importante e necessário estabelecer rotinas de higiene de todas as áreas e equipamentos da unidade de processamento de roupa¹². As rotinas técnicas escritas devem estar fundamentadas em evidências científicas e conter detalhes de todos os procedimentos de limpeza e desinfecção a serem executados nas superfícies, equipamentos, área interna do veículo de transporte (no caso de unidade de processamento externa ao serviço de saúde). Ainda, deve conter os produtos saneantes utilizados, os EPIs indicados para cada procedimento, estar disponível a todos os funcionários e de acordo com as determinações da CCIH e ou Gerência de Risco.

Sempre que houver extravasamento de matéria orgânica no ambiente, deve-se imediatamente retirar o excesso com papel ou material absorvente e em seguida realizar a limpeza e a desinfecção da superfície.

Os ambientes devem estar visualmente limpos e agradáveis. A frequência de limpeza dos ambientes (área limpa e suja) deve ser estabelecida de acordo com a necessidade de cada unidade de processamento. No piso da área suja, por ter continuamente contato com material orgânico (fluidos corporais), é recomendável realizar diariamente a limpeza, de preferência com máquina (no caso de grandes unidades de processamento), para melhor remoção da sujidade. Outros ambientes da unidade devem ter a frequência de limpeza concorrente e terminal definida, considerando as variáveis como tamanho da área física, qualidade do acabamento e região geográfica.

Os produtos saneantes utilizados na limpeza e desinfecção das áreas e equipamentos da unidade de processamento de roupas de serviços de saúde devem ser definidos e padronizados pela comissão de controle de infecção e ou Gerência de Risco. Nos casos de empresa terceirizadora recomenda-se discutir com alguma CCIH dos serviços por ela atendidos.

8.3.1 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO CARRO DE TRANSPORTE INTERNO

Os carros de roupa devem ser submetidos à limpeza com água e sabão e desinfecção. Para o processo de desinfecção podem ser utilizados álcool a 70% ou hipoclorito de sódio a 1% (seguir padronização da CCIH) dependendo do tipo de material utilizado em sua estrutura¹⁰. Deve-se observar a limpeza e a desinfecção do carro de transporte de roupas sujas no final do dia, ou se a unidade de processamento possuir apenas um veículo para o transporte interno de roupa limpa e suja, ele deve passar pelo processo de limpeza e desinfecção após cada coleta de roupa suja.

8.3.2 LIMPEZA E DESINFECÇÃO DO VEÍCULO DE TRANSPORTE

O veículo utilizado para o transporte de roupa suja para a unidade de processamento externa ao serviço de saúde deve também passar por processo de limpeza com água, sabão ou detergente e desinfecção diariamente. Se a unidade de processamento possuir apenas um veículo para o transporte de roupa limpa e suja, ele deve passar pelo processo de limpeza e desinfecção após a coleta de roupa suja¹.

Sempre que houver extravasamento de matéria orgânica nas superfícies do veículo de transporte, recomenda-se imediatamente retirar o excesso com papel ou material absorvente e em seguida realizar a limpeza e desinfecção da superfície.

8.3.3 HIGIENIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO

Os EPIs que não são descartáveis, como botas, luvas e aventais, devem passar pelo processo de limpeza e desinfecção, diariamente, e serem armazenados secos. Para a limpeza utiliza-se água, sabão ou detergente, e para a desinfecção pode ser utilizado hipoclorito de sódio 1% ou outros conforme orientação do fabricante. Após esse procedimento é importante enxaguar abundantemente, para retirar todo o resíduo dos produtos saneantes⁹.

REFERÊNCIAS

- 1 - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guidelines for environmental infection control in health-care facilities:** recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Atlanta: [s.n.], 2003. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/gl_environinfection.html>. Acesso em: 06 maio 2006.
- 2 - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Guideline for Isolation Precautions:** preventing transmission of Infections agents in healthcare settings 2007. [S.l.; s.n.], 2007. Disponível em: <www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>.
- 3 - NDAWLUA, E. M; BROWN, L. Mattresses as reservios of epidemic mathicillin-resistant Staphylococcus aureus. **Lancet**. [S.l.], v. 337, p. 488, 1991.
- ROTTER, M. L. Arguments for Alcoholic Hand Disinfection. **J Hosp Infect**. [S.l.], v. 48, n. 48, p. 4-8, 2001. (Supplement A)
- 4 - BARRIE, D. *et al*: Bacillus cereus meningitis in two neurosurgical patients: an investigation into the source of the organism. **J Infect**. [S.l.], v. 25, p. 291-297, 1992.
- 5 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Higienização das mãos em Serviços de Saúde**. Brasília, 2007.
- 6 - CENTER FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION. **Guideline for Hand Hygiene in health-care Settings:** recommendations of the healthcare Infection Control practices advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APCI/IDSA Hand Hygiene Task Force. MMWR, Atlanta: [s.n.], 2002.
- 7 - WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. (Advanced Draft)**. Global Patient Safety Challenge 2005–2006: "Clean Care is Safer Care". [S.l.; s.n.], 2005.
- 8 - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 mar. 2002.
- 9 - ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ESTUDOS E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR. **Como Instituir um Programa de Controle de Infecção Hospitalar:** São Paulo: [s.n.], 2007.
- 10 - HINRICHSEN, S. L. *et al*. Uso das Precauções-padrão (Básicas) em Situações Específicas – Vias de Transm issão de Microorganismos. In: HINRICHSEN, S. L. **Biossegurança e Controle de Infecções**. Rio de Janeiro: ed Medsi, 2004. p.64.
- 11 - FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O. V.; SOARES, M. R. Lavanderia Hospitalar. In: FERNANDES, A. T *et al*. **Infecção Hospitalar e Suas Interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p.1256-1265.
- 12 - FIJAN, S.; SOSTAR-TURK, S; CENCIC, A. Implementing hygiene monitoring systems in hospital laundries in order to reduce microbial contamination of hospital textiles. **J Hosp Infect**. [S.l.], v. 61, n. 1, p. 30-38, 2005.

1

SEGURANÇA E SAÚDE OCUPACIONAL

9.1 INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é determinada por aspectos ligados aos fatores ambientais, processos produtivos e organização do trabalho. Esses aspectos somam-se àqueles que determinam a saúde da população em geral: biologia humana, meio ambiente, impacto dos serviços de saúde e estilo de vida. Isso não é diferente para os trabalhadores da unidade de processamento de roupas, considerado insalubre por especialista, e em que, pela natureza do trabalho desenvolvido, são inúmeros os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais proporcionados nesse ambiente¹.

A Lei n. 8.213 de 24 de junho de 1991 do Ministério da Previdência e Assistência Social² conceitua acidente do trabalho como aquele que acontece no exercício do trabalho a serviço da empresa e que causa lesão corporal ou perturbação funcional. Essa lesão ou perturbação pode causar a morte, perda ou diminuição da capacidade de trabalho. Tal perda ou diminuição pode ser permanente ou temporária². Esse é um conceito amplo que engloba todos os danos que o trabalho pode trazer à saúde do trabalhador, desde o acidente típico até as doenças a ele relacionados. Prochet¹ ainda considera como acidente do trabalho toda e qualquer ocorrência que interfira no andamento do trabalho.

A qualidade do trabalho executado em uma unidade de processamento de roupas está relacionada à qualidade da atenção à saúde dos seus trabalhadores, garantida por meio de um programa cuidadoso de prevenção desses agravos. Esse programa deve objetivar a redução ou a eliminação dos riscos à saúde e também prever e disponibilizar medidas para o atendimento e a recuperação quando o agravo se instalar.

Prochet¹ afirma que durante a execução do processamento de roupas é frequente que os trabalhadores desse serviço enfrentem problemas no que diz respeito às condições ambientais e organizacionais. De acordo com Lisboa³, durante a execução do processamento de roupas, os problemas relacionados às condições ambientais de trabalho incluem iluminação, ruído indesejável e prolongado e sistema de ventilação ineficaz, os quais podem comprometer a saúde e a segurança dos trabalhadores no exercício de suas atividades.

Para Prochet¹ “as condições ambientais e organizacionais oferecem risco que comprometem a saúde e segurança do trabalhador e, conseqüentemente, a ocorrência de acidentes de trabalho, daí a necessidade urgente de conhecer os riscos e as condições de trabalho, para que seja possível criar medidas de

ordem técnica, métodos de trabalho seguro e o ensino de segurança para todo o pessoal envolvido no processo”.

A segurança do ambiente da unidade de processamento de roupas está ligada à sua área física; à manutenção dos equipamentos, máquinas e sistemas; ao controle dos riscos físicos (temperatura ambiental, ruído, vibração, níveis de iluminação, umidade e ventilação); ao controle da exposição aos produtos químicos utilizados; à ergonomia; e aos agentes biológicos provenientes da roupa suja, de instrumentos e de resíduos de serviços de saúde que porventura venham misturados a ela.

Godoy⁴ observou que, entre os vários setores pertencentes ao hospital, a unidade de processamento de roupas apresentou um dos maiores índices de licença de trabalhadores que receberam afastamento por motivo de doença (40,8%). Nesse estudo, as doenças mais frequentes foram: afecções dos aparelhos respiratório e digestivo, do sistema osteomuscular e transtornos mentais.

A seguir, será feita uma explanação de algumas legislações relacionadas à saúde do trabalhador e, em sequência, serão abordados os agentes de riscos presentes na unidade de processamento de roupas e as principais medidas de proteção

9.2 LEGISLAÇÃO APLICADA À SAÚDE DO TRABALHADOR

Várias são as legislações relacionadas à saúde do trabalhador. Entre elas, destacam-se as Normas Regulamentadoras emanadas da Portaria n. 3.214 de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho e Emprego⁵. Entre essas normas, aquelas que geralmente são aplicadas à unidade de processamento de roupas são:

a) A **NR-5**, que dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador⁶.

De acordo com essa NR, a unidade de processamento de roupas que possuir acima de vinte trabalhadores deve constituir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

b) A **NR-9**, que dispõe sobre o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), e tem como objetivo conhecer e identificar os riscos presentes no ambiente de trabalho, bem como recomendar e aplicar medidas de controle, minimização ou eliminação desses riscos⁷.

A elaboração e a execução do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais visam a preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, por meio da antecipação, reconhecimento, avaliação e consequente controle dos agentes de risco ambiental existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, levando em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais (BRASIL, 1978 – NR9).

c) A NR-7, que dispõe sobre o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO). Esse programa é planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR8.

Além dos exames médicos ocupacionais, o PCMSO tem a função de, por meio da análise dos indicadores de saúde dos trabalhadores, planejar, descrever e acompanhar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores, inclusive os adoecimentos não diretamente relacionados ao trabalho. O PCMSO inclui, dentre outros, a realização obrigatória dos seguintes exames médicos: admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e o demissional.

d) A **NR-17**, que visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente⁹.

Para avaliar a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho, conforme NR 179.

e) A **NR-32** dispõe sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde e tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral¹⁰. A NR 32 foi estabelecida por meio da Portaria MTE n. 485, de 11 de novembro de 2005. O item 32.7 dessa NR estabelece algumas determinações específicas para a unidade de processamento de roupas de serviços de saúde.

9.3 AGENTES DE RISCO PRESENTES NA UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS E AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO

O risco ocupacional é aquele que está presente no ambiente de trabalho, podendo ser a causa de agravos à saúde do trabalhador, como acidentes do trabalho ou doença relacionada ao trabalho¹¹.

Os fatores de risco para a saúde e a segurança dos trabalhadores podem ser classificados em físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes¹¹. Vários desses riscos estão presentes na unidade de processamento de roupas e podem trazer danos aos seus trabalhadores^{1,3,12}.

De acordo com Lisboa³, "é fundamental a integração operacional e treinamento no serviço de processamento de roupas, principalmente por ser esse um local onde as condições ambientais, como monotonia (diminui a capacidade de percepção), desconforto (horas em pé), excesso de ruído, tráfego constante de pessoas, iluminação precária, umidade, calor excessivo, etc., deixam muito a desejar".

9.3.1 Riscos físicos

A probabilidade de exposição a agentes físicos é chamada de risco físico. Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibração, radiação ionizante e não-ionizante, temperaturas extremas (frio e calor), pressão atmosférica anormal, dentre outros¹¹.

Segundo Volpi¹³, fatores ambientais presentes na unidade de processamento de roupa, como ruídos, iluminação inadequada, temperaturas muito elevadas ou baixas, podem favorecer o aumento na incidência de transtornos mentais e comportamentais. Isso ocorre devido ao distanciamento entre o trabalho ideal e o trabalho real⁴.

Entre os riscos físicos encontrados nos serviços de processamento de roupas destacam-se:

- O ruído e a vibração, que são decorrentes do funcionamento dos equipamentos (como lavadoras, secadoras e calandras), do sistema de ventilação, dentre outros. Os ruídos podem acarretar, além da perda auditiva, o desvio da atenção e falhas na comunicação, o que favorece a ocorrência de acidentes⁴. O ruído contínuo em lavadoras ou centrífugas pode ser proveniente do seu mau desempenho ou de engrenagens, polias ou correias desajustadas³.
- O calor¹⁴, que é proveniente dos equipamentos (como secadoras calandras e prensas), da tubulação e descarga de vapor, de roupa quente e pesada, dos botões metálicos de roupas, dentre outros.
- A umidade, que ocorre devido a pisos molhados e pode causar escorregões e quedas nesse ambiente, como também favorecer reações alérgicas⁴. Segundo Lisboa³, pisos escorregadios e úmidos tornam possíveis quedas e torções.

Entre os sinais e sintomas manifestados pela exposição ao risco físico, podem ser encontrados: cansaço, irritação, cefaléia, perda auditiva, neoplasias e problemas visuais pela presença de radiações, doenças do aparelho respiratório, quedas e doença de pele por causa da umidade, taquicardia, choque térmico, perda de sais e câimbras⁴, alterações cardiovasculares como hipertensão arterial e distúrbios do sistema músculo-esquelético¹¹.

9.3.1.1 PRINCIPAIS MEDIDAS DE PROTEÇÃO CONTRA RISCOS FÍSICOS

Entre as medidas que devem ser adotadas a fim de controlar, minimizar ou eliminar os riscos físicos presentes na unidade de processamento, destacam-se:

- realizar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos³;
- implementar o Programa de Conservação Auditiva – PCA, se necessário⁸;
- fazer uso de luvas térmicas na manipulação de roupas quentes, se necessário;
- proteger as partes aquecidas das máquinas e instalar/manter isolamento térmico da tubulação de vapor;
- fechar as laterais das calandras com material isolante térmico para evitar a dissipação do calor para as demais áreas da unidade de processamento de roupas;
- fazer monitoramento contínuo da exposição ao calor e manter condições ambientais de conforto;
- fazer uso de botas de PVC ou borracha antiderrapante;
- instalar canaletas providas de grelhas no piso para escoamento de água, onde necessário; e
- fazer a substituição dos itens de metal das roupas por outro tipo de material.

9.3.2 Risco químico

É a probabilidade de exposição a agentes químicos. Considera-se agente químico a substância; compostos ou produtos químicos sob a forma líquida, gasosa ou de partículas; e poeiras minerais e vegetais comuns nos processos de trabalho¹¹.

As cargas químicas contêm compostos que causam prejuízos à saúde do trabalhador, como alvejantes, desinfetantes, inseticidas, limpadores especiais, solventes, detergentes, sabões, desincrostantes, medicamentos, gases, vapores, poeiras e lâmpadas⁴.

O contato direto com as substâncias químicas pode causar irritação forte na membrana mucosa do nariz, na boca, nos olhos, incluindo também queixas de mal-estar³. "Há registro de dermatite, edema ou espasmo de laringe, bronquite obstrutiva e, ocasionalmente, edema de pulmão"¹⁵.

As vias de entrada do agente químico no organismo são: digestiva, respiratória, ocular, parenteral e cutânea.

Na unidade de processamento de roupas, o risco químico é proveniente do uso dos produtos empregados na lavagem da roupa, como detergentes, desinfetantes, acidulantes, alvejantes, amaciantes e produtos utilizados na manutenção das máquinas, dentre outros. Existe também o risco decorrente das roupas recebidas das unidades de saúde que podem vir embebidas em substâncias (medicamentos e/ou drogas de risco) utilizadas nos procedimentos terapêuticos dos pacientes¹⁶.

Os agentes químicos podem ocasionar no trabalhador doenças como: dermatoses de contato por irritação ou sensibilização, lesões hepáticas, carcinogênese, lesões cutâneas, síndrome neurocomportamental, irritação de vias áreas superiores, dentre outras.

9.3.2.1 Principais medidas de proteção para riscos químicos

As medidas de proteção ao trabalhador exposto a risco químico estão dispostas principalmente na NR-5, NR-7 e NR 32 e visam coibir o contato ou a entrada do agente químico no organismo por meio de intervenções no processo de trabalho, no ambiente e individualmente, pela capacitação dos trabalhadores para um trabalho seguro e pelo uso de EPI^{6,8,10}.

O serviço que utiliza sistema automatizado de dosagem e distribuição dos produtos saneantes expõe, em menor grau, o trabalhador ao risco químico representado por estes.

9.3.3 RISCO BIOLÓGICO

O risco biológico é a probabilidade da exposição ocupacional a microorganismos, geneticamente modificados ou não; às culturas de células; aos parasitas; às toxinas e aos príons¹⁰. As exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados são um sério risco aos profissionais em seus locais de trabalho¹⁷.

Os agentes biológicos podem ocasionar no trabalhador doenças como: hepatites, onicomicose, dermatofitoses, infecções por protozoários, etc.

Os ferimentos com agulhas e material perfurocortante, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de

transmitir vários tipos de patógenos, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B e o da hepatite C os agentes infecciosos mais comumente envolvidos^{18,19},

Os trabalhadores da unidade de processamento de roupas também estão mais expostos aos agentes de risco biológico provenientes das roupas advindas dos serviços de saúde. No entanto, a ocorrência de infecção nos trabalhadores da unidade de processamento de roupa é rara e geralmente tem sido associada à incorreta manipulação da roupa suja e ao não uso do equipamento de proteção individual e lavagem das mãos²⁰.

A contaminação biológica do trabalhador da unidade de processamento de roupas, apesar de rara, pode ocorrer pela manipulação e contato com roupa suja com sangue, secreções, excreções ou outros fluídos corpóreos²⁰ e pelos resíduos de serviços de saúde que chegam à unidade de processamento misturados à roupa, como os materiais perfurocortantes e outros.

No manual Exposição a Materiais Biológicos, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, encontram-se orientações e condutas a serem adotadas após acidente ocupacional com material biológico¹⁷.

9.3.3.1 Principais medidas de proteção contra agentes biológicos

O serviço de processamento de roupas pode ser uma fonte de contaminação, principalmente para os trabalhadores desse local, por isso é necessário adotar medidas de controle rigorosas direcionadas para a biossegurança⁴. As principais estão descritas no capítulo 8 – Medidas de Prevenção e Controle de Infecção e no capítulo 3 – Processamento da Roupa, deste manual.

A NR-32 também dispõe sobre os cuidados específicos que devem constar do PPRA e PCMSO em relação às medidas de proteção contra os agentes biológicos. Ela também refere que em caso de exposição acidental as medidas de proteção devem ser adotadas imediatamente¹⁰. Essa norma também orienta os trabalhadores a comunicar imediatamente, todo acidente ou incidente com possível exposição a agentes biológicos ao responsável pelo local de trabalho e, quando houver, ao serviço de segurança e saúde do trabalho e à CIPA.

Todo local onde exista a possibilidade de exposição a agente biológico, como é o caso do serviço de processamento de roupas, deve possuir lavatório exclusivo para higiene das mãos provido de água corrente, sabonete líquido, toalha descartável e lixeira provida de sistema de abertura sem contato manual¹⁰.

9.3.3.2 Vacinação do trabalhador

A vacinação é uma ação primordial para a prevenção das doenças imunopreveníveis. A vacinação dos trabalhadores da área da saúde está normatizada por meio da

NR-3210 e também se aplica aos trabalhadores da unidade de processamento. As principais vacinas indicadas para trabalhadores da área de saúde são: vacina contra hepatite B, vacina contra difteria e tétano, vacina contra febre amarela, vacina contra sarampo, caxumba e rubéola, vacina contra tuberculose, vacina contra influenza e pneumococos, vacina contra varicela e vacina contra hepatite A.

9.3.4 RISCO ERGONÔMICO E PSICOSSOCIAL

Considera-se risco ergonômico e psicossocial a probabilidade de exposição a agentes ergonômicos, os quais se referem a qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. As condições de trabalho que acarretam riscos ergonômicos incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho⁹.

Os riscos ergonômicos e psicossociais decorrem da organização e gestão do trabalho, como, por exemplo: da utilização de equipamentos, máquinas e mobiliário inadequados, levando a posturas e posições incorretas; locais adaptados com más condições de iluminação, ventilação e de conforto para os trabalhadores; trabalho em turnos e noturno; monotonia ou ritmo de trabalho excessivo; exigências de produtividade; relações de trabalho autoritárias; falhas no treinamento e supervisão dos trabalhadores; dentre outros¹¹.

Guimarães *et. al.*²¹ verificaram em um estudo de avaliação de posturas em uma unidade de processamento de roupas que os piores postos de trabalho, em relação à ergonomia, foram a extratora e a secadora, e que isso confirmou a opinião dos funcionários entrevistados no estudo quanto aos postos que demandam maior esforço físico.

O Risco Ergonômico e Psicossocial pode ocasionar no trabalhador doenças como: varizes de membros inferiores, hemorróidas, doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho – DORT (lombalgias, tendinites, etc.), distúrbios de sono, irritabilidade, alterações no funcionamento gastrointestinal e doenças mentais relacionadas ao trabalho⁹.

9.3.4.1 Principais medidas de proteção para risco ergonômico e psicossocial

Os agentes ergonômicos e psicossociais estão contemplados na norma regulamentadora NR 17, que estabelece parâmetros que permitem a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente⁴. A NR 17 traz várias orientações que também podem ser aplicadas ao serviço de processamento de roupas⁹.

A diminuição dos riscos de doenças ocupacionais está relacionada à adequação de equipamentos e mobiliários, assim como a questões organizacionais, como pausas regulares e rodízio de tarefa na jornada de trabalho⁴.

Para Guimarães *et al.*²¹, “é imprescindível a utilização de pausas durante a jornada de trabalho, preferencialmente livres e de curta duração a um ritmo e em uma escala que pode ser resolvida pelo próprio grupo de trabalho”. Refere ainda que “há necessidade de colocação de assentos para descanso durante estas pausas, tendo em vista a dificuldade de alternar posturas em pé com a postura sentada, já que a maioria das roupas é grande, demandando a postura em pé para o manuseio”.

Essa orientação está presente na NR 17, que determina que, para atividades em que os trabalhos são realizados em pé, devem estar disponíveis assentos para descanso em locais que possam ser utilizados pelos trabalhadores durante as pausas⁹.

Também é necessário instituir rodízios sistemáticos de tarefa, principalmente em trabalho fragmentado e repetitivo. O rodízio nesse setor, juntamente com uma intervenção nos postos e ambiente físico e organizacional, seria uma solução para os problemas decorrentes da grande exigência de grupos musculares específicos²¹.

Seguem abaixo outras orientações visando eliminar ou reduzir os riscos ergonômicos e psicossociais presentes na unidade de processamento de roupas:

- as áreas de circulação e os espaços em torno de máquinas e equipamentos devem ser dimensionados de forma que os trabalhadores e os carros de transporte de roupa possam movimentar-se com segurança, conforme estabelecido no capítulo 4 – Infraestrutura Física e capítulo 5 – Equipamentos, deste manual
- antes da utilização de qualquer equipamento, o operador deve ser capacitado quanto ao modo de operação e seus riscos¹⁰;
- os postos de trabalho devem ser organizados de forma a evitar deslocamentos e esforços adicionais¹⁰;
- nos postos de trabalho deve haver dispositivo seguro e com estabilidade, que permita aos trabalhadores acessar locais altos sem esforço adicional¹⁰;
- nos procedimentos de movimentação e transporte de roupas deve ser privilegiado o uso de dispositivos que minimizem o esforço realizado pelos trabalhadores¹⁰;
- o trabalhador do serviço de reprocessamento de roupa deve ser capacitado a adotar mecânica corporal correta de forma a preservar a sua saúde e integridade física¹⁰;
- o ambiente onde são realizados procedimentos que provoquem odores fétidos deve ser provido de sistema de exaustão ou outro dispositivo que os minimizem¹⁰; e

- o posto de trabalho deve ser planejado ou adaptado para a posição sentada, sempre que o trabalho puder ser executado nessa posição⁹.

9.3.5 RISCO DE ACIDENTE

Os riscos de acidentes (anteriormente conhecidos como mecânicos) estão relacionados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes do trabalho¹¹.

Entre as situações de risco que podem contribuir para a ocorrência de acidentes em uma unidade de processamento de roupas destacam-se:

- a) equipamentos – os riscos provocados pelas partes móveis dos equipamentos nos pontos de operação ou de transmissão de força sem a devida proteção podem acarretar acidentes graves;
- b) uso de matéria-prima sem especificação, com defeito ou má qualidade, podendo provocar acidentes graves, doenças profissionais e queda de qualidade de produção;
- c) arranjo inadequado do ambiente, como por exemplo: equipamentos muito próximos, passagens obstruídas, dentre outros, que podem causar acidentes e desgaste físico excessivo;
- d) ferramentas inadequadas, defeituosas ou desgastadas, que podem provocar acidentes, com repercussão principalmente nos membros superiores;
- e) EPI inadequado;
- f) fio desencapado e motor sem isolamento ou aterramento;
- g) objetos ou materiais orgânicos encaminhados junto à roupa pela unidade geradora, principalmente a presença de material perfurocortante, como agulha, bisturi, escalpe, ampola, seringa, dentre outros;
- h) roupas embebidas em medicamentos e drogas de risco encaminhadas pelas unidades geradoras;
- i) armazenamento inadequado de material;
- j) iluminação inadequada;
- k) sistema de alarme de incêndio com defeito ou inexistente;
- l) manuseio de substância e material inflamável ou explosivo; e
- m) situação irregular de elevadores.

Levando em consideração esses riscos, é necessário que a unidade de processamento de roupas possua um planejamento para o tratamento médico de emergência, no qual deve constar a identificação dos responsáveis pela aplicação das medidas pertinentes, a relação dos estabelecimentos de saúde que podem prestar assistência e as formas de remoção dos trabalhadores.

9.3.5.1 Principais medidas de proteção para riscos de acidentes

A implantação de procedimentos necessários para a prevenção e o controle dos agravos à saúde do trabalhador exposto aos riscos de acidentes são fundamentais na unidade de processamento de roupas. As situações que apresentam risco de acidentes enquadram-se no que é classificado como “risco grave e iminente”, e o PPRA deve propor medidas para a sua imediata correção. As medidas de proteção para riscos de acidentes não são específicas apenas para esse tipo de risco, mas estão intrinsecamente relacionadas às medidas de proteção para os outros riscos presentes nessa unidade e também à adequação da sua infraestrutura física, à instalação e manutenção de equipamentos e ao processo de trabalho.

9.4 EDUCAÇÃO E CAPACITAÇÃO DO TRABALHADOR

A desinformação, o acidente e a doença do trabalhador caminham de mãos dadas. A diminuição ou eliminação dos riscos e agravos à saúde do trabalhador estão relacionadas à sua capacidade de entender a importância dos cuidados e medidas de proteção que devem ser adotadas durante a execução do seu trabalho, uma vez que levar este saber ao trabalhador, por meio de ações pontuais ou contínuas, deve fazer parte das medidas de proteção. As ações contínuas são as que mantêm um fluxo de informações, e as pontuais envolvem campanhas ocasionais.

De acordo com a NR 32, para cada situação de risco deve ser elaborado um programa de educação inicial e continuado do trabalhador que contemple no mínimo¹⁰:

- dados disponíveis sobre riscos potenciais para a saúde;
- medidas de prevenção e controle que minimizem a exposição aos agentes;
- normas e procedimentos de segurança e higiene;
- utilização de equipamentos de proteção coletiva, individual e vestimentas de trabalho;
- medidas para a prevenção de acidentes, incidentes e doenças relacionadas ao trabalho; e
- medidas a serem adotadas pelos trabalhadores no caso de ocorrência de incidentes e acidentes.

A unidade de processamento de roupas poderá promover treinamentos específicos sobre normas de biossegurança; uso correto de EPI em relação à higiene, conservação e rotina de troca; precauções-padrão; prevenção de acidentes com perfurocortantes; dentre outros riscos⁴. Outras orientações sobre a capacitação de trabalhador de estabelecimentos de saúde podem ser encontradas na NR 3210.

Outros temas de saúde também devem ser objetos de programas educativos baseados nos indicadores de saúde dos trabalhadores ou sempre que indicados pelo Ministério do Trabalho e Emprego e/ou Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

- 1 - PROCHET, T. C. Lavanderia Hospitalar: condições e riscos para o trabalhador. **Rev. Nursing**. [S.l.], v. 3, n. 28, p. 32-34, set. 2000.
- 2 - BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de junho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 jul. 1991.
- 3 - LISBOA, T. C. **Lavanderia Hospitalar: reflexões sobre fatores motivacionais**. 1998. 138p. Tese (Doutorado)– Universidade Mackenzie. São Paulo. 1998.
- 4 - GODOY, S. C. B. **Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário**. 2001.141 p. dissertação (mestrado)– Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2001.
- 5- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 1978.
- 6 - _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 05 – **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes**. Aprovada pela Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 1978.
- 7 - _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 09 – **Programa de Prevenção de Riscos Ambientais**. Aprovada pela Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 1978.
- 8 - _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 07 – **Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional**. Aprovada pela Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 1978.
- 9 - _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 17 – **Ergonomia**. Aprovada pela Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 1978.
- 10 - _____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora n. 32 – **Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde**. Aprovada pela Portaria n. 485, de 11 de Novembro de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 nov. 2005.
- 11 - _____. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS e Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde: doenças relacionadas ao trabalho**. Brasília, 2001.

- 12- GODOY, S. C. B. *et al.* Riscos para o trabalhador em lavanderias hospitalares. **Rev. Min. Enf.** [S.l.], v. 8, n. 3, p. 382-387, jul./set. 2004.
- 13 - VOLPI, S. Ergonomia como fator de qualidade de vida global. *Rev Cipa*. [S.l.], v. 278, p.48, 2003. In: GODOY, S. C. B. *et al.* Riscos para o trabalhador em lavanderias hospitalares. **Rev. Min. Enf.** [S.l.], v. 8, n. 3, p. 382-387, jul./set. 2004.
- 14 - TORRES, S.; LISBOA, T.C. **Limpeza e higiene, lavanderia hospitalar**. 2 ed. São Paulo: CLB Balieiro, 2001.
- 15 - PROTEÇÃO. **Check-up na saúde**. São Paulo. v. 50, p. 24-33, 1996.
- 16 - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Ações de Enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 380 p.
- 15 – **Atividades e Operações Insalubres** . Aprovada pela Portaria n. 3.214, de 8 de junho de 1978. Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 jul. 1978.
- 17 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2006. 76 p.:il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 18 - BELTRAMI, E. M. *et al.* Risk and management of blood-borne infections in health care workers In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2006. 76 p.:il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 19 - ASSOCIATION FOR PROFESSIONALS IN INFECTION CONTROL AND EPIDEMIOLOGY. APIC position paper: prevention of device mediated bloodborne infections to health care workers. In BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2006. 76 p.:il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 20 - OTERO, R. B. **Laundry and Textile (linen) Services Infection control**. Disponível em: <<http://www.cinetwork.com/otero>>. Acesso em: 10 jun. 2006.
- 21 – GUIMARÃES, L.B.M. *et al.* Avaliação de Posturas em Lavanderia Hospitalar. In XII Congresso Brasileiro de Ergonomia. VII Congresso Latino- Americano de Ergonomia, 2002. Recife.

RESÍDUOS PROVENIENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

10.1 INTRODUÇÃO

Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são todos os materiais descartados, resultantes de atividades exercidas nos serviços de saúde que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não o tratamento prévio à sua disposição final, conforme preconiza a Resolução RDC/Anvisa n. 306 de 07 de dezembro de 20041.

10.2 RESÍDUOS PROVENIENTES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A UNIDADE DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS

Devido a um erro no processo de separação ao final dos procedimentos, é comum encontrar entre as roupas destinadas à unidade de processamento, além de materiais permanentes e outros objetos, resíduos, em especial os biológicos e perfurocortantes, contribuindo para o aumento do risco à saúde ocupacional.

Nunca devem ser encaminhados resíduos junto à roupa suja. Sempre que ocorrer essa situação, o material deve ser segregado e acondicionado em recipiente próprio que evite vazamento e resista às ações de punctura e ruptura e encaminhado para a unidade de origem desses materiais para que seja feita a segregação e acondicionamento do resíduo de acordo com a classificação. O cumprimento desse protocolo é importante de ser aplicado para evitar o manuseio de resíduos pelos trabalhadores dessa unidade, assim como para garantir a coleta desse material pelo sistema de limpeza urbana, que não define as unidades de processamento de roupas como gerador de resíduos de serviços de saúde.

Os serviços de saúde são responsáveis pelos seus resíduos, desde a sua geração até a sua disposição final, devendo gerenciá-los de acordo com o Plano de Gerenciamento de Resíduo de Serviço de Saúde (PGRSS) elaborado e implantado no estabelecimento¹.

Os resíduos de serviços de saúde são classificados em função de suas características e consequentes riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à saúde. É importante o trabalhador da unidade de processamento conhecer

essa classificação, a fim de saber quais as condutas que deve tomar em relação à manipulação desses resíduos, caso sejam encaminhados junto com a roupa suja. De acordo com a RDC/Anvisa 306/04, os RSS são classificados em cinco grupos¹:

Grupo A - Resíduos Biológicos – apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido à possível presença de agentes biológicos capazes de transmitir infecção.

Grupo B - Resíduos Químicos – apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido a suas características de toxicidade (incluindo a mutagenicidade e genotoxicidade), corrosividade, inflamabilidade e reatividade.

Grupo C - Rejeito Radioativo – apresenta risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido à presença de radioatividade.

Grupo D - Resíduo Comum – resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

Grupo E - Resíduos perfurocortantes – todo material capaz de perfurar ou escarificar, tais como lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares.



REFERÊNCIA

1 - BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC/Anvisa n. 306, de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 dez. 2004.

GLOSSÁRIO

Acidente de trabalho – todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral ou no percurso de casa para o trabalho e vice-versa, podendo o trabalhador fazer parte tanto do mercado formal, como do informal de trabalho.

Agente biológico – bactérias, fungos, micoplasmas, prions, parasitas, linhagens tóxicas (RDC/Anvisa n. 306/04).

Biossegurança – condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar e reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e vegetal e o meio ambiente.

Comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) – órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de coordenação das ações de controle de infecção hospitalar (RDC/Anvisa n. 306/04).

Comunicação de acidente do trabalho – instrumento de notificação de acidente ou doença relacionada ao trabalho, de acordo com o INSS (Instituto Nacional de Seguro Social).

Depósito de material de limpeza – sala destinada à guarda de aparelhos, utensílios e material de limpeza, dotada de tanque de lavagem.

Desinfecção – processo físico ou químico que elimina a maioria dos microorganismos patogênicos de objetos inanimados e superfícies, com exceção de esporos bacterianos, podendo ser de baixo, médio ou alto nível.

Esterilização – Processo físico ou químico que elimina todas as formas de vida microbiana, incluindo os esporos bacterianos.

Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde – constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (RDC/Anvisa n. 306/04).

Licença sanitária – ato privativo do órgão de saúde competente dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, contendo permissão para que as empresas exerçam as atividades sob regime de vigilância sanitária.

Limpeza – Consiste na remoção de sujidades visíveis e detritos dos artigos, realizada com água, sabão ou detergente, de forma manual ou automatizada, por ação mecânica, com conseqüente redução da carga microbiana.

Lavatório – peça sanitária destinada exclusivamente à lavagem de mãos.

Norma regulamentadora – são normas, publicadas pelo Ministério do Trabalho e Emprego, por meio de Portaria, que regulamentam, fornecem parâmetros e instruções sobre Saúde e Segurança do Trabalho.

Quimioterápicos antineoplásicos – substâncias químicas que atuam em nível celular com o potencial de produzirem genotoxicidade, citotoxicidade e teratogenicidade (RDC/Anvisa n. 306/04).

Resíduos de serviços de saúde – são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços definidos no artigo 1º da RDC/Anvisa n. 306/04, que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final (RDC/Anvisa n. 306/04).

Sala de utilidades ou expurgo – ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizados na assistência ao paciente e guarda temporária de resíduos. Deve ser dotado de pia e/ou esguicho de lavagem e de pia de despejo com válvula de descarga e tubulação de esgoto de 75 mm no mínimo.

Saúde do trabalhador – conjunto de atividades que se destina à promoção e à proteção da saúde dos trabalhadores, por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária e, ainda, visa a recuperação e reabilitação da saúde daqueles submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Serviço de Saúde – Estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações de atenção à saúde da população, em regime de internação ou não, incluindo atenção realizada em consultórios e domicílios.

Unidade geradora – unidade ou setor do serviço de saúde que gera roupas sujas a serem encaminhadas à unidade de processamento de roupas em serviços de saúde.

As inovações tecnológicas produzidas pela inteligência humana, embora signifiquem avanços, podem também gerar riscos à saúde, quando não monitoradas de maneira adequada. Por isso, a qualidade do atendimento à população está intrinsecamente relacionada à monitoração desses riscos.

Cabe ao Estado ser o regulador dessa relação por meio da adoção de medidas de controle e prevenção e pela veiculação de informações à sociedade. Isto contribui para a efetiva participação dos usuários no processo de construção de um sistema de saúde de qualidade.

Por essa razão, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publica esta série dedicada aos Serviços de Saúde no intuito de levar aos profissionais da área instrumentos práticos para o gerenciamento dos riscos sanitários. Espera, assim, por meio destas publicações, contribuir para o desenvolvimento de ações seguras, além de disponibilizar informações atualizadas que podem ser repassadas ao público.



Instituto
patris

®

**ANEXO II – MANUAL DE
GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS
DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde

Tecnologia em Serviços de Saúde



Editora
Anvisa

As inovações tecnológicas produzidas pela inteligência humana, embora signifiquem avanços, podem também gerar riscos à saúde, quando não monitoradas de maneira adequada. Por isso, a qualidade do atendimento à população está intrinsecamente relacionada à monitoração desses riscos.

Cabe ao Estado ser o regulador dessa relação por meio da adoção de medidas de controle e prevenção e pela veiculação de informações à sociedade. Isto contribui para a efetiva participação dos usuários no processo de construção de um sistema de saúde de qualidade.

Por essa razão, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publica esta série dedicada aos Serviços de Saúde no intuito de levar aos profissionais da área instrumentos práticos para o gerenciamento dos riscos sanitários. Espera, assim, por meio destas publicações, contribuir para o desenvolvimento de ações seguras, além de disponibilizar informações atualizadas que podem ser repassadas ao público.

ISBN 85-870-1176-6



9 798587 011762

ℓ

Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde

Brasília, 2006

l

Copyright©2006. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.
1º edição - 1.000 exemplares.

Diretor-Presidente
Dirceu Raposo de Mello

Diretores
Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques
Franklin Rubinstein
Victor Hugo Travassos da Rosa
Maria Cecília Brito

Núcleo de Assessoramento à Comunicação Social e Institucional
Assessor-Chefe
Carlos Dias Lopes

Editora ANVISA
Coordenação
Pablo Barcellos

Capa
Paula Simões e Rogério Reis

Diagramação
André Masullo

FESPSP
Projeto Gráfico
Laura Rocha

Revisão
Regina Nogueira

Ilustração
Osnei

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde / Ministério da Saúde,
Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

182 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1176-6

1. Gerenciamento de resíduos. 2. Serviços de saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 790

Gerenciamento
dos Resíduos de Serviços
de Saúde

EQUIPE TÉCNICA

Esta obra foi elaborada pela Fundação Escola de Sociologia e Política - FESPSP com a orientação técnica da ANVISA e contou com a participação dos seguintes técnicos:

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA

Flávia Freitas de Paula Lopes - Gerente-Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde - GGTES

Regina Barcellos - Gerente de Infra-Estrutura em Serviços de Saúde - GGTES

Luiz Carlos da Fonseca e Silva - GGTES

Ministério do Meio Ambiente

Maria Gricia de Lourdes Grossi - Gerente de projeto

Técnicos Especializados

Marie Kalyva

Paulo César Vieira dos Santos

Tânia Maria Mascarenhas Pinto

Sílvia Martarello Astolpho

Fundação Escola de Sociologia e Política - FESPSP

Coordenação:

Elcires Pimenta Freire

Gilmar Candeias

Colaboradores:

Roseane Maria Garcia Lopes de Souza

Ângela Cássia Rodrigues

Sueli Sanches

Vanuzia Almeida Rodrigues

Gilberto Ricardo Schweder

Luciana Pereira dos Santos

Maria Cândida Barbosa do Nascimento



PREFÁCIO

A Gestão dos Resíduos Sólidos Urbanos (RSU) no País, sua concepção, o equacionamento da geração, do armazenamento, da coleta até a disposição final, têm sido um constante desafio colocado aos municípios e à sociedade. A existência de uma Política Nacional de Resíduos Sólidos é fundamental para disciplinar a gestão integrada, contribuindo para mudança dos padrões de produção e consumo no país, melhoria da qualidade ambiental e das condições de vida da população, assim como para a implementação mais eficaz da Política Nacional do Meio Ambiente e da Política Nacional de Recursos Hídricos, com destaque aos seus fortes componentes democráticos, descentralizadores e participativos. A preocupação com a questão ambiental torna o gerenciamento de resíduos um processo de extrema importância na preservação da qualidade da saúde e do meio ambiente.

A gestão integrada de resíduos deve priorizar a não geração, a minimização da geração e o reaproveitamento dos resíduos, a fim de evitar os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde pública. A prevenção da geração de resíduos deve ser considerada tanto no âmbito das indústrias como também no âmbito de projetos e processos produtivos, baseada na análise do ciclo de vida dos produtos e na produção limpa para buscar o desenvolvimento sustentável. Além disso, as políticas públicas de desenvolvimento nacional e regional devem incorporar uma visão mais pró-ativa com a adoção da avaliação ambiental estratégica e o desenvolvimento de novos indicadores ambientais que permitam monitorar a evolução da eco-eficiência da sociedade. É importante, ainda, identificar ferramentas ou tecnologias de base socioambiental relacionadas ao desenvolvimento sustentável e responsabilidade total, bem como às tendências de códigos voluntários setoriais e políticas públicas emergentes nos países desenvolvidos, relacionados à visão sistêmica de produção e gestão integrada de resíduos sólidos.

Com relação aos Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), é importante salientar que das 149.000 toneladas de resíduos residenciais e comerciais geradas diariamente, apenas uma fração inferior a 2% é composta por RSS e, destes, apenas 10 a 25% necessitam de cuidados especiais. Portanto, a implantação de processos de segregação dos diferentes tipos de resíduos em sua fonte e no momento de sua geração conduz certamente à minimização de resíduos, em especial àqueles que requerem um tratamento prévio à disposição final. Nos resíduos onde predominam os riscos biológicos, deve-se considerar o conceito de cadeia de transmissibilidade de doenças, que envolve características do agente agressor, tais como capacidade de sobrevivência, virulência,

concentração e resistência, da porta de entrada do agente às condições de defesas naturais do receptor.

Considerando esses conceitos, foram publicadas as Resoluções RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05 que dispõem, respectivamente, sobre o gerenciamento interno e externo dos RSS. Dentre os vários pontos importantes das resoluções destaca-se a importância dada à segregação na fonte, à orientação para os resíduos que necessitam de tratamento e à possibilidade de solução diferenciada para disposição final, desde que aprovada pelos Órgãos de Meio Ambiente, Limpeza Urbana e de Saúde. Embora essas resoluções sejam de responsabilidades dos Ministérios da Saúde e do Meio Ambiente, ambos hegemônicos em seus conceitos, refletem a integração e a transversalidade no desenvolvimento de trabalhos complexos e urgentes.

O envolvimento e a participação do Ministério do Meio Ambiente - MMA na elaboração deste Manual de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde atende o grande desafio proposto na difusão de material instrucional para orientar a implementação do Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), fundamental para que os geradores sejam sensibilizados sobre a importância do manejo correto dos RSS, considerando que as condições de segurança ambiental e ocupacional são requisitos imprescindíveis a serem observados por todos os responsáveis pelos estabelecimentos de saúde.

Victor Zular Zveibil

*Secretário de Qualidade Ambiental nos Assentamentos Humanos
Ministério do Meio Ambiente*

1

APRESENTAÇÃO

Embora a geração de resíduos oriundos das atividades humanas faça parte da própria história do homem, é a partir da segunda metade do século XX, com os novos padrões de consumo da sociedade industrial, que isso vem crescendo, em ritmo superior à capacidade de absorção pela natureza. Aliado a isso, o avanço tecnológico das últimas décadas, se, por um lado, possibilitou conquistas surpreendentes no campo das ciências, por outro, contribuiu para o aumento da diversidade de produtos com componentes e materiais de difícil degradação e maior toxicidade.

É o paradoxo do desenvolvimento científico e tecnológico gerando conflitos com os quais se depara o homem pós-moderno diante dos graves problemas sanitários e ambientais advindos de sua própria criatividade.

Entre esses, situam-se aqueles criados pelo descarte inadequado de resíduos que criaram, e ainda criam, enormes passivos ambientais, colocando em risco os recursos naturais e a qualidade de vida das presentes e futuras gerações. A disposição inadequada desses resíduos decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, cria condições ambientais potencialmente perigosas que modificam esses agentes e propiciam sua disseminação no ambiente, o que afeta, conseqüentemente, a saúde humana. São as “iatrogenias” do progresso humano.

Diante disso, políticas públicas têm sido discutidas e legislações elaboradas com vistas a garantir o desenvolvimento sustentável e a preservação da saúde pública. Essas políticas fundamentam-se em concepções abrangentes no sentido de estabelecer interfaces entre a saúde pública e as questões ambientais

Nessa perspectiva, a Agência Nacional da Vigilância Sanitária - Anvisa, cumprindo sua missão de “proteger e promover a saúde da população garantindo a segurança sanitária de produtos e serviços, e participando da construção de seu acesso”, dentro da competência legal que lhe é atribuída pela Lei nº 9782/99, chamou para si esta responsabilidade e passou a promover um grande debate público para orientar a publicação de uma norma específica.

Fruto disso, em 2003, foi promulgada a Resolução de Diretoria Colegiada, RDC Anvisa nº 33/03 com enfoque na metodologia de manejo interno de resíduos, na qual consideram-se os riscos envolvidos para os trabalhadores, para a saúde e para o meio ambiente. A adoção dessa metodologia de análise de risco resultou na classificação e na definição de regras de manejo que, entretanto, não se harmonizavam com as orientações da área ambiental estabelecidas na Resolução CONAMA nº 283/01.



Esta situação levou os dois órgãos a buscar a harmonização das regulamentações. O entendimento foi alcançado com a publicação da RDC nº 306 pela ANVISA, em dezembro de 2004, e da Resolução nº 358 pelo CONAMA, em maio de 2005. A sincronização demandou um esforço de aproximação que se constituiu em avanço na definição de regras equânimes para o tratamento dos resíduos sólidos no País, com o desafio de considerar as especificidades locais de cada Estado e Município.

Este manual é, portanto, a concretização do esforço conjunto entre a ANVISA e o Ministério do Meio Ambiente no sentido de colocar à disposição daqueles que lidam com serviços de saúde geradores de resíduos sólidos, um instrumento operacional que os oriente na implantação de um plano de gerenciamento. Uma ação dessa natureza e magnitude representa um avanço significativo nos propósitos do PGRSS.

Na simplicidade de sua abordagem, este Manual alcança seu objetivo ao tratar de forma fácil este tema que gera dúvidas e profundos questionamentos para os gestores dos serviços de saúde. É mais um passo. Outros virão.

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques

Diretor da Anvisa



SUMÁRIO

Introdução	13
1. Políticas de resíduos sólidos	15
2. Resíduos sólidos, resíduos de serviços de saúde e meio ambiente	19
3. Gestão integrada de resíduos de serviços de saúde	37
4. Passo-a-passo: como elaborar e implementar o PGRSS	65
5. Anexos	97
6. Glossário	127
7. Siglas utilizadas	135
8. Referências bibliográficas	137
9. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004	141



INTRODUÇÃO

A geração de resíduos pelas diversas atividades humanas constitui-se atualmente em um grande desafio a ser enfrentado pelas administrações municipais, sobretudo nos grandes centros urbanos.

A partir da segunda metade do século XX, com os novos padrões de consumo da sociedade industrial, a produção de resíduos vem crescendo continuamente em ritmo superior à capacidade de absorção da natureza. Nos últimos 10 anos, a população brasileira cresceu 16,8%, enquanto que a geração de resíduos cresceu 48% (Fonte: IBGE, 1989/2000). Isso pode ser visto no aumento da produção (velocidade de geração) e concepção dos produtos (alto grau de descartabilidade dos bens consumidos), como também nas características "não degradáveis" dos resíduos gerados. Além disso, aumenta a cada dia a diversidade de produtos com componentes e materiais de difícil degradação e maior toxicidade.

O descarte inadequado de resíduos tem produzido passivos ambientais capazes de colocar em risco e comprometer os recursos naturais e a qualidade de vida das atuais e futuras gerações.

Os resíduos dos serviços de saúde - RSS se inserem dentro desta problemática e vêm assumindo grande importância nos últimos anos.

Tais desafios têm gerado políticas públicas e legislações tendo como eixo de orientação a sustentabilidade do meio ambiente e a preservação da saúde. Grandes investimentos são realizados em sistemas e tecnologias de tratamento e minimização.

No Brasil, órgãos como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e o Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA têm assumido o papel de orientar, definir regras e regular a conduta dos diferentes agentes, no que se refere à geração e ao manejo dos resíduos de serviços de saúde, com o objetivo de preservar a saúde e o meio ambiente, garantindo a sua sustentabilidade. Desde o início da década de 90, vêm empregando esforços no sentido da correta gestão, do correto gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e da responsabilização do gerador. Um marco deste esforço foi a publicação da Resolução CONAMA nº 005/93, que definiu a obrigatoriedade dos serviços de saúde elaborarem o Plano de Gerenciamento de seus resíduos. Este esforço se reflete, na atualidade, com as publicações da RDC ANVISA nº 306/04 e CONAMA nº 358/05.

O presente manual vem ao encontro da necessidade emergencial e da obrigatoriedade dos estabelecimentos de saúde implementarem o gerenciamento adequado dos resíduos de serviço de saúde (RSS) visando à redução dos riscos sanitários e ambientais, à melhoria da qualidade de vida e da saúde das populações e ao desenvolvimento sustentável.

Está ancorado na RDC ANVISA nº 306/04 e na Resolução CONAMA nº 358/05 e tem o propósito de orientar a implementação do Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, apoiando as equipes técnicas das instituições da área da saúde neste processo.

O manual divide-se em dois blocos.

O **primeiro** aborda as discussões relativas ao campo institucional, legal, normativo e técnico. Incluem-se neste bloco: 1) a evolução do quadro legal das questões relativas à gestão dos resíduos sólidos e do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (RSS); 2) as definições, classificações, riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde, sistema de limpeza urbana dos resíduos sólidos e dos RSS; 3) considerações à respeito dos Planos de Gestão de Resíduos Sólidos e dos Planos de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde.

O **segundo** bloco aborda a aplicação dos conceitos e normativas na prática, ou seja, orienta a elaboração do plano de gerenciamento dos RSS nos diferentes estabelecimentos de saúde. Ele é constituído por um passo-a-passo que mostra as diferentes etapas de implantação de um PGRSS.

O manual também detalha, nos anexos, a classificação dos RSS por grupos, os processos de minimização e segregação, os procedimentos recomendados para o acondicionamento e tipos de tratamento. Para facilitar o entendimento, um glossário reúne as expressões, o vocabulário técnico e há ainda uma lista de siglas utilizadas. Documentos e livros sobre o assunto estão agrupados nas referências bibliográficas. Por último, reproduz-se a RDC ANVISA nº 306/04 que originou a necessidade desta publicação.

1

1. POLÍTICAS DE RESÍDUOS SÓLIDOS

EVOLUÇÃO DO QUADRO LEGAL

Resíduos Sólidos

No final da década de 70, por meio do Ministério do Interior, foi publicada a Portaria Minter nº 53, de 01/03/1979, que visou orientar o controle de resíduos sólidos no país, de natureza industrial, domiciliares, de serviço de saúde e demais resíduos gerados pelas diversas atividades humanas.

Dentre as políticas nacionais e legislações ambientais existentes que contemplam a questão de resíduos sólidos, destacam-se aquelas que dispõem sobre: a Política Nacional de Meio Ambiente (Lei nº 6.938 de 31/08/1981), a Política Nacional de Saúde (Lei Orgânica da Saúde no 3.080 de 19/09/90), a Política Nacional de Educação Ambiental (Lei nº 9.795 de 27/04/1994), a Política Nacional de Recursos Hídricos (Lei nº 9.433 de 08/01/1997), a Lei de Crimes Ambientais (Lei nº 9.605 de 12/02/1998), o Estatuto das Cidades (Lei nº 10.257 de 10/07/2001); a Política Nacional de Saneamento Básico (Projeto de Lei nº 5.296/05) e a Política Nacional de Resíduos Sólidos (projeto de lei), sendo que esses dois últimos encontram-se em apreciação junto ao Congresso Nacional.

A Política Nacional de Saneamento Básico, além de regulamentar o setor, estabelece as diretrizes a serem adotadas pelos serviços públicos de saneamento básico. A aprovação desta lei beneficiará o setor de resíduos sólidos com a possibilidade de viabilizar a adequada gestão, com a instituição da Lei de Consórcios e das Parcerias Público-Privadas, beneficiando os municípios que enfrentam problemas referentes à prestação dos serviços de limpeza urbana, proporcionando a diminuição dos custos principalmente da disposição final dos resíduos.

Com relação à Política Nacional de Resíduos Sólidos, as primeiras iniciativas legislativas para a definição de diretrizes à área de resíduos sólidos surgiram no final da década de 80. Desde então, foram elaborados mais de 70 Projetos de Lei, os quais encontram-se apensados ao PL 203/91 e pendentes de apreciação. O país ainda não conta com uma lei que disciplina de forma abrangente a gestão de resíduos sólidos no território nacional. No entanto, a questão de resíduos sólidos vem sendo exercida pela atuação dos órgãos regulatórios, por

meios de resoluções do Conselho Nacional de Meio Ambiente - CONAMA e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, no caso de resíduos do serviço de saúde (RSS).

No início de 2005, o Ministério do Meio Ambiente envidou esforços no sentido de regulamentar a questão de resíduos sólidos no país. Foi criado um grupo interno na Secretaria de Qualidade Ambiental para consolidar e sistematizar contribuições dos Anteprojetos de Lei e de diversos atores apresentadas desde então. Como resultado da consolidação deste grupo foi elaborado o Projeto de Lei intitulado de Política Nacional de Resíduos Sólidos, que atualmente encontra-se na Casa Civil para apreciação.

A aprovação deste projeto de lei beneficiará todo o território nacional, por meio da regulação dos resíduos sólidos desde a sua geração à disposição final, de forma continuada e sustentável, com reflexos positivos no âmbito social, ambiental e econômico, norteados os Estados e Municípios para a adequada gestão de resíduos sólidos. Proporcionará a diminuição da extração dos recursos naturais, a abertura de novos mercados, a geração de emprego e renda, a inclusão social de catadores, a erradicação do trabalho infante-juvenil nos lixões, a disposição ambientalmente adequada de resíduos sólidos, e a recuperação de áreas degradadas.

Enquanto o país não estabelece a sua Política Nacional de Resíduos Sólidos, alguns estados brasileiros (CE, GO, MT, PE, PR, RJ, RO, RS) se anteciparam e estabeleceram suas políticas estaduais de resíduos sólidos por meio de legislação específica. Em outros estados (AC, AP, ES, MS, PA, RR, SC, SE, SP, TO), os projetos de lei se encontram em fase de elaboração.

Resíduos do Serviço de Saúde (RSS)

Os resíduos dos serviços de saúde ganharam destaque legal no início da década de 90, quando foi aprovada a Resolução CONAMA nº 006 de 19/09/1991 que desobrigou a incineração ou qualquer outro tratamento de queima dos resíduos sólidos provenientes dos estabelecimentos de saúde e de terminais de transporte e deu competência aos órgãos estaduais de meio ambiente para estabelecerem normas e procedimentos ao licenciamento ambiental do sistema de coleta, transporte, acondicionamento e disposição final dos resíduos, nos estados e municípios que optaram pela não incineração. Posteriormente, a Resolução CONAMA nº 005 de 05/08/1993, fundamentada nas diretrizes da resolução citada anteriormente, estipula que os estabelecimentos prestadores de serviço de saúde e terminais de transporte devem elaborar o gerenciamento de seus resíduos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos. Esta resolução sofreu um processo de aprimoramento e

atualização, o qual originou a Resolução CONAMA nº 283/01, publicada em 12/07/2001.

A Resolução CONAMA nº 283/01 dispõe especificamente sobre o tratamento e destinação final dos resíduos de serviços de saúde, não englobando mais os resíduos de terminais de transporte. Modifica o termo Plano de Gerenciamento de Resíduos da Saúde para Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS. Impõe responsabilidade aos estabelecimentos de saúde em operação e àqueles a serem implantados, para implementarem o PGRSS. Define os procedimentos gerais para o manejo dos resíduos a serem adotados na ocasião da elaboração do plano, o que, desde então, não havia sido contemplado em nenhuma resolução ou norma federal.

A ANVISA, cumprindo sua missão de "regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam riscos à saúde pública" (Lei nº 9.782/99, capítulo II, art. 8º), também chamou para si esta responsabilidade e passou a promover um grande debate público para orientar a publicação de uma resolução específica.

Em 2003 foi promulgada a Resolução de Diretoria Colegiada, RDC ANVISA nº 33/03, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. A resolução passou a considerar os riscos aos trabalhadores, à saúde e ao meio ambiente. A adoção desta metodologia de análise de risco da manipulação dos resíduos gerou divergência com as orientações estabelecidas pela Resolução CONAMA no 283/01.

Esta situação levou os dois órgãos a buscarem a harmonização das regulamentações. O entendimento foi alcançado com a revogação da RDC ANVISA nº 33/03 e a publicação da RDC ANVISA nº 306 (em dezembro de 2004), e da Resolução CONAMA nº 358, em maio de 2005. A sincronização demandou um esforço de aproximação que se constituiu em avanço na definição de regras equânimes para o tratamento dos RSS no país, com o desafio de considerar as especificidades locais de cada Estado e Município.

O progresso alcançado com as resoluções em vigor relaciona-se, principalmente, aos seguintes aspectos: definição de procedimentos seguros, consideração das realidades e peculiaridades regionais, classificação e procedimentos recomendados de segregação e manejo dos RSS.

A RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/05 versam sobre o gerenciamento dos RSS em todas as suas etapas. Definem a conduta dos diferentes agentes da cadeia de responsabilidades pelos RSS. Refletem um processo de mudança de paradigma no trato dos RSS, fundamentada na análise dos riscos envolvidos, em que a prevenção passa a ser eixo principal e o

tratamento é visto como uma alternativa para dar destinação adequada aos resíduos com potencial de contaminação. Com isso, exigem que os resíduos recebam manejo específico, desde a sua geração até a disposição final, definindo competências e responsabilidades para tal.

A Resolução CONAMA nº 358/05 trata do gerenciamento sob o prisma da preservação dos recursos naturais e do meio ambiente. Promove a competência aos órgãos ambientais estaduais e municipais para estabelecerem critérios para o licenciamento ambiental dos sistemas de tratamento e destinação final dos RSS.

Por outro lado, a RDC ANVISA nº 306/04 concentra sua regulação no controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final. Estabelece procedimentos operacionais em função dos riscos envolvidos e concentra seu controle na inspeção dos serviços de saúde.

2. RESÍDUOS SÓLIDOS, RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE

RESÍDUOS SÓLIDOS

Definição

Resíduos sólidos e lixo são termos utilizados indistintamente por autores de publicações, mas na linguagem cotidiana o termo resíduo é muito pouco utilizado.

Na linguagem corrente, o termo lixo é usualmente utilizado para designar tudo aquilo que não tem mais utilidade, enquanto resíduo é mais utilizado para designar sobra (refugo) do beneficiamento de produtos industrializados.

De acordo com o dicionário da língua portuguesa, lixo é aquilo que se varre de casa, do jardim, da rua, e se joga fora. Coisas inúteis, velhas, sem valor. Resíduo é aquilo que resta de qualquer substância, resto (Ferreira, 1988).

As definições acima mostram a relatividade da característica inservível do lixo, pois para quem o descarta pode não ter mais serventia, mas, para outros, pode ser a matéria-prima de um novo produto ou processo. Por isso, a necessidade de se refletir o conceito clássico e desatualizado de lixo.

A Resolução CONAMA nº 005/1993 define resíduos sólidos como: *resíduos nos estados sólido e semi-sólido que resultam de atividades de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola e de serviços de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou corpos de água, ou exijam para isso soluções técnica e economicamente inviáveis em face à melhor tecnologia disponível.*

De acordo com a definição supracitada, cabe salientar que, quando se fala em *resíduo sólido*, nem sempre se refere ao seu estado sólido.

Classificação

De acordo com IPT/Cempre (2000), os resíduos sólidos podem ser

classificados de várias formas: 1) por sua natureza física: seco ou molhado; 2) por sua composição química: matéria orgânica e matéria inorgânica; 3) pelos riscos potenciais ao meio ambiente; e 4) quanto à origem.

No entanto, as normas e resoluções existentes classificam os resíduos sólidos em função dos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde, como também, em função da natureza e origem.

Com relação aos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública a NBR 10.004/2004 classifica os resíduos sólidos em duas classes: classe I e classe II.

Os resíduos classe I, denominados como perigosos, são aqueles que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou biológicas, podem apresentar riscos à saúde e ao meio ambiente. São caracterizados por possuírem uma ou mais das seguintes propriedades: inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e patogenicidade.

Os resíduos classe II denominados não perigosos são subdivididos em duas classes: classe II-A e classe II-B.

Os resíduos classe II-A - não inertes podem ter as seguintes propriedades: biodegradabilidade, combustibilidade ou solubilidade em água.

Os resíduos classe II-B - inertes não apresentam nenhum de seus constituintes solubilizados a concentrações superiores aos padrões de potabilidade de água, com exceção dos aspectos cor, turbidez, dureza e sabor.

Com relação a origem e natureza, os resíduos sólidos são classificados em: domiciliar, comercial, varrição e feiras livres, serviços de saúde, portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviários, industriais, agrícolas e resíduos de construção civil.

Com relação à responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos sólidos pode-se agrupá-los em dois grandes grupos.

O primeiro grupo refere-se aos resíduos sólidos urbanos, compreendido pelos:

- resíduos domésticos ou residenciais;
- resíduos comerciais;
- resíduos públicos.

O segundo grupo, dos resíduos de fontes especiais, abrange:

- resíduos industriais;
- resíduos da construção civil;

- rejeitos radioativos;
- resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários;
- resíduos agrícolas;
- resíduos de serviços de saúde.

Os quadros apresentados a seguir mostram a classificação dos resíduos sólidos em função de sua origem, assim como, os principais componentes encontrados. São subdivididos em função da responsabilidade do gerenciamento.

Resíduos Sólidos Urbanos		
Classificação	Origem	Componentes/Periculosidade
Doméstico ou residencial	Residências	Orgânicos: restos de alimento, jornais, revistas, embalagens vazias, frascos de vidros, papel e absorventes higiênicos, fraldas descartáveis, preservativos, curativos, embalagens contendo tintas, solventes, pigmentos, vernizes, pesticidas, óleos lubrificantes, fluido de freio, medicamentos, pilhas, bateria, lâmpadas incandescentes e fluorescentes etc.
Comercial	Supermercados, bancos, lojas, bares, restaurantes etc.	Os componentes variam de acordo com a atividade desenvolvida, mas, de modo geral, se assemelham qualitativamente aos resíduos domésticos
Público	Limpeza de: vias públicas (inclui varrição e capina), praças, praias, galerias, córregos, terrenos baldios, feiras livres, animais	Podas Resíduos difusos (descartados pela população): entulho, papéis, embalagens gerais, alimentos, cadáveres, fraldas etc.

Resíduos de Fontes Especiais

Classificação	Origem	Componentes/Periculosidade
Industrial	Indústrias metalúrgica, elétrica, química, de papel e celulose, têxtil etc.	Composição dos resíduos varia de acordo com a atividade (ex: lodos, cinzas, borrachas, metais, vidros, fibras, cerâmica etc. São classificados por meio da Norma ABNT 10.004/2004 em classe I (perigosos) classe II-A e classe II-B (não perigosos).
Construção civil	Construção, reformas, reparos, demolições, preparação e escavação de terrenos.	Resolução CONAMA nº 307/2002: A - reutilizáveis e recicláveis (solos, tijolos, telhas, placas de revestimentos) B - recicláveis para outra destinação (plásticos, papel/papelão, metais, vidros, madeiras etc.) C - não recicláveis D - perigosos (amianto, tintas, solventes, óleos, resíduos contaminados - reformas de clínicas radiológicas e unidades industriais).
Radioativos	Serviços de saúde, instituições de pesquisa, laboratórios e usinas nucleares.	Resíduos contendo substância radioativa com atividade acima dos limites de eliminação.
Portos, aeroportos, e terminais rodoferroviários	Resíduos gerados em terminais de transporte, navios, aviões, ônibus e trens.	Resíduos com potencial de causar doenças - tráfego intenso de pessoas de várias regiões do país e mundo. Cargas contaminadas - animais, plantas, carnes.
Agrícola	Gerado na área rural - agricultura.	Resíduos perigosos - contêm restos de embalagens impregnadas com fertilizantes químicos, pesticidas.
Saúde	Qualquer atividade de natureza médico-assistencial humana ou animal - clínicas odontológicas, veterinárias, farmácias, centros de pesquisa - farmacologia e saúde, medicamentos vencidos, necrotérios, funerárias, medicina legal e barreiras sanitárias.	Resíduos infectantes (sépticos) - cultura, vacina vencida, sangue e hemoderivados, tecidos, órgão, produto de fecundação com as características definidas na resolução 306, materiais resultantes de cirurgia, agulhas, ampola, pipeta, bisturi, animais contaminados, resíduos que entraram em contato com pacientes (secreções, refeições etc.) Resíduos especiais - rejeitos radioativos, medicamento vencido, contaminado, interditado, resíduos químicos perigosos Resíduos comuns - não entram em contato com pacientes (escritório, restos de alimentos etc.)

Riscos Potenciais

Os resíduos perigosos (classe I/ABNT) são gerados principalmente nos processos produtivos, em unidades industriais e fontes específicas. No entanto, também estão presentes nos resíduos sólidos gerados principalmente nos domicílios e comércio.

Dentre os componentes perigosos presentes nos resíduos sólidos urbanos destacam-se os metais pesados e os biológicos - infectantes.

Metal pesado é um termo coletivo para um grupo de metais e metalóides que apresenta densidade atômica maior que 6 g/cm³. No entanto, atualmente é utilizado para designar alguns elementos (Cd, Cr, Cu, Hg, Ni, Pb e Zn) que estão associados aos problemas de poluição e toxicidade (Alloway, 1997). Teoricamente estes elementos pertencem aos metais traços, no entanto, esta nomenclatura é pouco utilizada quando se refere à poluição ambiental.

Os metais pesados são utilizados nas indústrias eletrônicas, maquinários e outros utensílios da vida cotidiana. Sua ocorrência nos resíduos está correlacionada às principais fontes, como baterias (inclusive de telefones celulares), pilhas e equipamentos eletrônicos em geral (Pb, Sb, Zn, Cd, Ni, Hg), pigmentos e tintas (Pb, Cr, As, Se, Mo, Cd, Ba, Zn, Co e Ti), papel (Pb, Cd, Zn, Cr, Ba), lâmpadas fluorescentes (Hg), remédios (As, Bi, Sb, Se, Ba, Ta, Li, Pt), dentre outros.

Como componentes biológicos presentes nos resíduos urbanos, destacam-se: *Escherichia coli*, *Klebsiella sp.*, *Enterobacter sp.*, *Proteus sp.*, *Staphylococcus sp.*, *Enterococcus*, *Pseudomonas sp.*, *Bacillus sp.*, *Candida sp.*, que pertencem à microbiota normal humana.

O quadro a seguir mostra os componentes presentes nos resíduos sólidos urbanos e seus principais elementos químicos que, quando descartados inadequadamente, apresentam potenciais de contaminação do solo, das águas superficiais e subterrâneas que conseqüentemente afetam a flora e a fauna das regiões próximas, podendo atingir o homem por meio da cadeia alimentar.

Componentes industriais potencialmente perigosos presentes nos resíduos sólidos urbanos

Resíduos	Componentes químicos
Pilhas e baterias	Liberam metais pesados (mercúrio, cádmio, chumbo e zinco)
Lâmpadas fluorescentes	As lâmpadas contêm mercúrio. Quando o vidro é quebrado, o mercúrio é liberado na forma de vapor para a atmosfera e, sob ação da chuva, precipita-se no solo, em concentrações acima dos padrões naturais
Componentes eletrônicos de alta tecnologia (chips, fibra ótica, semicondutores, tubos de raios catódicos, baterias)	Componentes podem liberar arsênio e berilo, chumbo, mercúrio e cádmio
Embalagens de agrotóxicos	Os pesticidas (inseticidas, fumigantes, rodenticidas, herbicidas e fungicidas)
Resíduos de tintas, pigmentos e solventes	Restos de tintas ou pigmentos, à base de chumbo, mercúrio ou cádmio, e solventes orgânicos
Frascos pressurizados	Quando o frasco é rompido, os produtos tóxicos ou cancerígenos são liberados, podendo poluir a água ou dissipar-se na atmosfera

O contato dos agentes existentes nos resíduos sólidos ocorre principalmente através de vias respiratórias, digestivas e pela absorção cutânea e mucosa.

Pelas vias respiratórias ocorre mediante a inalação de partículas em suspensão durante a manipulação dos resíduos. Pela via digestiva, pela ingestão de água poluída, vegetais, peixes, frutos do mar e outros alimentos contaminados.

As atividades capazes de proporcionar dano, doença ou morte para os seres vivos são caracterizadas como atividades de risco.

O risco ambiental, de acordo com Schneider (2004: 07), é aquele que ocorre no meio ambiente e pode ser classificado de acordo com o tipo de atividade; exposição instantânea, crônica; probabilidade de ocorrência; severidade; reversibilidade; visibilidade; duração e ubiquidade de seus defeitos.



Tome nota:

Risco à Saúde é a probabilidade da ocorrência de efeitos adversos à saúde relacionados com a exposição humana a agentes físicos, químicos ou biológicos, em que um indivíduo exposto a um determinado agente



apresente doença, agravo ou até mesmo morte, dentro de um período determinado de tempo ou idade.

Risco para o Meio Ambiente *é a probabilidade da ocorrência de efeitos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos, causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que favoreçam a persistência, disseminação e modificação desses agentes no ambiente.*

A avaliação do risco ambiental é uma ferramenta metodológica essencial para a execução de uma política de "saúde ambiental", sendo apropriada para auxiliar a gestão do risco e subsidiar os órgãos reguladores na tomada de decisões (Schneider, 2004: 28).

Sistema de Limpeza Urbana no Brasil

O sistema de limpeza urbana dos municípios é composto pelos serviços de coleta, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos urbanos. Incluem os serviços de varrição e capina das ruas, desobstrução de bueiros, poda de árvores, lavagem de ruas após feiras livres e demais atividades necessárias à manutenção da cidade, sob o aspecto de limpeza e organização.

Os serviços de limpeza urbana requerem, além de estrutura técnico-organizacional adequada, elevados investimentos financeiros. De modo geral, os municípios brasileiros, em razão de limitações financeiras e falta de pessoal qualificado e capacitado, têm enfrentado grandes dificuldades na organização e operação desses serviços.

De modo geral, a dificuldade enfrentada pelo Poder Público vem sendo resolvida de maneira paliativa, com exceção de alguns municípios que já se encontram estruturados técnica e operacionalmente. Faltam planejamento de médio e longo prazo, aperfeiçoamento de instrumentos institucionais-legais e estratégias para mudar o atual quadro. Prevalecem as soluções imediatistas e ações pontuais, quase sempre fundamentadas na transferência da disposição final dos resíduos para as porções periféricas dos municípios, não obedecendo a normas e legislações específicas, com predomínio de depósitos de resíduos a céu aberto que contribuem para a deterioração ambiental e da saúde.

A coleta de resíduos sólidos no país é ineficiente e irregular, sendo que parte do volume gerado permanece junto às habitações, principalmente as de baixa renda, em terrenos baldios, cavidades erosivas, encostas de morros, logradouros públicos e nas drenagens.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saneamento Básico - PNSB 2000, do IBGE, do total de domicílios urbanos (que representam 78,1% do total de

moradias brasileiras) o serviço de coleta é realizado em 80% e, portanto, 20% dos domicílios não contam com este serviço.

Com relação às regiões brasileiras, o Sul e Sudeste mostram maior cobertura de atendimento de seus domicílios, com 87,7% e 86,6%, respectivamente. A região Norte apresenta cobertura de 54,4% e Nordeste, apenas 44,6%.

Os serviços de varrição, capina e limpeza dos logradouros também são deficientes na maioria das cidades brasileiras.

Com relação à disposição final de resíduos sólidos no solo, ressalta-se que a nomenclatura usualmente utilizada para as diversas formas de disposição muitas vezes não corresponde às suas verdadeiras classificações. É muito comum a municipalidade se referir aos seus locais de disposição de resíduos como aterros sanitários, sendo que, na maioria das vezes, esta designação não condiz com a realidade (Nascimento, 2001).

No Brasil, as formas de disposição final são usualmente designadas como lixão ou vazadouro a céu aberto, aterros controlados e aterros sanitários.

Lixão ou vazadouro a céu aberto é a denominação atribuída à disposição de resíduos de forma descontrolada sobre o substrato rochoso ou solo. O termo vazadouro é regional.

Não há critérios técnicos para a escolha e operação dessas áreas. Os resíduos são depositados diretamente sobre o solo, podendo ocasionar contaminação do solo, das águas subterrâneas e superficiais através do líquido percolado e dos próprios resíduos. Esta forma de disposição favorece a ocorrência de moscas, ratos e baratas, que são vetores de inúmeras doenças, além da atração de abutres (urubus, carcarás etc.).

A ausência de controle e a falta de fechamento permite o livre acesso, sendo comum a presença de animais (porcos, galinhas, cabras, vacas, cavalos etc.), crianças e adultos que utilizam restos de alimentos para consumo. A falta de controle favorece o lançamento de resíduos de serviços de saúde e indústrias nestas áreas.

Geralmente há coleta espontânea de materiais recicláveis (embalagens em geral) para comercialização. De acordo com a PNSB 2000, existem no país cerca de 23.340 catadores em lixões, dos quais 23% têm menos de 14 anos de idade. Somente na região Nordeste concentram-se 49% das crianças, 60% do total em municípios com menos de 25 mil habitantes.

O aterro controlado, conforme definido pela NBR 8.849/1985, é a técnica de

disposição de resíduos sólidos urbanos no solo, sem causar danos ou riscos à saúde pública e à sua segurança, minimizando os impactos ambientais, método este que utiliza técnica de recobrimento dos resíduos com uma camada de material inerte na conclusão de cada jornada de trabalho.

Segundo Nascimento, geralmente, o que ocorre na prática, é que o aterro controlado não é nada mais do que um lixão "maquiado", pois há cobertura dos resíduos, mas nem sempre com a mesma frequência. Apresenta praticamente os mesmos problemas ambientais que os lixões. Não existem barreiras naturais e/ou artificiais para os contaminantes não atingirem as águas superficiais e subterrâneas, e nem estruturas para captação de gases. O controle da entrada de animais, catadores e dos resíduos lançados geralmente é precário. (Nascimento, 2001)

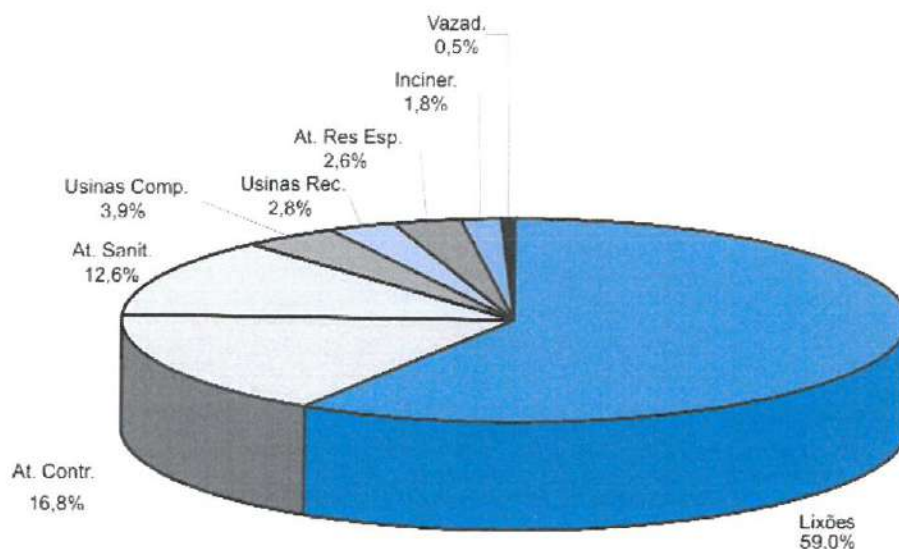
Atualmente, a filosofia dominante em termos de projeto e implantação de aterros é a adoção de múltiplas barreiras à liberação de poluentes ao meio ambiente, por meio da associação de barreiras naturalmente disponíveis (profundidade da água subterrânea, espessura e composição do solo etc.) e aquelas criadas pelo homem (construção de camadas impermeabilizantes e sistemas de coleta e tratamento de líquidos percolados), implementadas por meio de aterros sanitários.

Aterro sanitário, conforme define a NBR 8.419/1984, é a técnica de disposição de resíduos sólidos urbanos no solo, sem causar danos à saúde pública e à sua segurança, minimizando os impactos ambientais, método este que utiliza princípios de engenharia para confinar os resíduos sólidos à menor área possível e reduzi-los ao menor volume permissível, cobrindo-os com uma camada de terra na conclusão de cada jornada de trabalho, ou a intervalos menores, se necessário. O projeto deve ser elaborado para a implantação de um aterro sanitário que deve contemplar todas as instalações fundamentais ao bom funcionamento e ao necessário controle sanitário e ambiental durante o período de operação e fechamento do aterro.

Os resultados obtidos na PNSB 2000 mostram a predominância da prática de disposição final de resíduos sólidos em lixões, em cerca de 60% dos municípios, onde 0,5% destes estão concentrados em áreas alagadas. Em segundo lugar vem o aterro controlado (16,8%) e, por último, os aterros sanitários que equivalem a 12,6%. A maior incidência de lixões está em municípios de pequeno porte.

Com relação à destinação, somente 3,9% dos municípios contam com usinas de compostagem e 2,8% com usinas de reciclagem.

Brasil: destinação dos resíduos em 2000



Fonte: Pesquisa Nacional de Saneamento Básico - 2000
Elaboração: Fespsp, 2005.

RESÍDUOS DO SERVIÇO DE SAÚDE

Definição

De acordo com a RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/2005, são definidos como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento, serviços de medicina legal, drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área da saúde, centro de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*, unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura, serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Classificação

A classificação dos RSS vem sofrendo um processo de evolução contínuo, na medida em que são introduzidos novos tipos de resíduos nas unidades de saúde e como resultado do conhecimento do comportamento destes perante o meio ambiente e a saúde, como forma de estabelecer uma gestão segura com base nos princípios da avaliação e

gerenciamento dos riscos envolvidos na sua manipulação.

Os resíduos de serviços de saúde são parte importante do total de resíduos sólidos urbanos, não necessariamente pela quantidade gerada (cerca de 1% a 3% do total), mas pelo potencial de risco que representam à saúde e ao meio ambiente.

Os RSS são classificados em função de suas características e conseqüentes riscos que podem acarretar ao meio ambiente e à saúde.

De acordo com a RDC ANVISA nº 306/04 e Resolução CONAMA nº 358/05, os RSS são classificados em cinco grupos: A, B, C, D e E.

Grupo A - engloba os componentes com possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção. Exemplos: placas e lâminas de laboratório, carcaças, peças anatômicas (membros), tecidos, bolsas transfusionais contendo sangue, dentre outras.

Grupo B - contém substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade. Ex: medicamentos apreendidos, reagentes de laboratório, resíduos contendo metais pesados, dentre outros.

Grupo C - quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de eliminação especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, como, por exemplo, serviços de medicina nuclear e radioterapia etc.

Grupo D - não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares. Ex: sobras de alimentos e do preparo de alimentos, resíduos das áreas administrativas etc.

Grupo E - materiais perfuro-cortantes ou escarificantes, tais como lâminas de barbear, agulhas, ampolas de vidro, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, espátulas e outros similares.

Riscos Potenciais

Na avaliação dos riscos potenciais dos resíduos de serviços de saúde (RSS) deve-se considerar que os estabelecimentos de saúde vêm sofrendo uma

enorme evolução no que diz respeito ao desenvolvimento da ciência médica, com o incremento de novas tecnologias incorporadas aos métodos de diagnósticos e tratamento. Resultado deste processo é a geração de novos materiais, substâncias e equipamentos, com presença de componentes mais complexos e muitas vezes mais perigosos para o homem que os manuseia, e ao meio ambiente que os recebe.

Os resíduos do serviço de saúde ocupam um lugar de destaque pois merecem atenção especial em todas as suas fases de manejo (segregação, condicionamento, armazenamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final) em decorrência dos imediatos e graves riscos que podem oferecer, por apresentarem componentes químicos, biológicos e radioativos.

Dentre os componentes químicos destacam-se as substâncias ou preparados químicos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis, reativos, genotóxicos, mutagênicos; produtos mantidos sob pressão - gases, quimioterápicos, pesticidas, solventes, ácido crômico; limpeza de vidros de laboratórios, mercúrio de termômetros, substâncias para revelação de radiografias, baterias usadas, óleos, lubrificantes usados etc.

Dentre os componentes biológicos destacam-se os que contêm agentes patogênicos que possam causar doença e dentre os componentes radioativos utilizados em procedimentos de diagnóstico e terapia, os que contêm materiais emissores de radiação ionizante.

Para a comunidade científica e entre os órgãos federais responsáveis pela definição das políticas públicas pelos resíduos de serviços saúde (ANVISA e CONAMA) esses resíduos representam um potencial de risco em duas situações:

- a) para a saúde ocupacional de quem manipula esse tipo de resíduo, seja o pessoal ligado à assistência médica ou médico-veterinária, seja o pessoal ligado ao setor de limpeza e manutenção;
- b) para o meio ambiente, como decorrência da destinação inadequada de qualquer tipo de resíduo, alterando as características do meio.



Tome nota:

Para que a infecção ocorra é necessária a inter-relação entre os seguintes fatores: a) presença do agente; b) dose de infectividade; c) resistência do hospedeiro; d) porta de entrada; e e) via de transmissão.

O risco no manejo dos RSS está principalmente vinculado aos acidentes que ocorrem devido às falhas no acondicionamento e segregação dos materiais



perfuro-cortantes sem utilização de proteção mecânica.

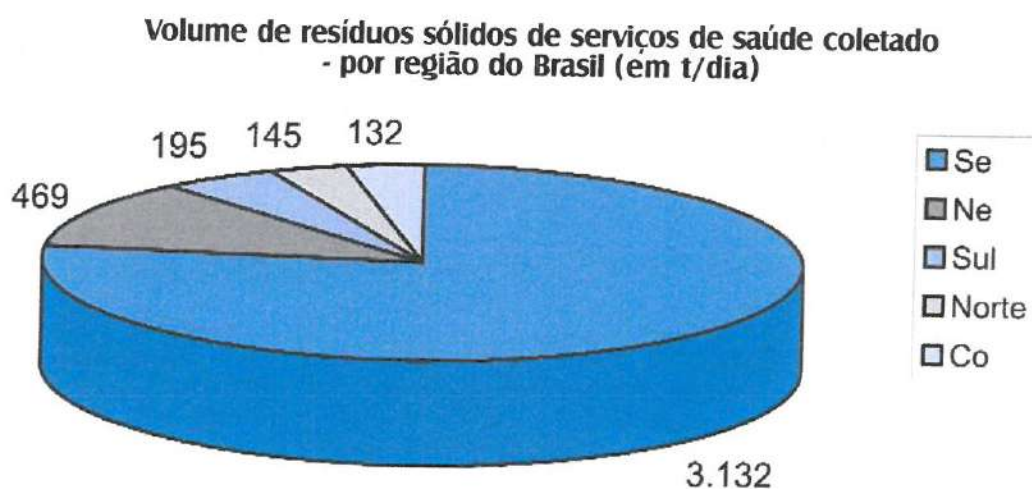
Quanto aos riscos ao meio ambiente destaca-se o potencial de contaminação do solo, das águas superficiais e subterrâneas pelo lançamento de RSS em lixões ou aterros controlados que também proporciona riscos aos catadores, principalmente por meio de lesões provocadas por materiais cortantes e/ou perfurantes, e por ingestão de alimentos contaminados, ou aspiração de material particulado contaminado em suspensão.

E, finalmente, há o risco de contaminação do ar, dada quando os RSS são tratados pelo processo de incineração descontrolado que emite poluentes para a atmosfera contendo, por exemplo, dioxinas e furanos.

Destinação de Resíduos dos Serviços de Saúde

A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB 2000), do IBGE, mostra que a maioria dos municípios brasileiros não utiliza um sistema apropriado para efetuar a coleta, o tratamento e a disposição final dos RSS. De um total de 5.507 municípios brasileiros pesquisados, somente 63% realizam a coleta dos RSS.

O Sudeste é a região que mais realiza a coleta dos RSS em todo o Brasil, perfazendo cerca de 3.130 t/dia. Em seguida vem o Nordeste, com 469 t/dia, depois o Sul, com 195 t/dia, o Norte, com 145 t/dia, e, por último, o Centro-Oeste, com 132 t/dia.



Fonte: PNSB / 2000/Elaboração Fesps/ANVISA.

Com relação à destinação final, cerca de 56% dos municípios dispõem seus RSS no solo, sendo que 30% deste total correspondem aos lixões. O restante deposita em aterros controlados, sanitários e aterros especiais.

No que se refere às formas de tratamento adotadas pelos municípios, os resultados da pesquisa mostram o predomínio da queima a céu aberto (cerca de 20%), seguida da incineração (11%). As tecnologias de microondas e autoclave para desinfecção dos RSS são adotadas somente por 0,8% dos municípios. Cerca de 22% dos municípios não tratam de forma alguma seus RSS.

Disposição final, tratamento e coleta de resíduos dos serviços de saúde no Brasil			
<i>Serviço</i>	<i>Nº de Municípios</i>	<i>Serviço</i>	<i>Nº de Municípios</i>
Coleta	3.466	Tratamento	
Disposição final dos RSS		Incinerador	589
Lixão junto com demais resíduos	1.696	Microondas	21
Aterro junto com demais resíduos	873	Forno	147
Aterro de resíduos especiais		Autoclave	22
● próprio	377	Queima a céu aberto	1.086
● de terceiros	162	Outro	471
		Sem tratamento	1.193
Total de municípios brasileiros pesquisados: 5.507			

Fonte: Pesquisa Nacional de Saneamento Básico - PNSB 2000.

GESTÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Atualmente o enfrentamento dos problemas relacionados à geração dos resíduos sólidos urbanos pode ser considerado um dos maiores desafios das administrações municipais.

Na medida em que o volume de resíduos nos depósitos está crescendo ininterruptamente, aumentam os custos e surgem maiores dificuldades de áreas ambientalmente seguras disponíveis para recebê-los. Com isso, faz-se necessária a minimização da geração, a partir de uma segregação eficiente e métodos de tratamento que tenham como objetivo diminuir o volume dos resíduos a serem dispostos em solo, provendo proteção à saúde e ao meio ambiente. Assim, sua gestão passou a ser condição indispensável para se atingir o desenvolvimento sustentável.

Na atualidade os resíduos sólidos são compostos por grande variedade de materiais passíveis de recuperação. Processos que busquem a recuperação desses materiais podem, além de gerar trabalho e renda, proporcionar a redução de extração de recursos naturais e economia da energia necessária à extração e beneficiamento dos mesmos.

De acordo com o Projeto de Lei da Política Nacional de Resíduos Sólidos, a gestão integrada de resíduos se refere à tomada de decisões voltada aos resíduos sólidos de forma a considerar as dimensões políticas, econômicas, ambientais, culturais e sociais, considerando a ampla participação da sociedade, tendo como premissa o desenvolvimento sustentável.

Portanto, a União e os estados têm o importante papel de estabelecer as leis e normas de caráter geral como princípios orientadores. Estas servem de base para leis e normativas municipais que devem tratar os problemas locais, considerando suas especificidades. Ressalte-se que os poderes públicos têm responsabilidade não só na elaboração de leis que contribuam para a sustentabilidade ambiental, mas principalmente em fazer com que sejam cumpridas, propiciando condições para isso.

Apesar de muitos municípios e estados já terem aprovado e implementado seus planos de gestão de resíduos sólidos, observa-se que faltam recursos financeiros e capacitação técnica, que os planos são genéricos e não respeitam a logística e as peculiaridades ambientais do município.

Faltam no país dispositivos legais, como uma Política Nacional de Resíduos Sólidos que discipline e incentive a elaboração e a implementação de planos de gestão integrados consistentes e compatíveis com as peculiaridades locais.

A ausência e mesmo a ineficiência da implementação e elaboração destes planos colaboram para o incremento da degradação ambiental do solo, das águas superficiais e subterrâneas, por meio do transporte de cargas poluentes, que é responsável pelo agravamento de diversas doenças que podem atingir a população, principalmente de baixa renda.

A gestão de resíduos sólidos é considerada um serviço de interesse público de caráter essencial.

O artigo 30 da Constituição Federal define como competência dos municípios *organizar e prestar diretamente ou sob regime de concessão ou permissão os serviços de interesse local*, que incluem os de limpeza urbana.

A gestão integrada de resíduos deve ter como premissa o desenvolvimento sustentável. Para atingir tal meta é imprescindível que os planos abordem os princípios da precaução, da prevenção e do poluidor pagador, bem como, adotar os conceitos dos 3 Rs como padrões sustentáveis.

O princípio da precaução deve ser aplicado nos casos de desconhecimento dos impactos negativos ao meio ambiente, por exemplo quando há

necessidade de tratamento e disposição de um resíduo sólido de característica desconhecida.

Por outro lado o princípio da prevenção é aplicado nos casos em que os impactos ambientais já são conhecidos. O instrumento legal atualmente utilizado para a proteção do meio ambiente é o licenciamento ambiental (Resoluções CONAMA nº 001/86 e nº 237/97).

O princípio do poluidor pagador foi definido no Encontro Internacional do Rio de Janeiro, em 1992, como um dos princípios fundamentais para a sustentabilidade. Ele define os geradores de resíduos como responsáveis por todo o ciclo de seus resíduos, da geração à disposição final.

A Lei de Política Nacional do Meio Ambiente (Lei nº 6.938/81), no seu artigo 3º, e a Lei dos Crimes Ambientais (Lei nº 9.605/98), artigos 54 e 56, responsabilizam administrativa, civil e criminalmente as pessoas físicas e jurídicas, autoras e co-autoras de condutas ou atividades lesivas ao meio ambiente. Com isso, as fontes geradoras ficam obrigadas a adotar tecnologias mais limpas, aplicar métodos de recuperação e reutilização sempre que possível, estimular a reciclagem e dar destinação adequada, incluindo transporte, tratamento e disposição final.

Segundo a teoria da responsabilidade objetiva, no âmbito administrativo, pouco importa a análise de dolo do agente poluidor para que lhe seja imposta a sanção. Ainda, segundo essa teoria, a demonstração da existência de um nexo de causalidade entre a sua conduta e o dano que dela decorreu é suficiente para responsabilizá-lo por certo dano ambiental.

A responsabilidade compartilhada é a responsabilidade que se estende aos diversos atores, pessoas físicas e jurídicas, autoras e co-autoras de condutas ou atividades lesivas ao meio ambiente.

A gestão sustentável dos resíduos sólidos pressupõe reduzir o uso de matérias-primas e energia, reutilizar produtos e reciclar materiais, o que vem ao encontro do princípio dos 3 Rs, apresentado na Agenda 21: **redução** (do uso de matérias-primas e energia, e do desperdício nas fontes geradoras), **reutilização** direta dos produtos, e **reciclagem** de materiais. Para atingir tal meta, é imprescindível a implantação de uma eficiente coleta seletiva.

A hierarquia dos Rs segue a diretriz de se evitar a geração de resíduos causando o menor impacto se comparado à reciclagem de materiais após seu descarte. A reciclagem polui menos, uma vez que proporciona um menor volume de resíduos a serem dispostos no solo. No entanto, raramente é questionado o atual padrão de produção desenfreada e de desperdício de resíduos sólidos.



Tome nota: A Agenda 21 e os resíduos sólidos

A Agenda 21 constitui um marco mundial importante na busca do desenvolvimento sustentável a médio e longo prazo. É o principal documento da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano. Diz respeito às preocupações com o nosso futuro, a partir do século XXI. Este documento foi assinado por 170 países, inclusive o Brasil. O problema dos resíduos sólidos recebeu atenção especial. O tema foi discutido amplamente e, no capítulo 21, seção II - Buscando soluções para o problema do lixo sólido - são apontadas algumas propostas para o seu enfrentamento, entre as quais se destacam as seguintes recomendações:

- *redução: redução do volume de resíduos na fonte (com ênfase no desenvolvimento de tecnologias limpas nas linhas de produção e análise do ciclo de vida de novos produtos a serem colocados no mercado);*
- *reutilização: reaproveitamento direto sob a forma de um produto, tal como as garrafas retornáveis e certas embalagens reaproveitáveis;*
- *recuperação: extração de algumas substâncias dos resíduos para uso específico como, por exemplo, os óxidos de metais etc.;*
- *reciclagem: reaproveitamento cíclico de matérias-primas de fácil purificação como, por exemplo, papel, vidro, alumínio etc.;*
- *tratamento: transformação dos resíduos através de tratamentos físicos, químicos e biológicos;*
- *disposição final: promoção de práticas de disposição final ambientalmente seguras;*
- *recuperação de áreas degradadas: identificação e reabilitação de áreas contaminadas por resíduos;*
- *ampliação da cobertura dos serviços ligados aos resíduos: incluindo o planejamento, desde a coleta até a disposição final.*

Gerenciamento Integrado de Resíduos do Serviço de Saúde

Na última década, os resíduos de serviços de saúde (RSS) vêm se transformando em objeto de debates, estudos, pesquisas e em desafio e motivo de preocupação para as autoridades mundiais.

A realidade do Brasil não é diferente. Têm sido realizadas amplas discussões nacionais sobre a questão. Estamos desenvolvendo nossas legislações, mas, apesar disso, poucos municípios brasileiros gerenciam adequadamente os RSS. Mesmo aqueles que implementaram um sistema específico de gerenciamento para esses resíduos, em vários casos, têm graves deficiências e, muitas vezes, estão focados apenas nos hospitais e postos de saúde.

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de

gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente. Deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo de RSS.

O Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo de resíduos sólidos, que corresponde às etapas de: segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final. Deve considerar as características e riscos dos resíduos, as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente e os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas administrativas e normativas para prevenir acidentes.

O PGRSS deve contemplar medidas de envolvimento coletivo. O planejamento do programa deve ser feito em conjunto com todos os setores definindo-se responsabilidades e obrigações de cada um em relação aos riscos.

A elaboração, implantação e desenvolvimento do PGRSS devem envolver os setores de higienização e limpeza, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH ou Comissões de Biossegurança e os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho - SESMT, onde houver obrigatoriedade de existência desses serviços, através de seus responsáveis, abrangendo toda a comunidade do estabelecimento, em consonância com as legislações de saúde, ambiental e de energia nuclear vigentes.

Devem fazer parte do plano ações para emergências e acidentes, ações de controle integrado de pragas e de controle químico, compreendendo medidas preventivas e corretivas assim como de prevenção de saúde ocupacional.

As operações de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem devem ser registradas.

3. GESTÃO INTEGRADA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CONCEITOS BÁSICOS

A importância da gestão

A gestão compreende as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas - geração, segregação, acondicionamento, transporte, até a disposição final -, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade local.

Segundo a RDC ANVISA nº 306/04, o gerenciamento dos RSS consiste em um conjunto de procedimentos planejados e implementados, a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais. Tem o objetivo de minimizar a geração de resíduos e proporcionar aos mesmos um manejo seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Com o planejamento, a adequação dos procedimentos de manejo, o sistema de sinalização e o uso de equipamentos apropriados, não só é possível diminuir os riscos, como reduzir as quantidades de resíduos a serem tratados e, ainda, promover o reaproveitamento de grande parte dos mesmos pela segregação de boa parte dos materiais recicláveis, reduzindo os custos de seu tratamento e disposição final que normalmente são altos (PARA SABER MAIS sobre processos de minimização e segregação, consulte o anexo 3).

Quem são os geradores

Resíduos sólidos, líquidos, ou semi-sólidos são gerados por estabelecimentos de assistência à saúde humana ou animal diversos. A RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/05 definem como tal os seguintes estabelecimentos:

- os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo;
- laboratórios analíticos de produtos para saúde;
- necrotérios, funerárias e serviços onde se realizam atividades de

embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação);

- serviços de medicina legal;
- drogarias e farmácias inclusive as de manipulação;
- estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde;
- centros de controle de zoonoses;
- distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*;
- unidades móveis de atendimento à saúde;
- serviços de acupuntura;
- serviços de tatuagem, dentre outros similares.



Tome Nota

A RDC ANVISA nº 306/04 não se aplica a fontes radioativas seladas que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento

ambiental.

Responsabilidades pelos RSS

Os estabelecimentos de serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS por eles gerados, cabendo aos órgãos públicos, dentro de suas competências, a gestão, regulamentação e fiscalização.

Embora a responsabilidade direta pelos RSS seja dos estabelecimentos de serviços de saúde, por serem os geradores, pelo princípio da responsabilidade compartilhada, ela se estende a outros atores: ao poder público e às empresas de coleta, tratamento e disposição final. A Constituição Federal, em seu artigo 30, estabelece como competência dos municípios "organizar e prestar, diretamente ou sob o regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo que tem caráter essencial".

No que concerne aos aspectos de biossegurança e prevenção de acidentes - preservando a saúde e o meio ambiente - compete à ANVISA, ao Ministério do Meio Ambiente, ao SISNAMA, com apoio das Vigilâncias Sanitárias dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, bem como aos órgãos de meio ambiente regionais, de limpeza urbana e da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN: regulamentar o correto gerenciamento dos RSS, orientar e fiscalizar o cumprimento desta regulamentação.

Fundamentadas nos princípios de prevenção, precaução e responsabilização do gerador, a RDC ANVISA nº 306/04, harmonizada com a Resolução CONAMA nº 358/05, estabeleceram e definiram a classificação, as competências e responsabilidades, as regras e procedimentos para o gerenciamento dos RSS, desde a geração até a disposição final. Reconhecendo a responsabilidade dos estabelecimentos de serviços de saúde, no gerenciamento adequado dos RSS, a RDC ANVISA nº 306/04, no seu capítulo IV, define que é da competência dos serviços geradores de RSS:

Item 2:

- 2.1. A elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana e outras orientações contidas neste Regulamento.
- 2.2. A designação de profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função de Responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.
- 2.3. A designação de responsável pela coordenação da execução do PGRSS.
- 2.4. Prover a capacitação e o treinamento inicial e de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos, objeto deste Regulamento.
- 2.5. Fazer constar nos termos de licitação e de contratação sobre os serviços referentes ao tema desta Resolução e seu Regulamento Técnico, as exigências de comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários das firmas prestadoras de serviço de limpeza e conservação que pretendam atuar nos estabelecimentos de saúde, bem como no transporte, tratamento e disposição final destes resíduos.
- 2.6. Requerer às empresas prestadoras de serviços terceirizadas a apresentação de licença ambiental para o tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, e documento de cadastro emitido pelo órgão responsável de limpeza urbana para a coleta e o transporte dos resíduos.
- 2.7. Requerer aos órgãos públicos responsáveis pela execução da coleta, transporte, tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, documentação que identifique a conformidade com as orientações dos órgãos de meio ambiente.
- 2.8. Manter registro de operação de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem, obedecidos os itens 13.3.2

e 13.3.3 deste Regulamento. Os registros devem ser mantidos até a inspeção subsequente.

Item 3. A responsabilidade por parte dos detentores de registro de produto que gere resíduo classificado no grupo B, de fornecer informações documentadas referentes ao risco inerente do manejo e disposição final do produto ou do resíduo. Estas informações devem acompanhar o produto até o gerador do resíduo.

A Lei da Política do Meio Ambiente (Lei 6.938/81), no seu artigo 3º, e a Lei dos Crimes Ambientais (Lei 9.605/98), artigos 54 e 56, responsabilizam administrativamente, civil e penalmente as pessoas físicas e jurídicas, autoras e co-autoras de condutas ou atividades lesivas ao meio ambiente.

Determina o art. 14, parágrafo 1º, da Lei da Política Nacional do Meio Ambiente, que o poluidor é obrigado a indenizar ou reparar os danos causados ao meio ambiente e a terceiros afetados por sua atividade, independentemente da existência de culpa. Na responsabilidade administrativa o gerador poderá vir a ser o único ator a reparar o dano, independente da ação de outros atores na conduta que gerou o dano. Isto induz o gestor a cercar-se de garantias para prováveis arrematadas dos demais atores na cadeia de responsabilidades. Deve o gerador precaver-se para, em caso de danos, fazer valer a responsabilidade compartilhada com os demais atores, sejam eles empresas ou órgãos públicos responsáveis pela coleta, tratamento ou disposição final desses resíduos (PARA SABER MAIS, consulte o capítulo 2).

Como a cada direito corresponde uma ação que o protege, o ordenamento jurídico oferece a possibilidade, para efeitos de responsabilização ambiental, de propositura de ações de responsabilidade, por danos causados ao meio ambiente, tanto no âmbito civil quanto criminal (Pinheiro Pedro, A. F. e Frangetto, F. W.).

Cuidados e critérios na contratação de terceiros

Na gestão de resíduos sólidos de serviços de saúde, os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde podem contratar outros prestadores para realizar os serviços de limpeza, coleta de resíduos, tratamento, disposição final e comercialização de materiais recicláveis. Por isso, é importante ter à disposição mecanismos que permitam verificar se os procedimentos definidos e a conduta dos atores estão em sincronia com as leis. As contratações devem exigir e garantir que as empresas cumpram as legislações vigentes.

Ao assegurar o cumprimento das legislações por parte de empresas

terceirizadas, o gerador tem como responsabilizá-los em caso de irregularidades, tornando-os co-responsáveis no caso de danos decorrentes da prestação destes serviços. Especialmente nos casos de empresas que são contratadas para o tratamento dos resíduos, é necessário exigir tanto a licença de operação (LO) como os documentos de monitoramento ambiental previstos no licenciamento.



Tome nota:

A responsabilidade do gerador perdura mesmo após a disposição final do resíduo, posto que o destinatário, ao assumir a carga, solidariza-se com o gerador e assim permanece enquanto possível a identificação do resíduo.

CLASSIFICAÇÃO DOS RSS

O que é

A RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/05 classificam os RSS segundo grupos distintos de risco que exigem formas de manejo específicas.

Os grupos são:

- grupo A - resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção;
 - grupo B - resíduos químicos;
 - grupo C - rejeitos radioativos;
 - grupo D - resíduos comuns;
 - grupo E - materiais perfurocortantes
- (PARA SABER MAIS, consulte o anexo 2).

LEVANTAMENTO DOS TIPOS DE RESÍDUOS E QUANTIDADES GERADAS

O que é

Consiste na verificação dos tipos de resíduos e das quantidades em que eles são gerados em cada uma das fontes geradoras.

Recomendações gerais

Para efetuar este levantamento recomenda-se que seja feita uma verificação dos tipos de resíduos baseando-se na classificação definida pela RDC

ANVISA nº 306/04 (grupos A, B, C, D ou E). Também devem ser verificadas as quantidades (volume ou peso). Este é o primeiro passo para orientar o planejamento, a definição de procedimentos e equipamentos para o correto manejo desses resíduos.

IDENTIFICAÇÃO DOS TIPOS DE RESÍDUOS

O que é




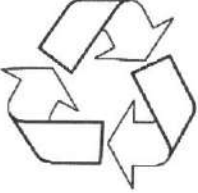

Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

Os recipientes de coleta interna e externa, assim como os locais de armazenamento onde são colocados os RSS, devem ser identificados em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando símbolos, cores e frases, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e aos riscos específicos de cada grupo de resíduos.

(PARA SABER MAIS, consulte a tabela de simbologia por grupos de resíduos, ao lado).



Símbolos de identificação dos grupos de resíduos

<p>Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.</p>	
<p>Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frases de risco.</p>	
<p>Os rejeitos do grupo C são representados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO.</p>	
<p>Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou à reutilização. Quando adotada a reciclagem, sua identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável.</p> <p>Para os demais resíduos do grupo D deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Pode ser seguida de cor determinada pela Prefeitura.</p> <p>Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não há exigência para a padronização de cor destes recipientes.</p>	 <ul style="list-style-type: none"> VIDRO PLÁSTICO PAPEL METAL ORGÂNICO
<p>Os produtos do grupo E são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.</p>	 <p>RESÍDUO PERFUROCORTANTE</p>

São admissíveis outras formas de segregação, acondicionamento e identificação dos recipientes desses resíduos para fins de reciclagem, de acordo com as características específicas das rotinas de cada serviço, devendo estar contempladas no PGRSS.

ACONDICIONAMENTO DOS RSS

O que é

Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.



Tome nota:

Um acondicionamento inadequado compromete a segurança do processo e o encarece. Recipientes inadequados ou improvisados (pouco resistentes, mal fechados ou muito pesados), construídos com materiais sem a devida proteção, aumentam o risco de acidentes de trabalho. Os resíduos não devem ultrapassar 2/3 do volume dos recipientes.

Recomendações gerais

Os sacos de acondicionamento devem ser constituídos de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente a punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistentes ao tombamento.

Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação, devendo os resíduos serem recolhidos imediatamente após o término dos procedimentos.

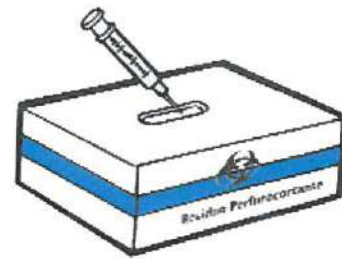


Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

Os resíduos perfurocortantes ou escarificantes - grupo E - devem ser acondicionados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após



o uso, em recipiente rígido, estanque, resistente a punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa, contendo a simbologia. (PARA SABER MAIS consulte o anexo 4 - Procedimentos recomendados para acondicionamento)



COLETA E TRANSPORTE INTERNO DOS RSS

O que é

A coleta e transporte interno dos RSS consistem no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo, com a finalidade de disponibilização para a coleta. É nesta fase que o processo se torna visível para o usuário e o público em geral, pois os resíduos são transportados nos equipamentos de coleta (carros de coleta) em áreas comuns.

Recomendações gerais

A coleta e o transporte devem atender ao roteiro previamente definido e devem ser feitos em horários, sempre que factível, não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. A coleta deve ser feita separadamente, de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

A coleta interna de RSS deve ser planejada com base no tipo de RSS, volume gerado, roteiros (itinerários), dimensionamento dos abrigos, regularidade, frequência de horários de coleta externa. Deve ser dimensionada considerando o número de funcionários disponíveis, número de carros de coletas, EPIs e demais ferramentas e utensílios necessários.

O transporte interno dos recipientes deve ser realizado sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário. Após as coletas, o funcionário deve lavar as mãos ainda enluvasadas, retirar as luvas e colocá-las em local próprio. Ressalte-se que o funcionário também deve lavar as mãos antes de calçar as luvas e depois de retirá-las.

Os equipamentos para transporte interno (carros de coleta) devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável e providos de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, rodas revestidas de material que reduza o ruído. Também devem ser identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo nele contido. Os recipientes com mais de 400

litros de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo.

O equipamento com rodas para o transporte interno de rejeitos radioativos, além das especificações anteriores, deve ser provido de recipiente com sistema de blindagem, com tampa para acomodação de sacos de rejeitos radioativos, devendo ser monitorado a cada operação de transporte e ser submetido à descontaminação, quando necessário. Independentemente de seu volume, não poderá possuir válvula de drenagem no fundo.



O uso de recipientes desprovidos de rodas requer que sejam respeitados os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

Recomendações específicas

Para a operação de coleta interna:

- os carros de coleta devem ter, preferencialmente, pneus de borracha e estar devidamente identificados com símbolos de risco;
- estabelecer turnos, horários e frequência de coleta;
- sinalizar o itinerário da coleta de forma apropriada;
- não utilizar transporte por meio de dutos ou tubos de queda;
- diferenciar as coletas, isto é, executá-las com itinerários e horários diferentes segundo o tipo de resíduo;
- coletar resíduos recicláveis de forma separada;
- fazer a manutenção preventiva dos carros para a coleta interna e higienizá-los ao final de cada coleta.

ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO DOS RSS

O que é

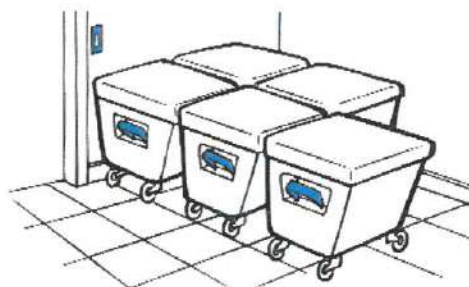
Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à disponibilização para coleta externa.

Recomendações gerais

Dependendo da distância entre os pontos de geração de resíduos e do armazenamento externo, poderá ser dispensado o armazenamento temporário, sendo o encaminhamento direto ao armazenamento para coleta externa.



Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso ou sobrepiso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.



Quando o armazenamento temporário for feito em local exclusivo, deve ser identificado como sala de resíduo que pode ser um compartimento adaptado para isso, caso não tenha sido concebida na construção, desde que atenda às exigências legais para este tipo de ambiente. A quantidade de salas de resíduos será definida em função do porte, quantidade de resíduos, distância entre pontos de geração e *lay-out* do estabelecimento.

Dependendo do volume de geração e da funcionalidade do estabelecimento, poderá ser utilizada a "sala de utilidades" de forma compartilhada. Neste caso, além da área mínima de seis metros quadrados destinados à sala de utilidades, deverá dispor, no mínimo, de mais dois metros quadrados para armazenar dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo.

A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso, além disso, resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Para melhor higienização é recomendável a existência de ponto de água e ralo sifonado com tampa escamoteável.

No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes coletores ali estacionados.

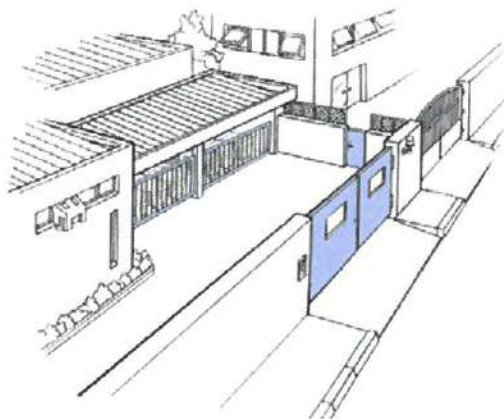
Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento devem ser conservados sob refrigeração e, quando não for possível, ser submetidos a outro método de conservação.

O local para o armazenamento dos resíduos químicos deve ser de alvenaria, fechado, dotado de aberturas teladas para ventilação, com dispositivo que impeça a luz solar direta, pisos e paredes em materiais laváveis com sistema de retenção de líquidos.

ARMAZENAMENTO EXTERNO

O que é

O armazenamento temporário externo consiste no acondicionamento dos resíduos em abrigo, em recipientes coletores adequados, em ambiente exclusivo e com acesso facilitado para os veículos coletores, no aguardo da realização da etapa de coleta externa.



Recomendações gerais

O abrigo de resíduos deve ser dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade de coleta do sistema de limpeza urbana local. Deve ser construído em ambiente exclusivo, possuindo, no mínimo, um ambiente separado para atender o armazenamento de recipientes de resíduos do grupo A juntamente com o grupo E e um ambiente para o grupo D.

O local desse armazenamento externo de RSS deve apresentar as seguintes características:

- **acessibilidade:** o ambiente deve estar localizado e construído de forma a permitir acesso facilitado para os recipientes de transporte e para os veículos coletores;
- **exclusividade:** o ambiente deve ser utilizado somente para o armazenamento de resíduos;
- **segurança:** o ambiente deve reunir condições físicas estruturais adequadas, impedindo a ação do sol, chuva, ventos etc. e que pessoas não autorizadas ou animais tenham acesso ao local;
- **higiene e saneamento:** deve haver local para higienização dos carrinhos e contenedores; o ambiente deve contar com boa iluminação e ventilação e ter pisos e paredes revestidos com materiais resistentes aos processos de higienização.

Recomendações específicas

O abrigo de resíduos do grupo A deve atender aos seguintes requisitos:

- ser construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas para ventilação, teladas, que possibilitem uma área mínima de ventilação correspondente a 1/20 da área do piso e não inferior a 0,20 m²;
- ser revestido internamente (piso e paredes) com material liso, lavável, impermeável, resistente ao tráfego e impacto;

- ter porta provida de tela de proteção contra roedores e vetores, de largura compatível com as dimensões dos recipientes de coleta externa;
- possuir símbolo de identificação, em local de fácil visualização, de acordo com a natureza do resíduo (ver tabela à pág. 43);
- possuir área específica de higienização para limpeza e desinfecção simultânea dos recipientes coletores e demais equipamentos utilizados no manejo de RSS. A área deve possuir cobertura, dimensões compatíveis com os equipamentos que serão submetidos à limpeza e higienização, piso e paredes lisos, impermeáveis, laváveis, ser provida de pontos de iluminação e tomada elétrica, ponto de água, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgotos do estabelecimento e ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação.

O estabelecimento gerador de resíduos de serviços de saúde, cuja produção semanal não exceda 700 litros e cuja produção diária não exceda 150 litros, pode optar pela instalação de um abrigo reduzido. Este deve possuir as seguintes características:

- ser exclusivo para guarda temporária de RSS, devidamente acondicionados em recipientes;
- ter piso, paredes, porta e teto de material liso, impermeável, lavável, resistente ao impacto;
- ter ventilação mínima de duas aberturas de 10 cm x 20 cm cada (localizadas uma a 20 cm do piso e outra a 20 cm do teto), abrindo para a área externa. A critério da autoridade sanitária, essas aberturas podem dar para áreas internas do estabelecimento;
- ter piso com caimento mínimo de 2% para o lado oposto à entrada, sendo recomendada a instalação de ralo sifonado ligado a rede de esgoto sanitário;
- ter identificação na porta com o símbolo de acordo com o tipo de resíduo armazenado;
- ter localização tal que não abra diretamente para áreas de permanência de pessoas, dando-se preferência a locais de fácil acesso a coleta externa.

O abrigo de resíduos do grupo B deve ser projetado, construído e operado de modo a:

- ser em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas teladas que possibilitem uma área de ventilação adequada;
- ser revestido internamente (piso e parede) com material de acabamento liso, resistente ao tráfego e impacto, lavável e impermeável;
- ter porta dotada de proteção inferior, impedindo o acesso de vetores e roedores;
- ter piso com caimento na direção das canaletas ou ralos;
- estar identificado, em local de fácil visualização, com sinalização de segurança - com as palavras RESÍDUOS QUÍMICOS - com símbolo (ver tabela à pág. 43);

- prever a blindagem dos pontos internos de energia elétrica, quando houver armazenamento de resíduos inflamáveis;
- ter dispositivo de forma a evitar incidência direta de luz solar;
- ter sistema de combate a incêndio por meio de extintores de CO₂ e PQS (pó químico seco);
- ter kit de emergência para os casos de derramamento ou vazamento, incluindo produtos absorventes;
- armazenar os resíduos constituídos de produtos perigosos corrosivos e inflamáveis próximos ao piso;
- observar as medidas de segurança recomendadas para produtos químicos que podem formar peróxidos;
- não receber nem armazenar resíduos sem identificação;
- organizar o armazenamento de acordo com critérios de compatibilidade, segregando os resíduos em bandejas;
- manter registro dos resíduos recebidos;
- manter o local trancado, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas.

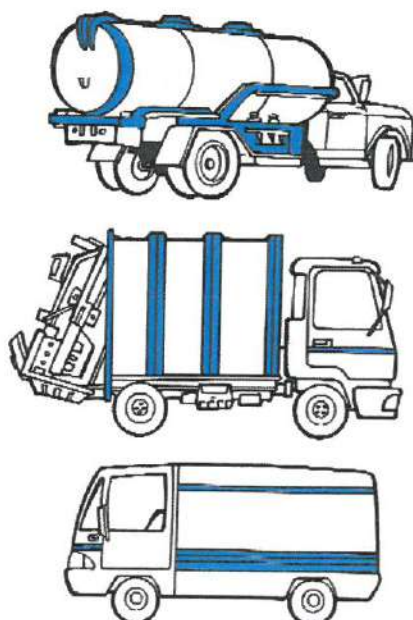
COLETA E TRANSPORTE EXTERNO DOS RSS

O que é

A coleta externa consiste na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. Deve estar de acordo com as regulamentações do órgão de limpeza urbana.

Recomendações gerais

No transporte dos RSS podem ser utilizados diferentes tipos de veículos, de pequeno até grande porte, dependendo das definições técnicas dos sistemas municipais. Geralmente para esses resíduos são utilizados dois tipos de carrocerias: montadas sobre chassi de veículos e do tipo furgão, ambas sem ou com baixa compactação, para evitar que os sacos se rompam. Os sacos nunca devem ser retirados do suporte durante o transporte, também para evitar ruptura.





Tome nota:

Para que o gerenciamento dentro e fora do estabelecimento possa ser eficaz é necessário que o poder público se envolva e estabeleça leis e regulamentos sobre a gestão de resíduos de serviços de saúde, assumindo o seu papel de gestor local.

O pessoal envolvido na coleta e transporte dos RSS deve observar rigorosamente a utilização dos EPIs e EPCs adequados.

Em caso de acidente de pequenas proporções, a própria equipe encarregada da coleta externa deve retirar os resíduos do local atingido, efetuando a limpeza e desinfecção simultânea, mediante o uso dos EPIs e EPCs adequados. Em caso de acidente de grandes proporções, a empresa e/ou administração responsável pela execução da coleta externa deve notificar imediatamente os órgãos municipais e estaduais de controle ambiental e de saúde pública.

Ao final de cada turno de trabalho, o veículo coletor deve sofrer limpeza e desinfecção simultânea, mediante o uso de jato de água, preferencialmente quente e sob pressão. Esses veículos não podem ser lavados em postos de abastecimento comuns. O método de desinfecção do veículo deve ser alvo de avaliação por parte do órgão que licencia o veículo coletor.

Recomendações específicas

Para a coleta de RSS do grupo A o veículo deve ter os seguintes requisitos:

- ter superfícies internas lisas, de cantos arredondados e de forma a facilitar a higienização;
- não permitir vazamentos de líquidos e ser provido de ventilação adequada;
- sempre que a forma de carregamento for manual, a altura de carga deve ser inferior a 1,20 m;
- quando possuir sistema de carga e descarga, este deve operar de forma a não permitir o rompimento dos recipientes;
- quando forem utilizados contenedores, o veículo deve ser dotado de equipamento hidráulico de basculamento;
- para veículo com capacidade superior a 1 tonelada, a descarga pode ser mecânica; para veículo com capacidade inferior a 1 tonelada, a descarga pode ser mecânica ou manual;
- o veículo coletor deve contar com os seguintes equipamentos auxiliares: pá, rodo, saco plástico de reserva, solução desinfetante;
- devem constar em local visível o nome da municipalidade, o nome da empresa coletora (endereço e telefone), a especificação dos resíduos transportáveis, com o número ou código estabelecido na NBR 10004, e o número do veículo coletor;

- com sinalização externa;
- exibir a simbologia para o transporte rodoviário;
- ter documentação que identifique a conformidade para a execução da coleta, pelo órgão competente.

Para a coleta de RSS do grupo B, resíduos químicos perigosos, o veículo deve atender aos seguintes requisitos:

- observar o Decreto Federal nº 96.044, de 18 de maio de 1988, e a Portaria Federal nº 204, de 20 de maio de 1997;
- portar documentos de inspeção e capacitação, em validade, atestando a sua adequação, emitidos pelo Instituto de Pesos e Medidas ou entidade por ele credenciada.

TECNOLOGIAS DE TRATAMENTO DOS RSS

O que é

Entende-se por tratamento dos resíduos sólidos, de forma genérica, quaisquer processos manuais, mecânicos, físicos, químicos ou biológicos que alterem as características dos resíduos, visando a minimização do risco à saúde, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador.

Pela Resolução ANVISA nº 306/04, o tratamento consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de danos ao meio ambiente.

O tratamento pode ser feito no estabelecimento gerador ou em outro local, observadas, nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de RSS devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/97 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

Há várias formas de se proceder ao tratamento: desinfecção química ou térmica (autoclavagem, microondas, incineração), detalhados a seguir.

Desinfecção para tratamento dos resíduos do grupo A - As tecnologias de desinfecção mais conhecidas são a autoclavagem, o uso do microondas e a incineração. Estas tecnologias alternativas de tratamento de resíduos de serviços de saúde permitem um encaminhamento dos resíduos tratados para o circuito normal de resíduos sólidos urbanos (RSU), sem qualquer risco para a saúde pública.

De acordo com o documento *Technical Assistance Manual: State Regulatory Oversight of Medical Waste Treatment Technology*, da EPA, EUA, existem diversos níveis de inativação microbiana. Para as tecnologias de tratamento de resíduos de serviços de saúde, é necessário atingir pelo menos o nível 3.

(PARA SABER MAIS, consulte a tabela adiante)

Níveis de inativação microbiana de acordo com a Environment Protection Agency - EPA, EUA	
Nível de Inativação	Descrição
Nível 1	Inativação de bactérias vegetativas, fungos e vírus lipofílicos com uma redução maior ou igual a 6 Log ₁₀
Nível 2	Inativação de bactérias vegetativas, fungos e vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com uma redução maior ou igual a 6 Log ₁₀
Nível 3	Inativação de bactérias vegetativas, fungos e vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com uma redução maior ou igual a 6 Log ₁₀ e inativação de esporos de <i>B. staerothermophilus</i> ou <i>B. subtilis</i> com uma redução maior ou igual a 4 Log ₁₀
Nível 4	Inativação de bactérias vegetativas, fungos e vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias e inativação de esporos de <i>B. staerothermophilus</i> ou <i>B. subtilis</i> com uma redução maior ou igual a 6 Log ₁₀

A descontaminação com utilização de vapor em altas temperaturas (autoclavagem) - É um tratamento que consiste em manter o material contaminado em contato com vapor de água, a uma temperatura elevada, durante período de tempo suficiente para destruir potenciais agentes patogênicos ou reduzi-los a um nível que não constitua risco. O processo de autoclavagem inclui ciclos de compressão e de descompressão de forma a facilitar o contato entre o vapor e os resíduos. Os valores usuais de pressão são da ordem dos 3 a 3,5 bar e a temperatura atinge os 135°C. Este processo tem a vantagem de ser familiar aos técnicos de saúde, que o utilizam para processar diversos tipos de materiais hospitalares.

O processo normal de autoclavagem comporta basicamente as seguintes operações:

- pré-vácuo inicial: criam-se condições de pressões negativas de forma a que na fase seguinte o vapor entre em contato com os resíduos;
- admissão de vapor: introdução de vapor na autoclave e aumento gradual da pressão de forma a criar condições para o contato entre o vapor e os resíduos e para destruição de invólucros que limitem o acesso do vapor a todas as superfícies;
- exposição: manutenção de temperaturas e pressões elevadas durante um determinado período de tempo até se concluir o processo de descontaminação.

De acordo com a carga a tratar, o operador define o tempo e a temperatura de cada ciclo;

- **exaustão lenta:** libertação gradual do vapor que passa por um filtro poroso com uma malha suficientemente fina para impedir a passagem de microorganismos para o exterior da autoclave. Diminuição gradual da pressão até a pressão de 1 atmosfera;
- **arrefecimento da carga:** redução da carga até uma temperatura que permita a retirada dos resíduos da autoclave.

Para verificar as condições de funcionamento dessas unidades pode ser feito um teste, de forma a ser atingido o nível de inativação 3, de acordo com o definido pela EPA. Esse sistema de tratamento deve estar licenciado pelo órgão ambiental competente.

Após processados, esses resíduos sólidos tratados devem ser encaminhados para disposição final licenciada pelo órgão ambiental competente.

Os efluentes líquidos gerados pelo sistema de autoclavagem devem ser tratados, se necessário, e atender aos limites de emissão dos poluentes estabelecidos na legislação ambiental vigente, antes de seu lançamento em corpo de água ou rede de esgoto.

Tratamento com utilização de microondas de baixa ou de alta frequência - É uma tecnologia relativamente recente de tratamento de resíduo de serviços de saúde e consiste na descontaminação dos resíduos com emissão de ondas de alta ou de baixa frequência, a uma temperatura elevada (entre 95 e 105°C). Os resíduos devem ser submetidos previamente a processo de trituração e umidificação.

Para verificar as condições de funcionamento dessas unidades pode ser feito um teste, de forma a ser atingido o nível de inativação 3, de acordo com o definido pela EPA. Esse sistema de tratamento deve estar licenciado pelo órgão ambiental competente.

Após processados, esses resíduos tratados devem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado pelo órgão ambiental.

Tratamento térmico por incineração - É um processo de tratamento de resíduos sólidos que se define como a reação química em que os materiais orgânicos combustíveis são gaseificados, num período de tempo prefixado. O processo se dá pela oxidação dos resíduos com a ajuda do oxigênio contido no ar.

A incineração dos resíduos é um processo físico-químico de oxidação a

temperaturas elevadas que resulta na transformação de materiais com redução de volume dos resíduos, destruição de matéria orgânica, em especial de organismos patogênicos.

A concepção de incineração em dois estágios segue os seguintes princípios: temperatura, tempo de resistência e turbulência. No primeiro estágio, os resíduos na câmara de incineração de resíduos são submetidos a temperatura mínima de 800°C, resultando na formação de gases que são processados na câmara de combustão. No segundo estágio, as temperaturas chegam a 1000°C-1200°C (E15011).

Após a incineração dos RSS, os poluentes gasosos gerados devem ser processados em equipamento de controle de poluição (ECP) antes de serem liberados para a atmosfera, atendendo aos limites de emissão estabelecidos pelo órgão de meio ambiente. Dentre os poluentes produzidos destacam-se ácido clorídrico, ácido fluorídrico, óxidos de enxofre, óxidos de nitrogênio, metais pesados, particulados, dioxinas e furanos.

Além dos efluentes gasosos gerados no sistema de incineração, ocorre a geração de cinzas e escórias da câmara de incineração de resíduos e outros poluentes sólidos do ECP, bem como efluentes líquidos gerados da atividade desse sistema de tratamento. As cinzas e escórias, em geral, contêm metais pesados em alta concentração e não podem, por isso, ir para aterros sanitários, sendo necessário um aterro especial para resíduos perigosos. Os efluentes líquidos gerados pelo sistema de incineração devem atender aos limites de emissão de poluentes estabelecidos na legislação ambiental vigente.

(PARA SABER MAIS sobre tratamentos recomendados, consulte o anexo 5).

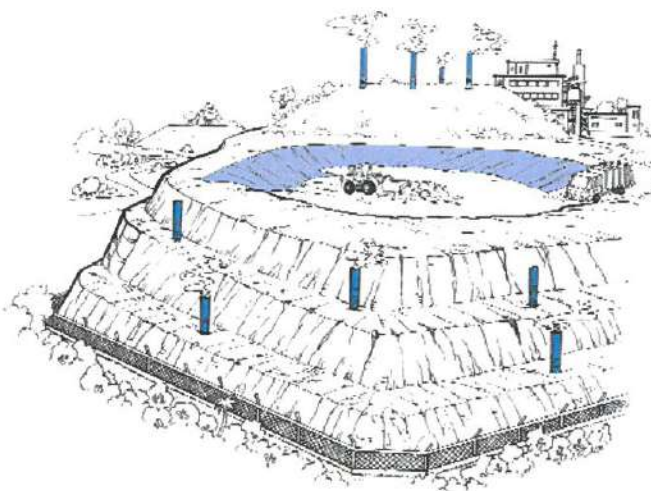
DISPOSIÇÃO FINAL DOS RSS

O que é

Consiste na disposição definitiva de resíduos no solo ou em locais previamente preparados para recebê-los. Pela legislação brasileira a disposição deve obedecer a critérios técnicos de construção e operação, para as quais é exigido licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/97. O projeto deve seguir as normas da ABNT.

As formas de disposição final dos RSS atualmente utilizadas são: aterro sanitário, aterro de resíduos perigosos classe I (para resíduos industriais), aterro controlado, lixão ou vazadouro e valas.

Aterro sanitário - É um processo utilizado para a disposição de resíduos sólidos no solo de forma segura e controlada, garantindo a preservação ambiental e a saúde pública. O sistema está fundamentado em critérios de engenharia e normas operacionais específicas.



Este método consiste na compactação dos resíduos em camada sobre o solo devidamente impermeabilizado (empregando-se, por exemplo, um trator de esteira) e no controle dos efluentes líquidos e emissões gasosas. Seu recobrimento é feito diariamente com camada de solo, compactada com espessura de 20 cm, para evitar proliferação de moscas; aparecimento de roedores, moscas e baratas; espalhamento de papéis, lixo, pelos arredores; poluição das águas superficiais e subterrâneas.

O principal objetivo do aterro sanitário é dispor os resíduos no solo de forma segura e controlada, garantindo a preservação ambiental e a saúde.

Aterro de resíduos perigosos - classe I - aterro industrial - Técnica de disposição final de resíduos químicos no solo, sem causar danos ou riscos à saúde pública, minimizando os impactos ambientais e utilizando procedimentos específicos de engenharia para o confinamento destes.

Lixão ou vazadouro - Este é considerado um método inadequado de disposição de resíduos sólidos e se caracteriza pela simples descarga de resíduos sobre o solo, sem medidas de proteção ao meio ambiente e à saúde. É altamente prejudicial à saúde e ao meio ambiente, devido a aparecimento de vetores indesejáveis, mau cheiro, contaminação das águas superficiais e subterrâneas, presença de catadores, risco de explosões, devido à geração de gases (CH_4) oriundos da degradação do lixo.

Aterro controlado - Trata-se de um lixão melhorado. Neste sistema os resíduos são descarregados no solo, com recobrimento de camada de material inerte, diariamente. Esta forma não evita os problemas de poluição, pois é carente de sistemas de drenagem, tratamento de líquidos, gases, impermeabilização etc.

Valas sépticas - Esta técnica, com a impermeabilização do solo de acordo com a norma da ABNT, é chamada de Célula Especial de RSS e é empregada em

pequenos municípios. Consiste no preenchimento de valas escavadas impermeabilizadas, com largura e profundidade proporcionais à quantidade de lixo a ser aterrada. A terra é retirada com retro-escavadeira ou trator que deve ficar próxima às valas e, posteriormente, ser usada na cobertura diária dos resíduos. Os veículos de coleta depositam os resíduos sem compactação diretamente no interior da vala e, no final do dia, é efetuada sua cobertura com terra, podendo ser feita manualmente ou por meio de máquina.



Tome nota:

De acordo com a Resolução CONAMA nº 358/04 para os municípios ou associações de municípios com população urbana até 30.000 habitantes, conforme dados do último censo disponível do IBGE/2000, e que não disponham de aterro sanitário licenciado, admite-se a disposição final em solo obedecendo aos critérios mínimos estabelecidos no Anexo II daquela Resolução com a devida aprovação do órgão de meio ambiente. Essa condição é admitida de forma excepcional, e tecnicamente motivada, por meio de termo de ajuste de conduta, com cronograma definido das etapas de implantação e com prazo máximo de três anos.

RECICLAGEM DE RSS

O que é

A RDC ANVISA nº 306/04 define reciclagem como “o processo de transformação dos resíduos que utiliza técnicas de beneficiamento para reprocessamento ou obtenção de matéria-prima para fabricação de novos produtos”.

Os benefícios da reciclagem são:

- diminuição da quantidade de resíduos a ser disposta no solo;
- economia de energia;
- preservação de recursos naturais e outros.

Os resíduos que são utilizados freqüentemente na reciclagem são: matéria orgânica; papel; plástico; metal; vidro; e entulhos. Um resumo de cada se apresenta a seguir.

Reciclagem de matéria orgânica - compostagem - A compostagem é a decomposição da matéria orgânica proveniente de restos de origem animal ou vegetal, por meio de processos biológicos microbianos. O produto final é chamado de composto e é aplicado no solo com o objetivo de melhorar suas características, sem comprometer o meio ambiente. As características do composto devem seguir as legislações específicas do Ministério da Agricultura. Em um estabelecimento de serviços de saúde pode-se encontrar a matéria orgânica para a compostagem nos restos de alimentos provenientes da cozinha, das podas de árvores, jardins etc.

Reciclagem de papel - É a técnica que emprega papéis usados para a fabricação de novos papéis. A maioria dos papéis é reciclável. Em um estabelecimento prestador de serviços de saúde esta matéria-prima está nas embalagens, papel de escritório, incluindo os de carta, blocos de anotações, copiadoras, impressoras, revistas e folhetos.

Reciclagem de plásticos - É a conversão de resíduos plásticos descartados no lixo em novos produtos. Em um estabelecimento prestador de serviços de saúde podem ser encontrados: baldes, garrafas de água mineral, frascos de detergentes e de produtos de limpeza, garrafas de refrigerantes, sacos de leite etc.

Reciclagem de vidro - O vidro é um material não poroso que resiste a altas temperaturas, sem que haja perda de suas propriedades físicas e químicas. As embalagens de vidro podem ser reutilizadas diversas vezes. O vidro é 100% reciclável. Assim, todas as embalagens de vidro, que não apresentem risco biológico, radiológico e químico, encontradas em um estabelecimento prestador de serviços de saúde, podem ser recicláveis.

Reciclagem de metais - Engloba os metais ferrosos e os não ferrosos. O de maior interesse e valor comercial é o metal não ferroso, pois é grande sua procura pelas maiores indústrias. Algumas embalagens, porém, não podem ser utilizadas para a reciclagem, como latas de conservas alimentícias, de óleo, de tinta a base de água, de bebidas etc.

Reciclagem de resíduos da construção civil - É o reaproveitamento de fragmentos ou restos de tijolo, concreto, argamassa, aço, madeira etc., provenientes do desperdício na construção, reforma e/ou demolição de estruturas da edificação, encontrados em estabelecimentos de saúde em construção ou em reforma.

Outros resíduos - Resíduos como pilhas e baterias, lâmpadas fluorescentes e resíduos tóxicos, contidos em embalagens (lata de tinta etc.), também são passíveis de reciclagem e possuem regulamentação específica.

EDUCAÇÃO CONTINUADA

O que é

O programa de educação continuada, previsto na RDC ANVISA nº 306/04, visa orientar, motivar, conscientizar e informar permanentemente a todos os envolvidos sobre os riscos e procedimentos adequados de manejo, de acordo com os preceitos do gerenciamento de resíduos. De acordo com a RDC ANVISA nº 306/04, os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício dos profissionais.

O sucesso do programa depende da participação consciente e da cooperação de todo o pessoal envolvido no processo. Normalmente, os profissionais envolvidos são: médicos, enfermeiros, auxiliares, pessoal de limpeza, coletores internos e externos, pessoal de manutenção e serviços.

O programa deve se apoiar em instrumentos de comunicação e sinalização e abordar os seguintes temas, de modo geral:

- Noções gerais sobre o ciclo da vida dos materiais.
- Conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS.
- Visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município.
- Definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco.
- Orientações sobre biossegurança (biológica, química e radiológica).
- Orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos.
- Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento.
- Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais.
- Identificação das classes de resíduos.
- Conhecimento das responsabilidades e de tarefas.
- Medidas a serem adotadas pelos trabalhadores na prevenção e no caso de ocorrência de incidentes, acidentes e situações emergenciais.
- Orientações sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPIs e Coletiva - EPCs específicos de cada atividade, bem como sobre a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação.
- Orientações sobre higiene pessoal e dos ambientes.
- Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta.

Quando realizar: frequência

O programa deve ter em conta as constantes alterações no quadro funcional e na própria logística dos estabelecimentos e a necessidade de que os conhecimentos adquiridos sejam reforçados periodicamente.

O ideal é que o programa de educação seja ministrado:

- a) antes do início das atividades dos empregados;
- b) em periodicidade predefinida;
- c) sempre que ocorra uma mudança das condições de exposição dos trabalhadores aos agentes físicos, químicos, biológicos.

Recomendações específicas

Nos programas de educação continuada há de se levar em consideração que os profissionais que atuam no processo podem não ter em sua formação noções sobre cuidados ambientais. Via de regra, sua formação é específica, técnica e não proporciona o preparo necessário para a busca de condições que propiciem a minimização de riscos, tanto os que são inerentes à execução de suas atividades quanto os que envolvem o meio ambiente.

Assim, são procedentes algumas sugestões para levar a cabo essa tarefa:

- organizar a capacitação em módulos para as diferentes categorias envolvidas no processo, adequando a linguagem e conteúdos às funções e atividades e deixando claro seu respectivo nível de responsabilidade. É essencial definir metas, expectativas a serem atingidas e as competências para a execução das atividades;
- capacitar, sensibilizar e motivar médicos, enfermeiras e auxiliares em todos os assuntos relativos aos RSS, enfatizando o processo de segregação, uma vez que a segregação (separação e acondicionamento) dos RSS é a chave de todo o processo de manejo;
- ministrar capacitação do pessoal de limpeza de maneira cuidadosa. Devem ser incluídos conhecimentos sobre o impacto da realização inadequada dos serviços no processo de gerenciamento de resíduos. Também devem ser ensinados princípios básicos de procedimentos, conforme define o item 20 da RDC nº 306/04;
- incluir um módulo de divulgação dirigido ao pessoal que não esteja diretamente envolvido com os RSS, para que conheçam os métodos utilizados e os possíveis riscos do ambiente de trabalho;
- agregar em todos os módulos de capacitação, informação sobre as situações de emergência;
- avaliar constantemente o programa de capacitação;
- utilizar técnicas participativas apoiadas por materiais audiovisuais, cartazes, folhetos etc.



Tome nota:

O empregador deve manter os documentos comprobatórios da realização do treinamento que informem a carga horária, o conteúdo ministrado, o nome e a formação profissional do instrutor e os trabalhadores envolvidos.

Educação ampliada - Embora não conste como responsabilidade legal do gerador, ressaltamos a importância da educação ampliada, ou seja, a informação e educação de outros segmentos direta ou indiretamente envolvidos na gestão dos RSS. Esse programa de educação ampliada pode se dar através de eventos e materiais gráficos informativos, especialmente voltados à comunidade do entorno, aos pacientes e aos outros grupos que têm algum contato ou influência na gestão dos RSS.

Educação ao paciente - Também devem ser produzidos materiais de divulgação educativos a respeito das medidas de higiene e manejo adequado de RSS voltados aos pacientes, acompanhantes e visitantes. É necessário que eles também estejam conscientes dos riscos envolvidos, que saibam que existem áreas de risco e os tipos de RSS que são perigosos, assim como devem ser informados sobre os procedimentos de segregação adequados.

Educação do público externo - Consiste em informar e educar o público em geral: a população, especialmente as comunidades próximas à unidade de saúde, e as pessoas envolvidas na coleta de lixo. Neste segmento se incluem as associações comunitárias, bem como os grupos vulneráveis, especialmente os catadores de lixo. Tanto crianças como adultos devem estar conscientes dos perigos que os RSS representam, para que evitem os riscos e para que informem as autoridades sobre situações anormais, como a venda de seringas usadas ou de recipientes de produtos químicos.

Deve-se advertir aos usuários regulares sobre o perigo das seringas. O mesmo deve ser feito com relação à utilização de recipientes que tenham comportado produtos químicos perigosos, como os pesticidas, remédios etc.

SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR

O que é

A proteção à saúde e segurança dos trabalhadores nos estabelecimentos prestadores de serviços de saúde em geral deve ser considerada relevante para o cumprimento das metas estabelecidas no PGRSS.

É fundamental garantir transparência nas relações de emprego e trabalho. É isso que deve se refletir, claramente, nas questões de saúde e segurança do trabalhador em todas as etapas de trabalho. Além das condições adequadas é necessário informar o trabalhador, da melhor forma possível, sobre:

- 1) características das etapas do processo e da organização do trabalho;
- 2) os riscos existentes;
- 3) as causas dos riscos;
- 4) medidas de controle de risco (ou preventivas):
 - a) medidas e equipamentos de proteção coletiva:
 - i) necessárias;
 - ii) existentes;
 - b) medidas e equipamentos de proteção individual;
- 5) procedimentos em caso de:
 - a) acidente;
 - b) incidente;
 - c) doenças;
 - d) agravos à saúde;
 - e) absenteísmo, como reflexo de sintomas de agravos à saúde.

Os treinamentos devem estar imbuídos do espírito de transparência e contemplar a seqüência descrita.

A proteção à saúde e segurança dos trabalhadores está contemplada na filosofia das três etapas fundamentais de análise de riscos:

1. reconhecimento dos riscos existentes no processo de trabalho;
2. estudo e análise da conjuntura existente, inclusive definindo pontos críticos de controle;
3. controle dos riscos existentes.

O cumprimento da seqüência das duas primeiras etapas é importante para se atingir, da melhor forma possível, o principal objetivo que é "o controle dos riscos existentes".

Dentro da análise de riscos são especificadas prioridades para os níveis de intervenção das medidas de controle:

- 1ª prioridade: eliminação da fonte poluidora (ou contaminante);
- 2ª prioridade: controle de risco na fonte geradora (proteção coletiva);
- 3ª prioridade: controle do risco no meio, entre a fonte e os indivíduos (proteção coletiva);
- 4ª prioridade: controle do risco a que está exposto o indivíduo diretamente envolvido (proteção individual).

Análise específica de riscos de resíduos de serviços de saúde - Todo o processo pode ser representado por um fluxograma que permite visualizar

os componentes da conjuntura em estudo. A legislação trabalhista dá o nome de **mapeamento de riscos** a esse estudo.

No caso dos resíduos de serviços de saúde poderia ser elaborado um fluxograma específico. A partir deste fluxograma pode-se estudar e documentar os aspectos seguintes:

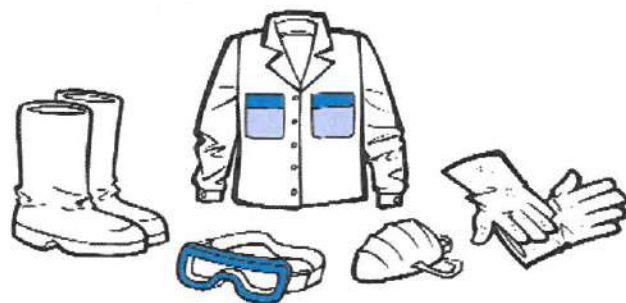
- atividades envolvidas;
- produtos e equipamentos envolvidos;
- recursos humanos envolvidos;
- riscos existentes;
- danos possíveis (acidentes, doenças, agravos, incidentes);
- medidas de controle necessárias;
- medidas de controle existentes.

Quanto às medidas de controle:

- normalmente são propostas mais de uma medida, para "cercar o risco";
- estas medidas possuem algumas "linhas de conduta" para proteção coletiva; organização do trabalho; proteção individual; treinamento (sempre fundamental); etc.

Equipamentos de proteção - Os equipamentos de proteção são todos os dispositivos destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador.

Os equipamentos de proteção devem ser utilizados pelos funcionários que manuseiam os resíduos e devem ser os mais adequados para lidar com os tipos de resíduos de serviços de saúde. Devem ser utilizados de acordo com as recomendações normativas do Ministério do Trabalho.



4. PASSO A PASSO: COMO ELABORAR E IMPLEMENTAR O PGRSS

Todo gerador deve elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, conforme estipulam a RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/05 (PARA SABER MAIS, ver o capítulo 2 e os anexos).



Tome nota: O que é o PGRSS

É o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente.

O PGRSS deve obedecer a critérios técnicos, legislações sanitárias e ambientais, normas locais de coleta e transporte dos serviços de limpeza urbana, especialmente os relativos aos resíduos gerados nos serviços de saúde (PARA SABER MAIS, ver anexo 1).

O estabelecimento deve manter cópia do PGRSS disponível para consulta, sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e clientes e do público em geral. Os órgãos de saúde e de meio ambiente poderão, a seu critério, exigir avaliação do PGRSS antes de sua implantação.

As etapas de implantação

O PGRSS não é só um registro de intenções, mas, vai além, pois aborda as condições de implementação e acompanhamento, o que exige diversas providências. Por isso, descrevem-se, neste capítulo, quais são essas providências, sob a forma de uma seqüência de tarefas, "passo-a-passo".

O "passo-a-passo" é, pois, a organização das etapas de trabalho de maneira hierárquica, por ordem de prioridade, necessárias para a elaboração e

implementação do PGRSS. Ele facilita a tomada de decisões e a consulta de todos os interessados. A metodologia pode ser aplicada a qualquer estabelecimento prestador de serviços de saúde, abrangendo todas as tarefas necessárias para atender às legislações vigentes, de forma mais eficiente e eficaz.



Tome nota: PGRSS dos estabelecimentos de atenção individualizada

Os resíduos de serviços de saúde - RSS gerados por estabelecimentos de atenção individualizada caracterizam-se por uma dispersão territorial significativa, pequeno volume de geração e inexistência

de processos de gestão de RSS.

Nestes estabelecimentos, o PGRSS deve conter as informações necessárias ao correto gerenciamento dos resíduos, apresentadas neste passo-a-passo, podendo, em função do perfil de geração, ser elaborado de forma simplificada.

Ressalte-se que nenhuma situação é estática. Quando se faz o diagnóstico, por exemplo, ele dá conta de uma situação específica, num momento determinado (como um retrato). Por isso, o plano é avaliado de modo cíclico, pois ele deve ser ajustado continuamente (por exemplo, a cada ano), de acordo com os contextos sempre mutáveis.



Tome nota:

Nos estabelecimentos que tenham um ou mais serviços terceirizados com alvarás sanitários individualizados, o PGRSS deverá ser único e contemplar todos os serviços existentes, sob responsabilidade técnica do estabelecimento concessionário.

Os serviços novos submetidos a reformas ou ampliação devem encaminhar o PGRSS juntamente com o projeto básico de arquitetura para a vigilância sanitária local, quando da solicitação do alvará sanitário.

Os serviços que geram rejeitos radioativos devem contar com profissional devidamente registrado pela CNEN nas áreas de atuação correspondentes, conforme a norma NE 6.01 ou NE 3.03 da CNEN.



Seqüência dos passos para elaboração do PGRSS

Passo 1 - Identificação do problema

Abrange o reconhecimento do problema e a sinalização positiva da administração para início do processo.



O que fazer

- Definir, provisoriamente, um responsável pelas tarefas.
- Analisar os contextos local, estadual e nacional no qual deverá se inserir o PGRSS, nos aspectos econômico, social, político, jurídico etc.
- Identificar as políticas nacionais em vigor no campo de resíduos sólidos.
- Levantar o que já é realizado na gestão de resíduos nos serviços públicos, Ongs, grupos de base, iniciativas locais.



- Estudar a documentação existente: relatórios internos, literatura sobre o assunto, estatísticas oficiais, alvarás, autos, licenciamento, etc.
- Realizar uma avaliação preliminar dos resíduos de serviços de saúde - RSS gerados pelo estabelecimento e da gestão destes.
- Mapear todas as áreas do estabelecimento envolvidas com RSS.

- Elaborar uma estratégia de trabalho.
- Obter o respaldo da direção da instituição.
- Discutir com a direção todas as etapas de trabalho.



Resultado do passo 1:

- *conhecimento preliminar do problema;*
- *plano preliminar de trabalho;*
- *aprovação da Diretoria.*

Passo 2 - Definição da equipe de trabalho

Abrange a definição de quem faz o que e como.



O que fazer

- Designar profissional para a elaboração e implantação do PGRSS. Os requisitos para a função são:
 - ter registro ativo junto ao seu conselho de classe;
 - apresentar a Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, ou o Certificado de Responsabilidade Técnica, ou documento similar quando couber.
 - Compor uma equipe de trabalho, de acordo com a tipificação dos resíduos gerados.





Tome nota: a escolha da equipe

O responsável legal é aquele que consta do alvará sanitário emitido pela vigilância sanitária. O responsável pelo PGRSS deve atender às exigências do capítulo IV da RDC nº 306/04. O responsável técnico dos serviços de atendimento individualizado pode ser o

responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

Quanto mais complexos forem os processos encontrados no estabelecimento, maiores são as exigências técnicas da equipe que deverá elaborar e implementar o PGRSS. Em estabelecimentos maiores, o grupo deve ser multidisciplinar.

O sucesso de qualquer trabalho depende muito da maneira como são escolhidos os membros de uma equipe e de como estes utilizam os recursos, como dividem o trabalho e normatizam sua relação interna (para a comunicação, a gestão de conflitos e outros processos). Por isso, recomenda-se que a escolha dos membros da equipe deve estar respaldada em:

- *formação técnica para as tarefas;*
- *responsabilidades: qualificações para as atribuições e funções;*
- *avaliação das competências de cada um e sua melhor utilização.*

A equipe de trabalho deve ser treinada adequadamente para as tarefas e participar de todas as etapas do plano. O responsável pelo PGRSS deve elaborar, desenvolver, implantar e avaliar a aplicação do PGRSS, de acordo com as especificações legais já mencionadas e supervisionar todas as etapas do plano.



Resultado do passo 2:

- *responsável pelo PGRSS definido;*
- *equipe de trabalho composta e treinada.*

Passo 3 - Mobilização da organização

Abrange o envolvimento da organização para a realização do PGRSS. Objetiva sensibilizar os funcionários sobre o processo que será iniciado, disseminando informações gerais e específicas sobre RSS e o PGRSS.

O que fazer

- Promover reuniões com os vários setores para apresentar a idéia, o possível esquema de trabalho e o que é esperado de cada unidade.
- Promover atividades de sensibilização sobre a temática, como, por exemplo, conferências, oficinas, filmes e outras.
- Criar formas permanentes de comunicação com os funcionários, como, por exemplo, um painel que seja regularmente atualizado com informações

sobre temáticas ambientais e o desenvolvimento do PGRSS.

- Organizar campanhas de sensibilização sobre necessidade do PGRSS.
- Preparar um questionário para levantar a percepção dos funcionários sobre o meio ambiente, de forma a identificar eventuais questões chaves relacionadas aos resíduos de serviços de saúde.
- Divulgar os resultados da pesquisa a todos os funcionários, por meio de cartazes, folhetos e outros meios disponíveis na organização.



Tome nota:

Todas estas sugestões podem e devem ser interligadas, fazendo parte de um plano de comunicação. Assim, terão maior eficácia.



Resultado do passo 3:

- conhecimento, por todos os funcionários, da importância de se gerenciar os RSS e do que é o PGRSS;
- envolvimento dos funcionários na execução, implantação e manutenção do PGRSS.

Passo 4 - Diagnóstico da situação dos RSS



Abrange o estudo da situação do estabelecimento em relação aos RSS. A análise identifica as condições do estabelecimento, as áreas críticas. Fornece os dados necessários para a implantação do plano de gestão.





Tome nota:

É necessário efetuar o registro preciso e cuidadoso de todas as informações obtidas que serão utilizadas no próximo passo.

O que fazer

Levantamento das atividades

- Proceder ao levantamento de todas as atividades do estabelecimento, com visitas às áreas administrativas, setores ou unidades especializadas e outras.



Tome nota:

As atividades devem ser informadas pelo profissional da saúde responsável pelo setor.

O profissional que está realizando o levantamento deve ter capacidade técnica para relacionar os possíveis tipos de resíduos em função do tipo de atividade daquele setor.

Identificação dos resíduos

- Identificar os resíduos, classificados nos grupos definidos - A, B, C, D, E, recicláveis (papel, plástico, metal, vidro, matéria orgânica) - (PARA SABER MAIS, ver capítulo 3 e anexo 3). É importante verificar detalhes sobre os tipos de resíduos, bem como condições específicas em que são gerados no estabelecimento.



Tome nota:

Em situações excepcionais, mas não raras, pode-se ter um determinado resíduo de origem desconhecida. Nestes casos, deve-se proceder da seguinte maneira:

1. *Avaliar as características do resíduo, em relação à sua periculosidade.*
2. *Identificar os possíveis riscos associados para a adoção de medidas de controle.*

Acondicionamento dos resíduos (PARA SABER MAIS, consulte o anexo 5)

- Identificar que tipos de recipientes são utilizados como contenedores dos RSS.
- Identificar os tipos de embalagens: sacos, plásticos, bombonas, caixa de papelão, caixa para perfurocortantes etc.
- Verificar se a quantidade de embalagens é compatível com os resíduos gerados.

- Identificar e verificar se existe definição e padronização dos contenedores e embalagens.
- Verificar se estão sendo respeitados os limites de preenchimento dos contenedores e embalagens.
- Verificar a adequação das embalagens para os resíduos químicos perigosos, em função das suas propriedades físicas.
- Verificar a existência de acondicionamento em recipiente adequado para os perfurocortantes.
- Verificar se os contenedores são de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura, com cantos arredondados e resistentes ao tombamento.

Coleta e transporte interno

- Verificar se a coleta está sendo feita separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.
- Descrever as coletas abordando sua forma em função do grupo de resíduos, tipos de recipientes, carros de coleta, equipe, quantidade, frequência, fluxos de resíduos etc.
- Verificar se o dimensionamento da coleta está adequado ao volume gerado, número de funcionários disponíveis, número de carros de coletas, equipamentos de proteção individual - EPIs necessários conforme as normas de saúde e segurança do trabalho e demais ferramentas e utensílios utilizados na coleta.
- Verificar se existe padronização de turnos, horários e frequência de coleta para os diferentes tipos de resíduos.
- Verificar a técnica do manuseio da coleta: fechamento dos sacos, transporte dos sacos, uso de EPIs.
- Verificar se o tipo de resíduo está compatível com a cor do saco.
- Verificar se, para o transporte manual, os recipientes estão adequados.
- Verificar o transporte mecânico e uso de carro de coleta.
- Verificar se os carros de coleta estão devidamente identificados com símbolos de segurança.
- Verificar o estado de conservação dos carros de coleta.

Fluxo da coleta interna

- Verificar o traçado e desenhar os roteiros (itinerários) das coletas até o abrigo externo.
- Levantar as frequências, fluxo, nível de ruído e horário das coletas.
- Levantar e sistematizar as características de cada roteiro para os diversos resíduos.
- Verificar a compatibilidade de roteiros previamente definidos para cada tipo de resíduo e horários das coletas em função da distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades.

e

Quantificação dos RSS

- Levantar a quantidade de cada tipo de resíduo gerado por setor, por meio de volume ou pesagem;
- Estabelecer um período de coleta dos dados, ou seja, turno/dia/semana/mês.

Armazenamento interno e externo

- Verificar as condições de armazenamento existentes.
- Verificar o armazenamento dos resíduos de acordo com a regra de segregação por tipo de resíduo (PARA SABER MAIS, consulte o anexo 1).
- Verificar se as embalagens com resíduos estão contidas em recipientes devidamente fechados.
- Verificar se o número de contenedores é compatível com a quantidade e tipos de resíduos gerados.
- Verificar se os ambientes disponíveis para guarda temporária atendem aos requisitos mínimos de dimensionamento, equipamentos e segurança.
- Verificar se as salas de resíduos e abrigos estão compatíveis com tipos de resíduos gerados e sua quantidade.
- Verificar como é efetuada a limpeza do ambiente de armazenamento interno e externo.
- Verificar como é realizado o processo de coleta externa.
- Verificar quais os tipos de contenedores existentes no abrigo de resíduos.
- Verificar se a construção do local de armazenamento externo é exclusiva para resíduos.
- Verificar se os abrigos possuem símbolo de identificação (ver tabela à pág. 43), em local de fácil visualização, de acordo com a natureza do resíduo.
- Verificar a existência de abrigos com separação para os diferentes tipos de resíduos.
- Verificar o armazenamento dos resíduos químicos perigosos considerando as medidas de segurança recomendadas.
- Verificar a existência de resíduos sem identificação.
- Verificar se o abrigo de resíduo químico do grupo B perigoso está projetado, construído e é operado de acordo com as normas de segurança e higiene.
- Verificar para onde está sendo encaminhado o efluente da lavagem do abrigo e da área de higienização.

Área de higienização

- Verificar se o abrigo possui área de higienização para carros de coleta interna e demais equipamentos utilizados, dotada de ventilação, cobertura, iluminação artificial, ponto de água (preferencialmente quente e sob pressão), piso impermeável, drenagem e ralo sifonado.

Coleta e transporte externo

- Verificar quais são as empresas coletoras e se as mesmas emitem

certificação de conformidade com as orientações do órgão de limpeza urbana.

- Verificar o sistema de coleta adotado, se em contenedores basculáveis mecanicamente ou manualmente, frequência de coleta, se ocorre disponibilização dos contenedores pela empresa.
- Verificar os tipos de veículos utilizados de acordo com sua adequação às normas.
- Verificar se o veículo possui sistema de contenção para líquidos.
- Verificar o procedimento da coleta pelos funcionários da equipe de coleta, quanto ao rompimento de sacos, liberação de líquidos ou contaminação do ambiente.
- Verificar o uso de EPIs pelos funcionários da empresa.

Tratamento

- Verificar se o estabelecimento possui tratamento prévio ou tratamento interno ou se o serviço é terceirizado.
- Verificar quais são os tipos de tratamento dispensados aos resíduos.
- Verificar se os resíduos do grupo A, que requerem tratamento prévio à disposição final, estão sendo tratados em equipamentos adequados e licenciados e quais não estão sendo tratados.
- Identificar as empresas tratadoras de resíduos de serviços de saúde e se as mesmas emitem certificação de conformidade com as orientações do órgão ambiental.
- Verificar se as empresas terceirizadas que cuidam do tratamento dos resíduos estão licenciadas pelo órgão ambiental.
- Verificar quais resíduos químicos perigosos estão sendo submetidos a tratamento, quais estão sendo dispostos em aterro, e quais estão sendo submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem.
- Verificar a existência de rede coletora com tratamento de esgoto.
- Verificar o processo para decaimento de rejeitos radioativos (se houver).

Disposição final

- Verificar quais os tipos de disposição final existentes.
- Caso a disposição final seja o aterro sanitário ou célula especial de RSS, verificar se os mesmos possuem licenciamento ambiental.

Política de gestão ambiental

- Verificar a existência de política de gestão ambiental no estabelecimento.
- Verificar a existência de gestão de riscos ambientais.
- Verificar a existência de Sistema de Gestão Ambiental - SGA.
- Verificar a necessidade de adequação do espaço físico do estabelecimento para atender normas, legislações e facilitar o correto gerenciamento dos RSS.

Capacitação e treinamento

- Levantar cursos, treinamentos e campanhas voltados a todos os envolvidos no gerenciamento, bem como suas frequências, onde o foco é a questão ambiental (abastecimento de água, resíduos sólidos, esgotos, poluição do ar, sustentabilidade e outros).

Avaliação global dos dados levantados

- Elaborar um relatório baseado em fatos comprobatórios e na pesquisa realizada seguindo os passos acima listados.
- Abordar, no relatório, as seguintes questões: a descrição de todos os procedimentos relacionados à gestão dos RSS; os aspectos problemáticos; as referências às legislações, regulamentos, normas etc.
- Apresentar formalmente o relatório de diagnóstico ao gestor do estabelecimento para o esclarecimento de dúvidas e ajustes pertinentes.



Tome nota: Os cuidados na elaboração do relatório

Para garantir que a análise seja eficaz para a elaboração do plano, é preciso que o relatório de diagnóstico seja:

- *sintético, de leitura fácil, que ressalte a informação essencial, eliminando o que for dispensável para a ação;*
- *preciso, com os caminhos descritos de forma clara e emblemática, sem proselitismo;*
- *estruturado, de forma a contemplar as grandes linhas de orientação;*
- *coerente, garantindo a lógica da sucessão de ações descritas com títulos compatíveis com o conteúdo, argumentos claros e pertinentes;*
- *comprobatório, evitando conclusões frágeis e difíceis de serem provadas;*
- *impessoal, evitando críticas e citações de pessoas da organização relacionadas a áreas com problemas.*

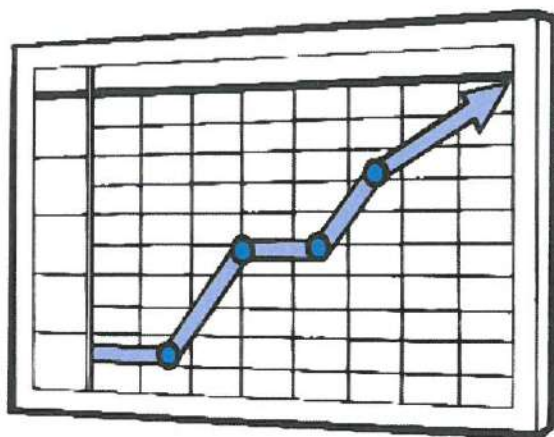


Resultado do passo 4:

- *Relatório contendo a análise da situação atual do serviço de saúde quanto à gestão dos RSS e identificação de situações críticas, semi-críticas e não críticas.*

Passo 5 - Definição de metas, objetivos, período de implantação e ações básicas

Corresponde à organização e sistematização de informações e ações que serão a base para a implantação contínua do PGRSS.



O que fazer

- Delimitar o quadro de intervenção e a dotação financeira preliminar para a seqüência dos trabalhos.



Tome nota:

O PGRSS pode ser feito por meio de gestão direta ou em parceria. Para definir isso, é preciso saber em que campo se deseja atuar e quais as grandes linhas metodológicas e as implicações de se fazer diretamente ou não.

- Decidir quais as metas a serem atingidas.
- Indicar o momento adequado para se dar início à execução do plano e definir cronograma.
- Construir os objetivos que levarão ao atingimento das metas.
- Dimensionar a equipe de trabalho, relacionando número de empregados, cargos, formação e responsabilidade técnica.
- Dimensionar espaços necessários, materiais e equipamentos.



Tome nota:

A finalidade principal do PGRSS é estabelecer as condições necessárias para a segurança do processo de manejo dos resíduos. Outras finalidades específicas de cada estabelecimento podem ser nomeadas, para cumprir as metas que forem estipuladas. Abaixo,

exemplos de objetivos:

- Criar práticas de minimização dos resíduos.
- Substituir os materiais perigosos, sempre que possível, por outros de menor periculosidade.
- Reduzir a quantidade e a periculosidade dos resíduos.
- Propiciar a participação e envolvimento dos funcionários do estabelecimento.
- Atrair ao gerenciamento um trabalho de responsabilidade, co-responsabilidade e responsabilidade social.
- Conhecer a realidade local ou regional da coleta, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos.
- Conhecer os diferentes tipos de resíduos gerados nas várias áreas de um estabelecimento prestador de serviços de saúde, propiciando a diminuição dos riscos à saúde e a preservação do meio ambiente, por meio de medidas preventivas e efetivas.
- Criar coleta seletiva de materiais recicláveis.
- Criar o manual de boas práticas em manejo dos resíduos sólidos.
- Criar procedimentos básicos e adequados para o correto gerenciamento dos resíduos sólidos.
- Criar procedimentos de auditoria interna e supervisão.
- Melhorar as medidas de segurança e higiene no trabalho.
- Minimizar os riscos sanitários e ambientais derivados dos resíduos sólidos (contaminação do solo, água, catadores etc.).
- Desenvolver um trabalho de prevenção contra os riscos potenciais decorrentes do manuseio dos resíduos sólidos, com o pessoal da coleta.

Investimentos econômico-financeiros

- Relacionar e quantificar os investimentos necessários para a implantação e avaliação do PGRSS (ver modelo 1 anexo a este capítulo).

Cronograma de implantação e execução do PGRSS

- Ordenar as propostas de ação em função de sua prioridade.
- Definir, para todas, o que fazer, quando e como.



Tome nota:

Cada proposta de ação deve incluir:

- Descrição da ação
- Resultados esperados
- Recursos humanos necessários

- *Materiais necessários*
- *Recursos econômicos necessários*
- *Data de implementação e cronograma.*

- Definir os recursos necessários para implantar as ações, como compra de contenedores e outras que não dependem de obras.
- Elaborar projetos para as obras civis necessárias, de acordo com especificações técnicas e orientações de normas técnicas do Ministério do Trabalho, do órgão de vigilância, do órgão de controle ambiental e da legislação sanitária e ambiental em vigor, assim como das normas e padrões estabelecidos pelos serviços públicos (por exemplo, de água e esgoto).
- Obter, dos órgãos públicos, aprovação para construção de abrigos, ampliação de sala de resíduos, tratamento e outras obras estabelecidas no plano de ação.
- Obter os recursos necessários.

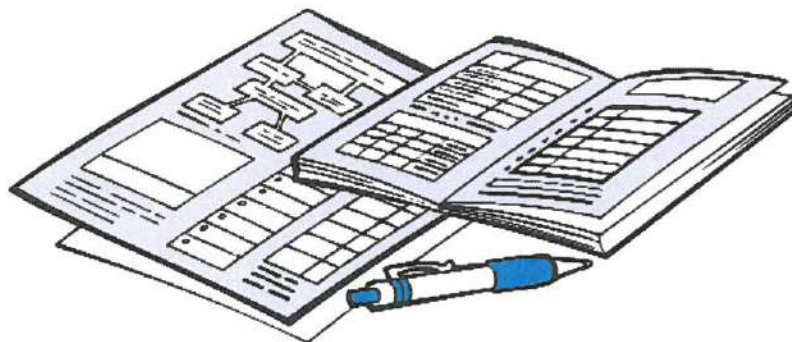


Resultado do passo 5:

- *metas, objetivos e período de realização do PGRSS definidos;*
- *relatório contendo todas as ações propostas, com indicação de recursos e tempo para implantação.*

Passo 6 - Elaboração do PGRSS

Abrange o plano para o gerenciamento contínuo dos resíduos de serviços de saúde.



O que fazer

- Hierarquizar os problemas diagnosticados, verificando: sua gravidade ou urgência; os custos de sua resolução (financeiros, humanos e materiais); o

prazo e o esforço necessários para isso; a facilidade de envolvimento da organização no processo de mudança.

- Verificar a efetividade dos programas de prevenção ambiental e promoção da saúde existentes.
- Seguir um roteiro para a construção do plano de acordo com as legislações sanitárias e ambientais.



Tome nota:

Cada PGRSS é único, mesmo que se tratem de estabelecimentos com as mesmas atividades. O que os diferencia é estar de acordo com o diagnóstico específico. Grande parte das informações necessárias ao roteiro de elaboração do PGRSS vem, portanto,

das análises da situação existente obtidas no diagnóstico.

Não é incomum, ademais, mudanças no PGRSS ou até mesmo substituição do plano inicial, no decorrer da pesquisa, diagnóstico e desenho das primeiras propostas. É aí que reside o valor do plano, constituindo-se em uma base sólida para acertos e ajustes.

Dados sobre o estabelecimento

- Informar os dados gerais do estabelecimento (ver modelo 2, anexo a este capítulo).
- Informar os componentes da equipe e/ou empresa que elabora e implementa o PGRSS, com identificação da ART e números de registro dos conselhos de classe, quando for o caso (ver modelo 3 anexo a este capítulo).
- Informar a caracterização do estabelecimento (ver modelo 4 anexo a este capítulo).
- Informar quais são as atividades e serviços predominantes no estabelecimento (ver modelo 5 anexo a este capítulo).

Caracterização dos aspectos ambientais

Abastecimento de água

- Informar qual o sistema de abastecimento (rede pública ou solução alternativa - poço, caminhão-pipa etc.). No caso de poço, informar a licença de uso e outorga.
- Informar se existe aplicação de produtos químicos na água para o abastecimento.
- Informar se existe o controle interno ou externo de qualidade da água .

Efluentes líquidos

- Informar a forma de esgotamento sanitário dos efluentes.
- Informar se existe tratamento ou não dos efluentes no estabelecimento ou na rede coletora.

Emissões gasosas

- Informar se existe geração de vapores e gases, identificar e localizar os pontos de geração.

Tipos e quantidades de resíduos gerados

- Identificar e quantificar os tipos de resíduos gerados ou a serem gerados no estabelecimento em cada setor (unidade) gerador (ver modelo 6 anexo a este capítulo).

Segregação

- Informar as formas de segregação que serão adotadas para os grupos A, B, C, D, incluindo os recicláveis, e E.
- Informar quais os EPIs e EPCs a serem utilizados.

Tipo de acondicionamento

- Descrever os tipos de acondicionamento que serão adotados em função dos grupos de resíduos, suas quantidades diárias e mensais.
- Identificar a forma de acondicionamento que será adotada para a segregação proposta.
- Informar quais os EPIs e EPCs necessários.
- Descrever como e onde serão acondicionados os resíduos dos grupos A, B, C, D e E, considerando os tipos de contenedores, sacos plásticos, bombonas, salas de resíduos, abrigo e suas identificações em função do tipo de resíduos nas áreas internas e externas do estabelecimento.
- Informar as cores e símbolos padronizados para cada tipo de resíduos.

Coleta e transporte interno dos RSS

Coleta interna

- Informar o método de coleta e transporte que será adotado.
- Descrever as formas de coleta em função dos grupos de resíduos, tipos de recipientes, carros de coleta, equipe, frequência e roteiros adotados.
- Informar se a coleta adotará o armazenamento temporário.
- Determinar a rotina e frequência de coleta para cada unidade ou setor do estabelecimento.
- Informar os EPIs e EPCs utilizados para realizar a coleta do resíduo.
- Informar como serão higienizados os carros coletores, produtos utilizados e frequência.

Roteiros de coleta

- Determinar os roteiros de coleta, de acordo com o volume de resíduos gerados por tipo de grupo.



Tome nota:

A rota de coleta interna deve observar as outras rotinas de fluxo de material limpo, evitando, sempre que factível, o chamado roteiro cruzado. Um roteiro pode ser traçado, buscando-se, através de tentativas, a melhor solução que atenda simultaneamente a condicionantes

tais como o sentido, frequência e horário, evitando-se, assim, o já mencionado fluxo cruzado e percursos duplicados ou improdutivos.

- Informar a rotina e frequência de coleta para cada unidade ou setor do estabelecimento.

Transporte interno

- Informar como serão os transportes internos de resíduos, se separadamente em carros ou recipientes coletores específicos a cada grupo de resíduos.
- Definir os tipos e quantidade de carros coletores que serão utilizados para o transporte de cada grupo de resíduos, capacidade dos carros, identificação, cores etc.

Armazenamento temporário dos RSS

- Caso seja adotado, identificar a localização, tipos de resíduos a serem armazenados, frequência de coleta.
- Informar os tipos e quantidades de coletores para a guarda temporária de resíduos e as sinalizações para identificação dessas áreas.
- Informar como serão higienizados esses espaços e frequência de limpeza.

Armazenamento para a coleta externa dos RSS

- Informar a quantidade de contenedores a ser utilizada para cada grupo de RSS, capacidade volumétrica de cada um e disposição na área.
- Informar a rotina do armazenamento externo do estabelecimento de saúde.
- Descrever a rotina de recepção dos RSS das coletas internas.
- Informar como são higienizados o abrigo, os contenedores, carros coletores e com que frequência.
- Informar os EPIs e EPCs a serem utilizados.

Coleta e transporte externo dos RSS

- Informar se a coleta externa é realizada pelo setor público ou empresa contratada ou sob concessão.
- Informar o tipo de veículo utilizado para o transporte.
- Informar a rotina e frequência de coleta externa do estabelecimento para os diferentes tipos de resíduos gerados.
- Informar o destino dos resíduos coletados, por tipo.
- Anexar os documentos comprobatórios (licenças, alvarás e outros) das

empresas coletoras, dos transbordos, quando houver (ver modelo 7 anexo a este capítulo).

Tratamento dos RSS

- Descrever o tratamento interno para os resíduos, especificados por tipo de resíduo (ver modelo 8 anexo a este capítulo).
- Descrever o sistema de decaimento de rejeitos radioativos.
- Descrever os tipos de tratamento externo adotados para cada grupo de resíduos e quais os equipamentos e instalações de apoio, incluindo os seguintes aspectos: tecnologias de tratamento adotadas; nome da empresa responsável pela operação do sistema; localização das unidades de tratamento, endereço e telefone; responsável técnico pelo sistema de tratamento, nome, RG, profissão e registro profissional.
- Informar os EPIs e EPCs necessários.
- Anexar os documentos comprobatórios (licenças, alvarás, documentos de monitoramento definidos pelo órgão ambiental) dos sistemas e tecnologias adotados.

Disposição final dos RSS

- Informar as formas de disposição final dos RSS e especificar por tipo de resíduos.
- Informar quais as empresas que executam a disposição final dos RSS.
- Anexar os documentos comprobatórios (licença ambiental, documentos de monitoramento, definidos pelo órgão ambiental) de que a empresa está apta a realizar o serviço.
- Indicar a localização das unidades de disposição final adotadas para cada grupo de resíduos e seus respectivos responsáveis técnicos (nome, RG, profissão, registro profissional, empresa ou instituição responsável e telefone) (ver modelo 9 anexo a este capítulo).

Outras avaliações de riscos

- Informar o mapa de risco do estabelecimento, se houver.

Serviços especializados

- Informar se o estabelecimento possui SESMT, CIPA, PPRA e PCMSO.

Recursos humanos, CCIH, CIPA, SESMT e Comissão de Biossegurança

- Abordar as inter-relações entre as diversas estruturas existentes no estabelecimento (CCHI, CIPA etc.).
- Fazer um resumo das responsabilidades e qualificações de cada um (ver modelo 10 anexo a este capítulo).

Capacitação

- Descrever as capacitações a serem realizadas, nas formas inicial e de

educação continuada (ver modelo 11 anexo a este capítulo).

Controle de insetos e roedores

- Informar e descrever as medidas preventivas e corretivas do programa de controle de insetos e roedores.

Situações de emergência e de acidentes

- Descrever as ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes. Por exemplo: procedimento adotado em caso de derramamento, greve de funcionários etc.

Identificação e locação em esquemas ou fluxogramas

- Informar os locais de geração de resíduos por grupo, os fluxos e os roteiros a serem executados por tipo de resíduos, locais de armazenamento, contenedores etc.

Indicadores de execução e avaliação

- Especificar o que se quer avaliar, quais as mudanças propostas e mensuráveis, levando em conta o objetivo ou resultado fixado.
- Informar quais os indicadores para acompanhar a execução/implementação do PGRSS e medição do impacto do plano (ver modelo 12 anexo a este capítulo que contém os indicadores mencionados na RDC ANVISA nº 306/04).



Tome nota: O que são indicadores

O monitoramento e avaliação do progresso de qualquer gestão de resíduos sólidos devem ser baseadas em instrumentos de aferição, denominados indicadores, que servem para saber a qualquer momento qual é a situação em relação ao que foi planejado. Os indicadores

são descrições operacionais (em quantidade, em qualidade, de acordo com o público-alvo ou localização) dos objetivos e resultados do PGRSS e que podem ser medidos de maneira confiável.

Os indicadores, portanto, devem servir para avaliar resultados. Eles podem medir o desempenho do PGRSS (estágio de andamento do projeto ou de uma atividade, durante a fase de execução) ou o impacto do PGRSS (efeitos que o plano gerou na população-alvo ou no meio socioeconômico).

Um número limitado de indicadores e de fontes de verificação pode substituir uma infinidade de dados e de estatísticas acumuladas nos projetos e, ao mesmo tempo, aumentar a qualidade do acompanhamento. Muitas vezes, os bons indicadores só são "descobertos" durante a ação. Assim, não se deve hesitar em rever os indicadores durante as revisões periódicas do PGRSS. Em certos casos, não é necessário inventar indicadores, estes já existem.

- Especificar a fonte de informação ou o meio de coleta da informação necessária para a avaliação.



Tome nota:

Um bom indicador deve ser:

- *sensível: capaz de registrar diversos tipos de modificações num dado período de tempo;*
- *específico: atribuído a um objetivo/ resultado. O mesmo indicador geralmente só pode ser utilizado uma vez;*
- *mensurável: seja em termos quantitativos ou qualitativos;*
- *exeqüível: os dados necessários para sua leitura estão à disposição podendo ser obtidos no tempo necessário e mediante recursos proporcionais ao objetivo a ser medido;*
- *plausível: as mudanças medidas estão diretamente ligadas às intervenções do PGRSS;*
- *confiável: quando utilizado por várias pessoas, num contexto idêntico, chega ao mesmo resultado.*

Validação

- Após a redação de todo o plano, obter a validação deste pelo gestor do estabelecimento ou instituição.



Tome nota:

O PGRSS é um documento de referência para que o estabelecimento implante o plano, explique-o interna e externamente e para quaisquer outras ações de gestão de resíduos de serviços de saúde.



Resultado do passo 6:

- *PGRSS elaborado;*
- *forma de avaliação definida;*
- *documento contendo relatório validado pelo gestor.*

Passo 7 - Implementação do PGRSS

Abrange as ações para a implementação do PGRSS, com base no documento contendo o plano validado pelo gestor do estabelecimento ou instituição.

O que fazer

- Estabelecer, das ações, procedimentos e rotinas concebidos no PGRSS, os prioritários, indispensáveis ao início da operação.
- Estabelecer um plano de contingência até que todas as ações necessárias para implantar o plano estejam prontas.
- Executar as obras planejadas.
- Fazer o acompanhamento estratégico e operacional das ações.



Tome nota:

Para a implementação do PGRSS é indispensável observar os seguintes requisitos:

- a disponibilidade de recursos financeiros;
- se a equipe técnica está capacitada;
- o comprometimento de todos os funcionários, iniciando com a alta diretoria até os serviços menos representativos.



Resultado do passo 7:

- PGRSS implantado.

Passo 8 - Avaliação do PGRSS

Estabelece os períodos e formas de avaliação do PGRSS, de acordo com indicadores.

O que fazer

- Verificar se os resultados esperados foram ou serão atingidos e, se existirem diferenças, quais as razões.
- Verificar se outros indicadores, com melhor desempenho e mais pertinentes que os estabelecidos, podem ser utilizados na continuidade do plano.
- Elaborar um quadro de acompanhamento apontando o resultado da avaliação.

- Propor adaptações ao PGRSS, onde for necessário, considerando a avaliação feita e outras auditorias internas e externas.
- Discutir com a equipe e o setor responsável pelas adaptações propostas e considerá-las no orçamento.



Tome nota:

Além de verificar o andamento do projeto em seus elementos tangíveis, uma boa avaliação deve:

- ser uma ferramenta de gestão mais do que uma ferramenta de controle;
- inserir-se num processo de informação, de comunicação e de busca de educação ambiental e melhoria;
- melhorar a capacidade da instituição de compreender as realidades nas quais intervém, agir e se organizar de maneira eficaz e eficiente;
- facilitar a avaliação de maneira que as equipes e os responsáveis tenham uma idéia clara da gestão dos RSS;
- aperfeiçoar os indicadores identificados durante o planejamento para avaliar o desempenho da implantação.



Resultado do passo 8:

- PGRSS avaliado;
- modificações, adaptações e redefinições;
- propostas implantadas.

Sugestões para registro das informações necessárias para o PGRSS

Modelo 1 - Dados gerais do estabelecimento

Razão social	
Nome fantasia	
Tipo de estabelecimento	
Propriedade	pública () filantrópica () privada () outro () _____
CNPJ	
Endereço	
Bairro	
Município	
Estado	
Fone(s)	
Fax	
Site	
E-mail	
Horários de funcionamento	24h () diurno () noturno () emergência ()
Responsável legal	
Data de fundação	

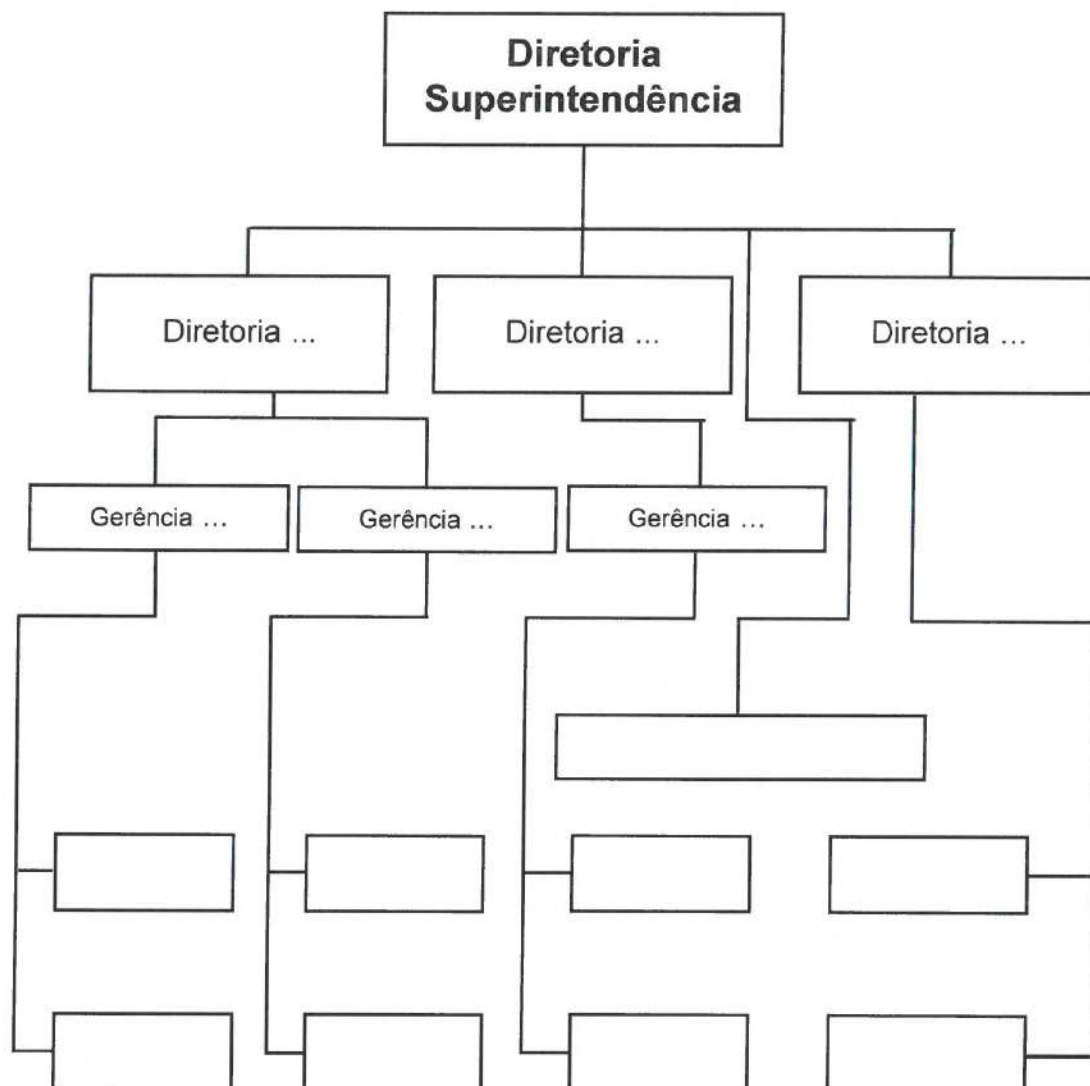
Modelo 2 - Componentes da equipe de elaboração

Responsável pelo PGRSS	
Identificação ART do responsável	
Número do conselho de classe	
Nome dos técnicos/ cargos	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Nome da empresa contratada	
Identificação ART da empresa	
Número do conselho de classe	

Modelo 3 - Caracterização do estabelecimento

Número total de funcionários	existentes: _____ a serem contratados: _____ total: _____
Condição de funcionamento do estabelecimento	em atividade () em implantação () em expansão/modernização () em realocização ()
Tipo de serviços terceirizados	manutenção () limpeza () serviços clínicos () outros () _____
Número total de funcionários de empresas terceirizadas	
Área total construída	
Área total do terreno	
Alvará sanitário	n.º. _____ Data de validade: _____
Licença ambiental (quando exigido)	n.º. _____ Data de validade: _____
Horários de funcionamento	
Estrutura física	tipo de construção: _____ número de pavimentos: _____
Abastecimento de água	tipo: concessionária () captação própria () consumo interno (quantidade): _____ número de reservatórios: _____
Condições urbanas do entorno	condições de acesso: _____ risco de enchentes: _____ risco de deslizamento: _____
Coleta de esgoto sanitário	Coleta e tratamento público _____ Só coleta: _____ Sem coleta: _____ Tratamento próprio: _____

Modelo 4 - Exemplo de organograma do estabelecimento



Modelo 5 - Caracterização das atividades e serviços do estabelecimento

Tipos de especialidades médicas e/ou assistenciais	
Número de atendimentos/dia	
Número de leitos por especialidade (hospitais)	
Número de profissionais	
Tipo de contrato dos profissionais	direto () terceirizado () misto ()

Modelo 6 - Tipos de resíduos gerados

Quantidade de resíduos coletados por unidade

Unidades	Grupos de resíduos										Medido t/mês	Estimado l/mês
	A1	A2	A3	A4	B	C	D	E	RE	ES		

A = resíduos do grupo A.

B = resíduos do grupo B.

C = rejeitos do grupo C.

D = resíduos do grupo D.

E = resíduos perfurocortantes.

RE = resíduos recicláveis (papelão, vidro, metais, outros).

ES = resíduos específicos (entulho, móveis, eletroeletrônicos, lâmpadas fluorescentes etc.).

Quantidade de resíduos coletados por grupo de resíduos

Grupos	Total de resíduos (kg/mês)
A	
B	
C	
D	
E	
Recicláveis	
ES	



Modelo 7 - Informações sobre coleta e transporte externo

Empresas coletoras de serviços

Nome(s) das empresa(s)	CNPJ/ CPF	Tipos de resíduos	Documentos legais

Frequência de coleta

Tipo de resíduos	Diariamente	Dias alternados	Semanal	2 x ao dia	Outra frequência

Tipos de veículos utilizados na coleta

Tipos de resíduos	Tipos de veículos				
	Saveiro	Basculante	Baú	Compactador	Outros, especificar

Modelo 8 - Tipos de tratamento interno e externo dos resíduos

Grupos de resíduos	Tipos de tratamento	
	Interno	Externo
A		
Sub-grupo		
A1		
A2		
A3		
A4		
A5		
B		
C		
D		
E		

Modelo 9 - Informações sobre a destinação final dos resíduos

Tipo de disposição final	Empresa – endereço	Grupo de resíduos			
		A	B	D	E

l

Modelo 10 - Responsabilidades e qualificações das equipes de CCIH, Cipa, SESMT e Comissão de Biossegurança

Nome do funcionário	Cargo	Formação	ART ou similar
Total			

Modelo 11 - Capacitação da equipe de implantação do PGRSS

Nome do funcionário	Treinamentos realizados		Treinamentos a realizar
	Próprios	Terceirizados	

Modelo 12 - Indicadores indispensáveis para a avaliação do PGRSS

Item a ser avaliado	Indicadores	Resultados
Acidentes com perfurocortantes	Taxa de acidentes com perfurocortantes em profissionais de limpeza	
	Total de acidentes com perfurocortantes em profissionais de limpeza	
	Total de acidentes	
Geração de resíduos	Variação da geração de resíduos	
	Total de resíduos gerados no período x	
	Total de resíduos gerados atualmente	
Resíduos do grupo A	Variação da proporção dos resíduos do grupo A	
	Total de resíduos do grupo A gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos do grupo B	Variação da proporção dos resíduos do grupo B	
	Total de resíduos do grupo B gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos do grupo C	Variação da proporção dos resíduos do grupo C	
	Total de resíduos do grupo C gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos do grupo D	Variação da proporção dos resíduos do grupo D	
	Total de resíduos do grupo D gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos do grupo E	Variação da proporção dos resíduos do grupo E	
	Total de resíduos do grupo E gerados	
	Total de resíduos gerados	
Resíduos recicláveis	Variação da proporção dos resíduos recicláveis	
	Total de resíduos recicláveis	
	Total de resíduos gerados	
Pessoas capacitadas em gerenciamento de resíduos	Variação do percentual de pessoas capacitadas em gerenciamento de resíduos	
	Total de pessoas capacitadas em gerenciamento de resíduos	
	Total de pessoas capacitadas	
Custo com RSS	Variação da proporção de custo com RSS	
	Custo do gerenciamento do RSS	
	Custo do gerenciamento total	

Modelo 13 - Equipamentos necessários e recursos correspondentes

Equipamentos	Unidade	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Obras civis	Discriminar os tipos de obras necessárias			
Equipamentos de coleta	Discriminar os tipos de equipamentos, modelo, fabricante etc.			
Equipamentos de informática	Discriminar os tipos de equipamentos, modelo, fabricante etc.			
Outras máquinas e equipamentos	Discriminar os tipos de equipamentos, modelo, fabricante etc.			
Móveis e utensílios	Discriminar o mobiliário e os utensílios necessários			
Recursos humanos	Discriminar as pessoas necessárias por área de formação e atuação			
Outros	Discriminar outros investimentos (ex.: gastos com treinamento, aquisição de manuais técnicos etc.)			

5. ANEXOS

ANEXO 1: LEGISLAÇÃO E NORMAS TÉCNICAS ESPECÍFICAS

O objetivo deste anexo é apresentar, de forma sistematizada, para consulta rápida, as legislações e normas técnicas relacionadas aos resíduos sólidos e necessárias ao correto gerenciamento dos diversos tipos de resíduos gerados nos estabelecimentos de saúde.

Como este é um manual de abrangência nacional, serão apresentadas as principais legislações federais, bem como as normas técnicas da ABNT. Além dessas, devem ser observadas e atendidas as legislações estaduais e municipais eventualmente existentes.

LEGISLAÇÕES

Principais legislações de caráter geral

- Constituição da República Federativa do Brasil - Título III (Da Organização do Estado), Capítulo II (Da União) - artigos 23 e 24.
- Constituição da República Federativa do Brasil - Título IV (Dos Municípios) - artigo 30.
- Constituição da República Federativa do Brasil - Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo VI (Do Meio Ambiente) - artigo 225.
- Lei nº 6.938, de 31.08.1981, dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências.
- Lei nº 9.605, de 12.02.1998 (Lei de Crimes Ambientais), dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências.
- Decreto nº 3.179, de 21.09.1999, dispõe sobre a especificação das sanções aplicáveis às condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências.
- RDC ANVISA nº 50, de 21.02.2002, dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

- RDC ANVISA nº 305, de 14.11.2002: "Ficam proibidos, em todo o território nacional, enquanto persistirem as condições que configurem risco à saúde, o ingresso e a comercialização de matéria prima e produtos acabados, semi-elaborados ou a granel para uso em seres humanos, cujo material de partida seja obtido a partir de tecidos/fluidos de animais ruminantes, relacionados às classes de medicamentos, cosméticos e produtos para a saúde, conforme discriminado".
- Instrução Normativa da Comissão Técnica Nacional de Biossegurança/Ministério da Ciência e Tecnologia CTNBio nº 7, de 06.06.1997.
- Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária/Ministério da Saúde SVS/MS 344, de 12.05.1998, aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.
- Decreto-lei nº 2.657, de 03.07.1998, promulga a Convenção nº 170 da Organização Internacional do Trabalho - OIT, relativa à segurança na utilização de produtos químicos no trabalho, assinada em Genebra, em 25.06.1990 - Presidência da República.
- Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico - Ministério da Saúde, 2004.

LEGISLAÇÃO SOBRE RESÍDUOS SÓLIDOS - ESPECÍFICA POR TEMA

Construção Civil

- Resolução CONAMA no 307, de 05.07.2002, estabelece diretrizes, critérios e procedimentos para a gestão dos resíduos da construção civil, disciplinando as ações necessárias de forma a minimizar os impactos ambientais.

Produtos químicos

- Decreto Legislativo nº 67, de 04.05.1995, aprova o texto da Convenção nº 170, da Organização Internacional do Trabalho, relativa à segurança na utilização de produtos químicos no trabalho, adotada pela 77ª Reunião da Conferência Internacional do Trabalho, em Genebra, em 1990.
- Resolução CONAMA nº 23, de 12.12.1996, regulamenta, no território brasileiro, a aplicação das disposições da Convenção da Basileia, definindo os resíduos cuja importação e/ou exportação são permitidas ou proibidas, bem como as condições para que estas se realizem.
- Resolução CONAMA nº 316, de 29.10.2002, disciplina os processos de tratamento térmico de resíduos e cadáveres, estabelecendo procedimentos operacionais, limites de emissão e critérios de desempenho, controle,

tratamento e disposição final de efluentes, de modo a minimizar os impactos ao meio ambiente e à saúde pública, resultantes destas atividades.

Materiais radioativos

- Norma da Comissão Nacional de Energia Nuclear - Norma Nuclear CNEN-NE-6.05 define critérios gerais e requisitos básicos relativos à gerência de rejeitos radioativos em instalações radioativas.
- Norma CNEN-NE-3.05 define os requisitos de radioproteção e segurança para serviços de medicina nuclear.
- Norma CNEN-NE-6.01 dispõe sobre os requisitos para o registro de profissionais para o preparo, uso e manuseio de fontes radioativas.
- Norma CNEN-NE-6.02 define o processo relativo ao licenciamento de instalações radioativas, conforme competência atribuída pela Lei nº 6.189, de 16 de dezembro de 1974.
- Norma CNEN-NE-3.03 define os requisitos básicos para a certificação da qualificação de supervisores de radioproteção.
- Lei nº 10.308, de 20.11.2001, dispõe sobre a seleção de locais, a construção, o licenciamento, a operação, a fiscalização, os custos, a indenização, a responsabilidade civil e as garantias referentes aos depósitos de rejeitos radioativos, e dá outras providências.
- Norma CNEN-NE-6.09 define critérios de aceitação para deposição de rejeitos radioativos de baixo e médio níveis de radiação.
- Norma CNEN-NE-3.01 define as diretrizes básicas de proteção radiológica das pessoas em relação à exposição à radiação ionizante.

Transporte de produtos perigosos

- Decreto-lei nº 2.063, de 06.10.1983, dispõe sobre multas a serem aplicadas por infrações à regulamentação para a execução do serviço de transporte rodoviário de cargas ou produtos perigosos, e dá outras providências.
- Resolução do Grupo Mercado Comum GMC 82.02 - Mercosul - que aprova as Instruções para a Fiscalização do Transporte Ferroviário de Produtos Perigosos no Mercosul.
- Decreto nº 96.044, de 18.05.1988, aprova o Regulamento para o Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos, e dá outras providências.
- Decreto nº 98.973 de 21.02.1990, que aprova o Regulamento do Transporte Ferroviário de Produtos Perigosos.
- Decreto nº 875, de 19.07.1993, promulga o texto da Convenção sobre o Controle de Movimentos Transfronteiriços de Resíduos Perigosos e seu Depósito.
- Decreto nº 1.797, de 25.01.1996, dispõe sobre o Acordo de Alcance Parcial para Facilitação do Transporte de Produtos Perigosos no Mercosul.
- Resolução CONAMA nº 23, de 12.12.1996, dispõe sobre a movimentação transfronteiriça de resíduos perigosos.

- Decreto nº 2.866, de 07.12.1998, aprova o Regime de Infrações e Sanções Aplicáveis ao Transporte Terrestre de Produtos Perigosos no Mercosul.
- Resolução do Conselho Nacional de Trânsito/Ministério da Justiça Contran/MJ 91, de 04.05.1999, dispõe sobre os cursos de Treinamento Específico e Complementar para Condutores de Veículos Rodoviários Transportadores de Produtos Perigosos.
- Decreto nº 4.097, de 23.01.2002, altera os art. 7º e 19 dos regulamentos para o transporte rodoviário (Decreto no 96.044/88) e ferroviário (Decreto no 98.973/02) de produtos perigosos.
- Portaria MT nº 349, de 10.06.2002, aprova as Instruções para Fiscalização de Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos no Âmbito Nacional.
- Resolução da Agência Nacional de Transportes Terrestres ANTT-MT nº 420, de 12.02.2004, aprova as Instruções Complementares para Fiscalização de Transporte Rodoviário de Produtos Perigosos no Âmbito Nacional.

Saúde ocupacional

- NR 7 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO – Ministério do Trabalho. Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO.
- NR 9 – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA – Ministério do Trabalho. Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA.
- NR 32 – Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde – Ministério do Trabalho. Estabelece diretriz básica para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores em serviço de saúde.

Resíduos de pilhas, baterias, lâmpadas

- Resolução CONAMA nº 257, de 30.06.1999, dispõe sobre o uso de pilhas e baterias que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, necessárias ao funcionamento de quaisquer tipos de aparelhos, veículos ou sistemas, móveis ou fixos, bem como os produtos eletroeletrônicos que as contenham integradas em sua estrutura de forma não substituível, e dá outras providências.

Resíduos de estabelecimentos de saúde e barreiras sanitárias

- Resolução CONAMA nº 6, de 19.09.1991, desobriga a incineração ou qualquer outro tratamento de queima dos resíduos sólidos provenientes dos estabelecimentos de saúde, portos e aeroportos, ressalvados os casos previstos em lei e acordos internacionais.

- RDC ANVISA nº 342, de 13.12.2002, institui e aprova o termo de referência para elaboração dos Planos de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Portos, Aeroportos e Fronteiras a serem apresentados a ANVISA para análise e aprovação.
- RDC ANVISA nº 306, de 25.11.2004, dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

Resíduos recicláveis

- Resolução CONAMA nº 275, de 25.04.2001, estabelece código de cores para diferentes tipos de resíduos na coleta seletiva.

Sistema de tratamento

- Resolução CONAMA nº 316, de 29.10.2002, dispõe sobre procedimentos e critérios para o funcionamento de sistemas de tratamento térmico de resíduos.

NORMAS TÉCNICAS

Simbologia

- NBR 7500 - Símbolos de risco e manuseio para o transporte e armazenamento de material.

Acondicionamento

- NBR 9191 - Especificação. Sacos plásticos para acondicionamento.
- NBR 9195 - Métodos de ensaio. Sacos plásticos para acondicionamento.
- NBR 9196 - Determinação de resistência a pressão do ar.
- NBR 9197 - Determinação de resistência ao impacto de esfera. Saco plástico para acondicionamento de lixo - determinação de resistência ao impacto de esfera.
- NBR 13055 - Determinação da capacidade volumétrica. Saco plástico para acondicionamento - determinação da capacidade volumétrica.
- NBR 13056 - Verificação de transparência. Filmes plásticos para sacos para acondicionamento - verificação de transparência.
- NBR 13853 - Requisitos e métodos de ensaio para coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes.

Coleta e transporte

- NBR 12980 - Define termos utilizados na coleta, varrição e acondicionamento de resíduos sólidos urbanos.

- NBR 13221 - Especifica os requisitos para o transporte terrestre de resíduos, de modo a evitar danos ao meio ambiente e a proteger a saúde pública.
- NBR 13332 - Define os termos relativos ao coletor-compactador de resíduos sólidos, acoplado ao chassi de um veículo rodoviário, e seus principais componentes.
- NBR 13463 - Classifica a coleta de resíduos sólidos urbanos dos equipamentos destinados a esta coleta, dos tipos de sistema de trabalho, do acondicionamento destes resíduos e das estações de transbordo.
- NBR 14619 - Estabelece os critérios de incompatibilidade química a serem considerados no transporte terrestre de produtos perigosos.
- NBR 12810 - Fixa os procedimentos exigíveis para coleta interna e externa dos resíduos de serviços de saúde, sob condições de higiene e segurança.
- NBR 14652 - Estabelece os requisitos mínimos de construção e de inspeção dos coletores-transportadores rodoviários de resíduos de serviços de saúde do grupo A.

Armazenamento

- NBR 12235 - Fixa as condições exigíveis para o armazenamento de resíduos sólidos perigosos de forma a proteger a saúde pública e o meio ambiente.

Amostragem dos resíduos

- NBR 10007 - Fixa os requisitos exigíveis para amostragem de resíduos sólidos.

Gerenciamento

- NBR 15051 - Estabelece as especificações para o gerenciamento dos resíduos gerados em laboratório clínico. O seu conteúdo abrange a geração, a segregação, o acondicionamento, o tratamento preliminar, o tratamento, o transporte e a apresentação à coleta pública dos resíduos gerados em laboratório clínico, bem como a orientação sobre os procedimentos a serem adotados pelo pessoal do laboratório.
- NBR 14725 - Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ.

ANEXO 2 - CLASSIFICAÇÃO DOS RSS POR GRUPO DE RESÍDUO, SEGUNDO A RDC ANVISA Nº 306/04 E RESOLUÇÃO CONAMA Nº 358/05

Grupo A - Resíduos potencialmente infectantes

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

- A1
- Culturas e estoques de microorganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.
 - Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes da classe de risco 4, microorganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causadores de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
 - Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
 - Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
- A2
- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microorganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica.
- A3
- Peças anatômicas (membros) do ser humano, produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares.
- A4
- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.
 - Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.
 - Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microorganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.
 - Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.
 - Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
 - Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica.
 - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações.
 - Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.
- A5
- Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

Grupo B - Resíduos químicos

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

- Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossuppressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS 344/98 e suas atualizações.
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes, resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

Grupo C - Rejeitos radioativos

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN-6.05.

Grupo D - Resíduos equiparados aos resíduos domiciliares

Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de pacientes, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, equipamento de soro e outros similares não classificados como A1.
- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos.
- Resto alimentar de refeitório.
- Resíduos provenientes das áreas administrativas.
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins.
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

Grupo E - Resíduos perfurocortantes

- Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

ANEXO 3 - PROCESSOS DE MINIMIZAÇÃO E SEGREGAÇÃO NO GERENCIAMENTO DOS RSS

Tanto a minimização de resíduos, quanto a segregação de materiais recicláveis estão diretamente relacionados à mudança de hábitos das pessoas envolvidas na geração dos resíduos. Nesse sentido, a educação ambiental pode ser uma ferramenta importante na adoção de padrões de conduta mais adequados aos novos modelos de gestão de resíduos e, portanto, deverá ter atenção especial no programa de educação continuada, destinado aos funcionários. A implantação desse programa propicia as condições para que os profissionais saibam com clareza suas responsabilidades, em relação ao meio ambiente, dentro e fora da unidade de saúde, e seu papel de cidadãos.

Minimização

Consiste na redução de resíduos comuns, perigosos ou especiais na etapa de geração, antes das fases de tratamento, armazenamento ou disposição.

A primeira forma é reduzir a quantidade de resíduos gerados, buscando formas de combater o desperdício, ou seja, gerar o mínimo. Este procedimento se aplica a todos os materiais utilizados: embalagens, materiais descartáveis - que são bastante utilizados -, restos e sobras alimentares, produtos químicos etc. Outra forma é reutilizar o material descartado para a mesma finalidade que a anterior, por exemplo, frascos e vasilhames, após um processo de desinfecção e limpeza. A terceira forma de minimizar é reciclar resíduos que consiste no encaminhamento de materiais recicláveis para reaproveitamento.

Todos os processos que envolvem redução, reutilização e reciclagem devem ser cuidadosamente planejados e operados, considerando o princípio da precaução, para evitar que se coloque em risco a saúde dos trabalhadores envolvidos, bem como a dos pacientes, ou, até mesmo, impedindo a contaminação do meio ambiente.

Segregação

A segregação é uma das operações fundamentais para permitir o cumprimento dos objetivos de um sistema eficiente de manuseio de resíduos e consiste em separar ou selecionar apropriadamente os resíduos segundo a classificação adotada. Essa operação deve ser realizada na fonte de geração e está condicionada à prévia capacitação do pessoal de serviço.

Um bom gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde deve ter como princípio a segregação na fonte, o que resulta na redução do volume de resíduos com potencial de risco e na incidência de acidentes ocupacionais. O ideal é que tal operação seja pensada como um processo contínuo. Ela deve se expandir a todos os tipos de resíduos progressivamente, tendo em vista a segurança, o reaproveitamento e redução de custo no tratamento ou reprocessamento dos mesmos.

Em cada serviço especializado, existe um ou mais tipos de resíduos gerados. Para efetivar a gestão com base no princípio de minimização dos riscos adicionais dos RSS, o gestor deve adotar procedimentos de segregação de acordo com o tipo de resíduo, no próprio local de geração.

As vantagens de praticar a segregação na origem são:

- redução dos riscos para a saúde e o ambiente, impedindo que os resíduos potencialmente infectantes ou especiais, que geralmente são frações pequenas, contaminem os outros resíduos gerados no hospital;
- diminuição de gastos, já que apenas terá tratamento especial uma fração e não todos;
- aumento da eficácia da reciclagem.



Tome nota:

A segregação de RSS costuma ser um ponto crítico do processo da minimização de resíduos potencialmente infectantes, podendo trazer resultados insatisfatórios na gestão desses. Sem uma segregação adequada, cerca de 70 a 80% dos resíduos gerados em serviços de saúde

que não apresentam risco acabam potencialmente contaminados.

É fundamental coibir a prática de misturar resíduos de áreas com riscos distintos e passar a considerá-los "resíduos infectantes". Essa conduta de misturar resíduos pode ser explicada por razões culturais, operacionais, econômicas, tecnológicas e de recursos humanos.

ANEXO 4 - PROCEDIMENTOS RECOMENDADOS PARA O ACONDICIONAMENTO

Acondicionamento de RSS do grupo A

Os sacos para acondicionamento dos resíduos do grupo A devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Devem ser resistentes a tombamento e devem ser respeitados os limites de peso de cada envólucro. Os sacos devem estar identificados com a simbologia da substância infectante. É proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento.

Colorações possíveis para acondicionamento de resíduos do grupo A		
Grupo	Saco branco leitoso	Saco vermelho
A1		
A2		
A3		
A4		
A5		

Os resíduos do grupo A, que necessitam de tratamento, devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado. Os resíduos dos grupo A1, A2 e A5 devem ser acondicionados após o tratamento, da seguinte forma:

- havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do grupo D;
- se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados em saco branco leitoso.

Acondicionamento de RSS do grupo B

Substâncias perigosas (corrosivas, reativas, tóxicas, explosivas e inflamáveis) - devem ser acondicionados com base nas recomendações específicas do fabricante para acondicioná-los e descartá-los. Elas se encontram nas etiquetas de cada produto.

Resíduos sólidos - devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, devendo ser identificados de acordo com suas especificações.

Resíduos líquidos - devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistente, rígido e estanque, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com suas especificações.

O acondicionamento deve observar as exigências de compatibilidade química dos componentes entre si, assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens, de modo a evitar reação química entre eles, tanto quanto o enfraquecimento ou deterioração de tal embalagem, ou a possibilidade de que seu material seja permeável aos componentes do resíduo. Quando os recipientes de acondicionamento forem constituídos de polietileno de alta densidade - PEAD, deverá ser observada a compatibilidade entre as substâncias.

Os resíduos que irão ser encaminhados para reciclagem ou reaproveitamento devem ser acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens, de forma a evitar reação química entre seus componentes e os da embalagem, tanto quanto o enfraquecimento ou deterioração da mesma. Não se deve permitir que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

Devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados de acordo com o item 1.3.4 da RDC ANVISA nº 306/04.

As embalagens secundárias, que não entraram em contato com o produto, devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como resíduo do grupo D. Devem ser preferencialmente encaminhadas para processo de reciclagem.

As embalagens primárias, secundárias e os materiais contaminados por substância química devem ter o mesmo tratamento das substâncias químicas que as contaminaram.

Os resíduos contendo mercúrio (Hg) devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação.

Os disquetes não mais utilizados devem ser acondicionados como recicláveis, com o objetivo de reciclar o plástico e o metal neles existentes. Para os cartuchos de impressão, sempre que possível, deve-se buscar empresas que prestam o serviço de recarga. Caso não haja possibilidade de recarga, o mesmo deve ser acondicionado como resíduo do grupo D. Pode ser utilizado o plástico dos resíduos para reciclagem.

As lâmpadas fluorescentes devem ser acondicionadas separadamente do restante dos resíduos, para que sejam enviadas à reciclagem.

Acondicionamento de RSS do grupo C

Rejeitos radioativos - devem ser acondicionados em recipientes de chumbo, com blindagem adequada ao tipo e ao nível de radiação emitida, e ter a simbologia de radioativo.

Os rejeitos radioativos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, forrados internamente com saco plástico resistente e identificados conforme o item 12.2 da RDC ANVISA nº 306/04.

Os rejeitos radioativos líquidos devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas de material compatível com o líquido armazenado, sempre que possível de plástico, resistente, rígido e estanque, com tampa rosqueada, vedante. Eles devem ser acomodados em bandejas de material inquebrável e com profundidade suficiente para conter, com a devida margem de segurança, o volume total do rejeito, e ser identificados com símbolos específicos

Após o decaimento do radionuclídeo passam a ser resíduos e serão classificados de acordo com o material a que o radionuclídeo estiver associado.

Acondicionamento de RSS do grupo D

Resíduos com características semelhantes aos domiciliares - devem ser acondicionados em sacos impermeáveis, de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana.

Os cadáveres de animais devem ter acondicionamento e transporte diferenciados, de acordo com o porte do animal, desde que submetidos à aprovação pelo órgão de limpeza urbana, responsável direto ou coordenador das etapas de coleta, transporte e disposição final.

Acondicionamento de RSS do grupo E

Para os resíduos cortantes ou perfurantes, o pré-acondicionamento deve ser em recipiente rígido, estanque, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa, contendo a simbologia da substância.

Os materiais perfurocortantes (PC) devem ser acondicionados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso.

É expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento.

É proibido reencapar ou proceder a retirada manual das agulhas descartáveis.

Os recipientes que acondicionam os PC devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 cm de distância da boca do recipiente, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

Quando o gerador de RSS gerar material perfurocortante dos grupos A e B, poderá ser utilizado um único recipiente de acondicionamento na unidade geradora, sendo que, para o descarte, deverá ser considerado o resíduo de maior risco.

Os resíduos do grupo E, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, recolhidos pelo serviço de assistência domiciliar, responsável pelo gerenciamento desse resíduo.

ANEXO 5 - TIPOS DE TRATAMENTO RECOMENDADOS POR GRUPO DE RESÍDUOS

Tratamento de RSS do grupo A

Resíduos do grupo A1 - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana.

Resíduos do grupo A2 - devem ser submetidos a tratamento em equipamentos que reduzam ou eliminem a carga microbiana compatível com nível III de inativação microbiana.

Resíduos do grupo A3 que não tenham valor científico ou legal e que não tenham sido conduzidos pelo paciente ou por seus familiares - devem ser encaminhados para sepultamento ou tratamento. Se forem encaminhados para o sistema de tratamento, devem ser acondicionados em sacos vermelhos com a inscrição “peças anatômicas”.

O órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

Resíduos do grupo A4 - não necessitam de tratamento.

Resíduos do grupo A5 - devem ser submetidos a incineração.

Tratamento de RSS do grupo B

Resíduos químicos do grupo B, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem - devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos.

Excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos - podem ser eliminadas no esgoto, desde que haja tratamento de esgotos na região onde se encontra o serviço. Caso não exista tratamento de esgoto, devem ser submetidas a tratamento prévio no próprio estabelecimento, antes de liberados no meio ambiente.

Resíduos de produtos e de insumos farmacêuticos, sob controle especial (Portaria MS 344/98) - devem atender a legislação em vigor.

Fixadores utilizados em diagnóstico de imagem - devem ser submetidos a tratamento e processo de recuperação da prata.

Reveladores utilizados no diagnóstico de imagem - devem ser submetidos a processo de neutralização, podendo ser lançados na rede de esgoto, desde que atendidas as diretrizes dos órgãos de meio ambiente e do responsável pelo serviço público de esgotamento sanitário.

Lâmpadas fluorescentes - devem ser encaminhadas para reciclagem ou processo de tratamento.

Resíduos químicos contendo metais pesados - devem ser submetidos a tratamento ou disposição final, de acordo com as orientações do órgão de meio ambiente.

Tratamento de RSS do grupo C

Resíduos de fácil putrefação, contaminados com radionuclídeos, depois de atendidos os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo - devem manter as condições de conservação mencionadas no item 1.5.5 da RDC ANVISA nº 306/04, durante o período de decaimento do elemento radioativo.

O tratamento para decaimento deverá prever mecanismo de blindagem de maneira a garantir que a exposição ocupacional esteja de acordo com os limites estabelecidos na norma NE-3.01 da CNEN. Quando o tratamento for realizado na área de manipulação, devem ser utilizados recipientes blindados individualizados. Quando feito em sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou os rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem.

Para serviços que realizem atividades de medicina nuclear e possuam mais de três equipamentos de diagnóstico ou pelo menos um quarto terapêutico, o armazenamento para decaimento será feito em uma sala de decaimento de rejeitos radioativos com no mínimo 4 m², com os rejeitos acondicionados de acordo com o estabelecido no item 12.1 da RDC ANVISA nº 306/04.

A sala de decaimento de rejeitos radioativos deve ter acesso controlado. Deve estar sinalizada com o símbolo internacional de presença de radiação ionizante e de área de acesso restrito, dispendo de meios para garantir condições de segurança contra ação de eventos induzidos por fenômenos naturais e estar de acordo com o Plano de Radioproteção aprovado pela CNEN para a instalação.

O transporte externo de rejeitos radioativos, quando necessário, deve seguir orientação prévia específica da Comissão CNEN.

Tratamento de RSS do grupo D

Os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outro fluido corpóreo, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

Os restos e sobras de alimentos citados acima podem ser utilizados como ração animal, se forem submetidos a processo de tratamento que garanta a inocuidade do composto, devidamente avaliado e comprovado por órgão competente da Agricultura e de Vigilância Sanitária do Município, Estado ou do Distrito Federal.

Os resíduos líquidos provenientes de rede de esgoto (águas servidas) de estabelecimento de saúde devem ser tratados antes do lançamento no corpo receptor (nos córregos etc.). Sempre que não houver sistema de tratamento de esgoto da rede pública, devem possuir o tratamento interno.

Tratamento de RSS do grupo E

Os resíduos perfurocortantes contaminados com agente biológico classe de risco 4, microorganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente, que se tornem epidemiologicamente importantes ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem ser submetidos a tratamento, mediante processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com nível III de inativação microbiana.

Os resíduos perfurocortantes contaminados com radionuclídeos devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou.

ANEXO 6 - RECOMENDAÇÕES ESPECIAIS PARA OS RSS DO GRUPO B

Resíduos químicos são aqueles que apresentam características de corrosividade, inflamabilidade, reatividade e/ou toxicidade, ou seja, os pertencentes ao grupo B.

As atividades dos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde geram uma grande quantidade de resíduos que apresentam graus de periculosidade variados. Adequando-se a uma atuação ambientalmente responsável e baseando-se na política de reduzir, reutilizar e reciclar (3R's), é preciso identificar as correntes geradoras, quantificá-las e qualificá-las. O mais freqüente é que sejam utilizados reagentes para neutralizações das substâncias envolvidas no processo ou na eliminação. No entanto, há maior interesse em se adotar novos procedimentos para eliminação e reaproveitamento de substâncias descartadas, com repercussão direta na economia e na segurança química do local.

Os profissionais de serviços de saúde que trabalham com insumos químicos devem ter atenção especial com os resíduos químicos perigosos. O risco elevado das atividades implicadas no setor requer procedimentos de prevenção e segurança muito específicos, por tipo de produto. Com base na gama de legislações ambientais, devem ser nomeados profissionais da área química para realização das atividades nesses estabelecimentos. Com um profissional da área química, o estabelecimento tem uma dimensão mais clara dos problemas e riscos decorrentes das atividades que desenvolve.

Para o gerenciamento dessas substâncias, recomenda-se especial atenção ao exposto abaixo.

Protocolos de compra

Análise crítica e avaliação dos protocolos de compras. Nem sempre o menor preço é o mais indicado, ambientalmente. Pesarão sobre o valor de mercado do produto os créditos da empresa e os problemas ambientais.

Recebimentos de doações

É preciso verificar se o objeto doado tem algum passivo ambiental, e de que tipo, antes de recebê-lo. Deve-se fazer uso dos insumos químicos de maneira controlada. Se existe uma quantidade de insumos dentro do prazo de validade maior do que a necessidade, recomenda-se disponibilizá-los a empresas afins, para evitar o aumento de resíduos químicos.

Reagentes

Recomenda-se procurar manter o almoxarifado organizado por compatibilidade química, nunca por ordem alfabética, não expor os reagentes à luz solar direta e manter em área ventilada, além dos cuidados usuais.

Rótulos

O rótulo do fabricante deve ser protegido com capa plastificada (como papel contact, por exemplo) para que resista até o descarte final. Esta é uma medida de grande valia.

Frases de riscos e de segurança

As frases de riscos (Normas R - os códigos e as frases de risco) e de segurança (Normas S - os códigos e as frases de segurança) mais usuais no mundo e que provavelmente serão encontradas nos rótulos de insumos químicos e/ou nas Fichas de Informação de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ, devem fazer parte das rotinas e serem mantidas em local de fácil acesso para situações de emergências.

Listagem de identificação das codificações e simbologias utilizadas no setor

Devem ser mantidas sempre em local visível para que todos possam ter livre acesso.

Procedimento para neutralização

Recomenda-se preparar um guia prático de neutralização baseado na FISPQ, que deve acompanhar a aquisição dos produtos.

Procedimento para destinação de resíduos químicos perigosos

Recomenda-se preparar o fluxo de destinação de cada resíduo, local, horário, quantidade etc. Isso facilita em caso de necessidade de rastreamento dos resíduos.

Recuperação

É preciso esgotar as possibilidades de aplicação dos 3Rs. Em se tratando de produtos químicos, além das recomendações de reduzir, reutilizar e reciclar, cabe mais um "r", o de recuperar. A recuperação é possível somente para produtos identificados, daí a importância da identificação na entrada do produto químico.

Controle da movimentação de resíduos

Será útil confeccionar fichas padronizadas de controle de movimentação de resíduos e mantê-las arquivadas por cinco anos.

Cuidados no manuseio de produtos químicos

Recomenda-se o uso de EPIs e EPCs de acordo com os riscos associados ao material. Jamais se deve utilizar vidraria ou recipientes plásticos que contenham ou contiveram produtos químicos para uso pessoal. Sempre que for necessário o manuseio de produtos químicos, deve-se respeitar as incompatibilidades e manter, em local de conhecimento de todos os profissionais que tenham acesso a estes produtos, a FISPQ do fabricante.

Passivo químico

Como passivo químico, entende-se todo material que se encontra estocado nas dependências da instituição e que não participa das atividades rotineiras de trabalho no local, por período superior ao considerado normal pelo corpo técnico responsável. Estes passivos devem receber classificação como identificados, não identificados ou misturados/contaminados.

Riscologia química

Ao escolherem o procedimento adequado em caso de acidentes, envolvendo produtos químicos, os bombeiros utilizam os códigos da ONU (código UN = United Nations - Nações Unidas). Estas recomendam a classificação dos insumos químicos em nove classes com suas subdivisões; as não reguladas são identificadas com o código NR.



Diagrama de HOMMEL

A simbologia proposta pela Associação Nacional para Proteção contra Incêndios dos EUA - NFPA tem sido adotada mundialmente por representar clara e diretamente os riscos envolvidos na manipulação de insumos químicos.

Guia de Informações de Risco para Insumos Químicos

DIAMANTE DA NFPA

RISCOS À SAÚDE:

- 4 - Letal
- 3 - Muito perigoso
- 2 - Perigoso
- 1 - Risco leve
- 0 - Material normal

INFLAMABILIDADE:

- Ponto de Fulgor
- 4 - Abaixo de 23°
- 3 - Abaixo de 38°
- 2 - Abaixo de 93°
- 1 - Acima de 93°
- 0 - Não queima

RISCOS ESPECÍFICOS:

- OXY - Letal
- ACID - Muito perigoso
- ALC - Perigoso
- COR - Risco leve
- W - Material normal
-  - Radioativo

REATIVIDADE:

- 4 - Pode explodir
- 3 - Pode explodir com choque mecânico ou calor
- 2 - Reage violentamente
- 1 - Instável se aquecido
- 0 - Estável

GUIA PARA OS CÓDIGOS DA NFPA (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIOS DOS ESTADOS UNIDOS)

Saúde		Inflamabilidade	Reatividade	
Proteção recomendada		Susceptibilidade para inflamar	Susceptibilidade para a liberação de energia	
4	Obrigatoriamente deve usar roupa de proteção completa e proteção respiratória.	4 Muito inflamável.	4	Pode explodir em condições normais.
3	Deveria usar roupa de proteção completa e proteção respiratória.	3 Inflama sob condições normais de temperatura.	3	Pode explodir com choque mecânico ou aquecimento.
2	Deveria ser usada proteção respiratória com proteção facial completa.	2 Inflama com aquecimento moderado.	2	Sofre violenta alteração química, porém não explode.
1	Poderia usar proteção respiratória.	1 Inflama quando pré-aquecido.	1	Instável se aquecido, tenha cuidado.
0	Não são necessários cuidados especiais.	0 Não inflama.	0	Normalmente estável.

Pictogramas



Explosivos



Inflamáveis



Tóxicos



Corrosivos



Oxidantes



Nocivos



Irritantes



A serem mantidos longe de alimentos



Prejudiciais ao meio ambiente

Embalagem e acondicionamento

As embalagens são, obrigatoriamente, de material inerte e resistentes a rupturas, e as que contêm resíduos químicos perigosos devem ser fechadas, de forma a não possibilitar vazamento. (Para saber mais, consulte o Anexo 4.)

Rotulagem e fichas de acompanhamento

A rotulagem e a marcação de recipientes que contenham substâncias químicas, por intermédio de símbolos e textos, são precauções essenciais de segurança. Ao usar o procedimento de rotular resíduos químicos, é preciso levar em conta a importância das classificações gerais.

Informações para conter no modelo de rótulos de resíduos perigosos:

- Nome, endereço e telefone da instituição ou empresa.
- Número do controle da embalagem.
- Diamante da NFPA preenchido pela numeração recomendada.
- Nome do responsável técnico do setor, do responsável pelo preenchimento e a seção de origem.
- Conteúdo do recipiente (composição e concentração).
- Data de início do armazenamento.
- Só ocupar $\frac{3}{4}$ do volume total do recipiente.
- Preencher o rótulo, preferencialmente por digitação, em última hipótese manuscrito em letra de forma bem desenhada.

Informações para conter na ficha de acompanhamento de recebimento:

- Nome do estabelecimento.
- Nome do químico responsável.
- Número de controle da embalagem e setor de origem.
- Data do recebimento do resíduo.
- Responsável pela entrega.
- Responsável pelo recebimento.
- Tamanho do recipiente.
- Quantidade de cada resíduo dentro de cada recipiente.
- Estado do resíduo (sólido, líquido e gasoso).
- Informações NFPA.
- Identificação para destinação.
- Observações necessárias.
- Legendas (se necessárias).

Informações para conter na ficha de acompanhamento da destinação:

- Nome do estabelecimento ou instituição.
- Identificação da embalagem para destinação.
- Data de saída.

- Quantidade total descartada.
- Informações NFPA.
- Pessoa responsável pela entrega.
- Campo para destinação.
- Observações necessárias.
- Legendas (se necessário).

Abrigo de resíduos químicos perigosos

Este abrigo deve ser projetado e construído segundo as normas brasileiras, em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas teladas que possibilitem uma área de ventilação adequada, com dispositivo que impeça a incidência de luz solar direta, acabamento interno para piso e parede em materiais laváveis, lisos, resistentes, impermeáveis e de cor clara. A porta deve abrir para fora e com proteção inferior que dificulte o acesso de vetores. O piso deve ser em declive para o centro e deve existir um sistema de contenção para líquidos, com capacidade para 10% do volume armazenado. O local deve proporcionar fácil acesso na operação de coleta e dispor de sistema de combate a emergências.

Condições comuns para almoxarifado de produtos e abrigo de resíduos químicos

No armazenamento de produtos, deve-se considerar não só a incompatibilidade dos produtos, mas também o sistema de ventilação, a sinalização correta, a disponibilidade de EPIs e EPCs, separação das áreas administrativas, técnicas e de armazenagem dos resíduos.

Destinação

A destinação dos resíduos químicos perigosos depende de aprovação do órgão regulador que atende a região onde está localizado o estabelecimento. Na solicitação, além das informações de caracterização qualitativa e estimativa de geração anual de cada resíduo, deve ser indicada a destinação pretendida e a forma de tratamento externo pretendido: para recuperação, para descarte, incineração ou aterros industriais.

Produtos químicos de larga utilização em estabelecimentos de saúde

Mercúrio

O mercúrio é um metal líquido encontrado na natureza, cujo ponto de congelamento é de 38,87°C, de ebulição é de 356,58°C, muito denso 13,546

g/cm³ e extremamente volátil. Pode ser encontrado em pilhas, baterias, termômetros, lâmpadas fluorescentes, barômetros e aparelhos utilizados para aferição da pressão arterial etc.

Este material tem um fator de bioconcentração (BCF) experimentalmente - determinado maior que 100. Acumula-se no meio ambiente, sendo tóxico para os seres vivos.

A exposição crônica ao mercúrio, por qualquer rota, pode produzir nos seres humanos danos no sistema nervoso central, causar alergias de pele e acumular-se no corpo. A exposição crônica pode ainda danificar o feto em desenvolvimento e diminuir a fertilidade em homens e mulheres.

Nos serviços de saúde, o mercúrio pode se encontrado em termômetros clínicos e de estufas, em esfigmomanômetros, no amálgama odontológico e nas lâmpadas fluorescentes, sendo que para os resíduos provenientes destes materiais devem ser observados cuidados de manuseio, armazenamento e destinação. De acordo com a RDC ANVISA n° 306 /04 os resíduos contendo mercúrio devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação.

Como recomendação geral, os materiais contaminados devem ser mantidos em recipientes bem fechados, armazenados em local fresco, seco e em área ventilada. Devem ser observados todos os avisos e precauções com relação ao produto. Sempre que não for possível salvar a substância para reutilização, esta deve ser colocada em um aparato aprovado e apropriado para a destinação do resíduo.

Algumas recomendações específicas:

Resíduos de amálgamas – A coleta do resíduo de mercúrio resultante do preparo de amálgama odontológico pode ser em recipiente rígido e inquebrável dotado de boca larga e de material inerte. Deve ser deixada uma lâmina de água sobre o resíduo acondicionado no coletor.

Termômetros clínicos – O vidro dos termômetros clínicos quebrados deve ser tratado como resíduo perfurocortante do grupo E. Para o mercúrio deve se observar as recomendações gerais acima.

Lâmpadas fluorescentes – É recomendável que as lâmpadas a descartar sejam armazenadas em local seco. As caixas da embalagem original protegem as lâmpadas contra eventuais choques que possam provocar sua ruptura e o empilhamento. Elas devem ser re-identificadas para não serem confundidas com caixas de lâmpadas novas. As lâmpadas que se quebrarem

acidentalmente deverão ser separadas das demais e acondicionadas em recipiente com tampa que possibilite vedação adequada.

Forrar os container's com uma camada de carvão ativado é uma medida preventiva que, em caso de quebra acidental, durante o transporte destes resíduos, reterá os vapores de mercúrio, impedindo que o mesmo vaze para o ambiente.

Acidente com o mercúrio – Caso caia no piso, deve-se usar luva para removê-los com uma folha de papel cartonado ou com uma seringa e depositá-los em recipiente apropriado. No caso da quebra de frascos: ventilar a sala abrindo as janelas, interditar a sala até que todo o mercúrio derramado seja removido, lavar o piso com água e sabão e em seguida encerá-lo.

A cera impede a retenção do mercúrio no piso. Após esses cuidados, a sala pode ser liberada para uso. Caso fique, ainda, mercúrio no piso, deve-se recobri-lo com pó de enxofre ou óxido de zinco, e depois coletá-lo e providenciar o envio do material para a descontaminação.

Nota: O mercúrio do piso pode aderir à sola do sapato e, assim, pode ser transportado para outros locais e expor outras pessoas aos efeitos tóxicos deste produto.

ANEXO 7 - SÍNTESE DAS FICHAS DE INFORMAÇÃO DE SEGURANÇA DE PRODUTOS QUÍMICOS - FISPQ MAIS USUAIS NOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

O fabricante é o responsável pelo fornecimento destes dados.

Formol (Formaldeído)

Sinônimos: Formaldeído 37%, formalina, morbicida, óxido de metileno, metil aldeído, aldeído fórmico.

Nome em Inglês: formaldehyde

Nome químico: metanal, aldeído fórmico

Fórmula química: HCHO em água.

Identificação dos danos

Índices:

Saúde: 3 - severo

Inflamabilidade: 2 - moderado

Reatividade: 2 - moderado

Equipamento a ser usado: luvas, casaco e óculos protetores.

Código de armazenamento: vermelho (inflamável).

Medidas para vazamento acidental

Ventilar, recolher e isolar a área de vazamento.

Manuseio e armazenamento

Manter o material em um contenedor bem fechado, armazenando-o em local fresco, seco e bem ventilado. Protegê-lo contra danos físicos. Guardá-lo longe do risco de fogo, se possível separado das outras substâncias, principalmente das incompatíveis.

Estabilidade

É estável, em termos químicos, sob corretas condições de uso e armazenamento.

Controle de exposição e proteção pessoal

Sistema de ventilação

Respiradores pessoais

Proteção à pele

Proteção aos olhos

Informações ecológicas

Quando liberado no solo, esta substância atinge o subsolo. Liberado no ar é degradado por reação fotoquímica liberando radical hidróxi. É muito tóxico à vida aquática.

Glutaraldeído

Sinônimos: Soluções aquosas de glutaraldeído; pentanodial, dialdeído glutárico, glutaral

Nome em Inglês: Glutaraldehyde aqueous solution

Nome químico: 1,5 pentanodial

Fórmula química: OCH(CH₂)₃CHO em H₂O.

Identificação dos danos

Índices:

Saúde: 2 - moderado

Inflamabilidade: 0 - nenhum

Reatividade: 1 - leve

Equipamento a ser usado: óculos protetores, avental, luvas e capuz.

Código de armazenamento: branco (corrosivo).

Providências para vazamento acidental

Ventilar a área de vazamento, recolher o material num contenedor apropriado para descarte. Usar equipamento de proteção pessoal apropriado.

Manuseio e armazenamento

Manter o material em um contenedor bem fechado, armazenando-o em local fresco, seco em área ventilada. Protegê-lo contra dano físico e isolá-lo de substâncias incompatíveis.

Controle de exposição e proteção pessoal

Sistema de ventilação

Respiradores pessoais

Proteção da pele

Proteção dos olhos

Estabilidade

Estável sob de condições corretas de uso e armazenamento.

Xilol

Sinônimos: Xileno, dimetil benzeno, xilol, metil tolueno.

Nome em Inglês: Xylol, xylene

Nome Químico: dimetil benzeno

Fórmula química: C₆H₄ (CH₃)₂

Identificação dos danos

Índices:

Saúde: 2 - moderado

Inflamabilidade: 3 - severo

Reatividade: 0 - nenhum

Equipamento a ser usado: luvas, casacos e óculos protetores.

Código de armazenamento: vermelho (inflamável).

Medidas para vazamento acidental

Ventilar, recolher e isolar a área de vazamento. Usar equipamento de proteção pessoal apropriado.

Manuseio e armazenamento

Manter o material em um contenedor bem fechado, armazenando-o em local fresco, seco e bem ventilado, longe do fogo e de substâncias incompatíveis. Protegê-los contra danos físicos.

Controle de exposição e proteção pessoal

Sistema de ventilação

Respiradores pessoais

Proteção da pele

Proteção dos olhos

Estabilidade

Estável sob corretas condições de uso e armazenamento.

Informações ecológicas

Destino no ecossistema: Quando liberada no ar, esta substância, por ser degradada por reação fotoquímica, produz radicais hidróxi. Tem uma meia-vida de menos de 1 dia. Toxicidade ambiental: é tóxico para a vida aquática. A dose letal para peixes é entre 10 e 100 mg/l.

Destino no ecossistema e toxicidade ambiental: nenhuma informação foi encontrada.

Hipoclorito de sódio

Composição e informações sobre os ingredientes

Sinônimos: Hipoclorito, Água Sanitária, clorox, água de javel

Nome em Inglês: sodium hypochlorite

Nome Químico: hipoclorito de sódio.

Formula química: NaClO.

Nome químico comercial: água sanitária, água de Javel, branqueador doméstico, cândida.

Identificação dos danos

Índices:

Saúde: 3 - severo

Inflamabilidade: 0 - nenhum

Reatividade: 1

Equipamento a ser usado: luvas, jalecos e óculos protetores.

Medidas para vazamento acidental

Ventilar, recolher e isolar a área de vazamento. Usar equipamento de proteção pessoal apropriado.

Manuseio e armazenamento

O hipoclorito de sódio deve ser armazenado em local fresco, ventilado e sem incidência de luz, as bombonas ou frascos nunca devem ficar hermeticamente fechados, devendo ser fechados quando movimentados.

Controle de exposição e proteção pessoal

Sistema de ventilação

Respiradores pessoais

Proteção da pele

Proteção dos olhos

Estabilidade

Estável sob corretas condições de uso e armazenamento.

Informações ecológicas

Se não for diluído, afeta seriamente as vias aquáticas.

Mercúrio

Sinônimos: Hydrargyrum; Prata líquida.

Nome em Inglês: mercury

Nome Químico: mercúrio

Fórmula química: Hg

Identificação dos danos

Índices:

Saúde: 4 – extremo

Inflamabilidade: 0 – nenhum

Reatividade: 1 – leve

Contato: 3 – severo.

Equipamento a ser usado: Luvas, capuz, óculos protetores, avental.

Código de Armazenamento: Azul.

Medidas para vazamento acidental

Ventilar área, isolar a área do vazamento, recolher em container apropriado.

Manuseio e armazenamento

Mantenha o material em um container bem fechado, armazenando-o em local fresco, seco e bem ventilado, as embalagens vazias são tóxicas.

Estabilidade

É estável sob corretas condições de uso e armazenamento. Manter longe de chamas, luz e calor, pode explodir ou servir de fonte para explosões de vapores.

Controle de exposição e proteção pessoal

Sistema de ventilação

Respiradores pessoais

Proteção à pele

Proteção aos olhos

Informações ecológicas

Material com fator de bioconcentração experimental determinado maior que 100. Acumula-se no meio ambiente, podendo ser tóxico a vida aquática, a contaminação ou uso deste podem alterar a forma de administração dos resíduos.

6. GLOSSÁRIO

Abrigo de resíduos: local destinado ao armazenamento temporário de resíduos sólidos que aguardam a coleta.

Acondicionamento: ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. (RDC ANVISA nº 306/04)

Agenda 21: documento da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento Humano - a Rio-92. Diz respeito às preocupações com o nosso futuro, a partir do século XXI.

Agente de classe de risco 4 (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): patógeno que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes (Resolução CONAMA nº 358/05).

Agente biológico: bactérias, fungos, vírus, clamídias, riquetsias, microplasmas, prions, parasitas, linhagens celulares, outros organismos e toxinas (RDC ANVISA nº 306/04).

Armazenamento temporário: guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa.

Atendimento individualizado: ação desenvolvida em estabelecimento onde se realiza o atendimento com apenas um profissional de saúde em cada turno de trabalho (consultório) (RDC ANVISA nº 306/04).

Aterro controlado: técnica de disposição final de resíduos sólidos urbanos no solo, por meio de confinamento em camadas cobertas com material inerte, sem coleta e tratamento do chorume, drenagem e queima do biogás.

Aterro de resíduos perigosos - classe I: técnica de disposição final de resíduos químicos no solo, sem causar danos ou riscos à saúde pública,

minimizando os impactos ambientais e utilizando procedimentos específicos de engenharia para o confinamento destes (RDC ANVISA nº 306/04).

Aterro sanitário: técnica de disposição final de resíduos sólidos urbanos no solo, por meio de confinamento em camadas cobertas com material inerte, segundo normas específicas, de modo a evitar danos ou riscos à saúde e à segurança, minimizando os impactos ambientais (RDC ANVISA nº 306/04).

Cadáveres de animais: são os animais mortos. Não oferecem risco à saúde humana, à saúde animal ou causam impactos ambientais por estarem impedidos de disseminar agentes etiológicos de doenças (RDC ANVISA nº 306/04).

Carcaças de animais: são produtos de retaliação de animais, provenientes de estabelecimentos de tratamento de saúde animal, centros de experimentação, de Universidades e unidades de controle de zoonoses e outros similares (RDC ANVISA nº 306/04).

Carros coletores: são os contenedores providos de rodas, destinados à coleta e transporte interno de resíduos de serviços de saúde (RDC ANVISA nº 306/04).

Classe de risco 4 (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade): condição de um agente biológico que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes (RDC ANVISA nº 306/04).

Coleta externa: consiste na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. Deve estar de acordo com as regulamentações dos órgãos de limpeza urbana.

Coleta: consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo, com a finalidade de disponibilização para a coleta.

Coletor-transportador rodoviário de resíduos de serviços de saúde: Coletor construído especificamente para a coleta e transporte de resíduos de serviços de saúde, tendo como principal característica caixa fechada e total estanqueidade.

Comissão de controle de infecção hospitalar - CCIH: órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de coordenação das ações de controle de infecção hospitalar (RDC ANVISA nº 306/04).

Compostagem: processo de decomposição biológica de fração orgânica biodegradável de resíduos sólidos, efetuado por uma população diversificada de organismos em condições controladas de aerobiose e demais parâmetros, desenvolvido em duas etapas distintas: uma de degradação ativa e outra de maturação (RDC ANVISA nº 306/04).

Condições de lançamento: condições e padrões de emissão adotados para o controle de lançamentos de efluentes no corpo receptor (RDC ANVISA nº 306/04).

Corpo receptor: corpo hídrico superficial que recebe o lançamento de um efluente (RDC ANVISA nº 306/04).

Diagrama de Hommel: adotado mundialmente por representar clara e diretamente os riscos envolvidos na manipulação de insumos químicos.

Disposição final: é a prática de dispor os resíduos sólidos no solo previamente preparado para recebê-los, de acordo com critérios técnico-construtivos e operacionais adequados, em consonância com as exigências dos órgãos ambientais competentes (Resolução CONAMA nº 358/05).

Equipamento de Proteção Individual - EPI: dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, atendidas as peculiaridades de cada atividade profissional ou funcional (RDC ANVISA nº 306/04).

Estabelecimento de saúde: denominação dada a qualquer edificação destinada à realização de atividades de prevenção, promoção, recuperação e pesquisa na área da saúde ou que estejam a ela relacionadas (RDC ANVISA nº 306/04).

Estação de transferência de resíduos de serviços de saúde: unidade com instalações exclusivas, com licença ambiental expedida pelo órgão competente, para executar transferência de resíduos gerados nos serviços de saúde, garantindo as características originais de acondicionamento, sem abrir ou transferir conteúdo de uma embalagem para outra.

Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ: ficha que contém informações sobre características desses produtos (substâncias ou preparados) quanto à proteção, à segurança, à saúde e ao meio ambiente.

Fonte selada: fonte radioativa encerrada hermeticamente em uma cápsula, ou ligada totalmente a material inativo envolvente, de forma que não possa haver dispersão de substância radioativa em condições normais e severas de uso (RDC ANVISA nº 306/04).

Forma livre: é a saturação de um líquido em um resíduo que o absorva ou o contenha, de forma que possa produzir gotejamento, vazamento ou derramamento espontaneamente ou sob compressão mínima (RDC ANVISA nº 306/04).

Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar, aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (RDC ANVISA nº 306/04).

Gerenciamento integrado de resíduos: conjunto de ações normativas, operacionais, financeiras e de planejamento, baseado em critérios sanitários, ambientais e econômicos, que possibilita as administrações municipais coletar, tratar e dispor os resíduos (IPT, 1995: 3).

Hemoderivados: produtos farmacêuticos obtidos a partir do plasma humano, submetidos a processos de industrialização e normatização que lhes conferem qualidade, estabilidade e especificidade (RDC ANVISA nº 306/04).

Identificação: conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS (RDC ANVISA nº 306/04).

Instalações radiativas: estabelecimentos onde se produzem, processam, manuseiam, utilizam, transportam ou armazenam fontes de radiação, excetuando-se as instalações nucleares definidas na norma CNEN-NE-1.04 "Licenciamento de Instalações Nucleares" e os veículos transportadores de fontes de radiação (RDC ANVISA nº 306/04).

Insumos farmacêuticos: qualquer produto químico ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento (RDC ANVISA nº 306/04).

Licenciamento ambiental: atos administrativos pelos quais o órgão de meio

ambiente aprova a viabilidade do local proposto para uma instalação de tratamento ou destinação final de resíduos, permitindo a sua construção e operação, após verificar a viabilidade técnica e o conceito de segurança do projeto (RDC ANVISA nº 306/04).

Licenciamento de instalações radiativas: atos administrativos pelos quais a CNEN aprova a viabilidade do local proposto para uma instalação radiativa e permite a sua construção e operação, após verificar a viabilidade técnica e o conceito de segurança do projeto (RDC ANVISA nº 306/04).

Limite de eliminação: valores estabelecidos na norma CNEN-NE-6.05 "Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radioativas" e expressos em termos de concentrações de atividade e/ou atividade total, em ou abaixo dos quais um determinado fluxo de rejeito pode ser liberado pelas vias convencionais, sob os aspectos de proteção radiológica (RDC ANVISA nº 306/04).

Líquidos corpóreos: são representados pelos líquidos cefalorraquidiano, pericárdico, pleural, articular, ascítico e amniótico (RDC ANVISA nº 306/04).

Lixão ou vazadouro: caracteriza-se pela simples descarga de resíduos sobre o solo, sem medidas de proteção ao meio ambiente e à saúde pública.

Local de geração: representa a unidade de trabalho onde é gerado o resíduo (RDC ANVISA nº 306/04).

Manejo de RSS: ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final (RDC ANVISA nº 306/04).

Materiais de assistência à saúde: materiais relacionados diretamente com o processo de assistência aos pacientes (RDC ANVISA nº 306/04).

Meia-vida física: tempo que um radionuclídeo leva para ter a sua atividade inicial reduzida à metade (RDC ANVISA nº 306/04).

Metal pesado: qualquer composto de antimônio, cádmio, crômio (IV), chumbo, estanho, mercúrio, níquel, selênio, telúrio e tálio, incluindo a forma metálica (RDC ANVISA nº 306/04).

Minimização: consiste na redução de resíduos comuns, perigosos ou especiais na etapa de geração, antes das fases de tratamento, armazenamento ou disposição. Visa a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

Nível III de inativação microbiana: inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com redução igual ou maior que 6Log_{10} , e inativação de esporos do bacilo *stearothermophilus* ou de esporos do bacilo *subtilis* com redução igual ou maior que 4Log_{10} (Resolução CONAMA nº 358/05).

Patogenicidade: capacidade de um agente causar doença em indivíduos normais suscetíveis (RDC ANVISA nº 306).

PGRSS: documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente (RDC ANVISA nº 306 - Capítulo V - 4.1).

Plano de radioproteção - PR: documento exigido para fins de licenciamento de instalações radiativas, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear, conforme competência atribuída pela Lei nº 6.189, de 16 de dezembro de 1974, que se aplica às atividades relacionadas com a localização, construção, operação e modificação de instalações radiativas, contemplando, entre outros, o Programa de Gerência de Rejeitos Radioativos - PGRR (RDC ANVISA nº 306/04).

Príon: estrutura protéica alterada relacionada como agente etiológico das diversas formas de Encefalite Espongiforme (RDC ANVISA nº 306/04).

Quimioterápicos antineoplásicos: substâncias químicas que atuam em nível celular com potencial de produzirem genotoxicidade, citotoxicidade e teratogenicidade (RDC ANVISA nº 306/04).

Reciclagem: processo de transformação dos resíduos que utiliza técnicas de beneficiamento para o reprocessamento, ou obtenção de matéria prima para fabricação de novos produtos (RDC ANVISA nº 306/04).

Redução de carga microbiana: aplicação de processo que visa a inativação microbiana das cargas biológicas contidas nos resíduos. (RDC ANVISA nº 306/04)

Redução na fonte: toda atividade que reduza ou evite a geração de resíduos na origem, no processo, ou que altere propriedades que lhe atribuam riscos, incluindo modificações no processo ou equipamentos, alteração de insumos, mudança de tecnologia ou procedimento, substituição de materiais, mudanças na prática de gerenciamento, administração interna do suprimento e aumento na eficiência dos equipamentos e dos processos (Resolução CONAMA nº 358/05).

Resíduos de serviços de saúde - RSS: são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços definidos no artigo 1º da RDC ANVISA nº 306/04, que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final (RDC ANVISA nº 306/04).

Reutilização: reaproveitamento direto sob a forma de um produto, tal como as garrafas retornáveis e certas embalagens reaproveitáveis.

Sacos plásticos para acondicionamento de lixo: aqueles que são fabricados e comercializados com a finalidade específica de acondicionar os resíduos sólidos resultante da atividade humana.

Segregação: consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos (RDC ANVISA nº 306/04).

Sistema de tratamento de resíduos de serviços de saúde: conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, físico-químicas, químicas ou biológicas dos resíduos, podendo promover a sua descaracterização, visando a minimização do risco à saúde pública, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador (RDC ANVISA nº 306/04).

Sobras de amostras: restos de sangue, fezes, urina, suor, lágrima, leite, colostro, líquido espermático, saliva, secreções nasal, vaginal ou peniana, pêlo e unha que permanecem nos tubos de coleta após a retirada do material necessário para a realização de investigação (RDC ANVISA nº 306/04).

Tecnologias de tratamento: quaisquer processos manuais, mecânicos, físicos, químicos ou biológicos que alterem as características dos resíduos, de forma a reduzir o seu volume ou periculosidade bem como a facilitar a sua movimentação, valorização ou eliminação.

Transporte interno: traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta (RDC ANVISA nº 306/04).

Veículo coletor: veículo utilizado para a coleta externa e o transporte de resíduos de serviços de saúde (RDC ANVISA nº 306/04).

7. SIGLAS UTILIZADAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANTT - Agência Nacional de Transportes Terrestres
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ART - Anotação de Responsabilidade Técnica
CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear
CONAMA - Conselho Nacional de Meio Ambiente
CONTRAN - Conselho Nacional de Trânsito
ECP - Equipamento de Controle de Poluição
EPA - Environment Protection Agency - EUA
EPC - Equipamento de Proteção Coletiva
EPI - Equipamento de Proteção Individual
FISPQ - Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos
GMC - Grupo Mercado Comum
MJ - Ministério da Justiça
NBR - Norma Brasileira Registrada
NE - Norma Nuclear
NFPA - Associação nacional dos EUA para proteção contra incêndio
NR - Norma Regulamentadora
PEAD - Polietileno de alta densidade
PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PNRS - Política Nacional de Resíduos Sólidos
PNSB - Política Nacional de Saneamento Básico
RDC - Resolução de Diretoria Colegiada
RSS - Resíduos de serviços de saúde
RSU - Resíduos sólidos urbanos
SESMT - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho
SISNAMA - Sistema Nacional de Meio Ambiente
SJDC - Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania
SS - Secretaria da Saúde



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLOWAY, B. J. & AYRES, D. C. Chemical principles of environmental pollution. London: Blackie Academic & Professional, Second edition, 1997.

BRILHANTE, O. M. & CALDAS, L. Q. A. Gestão e avaliação de risco em saúde ambiental. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, 1999.

BROLLO, M. J. & SILVA, M. M. Política e gestão ambiental em resíduos sólidos. Revisão e análise sobre a atual situação no Brasil. In: Anais do 21º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental. Rio de Janeiro, CD-ROM, 2001.

CASTELLANO, E. G. & CHAUDHRY (org.). Desenvolvimento sustentado: desenvolvimento e estratégias. São Carlos: EESC-USP, 2000, p. 107 a 135.

FERREIRA, A. B. H. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Editora Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1988.

FONSECA, Edmilson. Iniciação ao estudo dos resíduos sólidos e da limpeza urbana. João Pessoa (PB): JRC Gráfica e Editora, 2001.

HIRATA, Mario Hiroyuki, FILHO, Jorge Manzini. Manual de Biossegurança. São Paulo: Editora Manole, 2000.

IPT/CEMPRE. Lixo Municipal: Manual de Gerenciamento Integrado. São Paulo, Publicação IPT 2622, 2000.

MOTA, Suetônio. Urbanização e meio ambiente. 3ª. ed., Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Engenharia Sanitária - Abes, 2003.

NASCIMENTO, M. C. B. Seleção de sítios visando a implantação de aterros sanitários com base em critérios geológicos, geomorfológicos e hidrológicos. Dissertação de mestrado, Instituto de Geociências, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SCHNEIDER, Vania Elisabete (org.). Manual de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde. Caxias de Sul (RS), Editoria da Universidade de Caxias do Sul - Educs, 2ª. ed. rev. e ampl., 2004.

Publicações de estabelecimentos de saúde

ASSAD, Carla, COSTA, Gloria & BAHIA, Sergio Rodrigues. Manual de Higienização de Estabelecimentos de Saúde e Gestão de seus Resíduos. Rio de Janeiro: Comlurb-Ibam, 2001.

ECD. Guidance for Evaluating Medical Waste Treatment Technologies. New York State (US), Department of Environmental Conservation, February, 1997.

EPA. U. S. Environment Protection Agency Guidance for Evaluating Medical Waste Treatment Technologies. Safe management of waste from health-care activities: emerging and other communicable diseases, surveillance and control. EPA - U. S. Environment Protection Agency, 1999.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. SECRETARIA DE MEIO AMBIENTE. Agenda 21. Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. São Paulo: Secretaria de Estado do Meio Ambiente (Documentos Ambientais), 1992.

GUNTHER, Wanda (resp.). Curso de elaboração de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. São Paulo: USP/FSP, fev. 2004.

JARDIM, Niza (coord.) et. al. Lixo municipal. Manual de Gerenciamento Integrado. São Paulo: Instituto de Pesquisa Tecnológica - IPT, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde ambiental e gestão de resíduos de serviços de saúde. Projeto Reforsus. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

ODA, Leia, ÁVILA, Susana et. al. Biossegurança em laboratórios de saúde pública. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, Ministério da Saúde, 1998.

PARLAMENTO EUROPEU. Relatório da Comissão ao Conselho e Parlamento Europeu sobre a aplicação de legislação comunitária. Bruxelas, 2003.

SLAVIK, Nelson S. et. al. Technical Assistance Manual: State Regulatory Oversight of Medical Waste Treatment Technologies. Document to discuss state review of Medical Waste Treatment Technologies, New Orleans, Atlanta and Washington, D. C. A., 1994.

UNILIVRE. Curso de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Curitiba (PR): Unilivre, jun. 1997.

WANACKER, Francisco. Responsabilidade civil e penal pela disposição final de resíduos de saúde animal. In: Seminário Estadual de Resíduos de Serviços de Saúde Animal. Campinas (SP), 2004.

Jornais, revistas e guias

ARGÜELLO, Carol Castillo (trad.). Guia para o Manejo Interno de Resíduos Sólidos em Estabelecimentos de Saúde. Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde - Opas/OMS, 1997.

Federação e Centro das Indústrias do Estado de São Paulo - Fisp/Ciesp e Sindicato das Indústrias Gráficas do Estado de São Paulo - Sindigraf (org.). Guia Técnico Ambiental da Indústria Gráfica. FISP/Sindigraf, 2003.

Jornal Oficial das Comunidades Europeias Directiva. 1999/31/CE.

Revista Gerenciamento Ambiental, ano 4, no. 19, abr. 2002.

Revista Gerenciamento Ambiental, ano 5, no. 25, mai-jun. 2003.

ZANON, U. Riscos Infeciosos imputados ao lixo hospitalar: realidade epidemiológica ou ficção sanitária? Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 23, no 3, 1990.

Fontes na internet

www.camara.gov.br/internet/diretoria/Conleg/notas/010371.pdf (Tratamento de Resíduos Sólidos - Ilidia Juras)

<http://www.ambientebrasil.com.br/composer.php3?base=./educacao/index.php3&conteudo=./educacao/programas/integracao21.html>

<http://houaiss.uol.com.br/>

6

9. RDC 306/04

RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA DA ANVISA - RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004

Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto nº 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o art. 111, inciso I, alínea "b", § 1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria n.º 593, de 25 de agosto de 2000, publicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada em 6 de dezembro de 2004, considerando as atribuições contidas nos art. 6º, art. 7º, inciso III e art. 8º da Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999; considerando a necessidade de aprimoramento, atualização e complementação dos procedimentos contidos na Resolução RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003, relativos ao gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços de saúde - RSS, com vistas a preservar a saúde pública e a qualidade do meio ambiente considerando os princípios da biossegurança de empregar medidas técnicas, administrativas e normativas para prevenir acidentes, preservando a saúde pública e o meio ambiente; considerando que os serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS por eles gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final; considerando que a segregação dos RSS, no momento e local de sua geração, permite reduzir o volume de resíduos perigosos e a incidência de acidentes ocupacionais dentre outros benefícios à saúde pública e ao meio ambiente; considerando a necessidade de disponibilizar informações técnicas aos estabelecimentos de saúde, assim como aos órgãos de vigilância sanitária, **sobre as técnicas adequadas de manejo dos RSS, seu gerenciamento e fiscalização**; Adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Aprovar o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, em Anexo a esta Resolução, a ser observado em todo o território nacional, na área pública e privada.

Art. 2º Compete à Vigilância Sanitária dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, com o apoio dos Órgãos de Meio Ambiente, de Limpeza

Urbana, e da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, divulgar, orientar e fiscalizar o cumprimento desta Resolução.

Art. 3º As vigilâncias sanitárias dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, visando o cumprimento do Regulamento Técnico, poderão estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar, a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 4º A inobservância do disposto nesta Resolução e seu Regulamento Técnico configura infração sanitária e sujeitará o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil e penal cabíveis.

Art. 5º Todos os serviços em funcionamento, abrangidos pelo Regulamento Técnico em anexo, têm prazo máximo de 180 dias para se adequarem aos requisitos nele contidos. A partir da publicação do Regulamento Técnico, os novos serviços e aqueles que pretendam reiniciar suas atividades, devem atender na íntegra as exigências nele contidas, previamente ao seu funcionamento.

Art. 6º Esta Resolução da Diretoria Colegiada entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução ANVISA - RDC nº. 33, de 25 de fevereiro de 2003.

CLÁUDIO MAIEROVITCH PESSANHA HENRIQUES

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - DIRETRIZES GERAIS

CAPÍTULO I - HISTÓRICO

O Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, publicado inicialmente por meio da RDC ANVISA nº 33, de 25 de fevereiro de 2003, submete-se agora a um processo de harmonização das normas federais dos Ministérios do Meio Ambiente por meio do Conselho Nacional de Meio Ambiente - CONAMA e da Saúde através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA referentes ao gerenciamento de RSS.

O encerramento dos trabalhos da Câmara Técnica de Saúde, Saneamento Ambiental e Gestão de Resíduos do CONAMA, originaram a nova proposta técnica de revisão da Resolução CONAMA nº 283/2001, como resultado de

mais de um ano de discussões no Grupo de Trabalho. Este documento embasou os princípios que conduziram à revisão da RDC ANVISA nº 33/2003, cujo resultado é este Regulamento Técnico harmonizado com os novos critérios técnicos estabelecidos.

CAPÍTULO II - ABRANGÊNCIA

Este Regulamento aplica-se a todos os geradores de Resíduos de Serviços de Saúde-RSS.

Para efeito deste Regulamento Técnico, definem-se como geradores de RSS todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, dentre outros similares.

Esta Resolução não se aplica a fontes radioativas seladas, que devem seguir as determinações da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN, e às indústrias de produtos para a saúde, que devem observar as condições específicas do seu licenciamento ambiental.

CAPÍTULO III - GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente.

O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS.

Todo gerador deve elaborar um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, baseado nas características dos resíduos gerados

e na classificação constante do Apêndice I, estabelecendo as diretrizes de manejo dos RSS.

O PGRSS a ser elaborado deve ser compatível com as normas locais relativas à coleta, transporte e disposição final dos resíduos gerados nos serviços de saúde, estabelecidas pelos órgãos locais responsáveis por estas etapas.

1 - MANEJO: O manejo dos RSS é entendido como a ação de gerenciar os resíduos em seus aspectos intra e extra estabelecimento, desde a geração até a disposição final, incluindo as seguintes etapas:

1.1 - SEGREGAÇÃO - Consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas, biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos.

1.2 - ACONDICIONAMENTO - Consiste no ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura. A capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

1.2.1 - Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente a ruptura e vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT, respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

1.2.2 - Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento.

1.2.3 - Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação.

1.2.4 - Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante.

1.3 - IDENTIFICAÇÃO - Consiste no conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS.

1.3.1 - A identificação deve estar aposta nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo, e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de

forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

1.3.2 - A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte poderá ser feita por adesivos, desde que seja garantida a resistência destes aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

1.3.3 - O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.

1.3.4 - O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco.

1.3.5 - O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO.

1.3.6 - O Grupo E é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR 7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

1.4 - TRANSPORTE INTERNO - Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

1.4.1 - O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

1.4.2 - Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este Regulamento Técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 l de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga

permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

1.5 - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO - Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

1.5.1- O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifique.

1.5.2 - A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como "SALA DE RESÍDUOS".

1.5.3 - A sala para o armazenamento temporário pode ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m², para armazenar dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo.

1.5.4 - No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

1.5.5 - Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, serem submetidos a outro método de conservação.

1.5.6 - O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.

1.6 TRATAMENTO - Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento

gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/1997 e são passíveis de fiscalização e de controle pelos órgãos de vigilância sanitária e de meio ambiente.

1.6.1 - O processo de autoclavagem aplicado em laboratórios para redução de carga microbiana de culturas e estoques de microorganismos está dispensado de licenciamento ambiental, ficando sob a responsabilidade dos serviços que as possuírem, a garantia da eficácia dos equipamentos mediante controles químicos e biológicos periódicos devidamente registrados.

1.6.2 - Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido na Resolução CONAMA nº. 316/2002.

1.7 - ARMAZENAMENTO EXTERNO - Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores.

1.7.1 - No armazenamento externo não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados.

1.8 COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS - Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

1.8.1 - A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12810 e NBR 14652 da ABNT

1.9 - DISPOSIÇÃO FINAL - Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/97.

CAPÍTULO IV - RESPONSABILIDADES

2. Compete aos serviços geradores de RSS:

2.1. A elaboração do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental, normas de coleta e transporte dos serviços locais de limpeza urbana e outras orientações contidas neste Regulamento.

2.1.1 - Caso o estabelecimento seja composto por mais de um serviço com Alvarás Sanitários individualizados, o PGRSS deverá ser único e contemplar todos os serviços existentes, sob a Responsabilidade Técnica do estabelecimento.

2.1.2 - Manter cópia do PGRSS disponível para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.

2.1.3 - Os serviços novos ou submetidos a reformas ou ampliação devem encaminhar o PGRSS juntamente com o Projeto Básico de Arquitetura para a vigilância sanitária local, quando da solicitação do alvará sanitário.

2.2. A designação de profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica-ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber, para exercer a função de Responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

2.2.1 - Quando a formação profissional não abranger os conhecimentos necessários, este poderá ser assessorado por equipe de trabalho que detenha as qualificações correspondentes.

2.2.2 - Os serviços que geram rejeitos radioativos devem contar com profissional devidamente registrado pela CNEN nas áreas de atuação correspondentes, conforme a Norma NE 6.01 ou NE 3.03 da CNEN.

2.2.3 - Os dirigentes ou responsáveis técnicos dos serviços de saúde podem ser responsáveis pelo PGRSS, desde que atendam aos requisitos acima descritos.

2.2.4 - O Responsável Técnico dos serviços de atendimento individualizado pode ser o responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.

2.3 - A designação de responsável pela coordenação da execução do PGRSS.

2.4 - Prover a capacitação e o treinamento inicial e de forma continuada para o pessoal envolvido no gerenciamento de resíduos, objeto deste Regulamento.

2.5 - Fazer constar nos termos de licitação e de contratação sobre os serviços referentes ao tema desta Resolução e seu Regulamento Técnico, as exigências de comprovação de capacitação e treinamento dos funcionários das firmas prestadoras de serviço de limpeza e conservação que pretendam atuar nos estabelecimentos de saúde, bem como no transporte, tratamento e disposição final destes resíduos.

2.6 - Requerer às empresas prestadoras de serviços terceirizados a apresentação de licença ambiental para o tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, e documento de cadastro emitido pelo órgão responsável de limpeza urbana para a coleta e o transporte dos resíduos.

2.7 - Requerer aos órgãos públicos responsáveis pela execução da coleta, transporte, tratamento ou disposição final dos resíduos de serviços de saúde, documentação que identifique a conformidade com as orientações dos órgãos de meio ambiente.

2.8 - Manter registro de operação de venda ou de doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem, obedecidos os itens 13.3.2 e 13.3.3 deste Regulamento. Os registros devem ser mantidos até a inspeção subsequente.

3 - A responsabilidade, por parte dos detentores de registro de produto que gere resíduo classificado no Grupo B, de fornecer informações documentadas referentes ao risco inerente do manejo e disposição final do produto ou do resíduo. Estas informações devem acompanhar o produto até o gerador do resíduo.

3.1 - Os detentores de registro de medicamentos devem ainda manter atualizada, junto à Gerência Geral de Medicamentos/GGMED/ANVISA, listagem de seus produtos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem riscos de manejo e disposição final. Devem informar o nome comercial, o princípio ativo, a forma farmacêutica e o respectivo registro do produto. Essa listagem ficará disponível no endereço eletrônico da ANVISA, para consulta dos geradores de resíduos.

CAPÍTULO V - PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - PGRSS

4 - Compete a todo gerador de RSS elaborar seu Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS;

4.1. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos sólidos, observadas suas características e riscos, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

O PGRSS deve contemplar ainda:

4.1.1. Caso adote a reciclagem de resíduos para os Grupos B ou D, a elaboração, o desenvolvimento e a implantação de práticas, de acordo com as normas dos órgãos ambientais e demais critérios estabelecidos neste Regulamento.

4.1.2. Caso possua Instalação Radiativa, o atendimento às disposições contidas na norma CNEN-NE 6.05, de acordo com a especificidade do serviço.

4.1.3. As medidas preventivas e corretivas de controle integrado de insetos e roedores.

4.1.4. As rotinas e processos de higienização e limpeza em vigor no serviço, definidos pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar-CCIH ou por setor específico.

4.1.5. O atendimento às orientações e regulamentações estaduais, municipais ou do Distrito Federal, no que diz respeito ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

4.1.6. As ações a serem adotadas em situações de emergência e acidentes.

4.1.7. As ações referentes aos processos de prevenção de saúde do trabalhador.

4.1.8. Para serviços com sistema próprio de tratamento de RSS, o registro das informações relativas ao monitoramento destes resíduos, de acordo com a periodicidade definida no licenciamento ambiental. Os resultados devem ser registrados em documento próprio e mantidos em local seguro durante cinco anos.

4.1.9 - O desenvolvimento e a implantação de programas de capacitação abrangendo todos os setores geradores de RSS, os setores de higienização e limpeza, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissões Internas de Biossegurança, os Serviços de Engenharia de Segurança e Medicina no Trabalho - SESMT, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, em consonância com o item 18 deste Regulamento e com as legislações de saúde, ambiental e de normas da CNEN, vigentes.

4.2 - Compete ainda ao gerador de RSS monitorar e avaliar seu PGRSS, considerando;

4.2.1 - O desenvolvimento de instrumentos de avaliação e controle, incluindo a construção de indicadores claros, objetivos, auto-explicativos e confiáveis, que permitam acompanhar a eficácia do PGRSS implantado.

4.2.2 - A avaliação referida no item anterior deve ser realizada levando-se em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

- Taxa de acidentes com resíduo pérfurocortante
- Variação da geração de resíduos
- Variação da proporção de resíduos do Grupo A
- Variação da proporção de resíduos do Grupo B
- Variação da proporção de resíduos do Grupo D
- Variação da proporção de resíduos do Grupo E
- Variação do percentual de reciclagem.

4.2.3 - Os indicadores devem ser produzidos no momento da implantação do PGRSS e posteriormente com frequência anual.

4.2.4 - A ANVISA publicará regulamento orientador para a construção dos indicadores mencionados no item 4.2.2.

CAPÍTULO VI - MANEJO DE RSS

Para fins de aplicabilidade deste Regulamento, o manejo dos RSS nas fases de Acondicionamento, Identificação, Armazenamento Temporário e Destinação Final, será tratado segundo a classificação dos resíduos constante do Apêndice I.

5 - GRUPO A1

5.1 - culturas e estoques de microorganismos resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética. Estes resíduos não podem deixar a unidade geradora sem tratamento prévio.

5.1.1 - Devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado.

5.1.2 - Devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

5.1.3 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.1.3.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2 , em sacos brancos leitosos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos 1 vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.1.3.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.2 - Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microorganismos vivos ou atenuados, incluindo frascos de vacinas com expiração do prazo de validade, com conteúdo inutilizado, vazios ou com restos do produto, agulhas e seringas. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.2.1 - Devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

5.2.2 - Os resíduos provenientes de campanha de vacinação e atividade de vacinação em serviço público de saúde, quando não puderem ser submetidos ao tratamento em seu local de geração, devem ser recolhidos e devolvidos às Secretarias de Saúde responsáveis pela distribuição, em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa e devidamente identificado, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.

5.2.3 - Os demais serviços devem tratar estes resíduos conforme o item 5.2.1 em seu local de geração.

5.2.4 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.2.4.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2 , em saco branco leitoso, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.2.4.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.3 - Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4

(Apêndice II), microorganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.3.1 - A manipulação em ambiente laboratorial de pesquisa, ensino ou assistência deve seguir as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico, correspondente aos respectivos microorganismos.

5.3.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.3.3 - Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice V).

5.3.4 - Após o tratamento, devem ser acondicionados da seguinte forma:

5.3.4.1 - Se não houver descaracterização física das estruturas, devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em sacos brancos leitosos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.3.4.2 - Havendo descaracterização física das estruturas, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.4 - Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta; sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

5.4.1 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

5.4.2 - Devem ser submetidos a tratamento utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III

de Inativação Microbiana (Apêndice IV) e que desestruture as suas características físicas, de modo a se tornarem irreconhecíveis.

5.4.3 - Após o tratamento, podem ser acondicionados como resíduos do Grupo D.

5.4.4 - Caso o tratamento previsto no item 5.4.2 venha a ser realizado fora da unidade geradora, o acondicionamento para transporte deve ser em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de controle de fechamento e devidamente identificado, conforme item 1.3.3, de forma a garantir o transporte seguro até a unidade de tratamento.

5.4.5 - As bolsas de hemocomponentes contaminadas poderão ter a sua utilização autorizada para finalidades específicas tais como ensaios de proficiência e confecção de produtos para diagnóstico de uso *in vitro*, de acordo com Regulamento Técnico a ser elaborado pela ANVISA. Caso não seja possível a utilização acima, devem ser submetidas a processo de tratamento conforme definido no item 5.4.2.

5.4.6 - As sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, podem ser descartadas diretamente no sistema de coleta de esgotos, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

6 - GRUPO A2

6.1 - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microorganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica. Devem ser submetidos a tratamento antes da disposição final.

6.1.1 - Devem ser inicialmente acondicionados de maneira compatível com o processo de tratamento a ser utilizado. Quando houver necessidade de fracionamento, em função do porte do animal, a autorização do órgão de saúde competente deve obrigatoriamente constar do PGRSS.

6.1.2 - Resíduos contendo microorganismos com alto risco de transmissibilidade e alto potencial de letalidade (Classe de risco 4) devem ser submetidos, no local de geração, a processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga

microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV) e posteriormente encaminhados para tratamento térmico por incineração.

6.1.3 - Os resíduos não enquadrados no item 6.1.2 devem ser tratados utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV). O tratamento pode ser realizado fora do local de geração, mas os resíduos não podem ser encaminhados para tratamento em local externo ao serviço.

6.1.4 - Após o tratamento dos resíduos do item 6.1.3, estes podem ser encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final de RSS, ou sepultamento em cemitério de animais.

6.1.5 - Quando encaminhados para disposição final em aterro sanitário licenciado, devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em sacos brancos leitosos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3 e a inscrição de "PEÇAS ANATÔMICAS DE ANIMAIS".

7 - GRUPO A3

7.1 - Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou seus familiares.

7.1.1 - Após o registro no local de geração, devem ser encaminhados para:

I - Sepultamento em cemitério, desde que haja autorização do órgão competente do Município, do Estado ou do Distrito Federal ou;

II - Tratamento térmico por incineração ou cremação, em equipamento devidamente licenciado para esse fim.

7.1.2 - Se forem encaminhados para sistema de tratamento, devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em sacos vermelhos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3 e a inscrição "PEÇAS ANATÔMICAS".

7.1.3 - O órgão ambiental competente nos Estados, Municípios e Distrito Federal pode aprovar outros processos alternativos de destinação.

8 - GRUPO A4

8.1 - Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares; sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microorganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons; tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo; recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue ou líquidos corpóreos na forma livre; peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica; carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações; cadáveres de animais provenientes de serviços de assistência; bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

8.1.1 - Estes resíduos podem ser dispostos, sem tratamento prévio, em local devidamente licenciado para disposição final de RSS.

8.1.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em sacos brancos leitosos, que devem ser substituídos quando atingirem 2/3 de sua capacidade ou pelo menos uma vez a cada 24 horas e identificados conforme item 1.3.3.

9 - GRUPO A5

9.1 - Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

9.1.1 - Devem sempre ser encaminhados a sistema de incineração, de acordo com o definido na RDC ANVISA nº 305/2002.

9.1.2 - Devem ser acondicionados conforme o item 1.2, em sacos vermelhos, que devem ser substituídos após cada procedimento e identificados

conforme item 1.3.3. Devem ser utilizados dois sacos como barreira de proteção, com preenchimento somente até 2/3 de sua capacidade, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

10 - Os resíduos do Grupo A, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

11 - GRUPO B

11.1 - As características dos riscos destas substâncias são as contidas na Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ, conforme NBR 14725 da ABNT e Decreto/PR 2657/98.

11.1.1 - A FISPQ não se aplica aos produtos farmacêuticos e cosméticos.

11.2 - Resíduos químicos que apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente, quando não forem submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser submetidos a tratamento ou disposição final específicos.

11.2.1 - Resíduos químicos no estado sólido, quando não tratados, devem ser dispostos em aterro de resíduos perigosos - Classe I.

11.2.2 - Resíduos químicos no estado líquido devem ser submetidos a tratamento específico, sendo vedado o seu encaminhamento para disposição final em aterros.

11.2.3 - Os resíduos de substâncias químicas constantes do Apêndice VI, quando não fizerem parte de mistura química, devem ser obrigatoriamente segregados e acondicionados de forma isolada

11.3 - Devem ser acondicionados observadas as exigências de compatibilidade química dos resíduos entre si (Apêndice V), assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

11.3.1 - Quando os recipientes de acondicionamento forem constituídos de PEAD, deverá ser observada a compatibilidade constante do Apêndice VII.

11.4 - Quando destinados à reciclagem ou reaproveitamento, devem ser acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências

de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens de forma a evitar reação química entre os componentes do resíduo e da embalagem, enfraquecendo ou deteriorando a mesma, ou a possibilidade de que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

11.5 - Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com o item 1.3.4 deste Regulamento Técnico.

11.6 - Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados de acordo com o item 1.3.4 deste Regulamento Técnico.

11.7 - As embalagens secundárias não contaminadas pelo produto devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como Resíduo do Grupo D, podendo ser encaminhadas para processo de reciclagem.

11.8 - As embalagens e materiais contaminados por substâncias caracterizadas no item 11.2 deste Regulamento devem ser tratados da mesma forma que a substância que as contaminou.

11.9 - Os resíduos gerados pelos serviços de assistência domiciliar devem ser acondicionados, identificados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

11.10 - As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser eliminadas no esgoto, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra o serviço. Caso não exista tratamento de esgoto, devem ser submetidas a tratamento prévio no próprio estabelecimento.

11.11 - Resíduos de produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem ter seu manuseio conforme o item 11.2.

11.12 - Os resíduos de produtos e de insumos farmacêuticos, sujeitos a controle especial, especificados na Portaria MS 344/98 e suas atualizações devem atender à legislação sanitária em vigor.

11.13 - Os reveladores utilizados em radiologia podem ser submetidos a processo de neutralização para alcançarem pH entre 7 e 9, sendo posteriormente lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

11.14- Os fixadores usados em radiologia podem ser submetidos a processo de recuperação da prata ou então serem submetidos ao constante do item 11.16.

11.15 - O descarte de pilhas, baterias e acumuladores de carga contendo Chumbo (Pb), Cádmio (Cd) e Mercúrio (Hg) e seus compostos, deve ser feito de acordo com a Resolução CONAMA nº 257/1999.

11.16 - Os demais resíduos sólidos contendo metais pesados podem ser encaminhados a Aterro de Resíduos Perigosos-Classe I ou serem submetidos a tratamento de acordo com as orientações do órgão local de meio ambiente, em instalações licenciadas para este fim. Os resíduos líquidos deste grupo devem seguir orientações específicas dos órgãos ambientais locais.

11.17 - Os resíduos contendo Mercúrio (Hg) devem ser acondicionados em recipientes sob selo d'água e encaminhados para recuperação.

11.18 - Resíduos químicos que não apresentam risco à saúde ou ao meio ambiente.

11.18.1 - Não necessitam de tratamento, podendo ser submetidos a processo de reutilização, recuperação ou reciclagem.

11.18.2 - Resíduos no estado sólido, quando não submetidos à reutilização, recuperação ou reciclagem, devem ser encaminhados para sistemas de disposição final licenciados.

11.18.3 - Resíduos no estado líquido podem ser lançados na rede coletora de esgoto ou em corpo receptor, desde que atendam respectivamente as diretrizes estabelecidas pelos órgãos ambientais, gestores de recursos hídricos e de saneamento competentes.

11.19 - Os resíduos de produtos ou de insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma farmacêutica, não oferecem risco à saúde e ao meio ambiente, conforme definido no item 3.1, quando descartados por serviços assistenciais de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos, devem atender ao disposto no item 11.18.

11.20 - Os resíduos de produtos cosméticos, quando descartados por farmácias, drogarias e distribuidores ou quando apreendidos, devem ter seu manuseio conforme item 11.2 ou 11.18, de acordo com a substância química de maior risco e concentração existente em sua composição, independente da forma farmacêutica.

11.21- Os resíduos químicos dos equipamentos automáticos de laboratórios clínicos e dos reagentes de laboratórios clínicos, quando misturados, devem ser avaliados pelo maior risco ou conforme as instruções contidas na FISPQ e tratados conforme o item 11.2 ou 11.18.

12 - GRUPO C

12.1 - Os rejeitos radioativos devem ser segregados de acordo com a natureza física do material e do radionuclídeo presente, e o tempo necessário para atingir o limite de eliminação, em conformidade com a norma NE-6.05 da CNEN. Os rejeitos radioativos não podem ser considerados resíduos até que seja decorrido o tempo de decaimento necessário ao atingimento do limite de eliminação.

12.1.1 - Os rejeitos radioativos sólidos devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, forrados internamente com saco plástico resistente e identificados conforme o item 12.2 deste Regulamento.

12.1.2 - Os rejeitos radioativos líquidos devem ser acondicionados em frascos de até dois litros ou em bombonas de material compatível com o líquido armazenado, sempre que possível de plástico, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada, vedante, acomodados em bandejas de material inquebrável e com profundidade suficiente para conter, com a devida margem de segurança, o volume total do rejeito, e identificados conforme o item 10.2 deste Regulamento.

12.1.3 - Os materiais perfurocortantes contaminados com radionuclídeos devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso, em recipientes estanques, rígidos, com tampa, devidamente identificados, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

12.2 - IDENTIFICAÇÃO:

12.2.1 - O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e

contornos pretos, acrescido da expressão REJEITO RADIOATIVO, indicando o principal risco que apresenta aquele material, além de informações sobre o conteúdo, nome do elemento radioativo, tempo de decaimento, data de geração, nome da unidade geradora, conforme norma da CNEN NE-6.05 e outras que a CNEN determinar.

12.2.2 - Os recipientes para os materiais perfurocortantes contaminados com radionuclídeo devem receber a inscrição de "PERFUROCORTANTE" e a inscrição REJEITO RADIOATIVO, e demais informações exigidas.

12.2.3 - Após o decaimento do elemento radioativo ao nível do limite de eliminação estabelecido pela norma CNEN NE-6.05, o rótulo de REJEITO RADIOATIVO deve ser retirado e substituído por outro rótulo, de acordo com o Grupo do resíduo em que se enquadrar.

12.2.4 - O recipiente com rodas de transporte interno de rejeitos radioativos, além das especificações contidas no item 1.3 deste Regulamento, deve ser provido de recipiente com sistema de blindagem com tampa para acomodação de sacos de rejeitos radioativos, devendo ser monitorado a cada operação de transporte e ser submetido à descontaminação, quando necessário. Independente de seu volume, não poderá possuir válvula de drenagem no fundo. Deve conter identificação com inscrição, símbolo e cor compatíveis com o resíduo do Grupo C.

12.3 - TRATAMENTO:

12.3.1 - O tratamento dispensado aos rejeitos do Grupo C - Rejeitos Radioativos é o armazenamento, em condições adequadas, para o decaimento do elemento radioativo. O objetivo do armazenamento para decaimento é manter o radionuclídeo sob controle até que sua atividade atinja níveis que permitam liberá-lo como resíduo não radioativo. Este armazenamento poderá ser realizado na própria sala de manipulação ou em sala específica, identificada como sala de decaimento. A escolha do local de armazenamento, considerando as meia-vidas, as atividades dos elementos radioativos e o volume de rejeito gerado, deverá estar definida no Plano de Radioproteção da Instalação, em conformidade com a norma NE-6.05 da CNEN. Para serviços com atividade em Medicina Nuclear, observar ainda a norma NE-3.05 da CNEN.

12.3.2 - Os resíduos do Grupo A de fácil putrefação, contaminados com radionuclídeos, depois de atendido os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo, devem observar as condições de conservação mencionadas no item 1.5.5, durante o período de decaimento do elemento radioativo.

12.3.3 - O tratamento preliminar das excretas de seres humanos e de animais submetidos à terapia ou a experimentos com radioisótopos deve ser feito de acordo com os procedimentos constantes no Plano de Radioproteção.

12.3.4 - As sobras de alimentos provenientes de pacientes submetidos à terapia com Iodo 131, depois de atendidos os respectivos itens de acondicionamento e identificação de rejeito radioativo, devem observar as condições de conservação mencionadas no item 1.5.5 durante o período de decaimento do elemento radioativo. Alternativamente, poderá ser adotada a metodologia de trituração destes alimentos na sala de decaimento, com direcionamento para o sistema de esgotos, desde que haja Sistema de Tratamento de Esgotos na região onde se encontra a unidade.

12.3.5 - O tratamento para decaimento deverá prever mecanismo de blindagem de maneira a garantir que a exposição ocupacional esteja de acordo com os limites estabelecidos na norma NE-3.01 da CNEN. Quando o tratamento for realizado na área de manipulação, devem ser utilizados recipientes blindados individualizados. Quando feito em sala de decaimento, esta deve possuir paredes blindadas ou os rejeitos radioativos devem estar acondicionados em recipientes individualizados com blindagem.

12.3.6 - Para serviços que realizem atividades de Medicina Nuclear e possuam mais de três equipamentos de diagnóstico ou pelo menos um quarto terapêutico, o armazenamento para decaimento será feito em uma sala de decaimento de rejeitos radioativos com no mínimo 4 m², com os rejeitos acondicionados de acordo com o estabelecido no item 12.1 deste Regulamento.

12.3.7 - A sala de decaimento de rejeitos radioativos deve ter o seu acesso controlado. Deve estar sinalizada com o símbolo internacional de presença de radiação ionizante e de área de acesso restrito, dispondo de meios para garantir condições de segurança contra ação de eventos induzidos por fenômenos naturais e estar de acordo com o Plano de Radioproteção aprovado pela CNEN para a instalação.

12.3.8 - O limite de eliminação para rejeitos radioativos sólidos é de 75 Bq/g, para qualquer radionuclídeo, conforme estabelecido na norma NE-6.05 da CNEN. Na impossibilidade de comprovar-se a obediência a este limite, recomenda-se aguardar o decaimento do radionuclídeo até níveis comparáveis à radiação de fundo.

12.3.9 - A eliminação de rejeitos radioativos líquidos no sistema de esgoto deve ser realizada em quantidades absolutas e concentrações inferiores às

especificadas na norma NE-6.05 da CNEN, devendo esses valores ser parte integrante do plano de gerenciamento.

12.3.10 - A eliminação de rejeitos radioativos gasosos na atmosfera deve ser realizada em concentrações inferiores às especificadas na norma NE-6.05 da CNEN, mediante prévia autorização da CNEN.

12.3.11 - O transporte externo de rejeitos radioativos, quando necessário, deve seguir orientação prévia específica da CNEN.

13 - GRUPO D

13.1 - ACONDICIONAMENTO:

13.1.1 - Devem ser acondicionados de acordo com as orientações dos serviços locais de limpeza urbana, utilizando-se sacos impermeáveis, contidos em recipientes e receber identificação conforme o item 13.2 deste Regulamento.

13.1.2 - Os cadáveres de animais podem ter acondicionamento e transporte diferenciados, de acordo com o porte do animal, desde que submetidos à aprovação pelo órgão de limpeza urbana, responsável pela coleta, transporte e disposição final deste tipo de resíduo.

13.2 - IDENTIFICAÇÃO:

13.2.1 - Para os resíduos do Grupo D, destinados à reciclagem ou reutilização, a identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA nº 275/2001, e símbolos de tipo de material reciclável:

I - azul - PAPÉIS

II- amarelo - METAIS

III - verde - VIDROS

IV - vermelho - PLÁSTICOS

V - marrom - RESÍDUOS ORGÂNICOS.

13.2.2 - Para os demais resíduos do Grupo D deve ser utilizada a cor cinza nos recipientes.

13.2.3 - Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não existe exigência para a padronização de cor destes recipientes.

13.2.3 - São admissíveis outras formas de segregação, acondicionamento e identificação dos recipientes destes resíduos para fins de reciclagem, de acordo com as características específicas das rotinas de cada serviço, devendo estar contempladas no PGRSS.

13.3 - TRATAMENTO

13.3.1- Os resíduos líquidos provenientes de esgoto e de águas servidas de estabelecimento de saúde devem ser tratados antes do lançamento no corpo receptor ou na rede coletora de esgoto, sempre que não houver sistema de tratamento de esgoto coletivo atendendo a área onde está localizado o serviço, conforme definido na RDC ANVISA nº 50/2002.

13.3.2 - Os resíduos orgânicos, flores, resíduos de podas de árvore e jardinagem, sobras de alimento e de pré-preparo desses alimentos, restos alimentares de refeitórios e de outros que não tenham mantido contato com secreções, excreções ou outro fluido corpóreo, podem ser encaminhados ao processo de compostagem.

13.3.3 - Os restos e sobras de alimentos citados no item 13.3.2 só podem ser utilizados para fins de ração animal, se forem submetidos ao processo de tratamento que garanta a inocuidade do composto, devidamente avaliado e comprovado por órgão competente da Agricultura e de Vigilância Sanitária do Município, Estado ou do Distrito Federal.

14 - GRUPO E

14.1 - Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes, rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, devidamente identificados, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 13853/97 da ABNT, sendo expressamente proibido o esvaziamento desses recipientes para o seu reaproveitamento. As agulhas descartáveis devem ser desprezadas juntamente com as seringas, quando descartáveis, sendo proibido reencapá-las ou proceder a sua retirada manualmente.

14.2 - O volume dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária deste tipo de resíduo.

14.3 - Os recipientes mencionados no item 14.1 devem ser descartados quando o preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou o nível de preenchimento ficar a 5 (cinco) cm de distância da boca do recipiente, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.

14.4 - Os resíduos do Grupo E, gerados pelos serviços de assistência domiciliar, devem ser acondicionados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com este Regulamento, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

14.5 - Os recipientes devem estar identificados de acordo com o item 1.3.6, com símbolo internacional de risco biológico, acrescido da inscrição de "PERFUROCORTANTE" e os riscos adicionais, químico ou radiológico.

14.6- O armazenamento temporário, o transporte interno e o armazenamento externo destes resíduos podem ser feitos nos mesmos recipientes utilizados para o Grupo A.

14.7 - TRATAMENTO

14.7.1 - Os resíduos perfurocortantes contaminados com agente biológico Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido, devem ser submetidos a tratamento, utilizando-se processo físico ou outros processos que vierem a ser validados para a obtenção de redução ou eliminação da carga microbiana, em equipamento compatível com Nível III de Inativação Microbiana (Apêndice IV).

14.7.2 - Dependendo da concentração e volume residual de contaminação por substâncias químicas perigosas, estes resíduos devem ser submetidos ao mesmo tratamento dado à substância contaminante.

14.7.3 - Os resíduos contaminados com radionuclídeos devem ser submetidos ao mesmo tempo de decaimento do material que o contaminou, conforme orientações constantes do item 12.3.

14.7.4 - As seringas e agulhas utilizadas em processos de assistência à saúde, inclusive as usadas na coleta laboratorial de amostra de paciente e os demais resíduos perfurocortantes não necessitam de tratamento.

As etapas seguintes do manejo dos RSS serão abordadas por processo, por abrangerem mais de um tipo de resíduo em sua especificação, e devem estar em conformidade com a Resolução CONAMA nº 283/2001.

15 - ARMAZENAMENTO EXTERNO

15.1 - O armazenamento externo, denominado de abrigo de resíduos, deve ser construído em ambiente exclusivo, com acesso externo facilitado à coleta, possuindo, no mínimo, um ambiente separado para atender o

armazenamento de recipientes de resíduos do Grupo A juntamente com o Grupo E e um ambiente para o Grupo D. O abrigo deve ser identificado e restrito aos funcionários do gerenciamento de resíduos, ter fácil acesso para os recipientes de transporte e para os veículos coletores. Os recipientes de transporte interno não podem transitar pela via pública externa à edificação para terem acesso ao abrigo de resíduos.

15.2 - O abrigo de resíduos deve ser dimensionado de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade de coleta do sistema de limpeza urbana local. O piso deve ser revestido de material liso, impermeável, lavável e de fácil higienização. O fechamento deve ser constituído de alvenaria revestida de material liso, lavável e de fácil higienização, com aberturas para ventilação, de dimensão equivalente a, no mínimo, 1/20 (um vigésimo) da área do piso, com tela de proteção contra insetos.

15.3- O abrigo referido no item 15.2 deste Regulamento deve ter porta provida de tela de proteção contra roedores e vetores, de largura compatível com as dimensões dos recipientes de coleta externa, pontos de iluminação e de água, tomada elétrica, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgoto do estabelecimento e ralo sifonado com tampa que permita a sua vedação.

15.4- Os resíduos químicos do Grupo B devem ser armazenados em local exclusivo com dimensionamento compatível com as características quantitativas e qualitativas dos resíduos gerados.

15.5 - O abrigo de resíduos do Grupo B, quando necessário, deve ser projetado e construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas para ventilação adequada, com tela de proteção contra insetos. Ter piso e paredes revestidos internamente de material resistente, impermeável e lavável, com acabamento liso. O piso deve ser inclinado, com caimento indicando para as canaletas. Deve possuir sistema de drenagem com ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação. Possuir porta dotada de proteção inferior para impedir o acesso de vetores e roedores.

15.6 - O abrigo de resíduos do Grupo B deve estar identificado, em local de fácil visualização, com sinalização de segurança-RESÍDUOS QUÍMICOS, com símbolo baseado na norma NBR 7500 da ABNT.

15.7 - O armazenamento de resíduos perigosos deve contemplar ainda as orientações contidas na norma NBR 12.235 da ABNT.

O abrigo de resíduos deve possuir área específica de higienização para limpeza e desinfecção simultânea dos recipientes coletores e demais

equipamentos utilizados no manejo de RSS. A área deve possuir cobertura, dimensões compatíveis com os equipamentos que serão submetidos à limpeza e higienização, piso e paredes lisos, impermeáveis, laváveis, ser provida de pontos de iluminação e tomada elétrica, ponto de água, preferencialmente quente e sob pressão, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgotos do estabelecimento e ralo sifonado provido de tampa que permita a sua vedação.

15.9 - O trajeto para o traslado de resíduos desde a geração até o armazenamento externo deve permitir livre acesso dos recipientes coletores de resíduos, possuir piso com revestimento resistente à abrasão, superfície plana, regular, antiderrapante e rampa, quando necessária, com inclinação de acordo com a RDC ANVISA nº. 50/2002.

15.10 - O estabelecimento gerador de RSS cuja geração semanal de resíduos não exceda a 700 l e a diária não exceda a 150 l, pode optar pela instalação de um abrigo reduzido exclusivo, com as seguintes características:

- Ser construído em alvenaria, fechado, dotado apenas de aberturas teladas para ventilação, restrita a duas aberturas de 10 x 20 cm cada uma delas, uma a 20 cm do piso e a outra a 20 cm do teto, abrindo para a área externa. A critério da autoridade sanitária, estas aberturas podem dar para áreas internas da edificação.
- Piso, paredes, porta e teto de material liso, impermeável e lavável. Caimento de piso para ao lado oposto ao da abertura com instalação de ralo sifonado ligado à instalação de esgoto sanitário do serviço.
- Identificação na porta com o símbolo de acordo com o tipo de resíduo armazenado.
- Ter localização tal que não abra diretamente para a área de permanência de pessoas e circulação de público, dando-se preferência a locais de fácil acesso à coleta externa e próxima a áreas de guarda de material de limpeza ou expurgo

CAPÍTULO VII - SEGURANÇA OCUPACIONAL

16 - O pessoal envolvido diretamente com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento, e armazenamento de resíduos deve ser submetido a exame médico admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, conforme estabelecido no PCMSO da Portaria no 3214 do Ministério do Trabalho e Emprego - MTE ou em legislação específica para o serviço público.

16.1 - Os trabalhadores devem ser imunizados em conformidade com o Programa Nacional de Imunização-PNI, devendo ser obedecido o calendário previsto neste programa ou naquele adotado pelo estabelecimento.

16.2 - Os trabalhadores imunizados devem realizar controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta imunológica.

17 - Os exames a que se refere o item anterior devem ser realizados de acordo com as Normas Reguladoras-NRs do MTE.

18 - O pessoal envolvido diretamente com o gerenciamento de resíduos deve ser capacitado na ocasião de sua admissão e mantido sob educação continuada para as atividades de manejo de resíduos, incluindo a sua responsabilidade com higiene pessoal, dos materiais e dos ambientes.

18.1- A capacitação deve abordar a importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual - uniforme, luvas, avental impermeável, máscara, botas e óculos de segurança específicos a cada atividade, bem como a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação.

19 - Todos os profissionais que trabalham no serviço, mesmo os que atuam temporariamente ou não estejam diretamente envolvidos nas atividades de gerenciamento de resíduos, devem conhecer o sistema adotado para o gerenciamento de RSS, a prática de segregação de resíduos, reconhecer os símbolos, expressões, padrões de cores adotados, conhecer a localização dos abrigos de resíduos, entre outros fatores indispensáveis à completa integração ao PGRSS.

20 - Os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício existente, que deve contemplar dentre outros temas:

- Noções gerais sobre o ciclo da vida dos materiais;
- Conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS;
- Definições, tipo e classificação dos resíduos e potencial de risco do resíduo;
- Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento;
- Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais;
- Conhecimento das responsabilidades e de tarefas;

- Identificação das classes de resíduos;
- Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta;
- Orientações quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual-EPI e Coletiva-EPC;
- Orientações sobre biossegurança (biológica, química e radiológica);
- Orientações quanto à higiene pessoal e dos ambientes;
- Orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos;
- Providências a serem tomadas em caso de acidentes e de situações emergenciais;
- Visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município;
- Noções básicas de controle de infecção e de contaminação química.

20.1 - Os programas de educação continuada podem ser desenvolvidos sob a forma de consorciamento entre os diversos estabelecimentos existentes na localidade.

21 - Todos os atos normativos mencionados neste Regulamento, quando substituídos ou atualizados por novos atos, terão a referência automaticamente atualizada em relação ao ato de origem.

APÊNDICE I

Classificação

GRUPO A

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

A1

- Culturas e estoques de microorganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microorganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.

Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microorganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A2

- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microorganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anátomo-patológico ou confirmação diagnóstica.

A3

- Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente ou familiares.

A4

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.
- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.
- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microorganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.

- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo-patológicos ou de confirmação diagnóstica.
- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos, bem como suas forrações.
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transusão.

A5

- Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons.

GRUPO B

Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.

- Produtos hormonais e produtos antimicrobianos; citostáticos; antineoplásicos; imunossupressores; digitálicos; imunomoduladores; anti-retrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela Portaria MS no 344/98 e suas atualizações.
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10004 da ABNT (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos).

GRUPO C

Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas do CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- Enquadram-se neste grupo os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a resolução CNEN-6.05.

GRUPO D

Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de paciente, material utilizado em anti-sepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1;
- sobras de alimentos e do preparo de alimentos;
- resto alimentar de refeitório;
- resíduos provenientes das áreas administrativas;
- resíduos de varrição, flores, podas e jardins;
- resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.

GRUPO E

Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: Lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.



APÊNDICE II

Classificação de Agentes Etiológicos Humanos e Animais - Instrução normativa CTNBio nº 7 de 06/06/1997 e Diretrizes Gerais para o Trabalho em Contenção com Material Biológico - Ministério da Saúde - 2004

Classe de Risco 4	
BACTÉRIAS	Nenhuma
FUNGOS	Nenhum
PARASITAS	Nenhum
VÍRUS E MICOPLASMAS	Agentes da Febre Hemorrágica (Criméia-Congo, Lassa, Junin, Machupo, Sabiá, Guanarito e outros ainda não identificados) Encefalites transmitidas por carrapatos (inclui o vírus da Encefalite primavera-verão Russa, Vírus da Doença de Kyasanur, Febre Hemorrágica de Omsk e vírus da Encefalite da Europa Central). Herpesvírus simiae (Monkey B vírus) Mycoplasma agalactiae (caprina) Mycoplasma mycoides (pleuropneumonia contagiosa bovina) Peste eqüina africana Peste suína africana Variola caprina Variola de camelo Vírus da dermatite nodular contagiosa Vírus da doença de Nairobi (caprina) Vírus da doença de Teschen Vírus da doença de Wesselsbron Vírus da doença hemorrágica de coelhos Vírus da doença vesicular suína Vírus da enterite viral dos patos, gansos e cisnes Vírus da febre aftosa (todos os tipos) Vírus da febre catarral maligna Vírus da febre efêmera de bovinos Vírus da febre infecciosa petequial bovina Vírus da hepatite viral do pato Vírus da louping III Vírus da lumpy skin Vírus da peste aviária Vírus da peste bovina Vírus da peste dos pequenos ruminantes Vírus da peste suína clássica (amostra selvagem) Vírus de Marburg Vírus de Akabane Vírus do exantema vesicular Vírus Ebola

OBS: Os microorganismos emergentes que venham a ser identificados deverão ser classificados neste nível até que os estudos estejam concluídos.

APÊNDICE III

Quadro resumo das Normas de Biossegurança para o Nível Classe de Risco 4			
AGENTES	PRÁTICAS	EQUIP. SEGURANÇA BARREIRAS PRIMÁRIAS	INSTALAÇÕES BARREIRAS SECUNDÁRIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Agentes exóticos ou perigosos que impõem um alto risco de doenças que ameaçam a vida - Infecções laboratoriais transmitidas via aerossol ou relacionadas a agentes com risco desconhecido de transmissão 	<ul style="list-style-type: none"> - Práticas padrões de microbiologia - Acesso controlado - Avisos de risco biológico - Precauções com objetos perfurocortantes - Manual de Biossegurança que defina qualquer descontaminação de dejetos ou normas de vigilância médica - Descontaminação de todo o resíduo - Descontaminação da roupa usada no laboratório antes de ser lavada - Amostra sorológica - Mudança de roupa antes de entrar - Banho de ducha na saída - Todo material descontaminado na saída das instalações 	<p>Todos os procedimentos conduzidos em Cabines de Classe III ou Classe I ou II, juntamente com macacão de pressão positiva com suprimento de ar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edifício separado ou área isolada - Porta de acesso dupla com fechamento automático - Ar de exaustão não recirculante - Fluxo de ar negativo dentro do laboratório - Sistema de abastecimento e escape, a vácuo, e de descontaminação

Fonte: Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia - CDC-NIH 4ª edição-1999

APÊNDICE IV

Níveis de inativação microbiana	
Nível I	Inativação de bactérias vegetativas, fungos e vírus lipofílicos com redução igual ou maior que 6Log10
Nível II	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com redução igual ou maior que 6Log10
Nível III	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias com redução igual ou maior que 6Log10, e inativação de esporos do <i>B. stearothermophilus</i> ou de esporos do <i>B. subtilis</i> com redução igual ou maior que 4Log10.
Nível IV	Inativação de bactérias vegetativas, fungos, vírus lipofílicos e hidrofílicos, parasitas e microbactérias, e inativação de esporos do <i>B. stearothermophilus</i> com redução igual ou maior que 4Log10.

Fonte: Technical Assistance Manual: State Regulatory Oversight of Medical Waste Treatment Technologies - State and Territorial Association on Alternate Treatment Technologies - abril de 1994

APÊNDICE V

Tabela de incompatibilidade das principais substâncias utilizadas em Serviços de Saúde

SUBSTÂNCIA	INCOMPATÍVEL COM
Acetileno	Cloro, bromo, flúor, cobre, prata, mercúrio
Ácido acético	Ácido crômico, ácido perclórico, peróxidos, permanganatos, ácido nítrico, etilenoglicol
Acetona	Misturas de Ácidos sulfúrico e nítrico concentrados, Peróxido de hidrogênio
Ácido crômico	Ácido acético, naftaleno, cânfora, glicerol, turpentine, álcool, outros líquidos inflamáveis
Ácido hidrocianico	Ácido nítrico, álcalis
Ácido fluorídrico anidro, fluoreto de hidrogênio	Amônia (aquosa ou anidra)
Ácido nítrico concentrado	Ácido cianídrico, anilinas, óxidos de cromo VI, sulfeto de hidrogênio, líquidos e gases combustíveis, ácido acético, ácido crômico.
Ácido oxálico	Prata e mercúrio
Ácido perclórico	Anidrido acético, álcoois, bismuto e suas ligas, papel, madeira
Ácido sulfúrico	Cloratos, percloratos, permanganatos e água
Alquil alumínio	Água
Amônia anidra	Mercúrio, cloro, hipoclorito de cálcio, iodo, bromo, ácido fluorídrico
Anidrido acético	Compostos contendo hidroxil tais como etilenoglicol, ácido perclórico
Anilina	Ácido nítrico, peróxido de hidrogênio
Azida sódica	Chumbo, cobre e outros metais
Bromo e Cloro	Benzeno, hidróxido de amônio, benzina de petróleo, Hidrogênio, acetileno, etano, propano, butadienos, pós-metálicos
Carvão ativo	Dicromatos, permanganatos, ácido nítrico, ácido sulfúrico, hipoclorito de sódio
Cloro	Amônia, acetileno, butadieno, butano, outros gases de petróleo, Hidrogênio, carbeto de sódio, turpentine, benzeno, metais finamente divididos, benzinas e outras frações do petróleo.
Cianetos	Ácidos e álcalis
Cloratos, percloratos, clorato de potássio	Sais de amônio, ácidos, metais em pó, matérias orgânicas particuladas, substâncias combustíveis
Cobre metálico	Acetileno, peróxido de hidrogênio, azidas
Dióxido de cloro	Amônia, metano, fósforo, sulfeto de hidrogênio
Flúor	Isolado de tudo
Fósforo	Enxofre, compostos oxigenados, cloratos, percloratos, nitratos, permanganatos
Halogênios (Flúor, Cloro, Bromo e Iodo)	Amoníaco, acetileno e hidrocarbonetos
Hidrazida	Peróxido de hidrogênio, ácido nítrico e outros oxidantes
Hidrocarbonetos (butano, propano, tolueno)	Ácido crômico, flúor, cloro, bromo, peróxidos
Iodo	Acetileno, Hidróxido de amônio, hidrogênio
Líquidos inflamáveis	Ácido nítrico, nitrato de amônio, óxido de cromo VI, peróxidos, flúor, cloro, bromo, hidrogênio
Mercúrio	Acetileno, Ácido fulmínico, amônia
Metais alcalinos	Dióxido de carbono, tetracloreto de carbono, outros hidrocarbonetos clorados
Nitrato de amônio	Ácidos, pós-metálicos, líquidos inflamáveis, cloretos, enxofre, compostos orgânicos em pó.
Nitrato de sódio	Nitrato de amônio e outros sais de amônio
Óxido de cálcio	Água
Óxido de cromo VI	Ácido acético, glicerina, benzina de petróleo, líquidos inflamáveis, naftaleno
Oxigênio	Óleos, graxas, Hidrogênio, líquidos, sólidos e gases inflamáveis
Perclorato de potássio	Ácidos
Permanganato de potássio	Glicerina, etilenoglicol, ácido sulfúrico
Peróxido de hidrogênio	Cobre, cromo, ferro, álcoois, acetonas, substâncias combustíveis
Peróxido de sódio	Ácido acético, anidrido acético, benzaldeído, etanol, metanol, etilenoglicol, Acetatos de metila e etila, furfural
Prata e sais de Prata	Acetileno, ácido tartárico, ácido oxálico, compostos de amônio.
Sódio	Dióxido de carbono, tetracloreto de carbono, outros hidrocarbonetos clorados
Sulfeto de hidrogênio	Ácido nítrico fumegante, gases oxidantes

Fonte: Manual de Biossegurança - Mario Hiroyuki Hirata; Jorge Mancini Filho

APÊNDICE VI

Substâncias que devem ser segregadas separadamente:

- Líquidos inflamáveis
- Ácidos
- Bases
- Oxidantes
- Compostos orgânicos não halogenados
- Compostos orgânicos halogenados
- Óleos
- Materiais reativos com o ar
- Materiais reativos com a água
- Mercúrio e compostos de mercúrio
- Brometo de etídio
- Formalina ou formaldeído
- Mistura sulfocrômica
- Resíduo fotográfico
- Soluções aquosas
- Corrosivas
- Explosivas
- Venenos
- Carcinogênicas, mutagênicas e teratogênicas
- Ecotóxicas
- Sensíveis ao choque

- Criogênicas
- Asfixiantes
- De combustão espontânea
- Gases comprimidos
- Metais pesados

Fonte: Chemical Waste Management Guide. - University of Florida - Division of Environmental Health & Safety - abril de 2001

APÊNDICE VII

Lista das principais substâncias utilizadas em serviços de saúde que reagem com embalagens de Polietileno de Alta Densidade (PEAD)	
Ácido butírico	Dietil benzeno
Ácido nítrico	Dissulfeto de carbono
Ácidos concentrados	Éter
Bromo	Fenol / clorofórmio
Bromofórmio	Nitrobenzeno
Alcool benzílico	o-diclorobenzeno
Anilina	Óleo de canela
Butadieno	Óleo de cedro
Ciclohexano	p-diclorobenzeno
Cloreto de etila, forma líquida	Percloroetileno
Cloreto de tionila	solventes bromados & fluorados
Bromobenzeno	solventes clorados
Cloreto de Amila	Tolueno
Cloreto de vinilideno	Tricloroeteno
Cresol	Xileno

Fonte: Chemical Waste Management Guide - University of Florida - Division of Environmental Health & Safety - abril de 2001

APÊNDICE VIII

GLOSSÁRIO

AGENTE BIOLÓGICO - bactérias, fungos, vírus, clamídias, riquetsias, micoplasmas, prions, parasitas, linhagens celulares, outros organismos e toxinas.

ATENDIMENTO INDIVIDUALIZADO - ação desenvolvida em estabelecimento onde se realiza o atendimento com apenas um profissional de saúde em cada turno de trabalho. (consultório)

ATERRO DE RESÍDUOS PERIGOSOS - CLASSE I - técnica de disposição final de resíduos químicos no solo, sem causar danos ou riscos à saúde pública, minimizando os impactos ambientais e utilizando procedimentos específicos de engenharia para o confinamento destes.

ATERRO SANITÁRIO - técnica de disposição final de resíduos sólidos urbanos no solo, por meio de confinamento em camadas cobertas com material inerte, segundo normas específicas, de modo a evitar danos ou riscos à saúde e à segurança, minimizando os impactos ambientais.

CADÁVERES DE ANIMAIS - são os animais mortos. Não oferecem risco à saúde humana, à saúde animal ou de impactos ambientais por estarem impedidos de disseminar agentes etiológicos de doenças.

CARCAÇAS DE ANIMAIS - são produtos de retaliação de animais, provenientes de estabelecimentos de tratamento de saúde animal, centros de experimentação, de Universidades e unidades de controle de zoonoses e outros similares.

CARROS COLETORES - são os contenedores providos de rodas, destinados à coleta e transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

CLASSE DE RISCO 4 (elevado risco individual e elevado risco para a comunidade) - condição de um agente biológico que representa grande ameaça para o ser humano e para os animais, representando grande risco a quem o manipula e tendo grande poder de transmissibilidade de um indivíduo a outro, não existindo medidas preventivas e de tratamento para esses agentes.

CONDIÇÕES DE LANÇAMENTO - condições e padrões de emissão adotados para o controle de lançamentos de efluentes no corpo receptor.

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - CCIH - órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de coordenação das ações de controle de infecção hospitalar.

COMPOSTAGEM - processo de decomposição biológica de fração orgânica biodegradável de resíduos sólidos, efetuado por uma população diversificada de organismos em condições controladas de aerobiose e demais parâmetros, desenvolvido em duas etapas distintas: uma de degradação ativa e outra de maturação.

CORPO RECEPTOR - corpo hídrico superficial que recebe o lançamento de um efluente.

DESTINAÇÃO FINAL- processo decisório no manejo de resíduos que inclui as etapas de tratamento e disposição final.

EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI - dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, atendidas as peculiaridades de cada atividade profissional ou funcional.

ESTABELECIMENTO - denominação dada a qualquer edificação destinada à realização de atividades de prevenção, promoção, recuperação e pesquisa na área da saúde ou que estejam a ela relacionadas.

FONTE SELADA - fonte radioativa encerrada hermeticamente em uma cápsula, ou ligada totalmente a material inativo envolvente, de forma que não possa haver dispersão de substância radioativa em condições normais e severas de uso.

FORMA LIVRE - é a saturação de um líquido em um resíduo que o absorva ou o contenha, de forma que possa produzir gotejamento, vazamento ou derramamento espontaneamente ou sob compressão mínima.

HEMODERIVADOS - produtos farmacêuticos obtidos a partir do plasma humano, submetidos a processo de industrialização e normatização que lhes conferem qualidade, estabilidade e especificidade.

INSUMOS FARMACÊUTICOS - Qualquer produto químico, ou material (por exemplo: embalagem) utilizado no processo de fabricação de um medicamento, seja na sua formulação, envase ou acondicionamento.

INSTALAÇÕES RADIATIVAS - estabelecimento onde se produzem, processam, manuseiam, utilizam, transportam ou armazenam fontes de radiação, excetuando-se as Instalações Nucleares definidas na norma CNEN-NE-1.04 "Licenciamento de Instalações Nucleares" e os veículos transportadores de fontes de radiação.

LICENCIAMENTO AMBIENTAL - atos administrativos pelos quais o órgão de meio ambiente aprova a viabilidade do local proposto para uma instalação de tratamento ou destinação final de resíduos, permitindo a sua construção e operação, após verificar a viabilidade técnica e o conceito de segurança do projeto.

LICENCIAMENTO DE INSTALAÇÕES RADIATIVAS - atos administrativos pelos quais a CNEN aprova a viabilidade do local proposto para uma instalação radiativa e permite a sua construção e operação, após verificar a viabilidade técnica e o conceito de segurança do projeto.

LIMITE DE ELIMINAÇÃO - valores estabelecidos na norma CNEN-NE-6.05 "Gerência de Rejeitos Radioativos em Instalações Radioativas" e expressos em termos de concentrações de atividade e/ou atividade total, em ou abaixo dos quais um determinado fluxo de rejeito pode ser liberado pelas vias convencionais, sob os aspectos de proteção radiológica.

LÍQUIDOS CORPÓREOS - são representados pelos líquidos cefalorraquidiano, pericárdico, pleural, articular, ascítico e amniótico.

LOCAL DE GERAÇÃO - representa a unidade de trabalho onde é gerado o resíduo.

MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - materiais relacionados diretamente com o processo de assistência aos pacientes.

MEIA-VIDA FÍSICA - tempo que um radionuclídeo leva para ter a sua atividade inicial reduzida à metade.

METAL PESADO - qualquer composto de Antimônio, Cádmio, Crômio (IV), Chumbo, Estanho, Mercúrio, Níquel, Selênio, Telúrio e Tálcio, incluindo a forma metálica.

PATOGENICIDADE - capacidade de um agente causar doença em indivíduos normais suscetíveis.

PLANO DE RADIOPROTEÇÃO - PR - documento exigido para fins de Licenciamento de Instalações Radiativas, pela Comissão Nacional de Energia Nuclear, conforme competência atribuída pela Lei 6.189, de 16 de dezembro de 1974, que se aplica às atividades relacionadas com a localização, construção, operação e modificação de Instalações Radiativas, contemplando, entre outros, o Programa de Gerência de Rejeitos Radioativos - PGRR.

PRÍON: estrutura protéica alterada relacionada como agente etiológico das diversas formas de Encefalite Espongiforme.

PRODUTO PARA DIAGNÓSTICO DE USO IN VITRO: reagentes, padrões, calibradores, controles, materiais, artigos e instrumentos, junto com as instruções para seu uso, que contribuem para realizar uma determinação qualitativa, quantitativa ou semi-quantitativa de uma amostra biológica e que não estejam destinados a cumprir função anatômica, física ou terapêutica alguma, que não sejam ingeridos, injetados ou inoculados em seres humanos e que são utilizados unicamente para provar informação sobre amostras obtidas do organismo humano (Portaria MS/SVS nº 8, de 23 de janeiro de 1996).

QUIMIOTERÁPICOS ANTINEOPLÁSICOS - substâncias químicas que atuam a nível celular com potencial de produzirem genotoxicidade, citotoxicidade e teratogenicidade.

RECICLAGEM - processo de transformação dos resíduos que utiliza técnicas de beneficiamento para o reprocessamento, ou obtenção de matéria prima para fabricação de novos produtos.

REDUÇÃO DE CARGA MICROBIANA - aplicação de processo que visa a inativação microbiana das cargas biológicas contidas nos resíduos.

RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - RSS - são todos aqueles resultantes de atividades exercidas nos serviços definidos no artigo 1º que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final.

SISTEMA DE TRATAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE - conjunto de unidades, processos e procedimentos que alteram as características físicas, físico-químicas, químicas ou biológicas dos resíduos, podendo promover a sua descaracterização, visando a minimização do risco à saúde pública, a preservação da qualidade do meio ambiente, a segurança e a saúde do trabalhador.

SOBRAS DE AMOSTRAS - restos de sangue, fezes, urina, suor, lágrima, leite, colostro, líquido espermático, saliva, secreções nasal, vaginal ou peniana, pêlo e unha que permanecem nos tubos de coleta após a retirada do material necessário para a realização de investigação.

VEÍCULO COLETOR - veículo utilizado para a coleta externa e o transporte de resíduos de serviços de saúde.

APÊNDICE IX

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NORMAS e ORIENTAÇÕES TÉCNICAS

- CONAMA - Conselho Nacional do Meio Ambiente

Resolução nº 6, de 19 de setembro de 1991 - "Dispõe sobre a incineração de resíduos sólidos provenientes de estabelecimentos de saúde, portos e aeroportos".

Resolução nº 5, de 05 de agosto de 1993 - "Estabelece definições, classificação

e procedimentos mínimos para o gerenciamento de resíduos sólidos oriundos de serviços de saúde, portos e aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários".

Resolução nº 237, de 22 de dezembro de 1997 - "Regulamenta os aspectos de licenciamento ambiental estabelecidos na Política Nacional do Meio Ambiente".

Resolução nº 257, de 30 de junho de 1999 - "Estabelece que pilhas e baterias que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus compostos, tenham os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequados".

Resolução nº 275, de 25 de abril de 2001 - "Estabelece código de cores para diferentes tipos de resíduos na coleta seletiva".

Resolução nº 283, de 12 de julho de 2001 - "Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde".

Resolução nº 316, de 29 de outubro de 2002 - "Dispõe sobre procedimentos e critérios para o funcionamento de sistemas de tratamento térmico de resíduos".

- ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

NBR 12235 - Armazenamento de resíduos sólidos perigosos, de abril de 1992.

NBR 12810 - Coleta de resíduos de serviços de saúde - de janeiro de 1993.

NBR 13853 - Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes - Requisitos e métodos de ensaio, de maio de 1997.

NBR 7500 - Símbolos de Risco e Manuseio para o Transporte e Armazenamento de Material, de março de 2000.

NBR 9191 - Sacos plásticos para acondicionamento de lixo - Requisitos e métodos de ensaio, de julho de 2000.

NBR 14652 - Coletor-transportador rodoviário de resíduos de serviços de saúde, de abril de 2001.

NBR 14725 - Ficha de informações de segurança de produtos químicos - FISPQ - julho de 2001.

NBR 10004 - Resíduos Sólidos - Classificação, segunda edição - 31 de maio de 2004.

- CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear

NE-3.01 - Diretrizes Básicas de Radioproteção.

NN-3.03 - Certificação da qualificação de Supervisores de Radioproteção.

NE-3.05 - Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Medicina Nuclear.

NE- 6.01 - Requisitos para o registro de Pessoas Físicas para o preparo, uso e manuseio de fontes radioativas.

NE-6.02 - Licenciamento de Instalações Radiativas.

NE-6.05 - Gerência de Rejeitos em Instalações Radiativas.

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

RDC nº 305, de 14 de novembro de 2002 - Ficam proibidos, em todo o território nacional, enquanto persistirem as condições que configurem risco à saúde, o ingresso e a comercialização de matéria-prima e produtos acabados, semi-elaborados ou a granel para uso em seres humanos, cujo material de partida seja obtido a partir de tecidos/fluidos de animais ruminantes, relacionados às classes de medicamentos, cosméticos e produtos para a saúde, conforme discriminado

- MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA

Instrução Normativa CTNBio nº 7 de 06/06/1997.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE

Diretrizes gerais para o trabalho em contenção com material biológico - 2004.

Portaria SVS/MS 344 de 12 de maio de 1998 - Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

Portaria no 3.214, de 08 de junho de 1978 - Norma Reguladora - NR-7- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Decreto no 2.657, de 03 de julho de 1998 - Promulga a Convenção nº 170 da OIT, relativa à Segurança na Utilização de Produtos Químicos no Trabalho, assinada em Genebra, em 25 de junho de 1990.

- OMS - Organização Mundial de Saúde
Safe management of waste from Health-care activities.

Emerging and other Communicable Diseases, Surveillance and Control - 1999.

- EPA - U.S. Environment Protection Agency

Guidance for Evaluating Medical Waste Treatment Technologies.

State and Territorial Association on Alternative Treatment Technologies, April 1994.

LITERATURA

- CARVALHO, Paulo Roberto de. *Boas práticas químicas em biossegurança*. Rio de Janeiro: Interciência, 1999.

- COSTA, Marco Antonio F. da; COSTA, Maria de Fátima Barrozo da; MELO, Norma Suely Falcão de Oliveira. *Biossegurança - ambientes hospitalares e odontológicos*. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda., 2000.

- DIVISION OF ENVIRONMENTAL HEALTH AND SAFETY. *Photographic materials: safety issues and disposal procedures*. Florida: University of Florida. (www.ehs.ufl.edu).

- FIOCRUZ. *Biossegurança em laboratórios de saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

- Chemical Waste Management Guide. - University of Florida - Division of Environmental Health & Safety - abril de 2001

- GUIDANCE for evaluating medical waste treatment technologies. 1993.

- HIRATA, Mario Hiroyuki; FILHO, Jorge Mancini. *Manual de Biossegurança*. São Paulo: Editora Manole, 2002.

- RICHMOND, Jonathan Y.; MCKINNE, Robert W. Organizado por Ana Rosa dos Santos, Maria Adelaide Millington, Mário César Althoff. *Biossegurança em laboratórios biomédicos e de microbiologia*. CDC. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

- The Association for Practitioners in Infection Control, Inc.- Position paper: Medical waste (revised) - *American Journal of Infection Control* 20(2) 73-74, 1992.

- <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=13554>.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	13
1. POLÍTICAS DE RESÍDUOS SÓLIDOS	15
<i>Evolução do quadro legal</i>	15
Resíduos sólidos	15
Resíduos dos serviços de saúde	16
2. RESÍDUOS SÓLIDOS, RESÍDUOS DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE ..	19
<i>Resíduos sólidos</i>	19
Definição	19
Classificação	19
Riscos potenciais	23
Sistema de limpeza urbana no Brasil	25
<i>Resíduos do serviço de saúde</i>	28
Definição	28
Classificação	28
Riscos potenciais	29
Destinação de resíduos dos serviços de saúde	31
<i>Gestão dos resíduos sólidos</i>	32
Gerenciamento integrado de resíduos do serviço de saúde	35
3. GESTÃO INTEGRADA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE ...	37
<i>Conceitos básicos</i>	37
A importância da gestão	37
Quem são os geradores	37
Responsabilidades pelos RSS	38
Cuidados e critérios na contratação de terceiros	40
<i>Classificação dos RSS</i>	41
<i>Levantamento dos tipos de resíduos</i>	41
<i>Identificação dos resíduos</i>	42
<i>Acondicionamento dos RSS</i>	44
<i>Coleta e transporte interno dos RSS</i>	45
<i>Armazenamento temporário dos RSS</i>	46
<i>Armazenamento externo</i>	48
<i>Coleta e transporte externo dos RSS</i>	50
<i>Tecnologias de tratamento dos RSS</i>	52
<i>Disposição final dos RSS</i>	55
<i>Reciclagem de RSS</i>	57
<i>Educação continuada</i>	59

<i>Saúde e segurança do trabalhador</i>	61
4. PASSO-A-PASSO: COMO ELABORAR E IMPLEMENTAR O PGRSS ..	65
<i>As etapas de implantação</i>	65
<i>Passo 1 - Identificação do problema</i>	67
<i>Passo 2 - Definição da equipe de trabalho</i>	68
<i>Passo 3 - Mobilização da organização</i>	69
<i>Passo 4 - Diagnóstico da situação dos RSS</i>	70
<i>Passo 5 - Definição de metas, objetivos, período de implantação e ações básicas</i>	76
<i>Passo 6 - Elaboração do PGRSS</i>	78
<i>Passo 7 - Implementação do PGRSS</i>	85
<i>Passo 8 - Avaliação do PGRSS</i>	85
<i>Sugestões para registro das informações necessárias para o PGRSS</i>	87
<i>Modelo 1 - Dados gerais do estabelecimento</i>	87
<i>Modelo 2 - Componentes da equipe de elaboração</i>	87
<i>Modelo 3 - Caracterização do estabelecimento</i>	88
<i>Modelo 4 - Exemplo de organograma do estabelecimento</i>	89
<i>Modelo 5 - Caracterização das atividades e serviços do estabelecimento</i>	90
<i>Modelo 6 - Tipos de resíduos gerados</i>	90
<i>Modelo 7 - Informações sobre coleta e transporte externo</i>	91
<i>Modelo 8 - Tipos de tratamento interno e externo dos resíduos</i>	92
<i>Modelo 9 - Informações sobre a disposição final dos resíduos</i>	92
<i>Modelo 10 - Responsabilidades e qualificações das equipes de CCIH, Cipa, SESMT e Comissão de Biossegurança</i>	93
<i>Modelo 11 - Capacitação da equipe de implantação do PGRSS</i>	93
<i>Modelo 12 - Indicadores indispensáveis para a avaliação do PGRSS</i>	94
<i>Modelo 13 - Equipamentos necessários e recursos correspondentes</i>	95
5. ANEXOS	97
<i>Anexo 1 - Legislações e normas técnicas específicas</i>	97
<i>Legislações</i>	97
<i>Principais legislações de caráter geral</i>	97
<i>Legislação sobre resíduos sólidos - específica por tema</i>	98
<i>Construção civil</i>	98
<i>Produtos químicos</i>	98
<i>Materiais radioativos</i>	99
<i>Transporte de produtos perigosos</i>	99
<i>Saúde ocupacional</i>	100
<i>Resíduos de pilhas, baterias, lâmpadas</i>	100
<i>Resíduos de estabelecimentos de saúde e barreiras sanitárias</i>	100
<i>Resíduos recicláveis</i>	101
<i>Sistema de tratamento</i>	101
<i>Normas técnicas</i>	101
<i>Simbologia</i>	101

Acondicionamento	101
Coleta e transporte	101
Armazenamento	102
Amostragem dos resíduos	102
Gerenciamento	102
<i>Anexo 2 - Classificação dos RSS por grupo de resíduo, segundo a RDC ANVISA nº 306/04 e Resolução CONAMA nº 358/05</i>	103
Grupo A - resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar riscos de infecção	103
Grupo B - Resíduos químicos	104
Grupo C - Resíduos radioativos	104
Grupo D - Resíduos comuns	104
Grupo E - Materiais perfurocortantes	104
<i>Anexo 3 - Processos de minimização e segregação implicados no gerenciamento dos RSS</i>	105
Minimização	105
Segregação	105
<i>Anexo 4 - Procedimentos recomendados para o acondicionamento</i>	107
Acondicionamento de RSS do grupo A	107
Acondicionamento de RSS do grupo B	107
Acondicionamento de RSS do grupo C	109
Acondicionamento de RSS do grupo D	109
Acondicionamento de RSS do grupo E	109
<i>Anexo 5 - Tipos de tratamento recomendados por grupo de resíduos</i>	111
Tratamento de RSS do grupo A	111
Tratamento de RSS do grupo B	111
Tratamento de RSS do grupo C	112
Tratamento de RSS do grupo D	113
Tratamento de RSS do grupo E	113
<i>Anexo 6 - Recomendações especiais para os RSS do grupo B - resíduos perigosos</i>	114
Protocolos de compra	114
Recebimentos de doações	114
Reagentes	115
Rótulos	115
Frases de riscos e de segurança	115
Listagem de identificação das codificações e simbologias utilizadas no setor	115
Procedimento para neutralização	115
Procedimento para destinação de resíduos químicos perigosos	115
Recuperação	115
Controle da movimentação de resíduos	116
Cuidados no manuseio de produtos químicos	116
Passivo químico	116

Riscologia química	116
Diagrama de HOMMEL	116
Pictogramas	117
Embalagem e acondicionamento	118
Rotulagem e fichas de acompanhamento	118
Abrigo de resíduos químicos perigosos	119
Condições comuns para almoxarifado de produtos e abrigo de resíduos químicos	119
Destinação	119
Produtos químicos de larga utilização em estabelecimentos de saúde ..	119
<i>Anexo 7 - Síntese das Fichas de Informação de Segurança de Produtos Químicos - FISPQ mais usuais nos estabelecimentos de saúde</i>	
Formol (Formaldeído)	122
Glutaraldeído	123
Xilol	123
Hipoclorito de sódio	124
Mercurio	125
6. GLOSSÁRIO	127
7. SIGLAS UTILIZADAS	135
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
9. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004	141



Instituto

patris

®

ANEXO III – MANUAL DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

1

Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Limpeza e Desinfecção de Superfícies

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA

Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies

Brasília, 2010

e

Copyright © 2010 Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.
A Anvisa, igualmente, não se responsabiliza pelas idéias contidas nessa publicação.

1ª edição – 2010

Elaboração, distribuição e informações:

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SIA Trecho 5, Área Especial 57
CEP: 71205-050 Brasília – DF
Tel.: (61) 3462-6000
Home page: www.anvisa.gov.br

Coordenação Técnica:

Fabiana Cristina de Sousa
Heiko Thereza Santana

Redação:

Adriana Cesário – Hospital Unimed – PE
Carla Assad – Companhia Municipal de Limpeza Urbana – Comlurb
Elenildes Silva Amorim – Anvisa
Elisabete Reinehr Pontes – Instituto de Cardiologia de Porto Alegre – RS
Erci Maria Onzi Siliprandi – Instituto de Cardiologia de Porto Alegre – RS
Fabiana Cristina de Sousa – Anvisa
Gizelma de Azevedo Simões Rodrigues – Hospital Sírio-Libanês – SP
Glória Costa – Companhia Municipal de Limpeza Urbana – Comlurb
Heiko Thereza Santana – Anvisa
Maria da Conceição Lira – Universidade Federal de Pernambuco – PE
Maria Keiko Asakura – Hospital do Coração – SP
Rosa Aires Borba Mesiano – Anvisa
Silvana Torres – Assessoria e Treinamento em Serviços de Saúde
Sylvia Lemos Hinrichsen – Universidade Federal de Pernambuco – PE

Revisão técnica – Anvisa:

Magda Machado de Miranda
Regina Maria Gonçalves Barcellos
Sandro Martins Dolghi
Rosa Aires Borba Mesiano

Revisão técnica externa:

Adriana Cesário – Hospital Unimed – PE
Ana Paula Capinzaiki Silveira Martins – Secretaria de Saúde do Distrital Federal – DF
Carla Assad – Companhia Municipal de Limpeza Urbana – COMLURB
Claudia Benjamim Moreira Borges – Secretaria de Saúde do Distrital Federal – DF
Claudia Dutra Andriano – Secretaria de Saúde do Distrital Federal – DF
Glória Costa – Companhia Municipal de Limpeza Urbana – COMLURB
Maria da Conceição Lira – Universidade Federal de Pernambuco – PE
Rogério da Silva Lima – Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS/OMS – Brasil
Sylvia Lemos Hinrichsen – Universidade Federal de Pernambuco – PE
Valeska Stempluk – Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS – WDC

Capa

Camila Medeiros Contarato Burns
Projeto Gráfico e Diagramação
All Type Assessoria Editorial Ltda

Ilustrações:

Paulo Roberto Gonçalves Coimbra

Fotos:

AudioVisual – Anvisa
Almir Wanzeller
José Carlos de Jesus Gomes
Luiz Henrique Alves Pinto

Agradecimentos:

Companhia Municipal de Limpeza Urbana – COMLURB – RJ
Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação – DF
Hospital Municipal Souza Aguiar – RJ
Organização Pan-Americana da Saúde

Ficha Catalográfica

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, 2010.
116 p. –

ISBN

1. Vigilância Sanitária. 2. Saúde Pública. I. Título.

2

SIGLÁRIO

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CA – Certificado de Aprovação
CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CC – Centro Cirúrgico
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
CME – Centro de Material e Esterilização
CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNBS – Conselho Nacional de Biossegurança
CTNBio – Comissão Técnica Nacional de Biossegurança
CO – Centro Obstétrico
CPM – Comissão de Padronização de Materiais
DCCA – Ácido Dicloroisocianúrico
DNA – Ácido Desoxirribonucleico
DML – Depósito de Material de Limpeza
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EAS – Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
EPC – Equipamentos de Proteção Coletiva
EPI – Equipamento de Proteção Individual
FISPQ – Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HS – *High Speed*
INCQS – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
LER – Lesão por Esforço Repetitivo
MRSA – *Staphylococcus aureus* Resistente à Meticilina
NR – Norma Regulamentadora
PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde
PPD – Derivado Proteico Purificado
PVC – Cloreto de Polivinila
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
RPM – Rotação Por Minuto
SCIH – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SESMT – Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho
TCCA – Ácido Tricloroisocianúrico
UF – Unidade Federativa
UHS – *Ultra High Speed*
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
VRE – Enterococos resistente à vancomicina

SUMÁRIO

SIGLÁRIO	3
APRESENTAÇÃO	11
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1	
O ambiente e a transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde	15
1.1 Fatores que favorecem a contaminação	16
1.2 Prevenção da transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde	17
Referências bibliográficas	18
CAPÍTULO 2	
Classificação de áreas em serviços de saúde	19
2.1 Áreas dos serviços de saúde	20
Referências bibliográficas	22
CAPÍTULO 3	
O serviço de limpeza e desinfecção de superfícies	23
3.1 Conceito, objetivos e finalidades	24
3.2 Princípios básicos para a limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde.	25
3.2.1 Princípios gerais	25
Referências bibliográficas	27
CAPÍTULO 4	
Recursos humanos	29
4.1 Atribuições	30
4.2 Atribuições administrativas	30
4.2.1 Quanto à apresentação pessoal	30
4.2.2 Quanto às normas institucionais	31
4.3 Atribuições técnicas.	31
4.3.1 Líderes, supervisores ou encarregados de limpeza e desinfecção de superfícies.	31
4.3.1.1 Quanto à aquisição de produtos saneantes	31
4.3.1.2 Quanto aos equipamentos e materiais.	32
4.3.1.3 Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC):.	32
4.3.1.4 Outras atribuições.	33

4.3.2	Profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies	34
4.3.2.1	Quanto aos equipamentos, materiais e instalações	34
4.3.2.2	Quanto à preservação ambiental	34
4.3.2.3	Quanto à utilização de produtos saneantes	34
4.3.2.4	Quanto ao recolhimento dos resíduos	35
4.3.2.5	Quanto aos EPI	35
4.3.2.6	Quanto aos processos de limpeza e desinfecção de superfícies.	35
4.4	Atribuições que não competem ao profissional de limpeza e desinfecção de superfícies	35
4.5	Perfil	37
4.5.1	Perfil da equipe	37
4.5.2	Perfil profissional	37
4.5.3	Perfil comportamental.	38
4.6	Capacitação	38
4.6.1	A NR 32 e a capacitação contínua preventiva	38
4.6.2	Capacitação técnica.	39
4.6.3	Capacitação técnica e preventiva: participação da equipe multidisciplinar	40
4.6.4	A capacitação e a terceirização	40
	Referências bibliográficas	41

CAPÍTULO 5

Produtos saneantes	43	
5.1	Legislações e critérios de compra	44
5.2	Principais produtos utilizados na limpeza de superfícies	46
5.2.1	Sabões e detergentes	46
5.3	Principais produtos utilizados na desinfecção de superfícies	46
5.3.1	Álcool	46
5.3.2	Compostos fenólicos	47
5.3.3	Compostos liberadores de cloro ativo	47
5.3.3.1	Inorgânicos	47
5.3.3.2	Orgânicos	47
5.3.4	Compostos quaternários de amônio.	48
5.3.5	Monopersulfato de potássio	48
5.3.6	Oxidantes	48
5.3.6.1	Ácido peracético	48
	Referências bibliográficas	50

CAPÍTULO 6

Equipamentos e materiais utilizados na limpeza e desinfecção de superfícies	51	
6.1	Equipamentos	52

1

6.1.1	Máquinas lavadoras e extradoras	52
6.1.2	Máquinas lavadoras com injeção automática de solução	52
6.1.3	Aspiradores de pó e líquidos	52
6.1.4	Enceradeiras de baixa rotação.	53
6.1.5	Enceradeiras de alta rotação	53
6.2	Materiais	53
6.2.1	Conjunto mop	53
6.2.1.1	Cabo	54
6.2.1.2	Luva do tipo cabeleira	54
6.2.1.3	Luva do tipo cabeleira plana – Função úmida	54
6.2.1.4	Luva do tipo cabeleira plana – Função pó	54
6.2.1.5	Conjunto mop x pano para limpeza de piso e rodo: vantagens e desvantagens	54
6.2.2	Rodos.	55
6.2.3	Panos para limpeza de mobília e pisos	56
6.2.4	Baldes	56
6.2.5	Kits para limpeza de vidros e tetos	56
6.2.6	Escadas.	56
6.2.7	Discos abrasivos para enceradeira	57
6.2.8	Escova de cerdas duras com cabo longo	57
6.2.9	Carro funcional	57
6.2.10	Carros para transporte de resíduos	58
6.2.11	Placa de sinalização.	59
	Referências bibliográficas	60

CAPÍTULO 7

	Limpeza e desinfecção de superfícies	61
7.1	Limpeza	62
7.2	Processos de limpeza de superfícies	62
7.2.1	Limpeza concorrente	62
7.2.2	Limpeza terminal	63
7.3	Técnicas	64
7.3.1	Técnica de dois baldes	64
7.3.1.1	Varredura úmida	65
7.3.1.2	Ensaboar	65
7.3.1.3	Enxaguar e secar	65
7.3.1.4	Passo a Passo	65
7.3.1.5	Outros aspectos da limpeza	66
7.3.2	Técnica de limpeza de piso com mop	67

7.3.2.1	Passo a Passo	67
7.3.2.2	Recomendações.	68
7.3.3	Limpeza com máquinas de rotação – Enceradeiras	68
7.3.4	Limpeza com máquinas lavadoras e extratoras automáticas	69
7.3.5	Limpeza com máquina de vapor quente	69
7.4	Desinfecção.	69
7.4.1	Técnica de desinfecção	70
7.4.1.1	Técnica de desinfecção com pequena quantidade de matéria orgânica.	70
7.4.1.2	Técnica de desinfecção com grande quantidade matéria orgânica	70
7.5	Limpeza e desinfecção de superfícies das áreas internas.	72
7.6	Limpeza de superfícies das áreas externas.	76
	Referências bibliográficas	77

CAPÍTULO 8

Produtos e sistemas utilizados no tratamento de pisos 79

8.1	Ceras lustráveis	80
8.2	Ceras semilustráveis	80
8.3	Ceras autobrilhantes	80
8.4	Ceras impermeabilizante <i>High Speed – HS</i>	80
8.5	Ceras <i>Ultra High Speed – UHS</i>	81
8.6	Etapas do tratamento de pisos	81
8.6.1	Preparação	81
8.6.2	Acabamento	82
8.6.2.1	Selamento das porosidades	82
8.6.2.2	Impermeabilização	82
8.6.2.3	Polimento.	82
8.6.3	Manutenção	82
8.7	Definição do produto	83
	Referências bibliográficas	84

CAPÍTULO 9

Higienização das mãos em serviços de saúde 85

9.1	Indicações – Higienização das Mãos com Água e Sabonete Líquido	86
9.1.1	Técnica “Higienização simples das mãos com água e sabonete”.	86
9.1.2	Passo a Passo.	86
9.2	Indicações – Higienização das mãos com preparação alcoólica para as mãos	89
9.2.1	Técnica “Fricção Antisséptica das Mãos” (com preparações alcoólicas).	89
9.3	Outros aspectos da higienização das mãos	92
9.4	Recomendações para dispensadores de sabonete e antissépticos	92

9.5	Considerações da Anvisa	93
	Referências bibliográficas	94

CAPÍTULO 10

Medidas de biossegurança 95

10.1	Os riscos a que estão expostos os profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde	97
10.1.1	Risco biológico	97
10.1.1.1	Classificação de risco de agentes biológicos	97
10.1.2	Risco químico	97
10.1.2.1	Recomendações para produtos químicos	97
10.1.2.1.1	Na aquisição do produto químico	97
10.1.2.1.2	Prerrogativas para o uso do produto	98
10.1.2.1.3	EPI.	98
10.1.2.1.4	Proibições	98
10.1.3	Risco de natureza físico-química	98
10.1.4	Risco tóxico	98
10.1.5	Drogas citotóxicas	98
10.1.6	Risco ergonômico	99
10.2	Material perfurocortante	99
10.3	Sinalização de segurança	99
10.4	Equipamentos de segurança	99
10.4.1	Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Uniforme	99
10.4.1.1	Luvas de borracha.	100
10.4.1.2	Máscaras	100
10.4.1.3	Óculos de proteção	101
10.4.1.4	Botas	101
10.4.1.5	Sapatos.	101
10.4.1.6	Avental	102
10.4.1.7	Gorro	102
10.4.2	Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC)	102
10.4.3	Aquisição de novos equipamentos de proteção	103
10.5	Proteção ambiental	103
10.5.1	Limpeza concorrente e terminal	103
10.5.2	Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS)	103
10.5.3	Sistema de ventilação	103
10.6	Saúde ocupacional	103
10.6.1	Imunização do profissional	103
10.6.2	Ações emergenciais	104

10.6.2.1	Acidentes com material perfurocortante ou contato com sangue e outros fluidos corporais em mucosa ou pele não íntegra	104
10.6.2.2	Respingo em pele íntegra	104
10.6.2.3	Derramamento ou extravasamento com contaminação ambiental	104
10.6.2.3.1	Conteúdo mínimo do <i>kit</i> para químico perigoso	104
10.6.2.3.2	Passo a passo	105
10.7	Considerações finais	105
	Referências bibliográficas	106

GLOSSÁRIO	107
----------------------------	------------

ANEXOS	109
-------------------------	------------

ANEXO I	110
Roteiro de Observação Diária/Semanal – Condições de Limpeza e Conservação	110
ANEXO II	111
Roteiro de Observação Diária/Semanal – Biossegurança Durante os Procedimentos	111
ANEXO III	112
Roteiro de Observação Diária/Semanal – Resíduos	112
ANEXO IV	113
Formulário Troca de EPI	113
ANEXO V	114
Formulário de Solicitação de Serviços	114
ANEXO VI	116
Modelo de Etiqueta para Saneantes.	116

APRESENTAÇÃO

As infecções relacionadas à assistência à saúde representam um risco substancial à segurança do paciente em serviços de saúde. Há evidências mostrando que vários patógenos como *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina, Enterococos resistente à vancomicina e outros contaminam superfícies e equipamentos (bombas de infusão, barras protetoras das camas e estetoscópio e outros) mais frequentemente manuseados pelos profissionais e pacientes.

Sendo assim, falhas nos processos de limpeza e desinfecção de superfícies podem ter como consequência a disseminação e transferência de microrganismos nos ambientes dos serviços de saúde, colocando em risco a segurança dos pacientes e dos profissionais que atuam nesses serviços.

No sentido de contribuir com a correta limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde, a Anvisa publica o presente manual, disponibilizando informações atualizadas sobre o tema.

Espera-se que essa publicação proporcione aos gestores públicos, administradores, educadores, líderes, supervisores e encarregados de limpeza e desinfecção de superfícies e profissionais de saúde, melhor uso e aprimoramento desses processos, de forma a racionalizar esforços, recursos e tempo, garantindo, assim, a segurança de pacientes e profissionais.

INTRODUÇÃO

A limpeza e a desinfecção de superfícies são elementos que convergem para a sensação de bem-estar, segurança e conforto dos pacientes, profissionais e familiares nos serviços de saúde. Corrobora também para o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, por garantir um ambiente com superfícies limpas, com redução do número de microrganismos, e apropriadas para a realização das atividades desenvolvidas nesses serviços.

O ambiente é apontado como importante reservatório de microrganismos nos serviços de saúde, especialmente os multirresistentes. Ainda, a presença de matéria orgânica favorece a proliferação de microrganismos e o aparecimento de insetos, roedores e outros, que podem veicular microrganismos nos serviços de saúde.

Dessa forma, o aparecimento de infecções nos ambientes de assistência à saúde pode estar relacionado ao uso de técnicas incorretas de limpeza e desinfecção de superfícies e manejo inadequado dos resíduos em serviços de saúde.

Assim, o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde apresenta relevante papel na prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo imprescindível o aperfeiçoamento do uso de técnicas eficazes para promover a limpeza e desinfecção de superfícies.

CAPÍTULO 1

O AMBIENTE E A TRANSMISSÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

*Adriana Cesário
Maria da Conceição Lira
Sylvia Lemos Hinrichsen*

Atualmente, o ambiente em serviços de saúde tem sido foco de especial atenção para a minimização da disseminação de microrganismos, pois pode atuar como fonte de recuperação de patógenos potencialmente causadores de infecções relacionadas à assistência à saúde, como os microrganismos multirresistentes. Segundo Rutala (2004), as superfícies limpas e desinfetadas conseguem reduzir em cerca de 99% o número de microrganismos, enquanto as superfícies que foram apenas limpas os reduzem em 80%.

As superfícies carregam um risco mínimo de transmissão direta de infecção, mas pode contribuir para a contaminação cruzada secundária, por meio das mãos dos profissionais de saúde e de instrumentos ou produtos que poderão ser contaminados ao entrar em contato com essas superfícies e posteriormente, contaminar os pacientes ou outras superfícies (ANSI/AAMI, 2006).

Assim, a higienização das mãos dos profissionais de saúde e a limpeza e a desinfecção de superfícies são fundamentais para a prevenção e redução das infecções relacionadas à assistência à saúde.



1.1 Fatores que favorecem a contaminação

Dentre os fatores que favorecem a contaminação do ambiente dos serviços de saúde, citam-se (GARNER, 1996; OLIVEIRA, 2005):

- Mãos dos profissionais de saúde em contato com as superfícies.
- Ausência da utilização de técnicas básicas pelos profissionais de saúde.
- Manutenção de superfícies úmidas ou molhadas.
- Manutenção de superfícies empoeiradas.
- Condições precárias de revestimentos.
- Manutenção de matéria orgânica.

Há evidências da existência da transmissão de infecções por rotavírus e *Candida* spp. pelo meio ambiente, pois o período de sobrevivência no meio ambiente do rotavírus é maior que 12 dias, e o da *Candida* spp., de horas. Já o vírus da imunodeficiência humana (HIV) consegue sobreviver em superfície com matéria orgânica ressequida até três dias, e o vírus da hepatite, nas mesmas condições, até uma semana (HINRICHSEN, 2004).

Portanto, a presença de sujeira, principalmente matéria orgânica de origem humana, pode servir como substrato para a proliferação de microrganismos ou favorecer a presença de vetores, com a possibilidade de transportar passivamente esses agentes (PELCZAR, 1997; FERNANDES *et al.*, 2000). Sendo assim, toda área com presença de matéria orgânica deverá ser rapidamente limpa e desinfetada, independentemente da área do hospital.

Staphylococcus aureus resistente à meticilina (MRSA, *methicillin-resistant Staphylococcus aureus*) e Enterococos resistente à vancomicina (VRE, *vancomycin-resistant enterococci*) são capazes de sobreviver dias ou até semanas nas superfícies de ambientes de serviços de saúde (BOYCE, 2007). Estudos têm demonstrado a presença de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos em superfícies de leitos e equipamentos, após limpeza e desinfecção inapropriadas (NOSKIN *et al.*, 2000; RAY *et al.*, 2002; SAMPLE *et al.*, 2002; DENTON *et al.*, 2004). Ressalta-se, portanto, a importância da elaboração de protocolos rigorosos de limpeza e desinfecção de superfícies, pelos serviços de saúde, para o controle desses microrganismos.

Além dos microrganismos multirresistentes, outros de relevância epidemiológica nas infecções relacionadas à assistência à saúde estão ligados à contaminação ambiental como *Clostridium difficile*, *Legionella* e *Aspergillus*.

1.2 Prevenção da transmissão de



infecções relacionadas à assistência à saúde

As medidas utilizadas para diminuir a interferência do ambiente nas infecções relacionadas à assistência à saúde envolvem (HINRICHSEN, 2004; ASSAD & COSTA, 2010):

- evitar atividades que favoreçam o levantamento das partículas em suspensão, como o uso de aspiradores de pó (permitidos somente em áreas administrativas);
- não realizar a varredura seca nas áreas internas dos serviços de saúde;
- as superfícies (mobiliários em geral, pisos, paredes e equipamentos, dentre outras) devem estar sempre limpas e secas;
- remover rapidamente matéria orgânica das superfícies;
- isolar áreas em reformas ou em construção, utilizando tapumes e plástico.

Nota: No caso de reformas internas nas proximidades de áreas críticas de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS) deve-se realizar o isolamento da obra por meio de barreiras herméticas devido à grande quantidade de detritos, poeira e fungos (ABNT, 2005).

Esses procedimentos visam evitar a formação ou piora de processos alérgicos, surtos de aspergiloses e a disseminação de determinadas doenças (tuberculose e outras).

No sentido de evitar fontes de fungos é importante retirar vasos com flores e plantas dos quartos ou áreas assistenciais dos serviços de saúde.

Além da limpeza e desinfecção, a instituição das medidas de precauções também é importante na prevenção da transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde, devendo ser adotadas, quando necessárias, pelos profissionais de saúde e de limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde.

Referências bibliográficas

- American National Standard Association for the advancement of medical Instrumentation – ANSI/AAMI. ST 79: 2006. Disponível em: <http://marketplace.aami.org/eseries/scriptcontent/docs/Preview%20Files%5CST790607-preview.pdf>. Acesso em: maio 2008.
- ASSAD, C.; COSTA, G. **Manual Técnico de Limpeza e Desinfecção de Superfícies Hospitalares e Manejo de Resíduos**. Rio de Janeiro: IBAM/COMLURB, 2010. 28 p. Disponível em: <http://comlurb.rio.rj.gov.br/download/MANUAL%20DO%20FUNCIONÁRIO%20%20-%20HOSPITALAR.pdf>. Acesso em: janeiro 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 7256. **Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) – requisitos para projetos e execução de instalações**. Rio de Janeiro, 2005.
- BOYCE, J.M. Environmental contamination makes an important contribution to hospital infection. *J Hosp Infect*, v. 65, p.50-54, 2007.
- DENTON, M.; WILCOX, M.H.; PARNELL, P.; GREEN, D.; KEER, V.; HAWKEY, P.M.; EVANS, I.; MURPHY, P. Role of environmental cleaning in controlling an outbreak of *Acinetobacter baumannii* on a neurosurgical intensive care unit. *J Hosp Infect.*, v.56, p. 106-110, 2004.
- FERNANDES, A.T. *et al.* **Infecção Hospitalar e suas interfaces na Área da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- GARNER, J.S. The hospital infection control practices advisory committee. Guideline for isolation precautions in hospital. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.*, v.17, p. 54-80, 1996.
- HINRICHSEN, S.L. *et al.* **Limpeza Hospitalar: Importância no Controle de Infecções**. In: HINRICHSEN, S.L. **Biossegurança e Controle de Infecções. Risco Sanitário Hospitalar**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004, p. 175-203.
- NOSKIN, G.A.; BEDNARZ, P.; SURIANO, T.; REINER, S.; PETERSON, L.R. Persistent contamination of fabric covered furniture by vancomycin-resistant enterococci: implications for upholstery selection in hospitals. *Am J Infect Control*, v.28, p.311-313, 2000.
- OLIVEIRA, A. **Infecções Hospitalares, Epidemiologia, Prevenção e Controle**. Rio de Janeiro: Medsi, 2005. p. 290.
- PELCZAR, M.J. *et al.* **Microbiologia, conceitos e aplicações**. São Paulo: Makron Books, 1997.
- RAY A.J; HOYEN C.K; DAS S.M; TAUB, T.F; ECKSTEIN, E.C; DONSKEY, C.J. **Nosocomial transmission of vancomycin-resistant enterococci from surfaces**. *JAMA*, v. 287, p. 1400-1401, 2002.
- RUTALA, W.A.; WERBER, D.J. **The benefits of surface disinfection**. *American Journal Infection Control*, v.32, p. 226-231, 2004.
- SAMPLE, M.L.; GRAVEL, D.; OXLEY, C.; BALDWIN, T.; GARBER, G.; RAMOTAR, K. An Outbreak of Vancomycin-Resistant Enterococci in a Hematology–Oncology Unit: Control by Patient Cohorting and Terminal Cleaning of the Environment. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, v.23, p.468 – 469, 2002.

CAPÍTULO 2

CLASSIFICAÇÃO DE ÁREAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Maria Keiko Asakura

A evolução tecnológica aplicada à medicina vem revolucionando a arquitetura dos serviços de saúde, que tem sido modificada visando à melhoria do atendimento ao paciente (MUNHOZ & SOARES, 2000). Para se adequarem às novas tecnologias, muitos serviços de saúde necessitaram de reformas ou ampliação das áreas construídas, resultando em construções que nem parecem estabelecimentos de assistência à saúde. A aparência do ambiente proporcionada pela limpeza é um importante critério de qualidade de atendimento do serviço de saúde.

Considerando-se a variedade das atividades desenvolvidas em um serviço de saúde, há necessidade de áreas específicas para o desenvolvimento de atividades administrativas e operacionais. São exemplos dessas atividades: receber o paciente e sua família no momento da internação; acomodar o paciente; realizar exames de rotina e exames diagnósticos invasivos e realizar procedimentos cirúrgicos simples ou de alta complexidade.



2.1 Áreas dos serviços de saúde

As áreas dos serviços de saúde são classificadas em relação ao risco de transmissão de infecções com base nas atividades realizadas em cada local. Essa classificação auxilia em algumas estratégias contra a transmissão de infecções, além de facilitar a elaboração de procedimentos para limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde.

O objetivo da classificação das áreas dos serviços de saúde é orientar as complexidades, a minuciosidade e o detalhamento dos serviços a serem executados nesses setores, de modo que o processo de limpeza e desinfecção de superfícies esteja adequado ao risco.

Portanto, a definição das áreas dos serviços de saúde foi feita considerando o risco potencial para a transmissão de infecções, sendo classificadas em áreas críticas, semicríticas e não-críticas (YAMAUSHI *et al.*, 2000; BRASIL, 2002; APECIH, 2004), conforme descrito a seguir:

- **Áreas críticas:** são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. São exemplos desse tipo de área: Centro Cirúrgico (CC), Centro Obstétrico (CO), Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Diálise, Laboratório de Análises Clínicas, Banco de Sangue, Setor de Hemodinâmica, Unidade de Transplante, Unidade de Queimados, Unidades de Isolamento, Berçário de Alto Risco, Central de Material e Esterilização (CME), Lactário, Serviço de Nutrição e Dietética (SND), Farmácia e Área suja da Lavanderia.
- **Áreas semicríticas:** são todos os compartimentos ocupados por pacientes com doenças infecciosas de baixa transmissibilidade e doenças não infecciosas. São exemplos desse tipo de área: enfermarias e apartamentos, ambulatórios, banheiros, posto de enfermagem, elevador e corredores.
- **Áreas não-críticas:** são todos os demais compartimentos dos estabelecimentos assistenciais de saúde não ocupados por pacientes e onde não se realizam procedimentos de risco. São exemplos desse tipo de área: vestiário, copa, áreas administrativas, almoxarifados, secretaria, sala de costura.



Atualmente, essa classificação é questionada, pois o risco de infecção ao paciente está relacionado aos procedimentos aos quais ele é submetido, independentemente da área em que ele se encontra. Entretanto, essa classificação pode nortear o líder, supervisor ou encarregado do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na divisão de atividades, dimensionamento de equipamentos, profissionais e materiais.

Referências bibliográficas

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. **Monografia: Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Anti-sepsia**, São Paulo 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 20 mar. 2002.

MUNHOZ, M.M; SOARES, F. Arquitetura Hospitalar. In FERNANDES, A.T. editor. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1278-1286.

YAMAUSHI, N.I; LACERDA, R.A; GABRIELLONI, M.C. Limpeza Hospitalar. In: FERNANDES, A.T. editor. **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1141-1155.

CAPÍTULO 3

O SERVIÇO DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

*Adriana Cesário
Maria da Conceição Lira
Sylvia Lemos Hinrichsen*

A limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde são elementos primários e eficazes nas medidas de controle para romper a cadeia epidemiológica das infecções.

O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde visa garantir aos usuários dos serviços de saúde uma permanência em local limpo e em ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo com a redução da possibilidade de transmissão de infecções oriundas de fontes inanimadas.

3.1 Conceito, objetivos e finalidades

O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde compreende a limpeza, desinfecção e conservação das superfícies fixas e equipamentos permanentes das diferentes áreas.

Tem a finalidade de preparar o ambiente para suas atividades, mantendo a ordem e conservando equipamentos e instalações, evitando principalmente a disseminação de microrganismos responsáveis pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

As superfícies em serviços de saúde compreendem (BRASIL, 1994; PREFEITURA..., 2006): mobiliários, pisos, paredes, divisórias, portas e maçanetas, tetos, janelas, equipamentos para a saúde, bancadas, pias, macas, divãs, suporte para soro, balança, computadores, instalações sanitárias, grades de aparelho de condicionador de ar, ventilador, exaustor, luminárias, bebedouro, aparelho telefônico e outros.

O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde deverá contribuir para prevenir a deterioração de superfícies, objetos e materiais, promovendo conforto e segurança aos pacientes, acompanhantes e aos funcionários, por intermédio de um meio limpo. Deverá também sempre considerar a importância de manter as superfícies limpas (diminuindo o número de microrganismos dessas) com otimização de custos.

Atualmente, o interesse por parte dos profissionais de saúde nas áreas de apoio, incluindo o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde, deve-se à atual percepção da existência do ambiente e de sua importância na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.





O Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde poderá ser próprio ou terceirizado pelo serviço de saúde. Sendo próprio ou terceirizado, é importante que o número de profissionais atenda à demanda de trabalho em todos os turnos, buscando a excelência dos serviços prestados nos serviços de saúde.

3.2 Princípios básicos para a limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde

3.2.1 Princípios gerais

Os princípios básicos para a limpeza e desinfecção de superfícies em serviços de saúde são a seguir descritos (APECIH, 2004; HINRICHSSEN, 2004; MOZACHI, 2005; TORRES & LISBOA, 2007; ASSAD & COSTA, 2010):

- Proceder à frequente higienização das mãos.
- Não utilizar adornos (anéis, pulseiras, relógios, colares, *piercing*, brincos) durante o período de trabalho.
- Manter os cabelos presos e arrumados e unhas limpas, aparadas e sem esmalte.
- Os profissionais do sexo masculino devem manter os cabelos curtos e barba feita.
- O uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) deve ser apropriado para a atividade a ser exercida.
- Nunca varrer superfícies a seco, pois esse ato favorece a dispersão de microrganismos que são veiculados pelas partículas de pó. Utilizar a varredura úmida, que pode ser realizada com mops ou rodo e panos de limpeza de pisos.
- Para a limpeza de pisos, devem ser seguidas as técnicas de varredura úmida, ensaboar, enxaguar e secar.
- O uso de desinfetantes ficam reservados apenas para as superfícies que contenham matéria orgânica ou indicação do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH).
- Todos os produtos saneantes utilizados devem estar devidamente registrados ou notificados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).
- A responsabilidade do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde na escolha e aquisições dos produtos saneantes deve ser realizada conjuntamente pelo Setor de Compras e Hotelaria Hospitalar (SCIH).
- É importante avaliar o produto fornecido aos profissionais. São exemplos: testes microbiológicos do papel toalha e sabonete líquido, principalmente quando se tratar de fornecedor desconhecido.

- Deve-se utilizar um sistema compatível entre equipamento e produto de limpeza e desinfecção de superfícies (apresentação do produto, diluição e aplicação).
- O profissional de limpeza sempre deverá certificar se os produtos de higiene, como sabonete e papel toalha e outros são suficientes para atender às necessidades do setor.
- Cada setor deverá ter a quantidade necessária de equipamentos e materiais para limpeza e desinfecção de superfícies.
- Para pacientes em isolamento de contato, recomenda-se exclusividade no *kit* de limpeza e desinfecção de superfícies. Utilizar, preferencialmente, pano de limpeza descartável.
- O sucesso das atividades de limpeza e desinfecção de superfícies depende da garantia e disponibilização de panos ou cabeleiras alvejados e limpeza das soluções dos baldes, bem como de todos equipamentos de trabalho.
- Os panos de limpeza de piso e panos de mobília devem ser preferencialmente enca-



minhados à lavanderia para processamento ou lavados manualmente no expurgo.

- Os discos das enceradeiras devem ser lavados e deixados em suporte para facilitar a secagem e evitar mau cheiro proporcionado pela umidade.
- Todos os equipamentos deverão ser limpos a cada término da jornada de trabalho.
- Sempre sinalizar os corredores, deixando um lado livre para o trânsito de pessoal, enquanto se procede à limpeza do outro lado. Utilizar placas sinalizadoras e manter os materiais organizados, a fim de evitar acidentes e poluição visual.
- A frequência de limpeza das superfícies pode ser estabelecida para cada serviço, de acordo com o protocolo da instituição.
- A desinsetização periódica deve ser realizada de acordo com a necessidade de cada instituição. O cronograma semestral para a desinsetização deve estar disponível para consulta, assim como a relação dos produtos utilizados no decorrer do semestre.

e

Referências bibliográficas

APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar. Monografia: **Limpeza, Desinfecção de Artigos e Áreas Hospitalares e Anti-sepsia**. São Paulo, 2004.

ASSAD, C.; COSTA, G. **Manual Técnico de Limpeza e Desinfecção de Superfícies Hospitalares e Manejo de Resíduos**. Rio de Janeiro: IBAM/COMLURB, 2010. 28 p. Disponível em: <<http://comlurb.rio.rj.gov.br/download/MANUAL%20DO%20FUNCIONÁRIO%20%20-%20HOSPITALAR.pdf>>. Acesso em: janeiro 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação de Controle de Infecção. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 1994.

HINRICHSEN, S.L. *et al.* Limpeza Hospitalar: Importância no Controle de Infecções. In: HINRICHSEN, S.L. **Biossegurança e Controle de Infecções. Risco Sanitário Hospitalar**. Medsi: Rio de Janeiro, 2004. pp. 175-203.

MOZACHI, N. **O Hospital: Manual do Ambiente Hospitalar**. Curitiba: Os Autores, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO – SP. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão de Controle de Infecção – CCI – SMS. **Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde**. Ribeirão Preto; SMS-RP, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/comissao/desin/i16limpdesinfecsufperficie.pdf>>. Acesso em: dez.2008.

TORRES, S.; LISBOA, T. **Gestão dos Serviços de Limpeza, Higiene e Lavanderia em Estabelecimentos de Saúde**. São Paulo: Sarvier, 3 ed., 2008.

CAPÍTULO 4

RECURSOS HUMANOS

Silvana Torres



4.1 Atribuições

As atribuições da equipe do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde podem variar de acordo com a área e as características do local onde a limpeza será realizada, além do modelo de gestão em vigor aplicado ao serviço em questão.

Embora as atribuições possam apresentar variações entre diferentes instituições, o objetivo alvo deve ser comum, ou seja, a remoção de sujidades de superfícies do ambiente, materiais e equipamentos, mediante a aplicação e ação de produtos químicos, ação física, aplicação de temperatura ou combinação de processos. Ao limpar superfícies de serviços de saúde, pretende-se proporcionar aos usuários um ambiente com menor carga de contaminação possível, contribuindo na redução da possibilidade de transmissão de patógenos oriundos de fontes inanimadas, por meio das boas práticas de limpeza e desinfecção de superfícies (TORRES & LISBOA, 2007).

A clareza das atribuições tem papel fundamental para seu cumprimento e, para tanto, se faz necessário um manual contendo todas as tarefas a serem realizadas, especificadas por cargo. O manual deve ser apresentado e estar à disposição de todos os colaboradores para consulta no local de trabalho, em local de fácil acesso. Sua revisão deve ser periódica e sempre que houver mudança de rotinas.

A informatização do manual viabiliza treinamentos de capacitação técnica, mais práticos e motivadores, possibilitando inserções de ilustrações, fotos, esquemas, *links* para filmes ou

sites educativos. Vale à pena contemplar essa ferramenta em futuros planejamentos de educação continuada que, além de ser uma prática contemporânea, facilita as necessárias revisões sistemáticas.

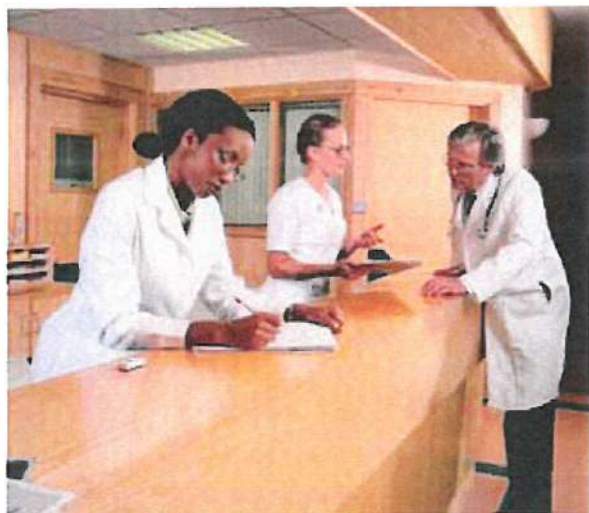
Ressalta-se que uma atribuição por si só pode não ser esclarecedora e não dar todas as respostas para um determinado tipo de procedimento: Quais os equipamentos de proteção individual necessários para esse processo de limpeza? O que deve ser limpo? Onde limpar? Quando limpar? Em qual horário? Quais equipamentos e materiais utilizar? Onde encontrar?

Daí a necessidade de um embasamento prévio, por meio de treinamentos de capacitação, também acompanhados de manuais técnicos.

4.2 Atribuições administrativas

4.2.1 Quanto à apresentação pessoal

- Apresentar-se com uniforme completo, limpo, passado, sem manchas, portando a identificação do funcionário.



- Utilizar calçados profissionais: fechados, impermeáveis e com sola antiderrapante.
- Manter cabelos penteados e presos.
- Manter unhas curtas, limpas, sem esmalte ou unhas postiças.
- Desprover-se de adornos (BRASIL, 2005), como pulseiras, anéis, brincos, colares e *piercing*.
- Manter higiene corporal.

4.2.2 Quanto às normas institucionais

- Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho.
- Comunicar e justificar ausências.
- Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, pacientes, visitantes e outros.
- Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais:
 - falar em tom baixo.
 - evitar gargalhadas.
 - evitar diálogos desnecessários com clientes, sem que seja questionado previamente.
 - não fumar e não guardar ou consumir alimentos e bebidas nos postos de trabalho (BRASIL, 2005).



- Cumprir tarefas operacionais estabelecidas previamente em suas atribuições designadas.
- Participar de programas ou campanhas institucionais que contribuam para a minimização de riscos ocupacionais, ambientais e que estimulem a responsabilidade social, como, por exemplo, programas de biossegurança, prevenção de incêndio, campanha de vacinação e outros.

4.3 Atribuições técnicas

Todas as atribuições técnicas serão descritas a seguir.

4.3.1 Líderes, supervisores ou encarregados de limpeza e desinfecção de superfícies

4.3.1.1 Quanto à aquisição de produtos saneantes

- Utilizar somente produtos saneantes padronizados, na concentração e tempo recomendados pelo fabricante e SCIH.
- Avaliar junto ao fabricante a compatibilidade do tipo de superfícies com o produto a ser empregado, a fim de preservar a integridade do mobiliário, de revestimentos e dos equipamentos pertencentes ao patrimônio institucional. Orientar os funcionários sobre qual produto utilizar em cada tipo de superfície e quando utilizá-lo.
- Oferecer sabão ou detergente para realizar os processos de limpeza, restringindo o uso de desinfetantes apenas para situações específicas recomendadas pelo SCIH.
- Padronizar a aquisição de detergentes com tensoativo biodegradáveis que atendam à legislação pertinente e suas atualizações (BRASIL, 1988).

4.3.1.2 Quanto aos equipamentos e materiais

- Providenciar a aquisição de equipamentos e materiais necessários para a realização de boas práticas de limpeza que atendam às exigências ergonômicas e que preservem a integridade física do trabalhador (BRASIL, 2005), como a disponibilização de carros funcionais em número suficiente para que todos os colaboradores tenham acesso quando precisarem.
- Fornecer equipamentos e materiais aprovados previamente pelo SCIH.
- Capacitar os profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies a operar e zelar pela manutenção dos equipamentos e materiais pertencentes ao serviço.
- Substituir os equipamentos que possam representar risco à integridade física do profissional de limpeza ou que não atendam às necessidades do serviço.

A análise de alguns critérios auxilia no momento da aquisição de um novo equipamento:

- Nível mínimo de ruídos.
- Uso de equipamentos industriais e nunca domésticos.
- Consumo mínimo de energia e água, preservando assim, os recursos ambientais naturais esgotáveis.
- Possibilidade de manutenção ou reposição rápida quando danificados.
- Compatibilidade com as áreas às quais se pretende utilizá-los.
- Qualidade e tecnologia adequadas e compatíveis com revestimentos institucionais e que não ofereçam riscos à saúde ocupacional.
- Preferencialmente com referências de utilização em outro serviço de saúde.

4.3.1.3 Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC):

- Adquirir EPI com certificação de aprovação, pois se refere ao CA. do Ministério do Trabalho e disponibilizá-los em quantidade suficiente para uso e reposição (BRASIL, 2005).
- Capacitar ou direcionar a capacitação sobre EPI para um profissional que esteja habilitado para desenvolver treinamentos com abordagens como: tipos, onde e quando utilizar, importância da utilização, técnicas de utilização correta e adequada, riscos da não utilização e outros.
- Supervisionar o uso correto dos EPI.
- Providenciar e disponibilizar Equipamentos de Proteção Coletiva (EPC) e orientar os colaboradores para sua utilização.



4.3.1.4 Outras atribuições

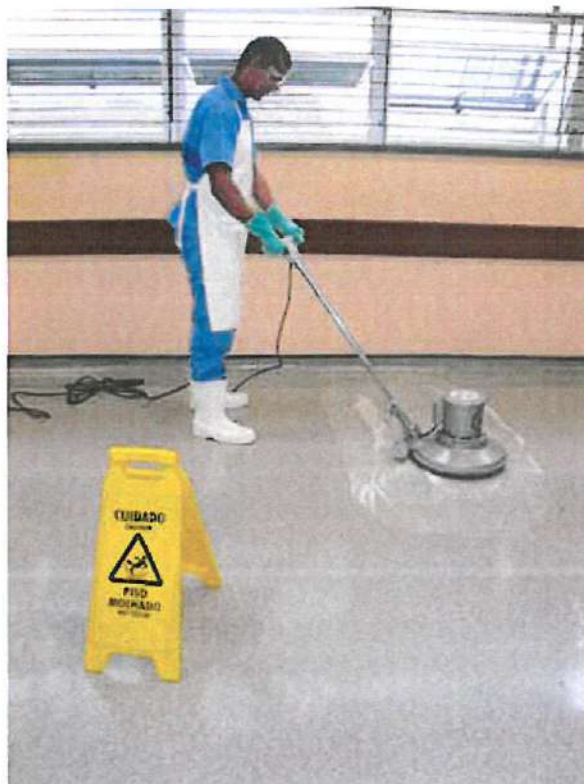
- Focar suas ações em consonância com a missão, visão, filosofia e objetivos da instituição.
- Participar e acompanhar os processos seletivos da equipe de limpeza e desinfecção de superfícies por meio de estabelecimento de requisitos pertinentes ao cargo, participação em entrevistas e avaliações.
- Planejar, coordenar, implementar e supervisionar as atividades pertinentes ao serviço.
- Dimensionar pessoal, equipamentos, utensílios e materiais de limpeza e desinfecção de superfícies.
- Desenvolver e implementar programas de educação contínua sobre processos de limpeza e desinfecção de superfícies e conservação. A principal vantagem da educação contínua está no fato de possibilitar uma intervenção no momento em que o erro acontece, por meio da orientação e acompanhamento, possibilitando que falhas técnicas sejam corrigidas imediatamente após sua ocorrência, ao invés de aguardar um cronograma preestabelecido de reciclagem programada.
- Planejar supervisão contínua das atividades de limpeza de forma que os três turnos de trabalho sejam assegurados.
- Realizar avaliações de desempenho.
- Estabelecer o cronograma de periodicidade e de frequência dos diferentes tipos de limpeza em todos ambientes e superfícies sob responsabilidade da equipe de limpeza e desinfecção.
- Liberar apartamentos ou enfermarias, após vistoria.
- Dimensionar e disponibilizar os materiais de reposição: papel toalha, papel higiênico,



sabonete líquido e preparações alcoólicas para as mãos e outros.

- Estender e implementar programas institucionais de racionamento de recursos naturais, como hídricos e energéticos, para o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.
- Encaminhar os resíduos poluidores para o setor de manutenção, tais como pilhas, lâmpadas fluorescentes e outros decorrentes da manutenção. Quanto aos demais resíduos, acondicionar, manejar, armazenar e encaminhar para o destino que conste no Plano de Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde (PGRSS) da instituição.
- Interferir nos processos de limpeza e desinfecção de superfícies com o objetivo de agilizar as atividades, por meio de ações como remanejamento, substituições e orientações, sempre que necessário.
- Criar interfaces com os serviços relacionados direta ou indiretamente com o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde, a fim de promover a integração e a harmonia, por meio de alianças que possam fortalecer a cumplicidade entre diferentes serviços almejando objetivos comuns.

- Definir com a chefia de setor, tempo necessário e ideal para concluir as limpezas terminais por desocupação. Ainda, por meio de um cronograma, definir horários e datas para as terminais programadas.
- Encaminhar notificações de manutenção ao serviço específico.
- Desenvolver indicadores de qualidade do serviço, de pessoal, de equipamentos e materiais, assim como do cumprimento dos cronogramas de frequências dos diferentes tipos de limpeza de superfícies, como forma de avaliação dos serviços prestados.
- Realizar diagnóstico dos colaboradores baseando-se nas necessidades de cada membro da equipe, que poderá resultar em estratégias efetivas de motivação (HELLER, 1998).



4.3.2 Profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies

4.3.2.1 Quanto aos equipamentos, materiais e instalações

- Zelar por equipamentos e materiais do serviço durante e após sua utilização, obedecendo as regras de utilização, limpeza ou desinfecção, de acordo com a necessidade e guardar em local designado após a utilização.
- Notificar mau funcionamento ou extravios de equipamentos e materiais, em impresso próprio ou intranet.
- Notificar danos em mobiliário, acessórios, instalações e revestimentos que necessitem de reparo ou substituição, em impresso próprio.
- Realizar a limpeza de materiais e equipamentos após sua utilização, em salas próprias designadas na instituição para esse fim.

4.3.2.2 Quanto à preservação ambiental

- Utilizar racionalmente recursos como água e energia, evitando desperdícios e colaborando com programas internos de preservação ambiental e responsabilidade social.
- Segregar produtos poluidores como pilhas, baterias, lâmpadas fluorescentes e outros, em recipientes próprios pré-designados no PGRSS da instituição, quando esses não estiverem sido acondicionados pelo gerador em local apropriado. Posteriormente, encaminhar ao setor de manutenção ou conforme PGRSS da instituição.

4.3.2.3 Quanto à utilização de produtos saneantes

- Utilizar somente produtos saneantes padronizados, na concentração e tempo recomendados pelo fabricante e SCIH.

l

- Utilizar somente produtos que estejam em embalagens rotuladas e dentro do prazo de validade.
- Utilizar rotineiramente sabão ou detergente para os processos de limpeza de superfícies, sendo os desinfetantes restritos às situações específicas como, por exemplo, presença de matéria orgânica e microrganismos multirresistentes.
- Não misturar produtos saneantes, exceto quando indicado pelo fabricante, pois essas misturas podem ser perigosas quando inaladas, causam danos ao meio ambiente e seus princípios ativos podem ser neutralizados e inativados. Preparar soluções somente para uso imediato, evitando armazenamento por longos períodos.

4.3.2.4 Quanto ao recolhimento dos resíduos

- Recolher sacos de resíduos dos recipientes próprios quando 80% de sua capacidade estiverem preenchidos ou sempre que necessário, evitando coroamento ou transborde. Nesse caso, uma frequência de recolhimento deve ser estabelecida, de acordo com o volume gerado em cada unidade.
- Transportar os resíduos recolhidos em carros próprios, mantendo a tampa fechada sem que haja coroamento, não sendo permitido que os sacos encostem-se ao corpo do profissional ou que sejam arrastados.

4.3.2.5 Quanto aos EPI

- Utilizar EPI apenas para a finalidade a que se destinam, responsabilizando-se pela limpeza, guarda e conservação, substituindo-os quando houver qualquer alteração que os tornem impróprios para uso.



4.3.2.6 Quanto aos processos de limpeza e desinfecção de superfícies

- Comunicar ao líder do serviço as interferências ou questionamentos de outros profissionais nas rotinas realizadas.
- Realizar a limpeza e a desinfecção de superfícies do ambiente que contenham matéria orgânica.
- Realizar as limpezas concorrente, terminal e imediata de áreas internas e externas pertencentes ao serviço de saúde em questão, que estejam sob responsabilidade do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.

4.4 Atribuições que não competem ao profissional de limpeza e desinfecção de superfícies

- Recolhimento de perfurocortantes de locais inadequados, como por exemplo, leitos de pacientes, pisos, bancadas e outros. De acordo com a Norma Regulamentadora

32 – NR 32 (BRASIL, 2005), devem ser responsabilizados pelo descarte de perfurocortantes, somente os trabalhadores que os utilizarem, estando, portanto, os profissionais de limpeza e desinfecção, isentos dessa responsabilidade.

- Fechamento de coletores de perfurocortantes. O fechamento de coletores está sob a responsabilidade de quem manipula e descarta os perfurocortantes, não cabendo essa tarefa à equipe de limpeza e desinfecção de superfícies.
- Retirada de materiais ou equipamentos provenientes da assistência ao paciente nos quartos, enfermarias ou qualquer outra unidade, antes de realizar a limpeza, seja concorrente ou terminal. São exemplos: bolsas ou frascos de soro, equipos, bombas de infusão, comadres, papagaios, recipientes de drenagens e outros. Essas tarefas cabem à equipe de enfermagem, já que são



materiais relacionados à assistência ao paciente.

- Atendimento de telefone ou campainha de quarto ou enfermarias durante o período de internação de pacientes. Vários problemas são gerados quando a equipe de limpeza e desinfecção de superfícies assume indevidamente essa tarefa, tais como:
 - Perda de tempo com a retirada de luvas para atender telefone ou campainha; necessidade de higienização das mãos após retirada de luvas; dirigir-se ao posto de enfermagem quando for necessário que algum recado seja dado.
 - Quando o funcionário não retira as luvas ou não realiza a higienização das mãos, há a contaminação do telefone ou campainha, por meio das mãos.

Portanto, nada justifica qualquer um dos dois tipos de condutas, já que não faz parte das atribuições da equipe de limpeza e desinfecção de superfícies.

- Realização de processos de controle de pragas, como desinsetização, desratização, descupinização, e outros.

O controle integrado de pragas deve ser realizado por empresa e profissionais especializados.

- Compra de EPI com recursos próprios. Os EPI devem ser fornecidos gratuitamente pelo empregador e nunca pelo empregado (BRASIL, 1978).
- Realização de limpeza do leito do paciente, enquanto o mesmo encontra-se ocupado. Essa tarefa compete à enfermagem, já que a manipulação indevida na cama pode causar prejuízos à saúde do paciente, como, por exemplo, deslocamento de drenos e cateteres.

4.5 Perfil

4.5.1 Perfil da equipe

Embora as oportunidades de cursos específicos nessa área sejam limitadas, os líderes do serviço, assim como supervisores e encarregados, devem se mobilizar no sentido de participar de congressos, simpósios, encontros regionais, acompanhar publicações, realizar intercâmbio institucional, contribuir para a pesquisa e fomentar a produção científica.

Através de esforços individuais e pró-atividade, consegue-se elevar o grau de conhecimento e evidências científicas para esse representativo segmento de mercado. A capacitação profissional é fundamental para que o gestor sintá-se seguro e capaz de transmitir informações embasadas para sua equipe.

Com a franca expansão dos processos de certificação, não existe espaço para profissionais acomodados que aguardam boas oportunidades de crescimento sem nada fazerem para reverter o quadro; esses estão fadados à substituição.

Sendo assim, torna-se imprescindível a existência de profissionais qualificados e com grande bagagem de experiências nesse segmento.

4.5.2 Perfil profissional

Para o líder da equipe, as exigências quanto à sua formação são isoladas, não existindo um perfil padrão definido. Entretanto, a tendência do padrão de exigência é de nível de formação universitária com diferencial técnico, que contribua de forma mais abrangente nas necessárias interfaces do serviço com os demais

profissionais da instituição.

Segundo Taraboulsi (TARABOULSI, 2003), as habilidades e a formação não são suficientes em situações práticas, onde se deve encontrar uma saída ou contornar situações inesperadas e difíceis. Surge então outro diferencial profissional, a atitude. Segundo o autor, profissionais com atitude são imprescindíveis na linha de frente do comando de equipes, pois têm iniciativa e espontaneidade para agir no momento certo e solucionar o problema, possibilitando que as promessas de qualidade sejam cumpridas com sintonia entre o que é esperado pela alta administração que esse profissional está autorizado a fazer.

Características como liderança, flexibilidade, pensamento estratégico, bom relacionamento, ética, imparcialidade, bom senso e honestidade são esperados de um líder, seja ele gerente, supervisor ou encarregado do serviço, pois todos têm responsabilidade frente ao corpo operacional.

Já para a equipe operacional, o ensino fundamental completo com disponibilidade e compromisso de continuidade dos estudos vem sendo cada vez mais exigido, visto que a ausência de alfabetização dificulta e retarda os treinamentos, além de inviabilizar determinadas práticas que podem expor o trabalhador a riscos desnecessários, como, por exemplo, a leitura de rótulos de produtos saneantes antes de sua utilização. Cabe às instituições oferecerem condições que possibilitem essa categoria dar continuidade aos estudos por meio de horários especiais de trabalho.

4.5.3 Perfil comportamental

Antes de colocar regras de conduta e postura aos colaboradores, a liderança deve avaliar seu próprio perfil, pois, na maioria das vezes, a equipe é o reflexo do líder e o treinamento não terá êxito. Como nem sempre líderes têm ciência dos próprios defeitos, faz-se necessário uma avaliação da alta administração de seus gestores.

Algumas atitudes e postura são esperadas de ambos, tanto do líder como dos demais colaboradores:

- Higiene corporal e boa apresentação pessoal.
- Discrição com relação a assuntos internos, que só dizem respeito à instituição e ao serviço.
- Gentileza, educação e respeito com clientes internos e externos.
- Colaboração.
- Interesse em novos aprendizados e por novas oportunidades.
- Postura profissional frente a pacientes, visitantes e demais colaboradores.

4.6 Capacitação

A NR 32 (BRASIL, 2005) coloca a capacitação contínua como item obrigatório para todas as categorias profissionais, tendo como objetivo principal a segurança e proteção do trabalhador com relação aos riscos inerentes a sua função, por meio de treinamentos que os conscientizem e os preparem para agir de forma segura frente aos riscos ocupacionais.

Entretanto, é necessário distinguir a capacitação voltada para riscos exigida pela NR 32

(BRASIL, 2005), da capacitação técnica necessária para qualquer atividade desenvolvida pelo trabalhador do segmento de limpeza e desinfecção em superfícies em serviços de saúde.

4.6.1 A NR 32 e a capacitação contínua preventiva

A NR 32 (BRASIL, 2005) volta-se exclusivamente para a segurança do trabalhador de serviços de saúde, independentemente da função que exerça. Tem-se aqui um grande avanço para a saúde ocupacional e ao mesmo tempo um grande desafio para os gestores do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde, pois trata-se de um segmento com trabalhadores com baixa escolaridade e na maioria das vezes com formação rudimentar, salvo exceções.

Os líderes devem se empenhar para conscientizá-los quanto aos riscos a que estão expostos diariamente, oferecendo treinamentos teóricos e práticos de fácil compreensão. Recursos como cartilhas, cartazes, dinâmicas de grupo, peças teatrais e outros podem auxiliar na retenção do aprendizado, mais do que explicações teóricas monótonas. A teoria ministrada de forma ilustrada, combinada com muitos exemplos práticos e filmes de impacto emocional, costuma trazer bons resultados.

É importante lembrar que a abordagem sobre riscos e formas de prevenção deve ser feita por profissionais familiarizados com os riscos inerentes aos agentes biológicos, e, portanto, habilitados para realização desse tipo de treinamento, como enfermeiros do trabalho e de controle de infecção. Enfim, é importante que o líder tenha consciência de que nem sempre

está preparado para essa incumbência e é preciso delegar essa função.

Outros pontos devem ser considerados ao planejar esse treinamento:

- Os treinamentos devem ser planejados para que ocorram durante o período da jornada de trabalho dos profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies.
- A comprovação dos treinamentos é obrigatória, devendo constar em documento comprobatório: data; carga horária; conteúdo programático; nome e formação ou capacitação do instrutor; nome e assinatura dos trabalhadores capacitados.

Dentre os assuntos a serem explorados no conteúdo programático, deve ser contemplado:

- Treinamento sobre mecânica corporal correta na movimentação de materiais e equipamentos, de forma a preservar a saúde e integridade física.
- Dados disponíveis sobre riscos potenciais para a saúde.
- Medidas de controle que visem à minimização da exposição aos agentes biológicos.
- Utilização de EPI e EPC.
- Medidas para prevenção de acidentes e incidentes.
- Medidas a serem adotadas pelos profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies, no caso de ocorrência de acidentes ou incidentes.
- Modo de operação de qualquer equipamento e seus riscos, antes da utilização.
- Abordagem de risco e prevenção aos profissionais de limpeza e desinfecção de superfícies expostos aos riscos químicos, físicos

e radiações ionizantes, além de atividades com resíduos.

4.6.2 Capacitação técnica

Não raro, nos deparamos com colaboradores do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde que iniciam suas atividades antes mesmo que o treinamento tenha sido realizado, o que é arriscado, pois o treinamento pode acontecer tarde demais. Temos aí um grande fator de risco para esse trabalhador, inexperiente e despreparado que, na maioria das vezes, nunca trabalhou em serviços de saúde e, portanto, não tem conscientização sobre os riscos que estarão expostos, sem que ocorra capacitação prévia.

Tanto a capacitação técnica como a preventiva deve ser inicial e continuada, evitando o “quebra galho” do colaborador inexperiente, até que o dia do treinamento aconteça, pois pode levar a danos irreparáveis na sua formação inicial, já que é levado a “aprender” com funcionários antigos, portadores de vícios técnicos, que podem ser incorporados a sua prática diária, mesmo após o treinamento, pois os primeiros ensinamentos, geralmente, não são esquecidos.

Portanto, a admissão de um colaborador deve ser planejada e não deve ser concretizada antes que seja assegurada uma capacitação imediata.

O conteúdo programático deve abordar todas as técnicas que serão desempenhadas pelo colaborador de forma teórica e prática para que a assimilação não seja prejudicada.

4.6.3 Capacitação técnica e preventiva: participação da equipe multidisciplinar

A prática tem demonstrado que a multidisciplinaridade envolvida e integrada nas capa-

citações auxiliam a fixação do aprendizado, além de promover maior motivação do profissional que está sendo capacitado.

Quadro 1 – Contribuição da equipe multiprofissional nas capacitações para a equipe de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.

Profissionais	Abordagens
Líder ou supervisor	Postura; técnicas de limpeza; apresentação de materiais e equipamentos e técnicas de utilização.
Enfermeiro do Trabalho	Prevenção e controle de doenças ocupacionais; orientação sobre vacinação e programa de prevenção de riscos de acidentes, incluindo a utilização de EPI e EPC.
Farmacêutico	Produtos químicos.
Gerente de hotelaria	Interfaces do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies com a Hotelaria.
Recursos humanos	Políticas institucionais; benefícios e direitos e deveres.
Psicólogo	Dinâmicas de grupo; técnicas de relaxamento e integração.
Fisioterapeutas/Profissional de Educação Física	Ginástica laboral.
Médico ortopedista	Lesão por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) e prevenção de problemas posturais.
Nutricionista	Alimentação saudável.
SCIH	Medidas de precaução; higienização das mãos; papel do SCIH na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde; interface do SCIH com o Serviço de Limpeza e Desinfecção de superfícies em Serviços de Saúde.
Gestor de qualidade	Contribuição do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies para a qualidade de serviços institucionais.

4.6.4 A capacitação e a terceirização

Segundo a NR 32 (BRASIL, 2005), em casos de terceirização do serviço, a responsabilidade pela capacitação dos profissionais do Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde é solidária entre as duas empresas, contratante e contratada e, portanto, ambas têm a mesma responsabilidade e podem ser alvos de fiscalização.

Mesmo que todas as atribuições relativas ao serviço terceirizado estejam descritas em um contrato de trabalho, cabe ao contratante certificar-se de que a capacitação está sendo realizada e de como é realizada. Ainda, deve colaborar quando necessário nessa capacitação, estabelecendo uma sólida parceria com verdadeira responsabilidade compartilhada.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância Sanitária. Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988. Estabelece normas para registro dos saneantes domissanitários com ação antimicrobiana. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 05 set. 1988.

BRASIL. Ministério do Trabalho e do Emprego. Norma Regulamentadora nº 6. Portaria GM/MTE nº 3.214, de 8 de junho de 1978, que aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 06 jul. 1978.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria GM/MTE nº 485, de 11 de novembro de 2005, de 11 de novembro de 2005 – Aprova a Norma Regulamentadora nº 32, que versa sobre a Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. **Diário Oficial da União, [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, 16 nov. 2005.

HELLER, R. **Motivating People**. Londres: Dorling Kindersley, 1998.

TARABOULSI, F.A. **Administração de Hotelaria Hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

TORRES, S.; LISBOA, T. **Gestão dos Serviços de Limpeza, Higiene e Lavanderia em Estabelecimentos de Saúde**. São Paulo: Sarvier, 3 ed., 2008.

CAPÍTULO 5

PRODUTOS SANEANTES

*Elenildes Silva Amorim
Elisabete Reinehr
Erci Maria Onzi Siliprandi
Rosa Aires Borba Mesiano*

Para que a limpeza atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização de produtos saneantes, como sabões e detergentes na diluição recomendada.

Em locais onde há presença de matéria orgânica, torna-se necessária a utilização de outra categoria de produtos saneantes, que são os chamados desinfetantes.

Para que a desinfecção atinja seus objetivos, torna-se imprescindível a utilização das técnicas de limpeza e posteriormente, utilização de desinfetante especificado pelo SCIH.

A responsabilidade na seleção, escolha e aquisição dos produtos saneantes deve ser do SCIH, conjuntamente com o Serviço de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde ou Hotelaria Hospitalar, assim como do representante do Setor de Compras da instituição.

Na aquisição de saneantes, deverá existir um sistema de garantia de qualidade que atenda aos requisitos básicos exigidos pela legislação em vigor. Atenção deve ser dada à avaliação da real necessidade do produto saneante, evitando o uso indiscriminado desse produto em serviços de saúde. Quando necessária a utilização do produto saneante, deve-se levar em consideração a área em que será utilizado o determinado princípio ativo, infraestrutura e recursos humanos e materiais disponíveis, além do custo do produto no mercado.

5.1 Legislações e critérios de compra

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1994), devem ser considerados para a aquisição

de produtos saneantes os seguintes itens:

- A natureza da superfície a ser limpa ou desinfetada e o seu comportamento perante o produto.
- A possibilidade de corrosão da superfície a ser limpa.
- Tipo e grau de sujidade e a sua forma de eliminação.
- Tipo e contaminação e a sua forma de eliminação (microrganismos envolvidos com ou sem matéria orgânica presente).
- Recursos disponíveis e métodos de limpeza adotados.
- Grau de toxicidade do produto.
- Método de limpeza e desinfecção, tipos de máquinas e acessórios existentes.
- Concentração de uso preconizado pelo fabricante.
- Segurança na manipulação e uso dos produtos.
- Princípio ou componente ativo.
- Tempo de contato para a ação.
- Concentração necessária para a ação.
- Possibilidade de inativação perante matéria orgânica.
- Estabilidade frente às alterações de luz, umidade, temperatura de armazenamento e matéria orgânica.
- Temperatura de uso.
- pH.
- Incompatibilidade com agentes que podem afetar a eficácia ou a estabilidade do produto como: dureza da água, sabões, detergentes ou outros produtos saneantes.
- Prazo de validade para uso do produto.

Ainda, deve ser exigido do fornecedor a comprovação de que o produto está notificado ou registrado na Anvisa com as características

básicas de aprovação e, se necessário, no caso de produtos com ação antimicrobiana, laudo de testes no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) ou demais laboratórios acreditados para essa análise, e finalmente, o laudo técnico do produto.

A Lei nº. 6.360, de 23 de setembro de 1976 (BRASIL, 1976) dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos. Só poderão produzir, fabricar, importar e distribuir produtos saneantes as empresas com autorização de funcionamento concedida pela Anvisa e cujos estabelecimentos tenham sido licenciados pelo órgão sanitário das Unidades Federadas em que se localizam.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC da Anvisa nº. 184, de 22 de outubro de 2001 (BRASIL, 2001), entende-se por produtos saneantes e afins mencionados no art. 1º da Lei nº. 6.360, de 23 de setembro de 1976 (BRASIL, 1976), as substâncias ou preparações destinadas a limpeza, desinfecção, desinfestação, desodorização/odorização de ambientes domiciliar, coletivos e/ou públicos, para utilização por qualquer pessoa, para fins domésticos, para aplicação ou manipulação por pessoas ou entidades especializadas, para fins profissionais. Essa mesma legislação classifica esses produtos como de risco 1 e risco 2.

Os produtos de risco 1 apresentam pH na forma pura maior que 2 e menor que 11,5 sendo necessária sua notificação junto à Anvisa. Nesse grupo estão incluídos os produtos de

limpeza em geral e afins. Já os produtos de risco 2 compreendem os saneantes que apresentam pH na forma pura menor ou igual a 2 ou maior ou igual a 11,5, possuam características de corrosividade, atividade antimicrobiana, ação desinfestante, sejam à base de microrganismos viáveis ou contenham em sua fórmula os ácidos inorgânicos: fluorídrico (HF), nítrico (HNO_3), sulfúrico; ou (H_2SO_4) seus sais que as liberem nas condições de uso dos produtos. Esse grupo de produtos necessita ser registrado junto à Anvisa.

O registro e a notificação dos produtos saneantes têm validade por cinco anos podendo ser renovado. Todos os produtos saneantes deverão ser formulados com substâncias que não apresentem efeitos comprovadamente mutagênicos, teratogênicos ou carcinogênicos em mamíferos e devem atender às legislações específicas. Resaltamos que a legislação sanitária se aplica a produtos nacionais e importados.

As legislações RDC 40, de 05 de junho de 2008 (BRASIL, 2008), e a RDC nº. 14, de 28 de fevereiro de 2007 (BRASIL, 2007), ambas harmonizadas no Mercosul, tratam da notificação e do registro de produtos saneantes respectivamente. A primeira aprova o regulamento técnico para produtos de limpeza e afins e a segunda, os produtos com ação antimicrobiana. Quanto ao registro, os desinfetantes para artigos semicríticos e os esterilizantes continuam seguindo as orientações contidas na Portaria 15, de 23 de agosto de 1988 (BRASIL, 1988), ou suas atualizações como a Resolução GMC nº 19/10, do Mercosul, que se encontra em fase de internalização, na Anvisa.

No rótulo dos produtos saneantes deverá constar: o nome do produto; modo de utilização, destacando o tempo de contato do produto; precauções de uso quanto à toxicidade e necessidades de uso de EPIs; restrições de uso; composição do produto; teor de princípio ativo descrito em percentagem (%); frases relacionadas ao risco do produto; prazo de validade; data de fabricação; lote e volume; informações referentes à empresa fabricante, como nome da empresa, endereço e Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); nome do responsável técnico e número do seu registro no Conselho de Classe e número do registro do produto na Anvisa.

No caso de produtos de risco 1, que são notificados, haverá a expressão “Produto Saneante Notificado na Anvisa”, seguido do número do processo que originou a notificação.

Deve ser solicitado ao fornecedor, fabricante ou distribuidor, o número da autorização de funcionamento da empresa titular do produto (empresa que registrou/notificou o produto na Anvisa) e a Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ), que deve ser analisada em conjunto com o Serviço de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT).

5.2 Principais produtos utilizados na limpeza de superfícies

5.2.1 Sabões e detergentes

O sabão é um produto para lavagem e limpeza doméstica, formulado à base de sais alcalinos de ácidos graxos associados ou não a outros tensoativos. É o produto da reação natural por saponificação de um álcali (hidróxido de sódio

ou potássio) e uma gordura vegetal ou animal.

O detergente é um produto destinado à limpeza de superfícies e tecidos através da diminuição da tensão superficial (BRASIL, 2007).

Os detergentes possuem efetivo poder de limpeza, principalmente pela presença do surfactante na sua composição. O surfactante modifica as propriedades da água, diminuindo a tensão superficial facilitando a sua penetração nas superfícies, dispersando e emulsificando a sujidade.

O detergente tem a função de remover tanto sujeiras hidrossolúveis quanto aquelas não solúveis em água.

5.3 Principais produtos utilizados na desinfecção de superfícies

5.3.1 Álcool

Os alcoóis etílico e o isopropílico são os principais desinfetantes utilizados em serviços de saúde, podendo ser aplicado em superfícies ou artigos por meio de fricção.

- **Características:** bactericida, virucida, fungicida e tuberculocida. Não é esporicida. Fácil aplicação e ação imediata.
- **Indicação:** mobiliário em geral.
- **Mecanismo de ação:** desnaturação das proteínas que compõem a parede celular dos microrganismos.
- **Desvantagens:** inflamável, volátil, opacifica acrílico, resseca plásticos e borrachas; ressecamento da pele.
- **Concentração de uso:** 60% a 90% em solução de água volume/volume.



5.3.2 Compostos fenólicos

Os compostos fenólicos sintéticos compreendem o hidroxidifenileter, triclorodifenileter, cresóis, fenilfenol e outros. Estão em desuso, devido à toxicidade.

- **Características:** bactericida, virucida, micobactericida e fungicida. Não é esporicida. Apresenta ação residual. Pode ser associado a detergentes.
- **Indicação:** superfícies fixas e mobiliários em geral.
- **Mecanismo de ação:** agem rompendo a parede das células e precipitando as proteínas celulares. Em baixas concentrações inativam as enzimas, interferindo no metabolismo da parede celular.
- **Desvantagens:** Com o uso repetido, pode causar despigmentação da pele e hiperbilirrubinemia neonatal, não sendo reco-

mendado seu uso em berçários. É poluente ambiental. Proibido sua utilização em áreas de contato com alimentos devido à toxicidade oral.

- **Concentração de uso:** usar conforme recomendação do fabricante.

5.3.3 Compostos liberadores de cloro ativo

5.3.3.1 Inorgânicos

Os compostos mais utilizados são hipocloritos de sódio, cálcio e de lítio.

- **Características:** bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida e esporicida, dependendo da concentração de uso. Apresentação líquida ou pó; amplo espectro; ação rápida e baixo custo.
- **Indicação:** desinfecção de superfícies fixas.
- **Mecanismo de ação:** o exato mecanismo de ação ainda não está completamente elucidado.
- **Desvantagens:** instável (afetado pela luz solar, temperatura $>25^{\circ}\text{C}$ e pH ácido). Inativo em presença de matéria orgânica; corrosivo para metais; odor desagradável, e pode causar irritabilidade nos olhos e mucosas.
- **Concentração de uso:** desinfecção 0,02% a 1,0%.

5.3.3.2 Orgânicos

Os ácidos dicloroisocianúrico (DCCA) e tricloroisocianúrico (TCCA) são exemplos de compostos desse grupo.

- **Características:** bactericida, virucida, fungicida, tuberculicida e esporicida, dependendo da concentração de uso. Apre-

d

sentação em pó. Mais estável que o cloro inorgânico.

- **Indicação:** descontaminação de superfícies.
- **Mecanismo de ação:** o exato mecanismo de ação ainda não está completamente elucidado.
- **Concentração de uso:** 1,9% a 6,0%, com tempo de ação conforme comprovado pelo fabricante.

5.3.4 Compostos quaternários de amônio

Alguns dos compostos mais utilizados são os cloretos de alquildimetilbenzilamônio e cloretos de dialquildimetiamônio.

- **Características:** bactericida, virucida (somente contra vírus lipofílicos ou envelopados) e fungicida. Não apresenta ação tuberculicida e virucida. É pouco corrosivo e tem baixa toxicidade.
- **Indicação:** superfícies fixas, incluindo ambiente de nutrição e neonatologia (sem a presença dos neonatos).
- **Mecanismo de ação:** inativação de enzimas produtoras de energia, desnaturação de proteínas e quebra da membrana celular.
- **Desvantagens:** pode ser inativado em presença de matéria orgânica.
- **Concentração:** há várias formulações, de acordo com o fabricante.

5.3.5 Monopersulfato de potássio

- **Características:** amplo espectro. É ativo na presença de matéria orgânica; não corrosivo para metais.
- **Indicação:** desinfetante de superfícies.
- **Desvantagens:** reduz a contagem micobacteriana em 2 a 3 \log^{10} , somente após 50

minutos de exposição em concentração de 3%.

- **Concentração:** 1%. A cor do produto diminui à medida que diminui a concentração (BASSO, 2004).

5.3.6 Oxidantes

5.3.6.1 Ácido peracético

- **Características:** é um desinfetante para superfícies fixas e age por desnaturação das proteínas, alterando a permeabilidade da parede celular, oxidando as ligações sulfidril e sulfúricas em proteínas e enzimas. Tem uma ação bastante rápida sobre os microrganismos, inclusive sobre os esporos bacterianos em baixas concentrações de 0,001 a 0,2%. É efetivo em presença de matéria orgânica. Apresenta baixa toxicidade.
- **Indicação:** desinfetante para superfícies.



- **Desvantagens:** é instável principalmente quando diluído, corrosivo para metais (cobre, latão, bronze, ferro galvanizado) e sua atividade é reduzida pela modificação do pH. Causa irritação para os olhos e para o trato respiratório.
 - **Concentração:** como desinfetante para superfícies é utilizado em uma concentração de 0,5%. O tempo de contato será aquele indicado no rótulo.
- Nota:** Pode ser utilizado em associação com o peróxido de hidrogênio.

Quadro 2 – Produtos de Limpeza e Desinfecção de Superfícies em Serviços de Saúde.

PRODUTOS DE LIMPEZA/ DESINFECÇÃO	INDICAÇÃO DE USO	MODO DE USAR
Água	Limpeza para remoção de sujidade	Técnica de varredura úmida ou retirada de pó
Água e sabão ou detergente		Friccionar o sabão ou detergente sobre a superfície
Água		Enxaguar e secar
Álcool a 70%	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Fricções sobre a superfície a ser desinfetada
Compostos fenólicos	Desinfecção de equipamentos e superfície	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar
Quaternário de amônia	Desinfecção de equipamentos e superfícies	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar
Compostos liberadores de cloro ativo	Desinfecção de superfícies não-metálicas e superfícies com matéria orgânica	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar
Oxidantes Ácido peracético (associado ou não a peróxido de hidrogênio)	Desinfecção de superfícies	Após a limpeza, imersão ou fricção. Enxaguar e secar

Referências bibliográficas

BASSO, M; ABREU, E.S. **Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e anti-sepsia**. 2 ed. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2004. p18-33.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 184, de 22 de outubro de 2001. Altera a Resolução 336, de 30 de julho de 1999. **Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 23 out. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 40 de 05 de junho de 2008. Aprova o Regulamento técnico para Produtos de Limpeza e Afins harmonizado no âmbito do Mercosul através da Resolução GMC nº 47/07. **Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 06 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 14, de 28 de fevereiro de 2007. Aprova o Regulamento Técnico para Produtos Saneantes com Ação Antimicrobiana harmonizado no âmbito do Mercosul através da Resolução GMC nº 50/06. **Diário Oficial da União [da União da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 05 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Coordenação de controle de Infecção. **Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da saúde. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária a que ficam sujeitos os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, cosméticos, saneantes e outros produtos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 24 set. 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Vigilância Sanitária. Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988. Estabelece normas para registro dos saneantes domissanitários com ação antimicrobiana. **Diário Oficial da União [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 05 set. 1988.

CAPÍTULO 6

EQUIPAMENTOS E MATERIAIS UTILIZADOS NA LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

*Carla Assad
Elisabete Reinehr
Erci Maria Onzi Siliprandi
Glória Costa*

A utilização correta dos equipamentos e materiais utilizados na limpeza e desinfecção de superfícies, além de reduzir o custo da mão de obra, aumenta o rendimento dos produtos e, conseqüentemente, pode ocorrer a redução de custos. São exemplos de equipamentos e materiais: máquinas lavadoras e extratoras; máquinas lavadoras com injeção automática de solução; aspiradores de pó e líquidos; conjunto mop; rodos; kits para limpeza de vidros e tetos; baldes; panos de limpeza de pisos; espremedor; polidoras; discos abrasivos; carros para transporte de resíduos e outros.

6.1 Equipamentos

6.1.1 Máquinas lavadoras e extratoras

As máquinas lavadoras e extratoras podem economizar tempo, movimento e energia.

As máquinas de última geração permitem a lavagem tanto de pequenas quanto de grandes áreas, pela simples substituição de escovas de diferentes tamanhos, dependendo da extensão da área a ser lavada.

As máquinas lavadoras e extratoras esfregam, limpam, succionam a solução do piso e secam



em uma única operação, não interferindo no tráfego local, permitindo a lavagem de pequenas e grandes áreas (HINRICHSEN, 2004; TORRES & LISBOA, 2008).

6.1.2 Máquinas lavadoras com injeção automática de solução

A solução é injetada automaticamente no piso, promovendo a remoção de sujeiras impregnadas nas superfícies com uso de disco próprio (HINRICHSEN, 2004; TORRES & LISBOA, 2008).

Para esse tipo de equipamento, é necessária a posterior sucção da água da superfície por meio de aspiradores de água ou retirada manual. Adapta-se com facilidade a pequenas e médias áreas.

6.1.3 Aspiradores de pó e líquidos

Existem disponíveis no mercado aspiradores de pó e líquidos. A necessidade do serviço é que irá determinar os tipos que deverão ser adquiridos, assim como suas capacidades.

É importante lembrar que quem utiliza o aspirador de pó e líquido para as duas funções deve sempre trocar o filtro com o pó que foi aspirado antes de utilizá-lo como aspirador de líquidos, assim como deve ser devidamente seco após aspirar líquidos, antes de utilizá-lo como aspirador de pó.

O ideal é que o serviço tenha os dois tipos de aspiradores, evitando o seu uso incorreto. O uso do aspirador de pó deve ser restrito a áreas administrativas, pois pode desencadear surtos de aspergilose em pacientes (HINRICHSEN, 2004; TORRES & LISBOA, 2008).



6.1.4 Enceradeiras de baixa rotação

São utilizadas para fazer remoção de sujeira (quando utilizadas com produtos químicos).



6.1.5 Enceradeiras de alta rotação

São específicas para dar brilho em resinas acrílicas especiais, gerando filmes mais duros.

6.2 Materiais

6.2.1 Conjunto mop

Há vários tipos de mops no mercado que atendem às diferentes necessidades do Serviço de Limpeza e Desinfecção em Serviços de Saúde. O conjunto MOP é formado por cabo, armação ou haste ou suporte e luva ou refil.



e

6.2.1.1 Cabo

O cabo poderá ser fabricado em alumínio, PVC ou madeira, desde que esteja bem polido. Deverá possuir comprimento mínimo de 1,40 cm de forma a garantir postura ergonomicamente correta para o profissional.



6.2.1.2 Luva do tipo cabeleira

Pode-se encontrar no mercado, luvas do tipo cabeleira, fabricadas em microfibra, algodão, rayon ou sintético (misto), nos modelos ponta cortada ou ponta dobrada. São indicadas para ensaboar superfícies.

A cabeleira do conjunto MOP pode ser adaptada em armação ou suporte ou haste articulada que permite a realização de manobras de limpeza com agilidade e maior facilidade, devendo estar presa em cabo de alumínio ou de PVC, de no mínimo 1,40 cm de comprimento.

A luva do tipo cabeleira deverá ser utilizada somente para retenção e absorção de líquidos. Não deverá ser utilizada na realização de técnicas de limpeza que exigem ação mecânica, pois não demonstra eficácia nessas atividades.

A durabilidade da cabeleira do mop dependerá da devida conservação, após utilização.

6.2.1.3 Luva do tipo cabeleira plana – Função úmida

As luvas do tipo cabeleira plana (função úmida) podem ser fabricadas em microfibra, algodão, rayon ou sintético (misto), nos modelos ponta cortada ou ponta dobrada.

A cabeleira plana pode ser adaptada em armação ou suporte ou haste articulada que permite realizar manobras de limpeza com agilidade e maior facilidade, devendo estar presa em cabo de alumínio ou de PVC, de no mínimo 1,40 cm de comprimento.

A luva do tipo cabeleira plana (função úmida) é indicada para utilização nas técnicas de limpeza de pisos e paredes, proporcionando redução de tempo nas atividades. Apresenta ação eficaz em atividades nas quais a ação mecânica é necessária.

6.2.1.4 Luva do tipo cabeleira plana – Função pó

É indicada na remoção de sujidade e detritos que não estejam aderidos ao piso. Recomenda-se que tenha a função eletrostática para que não haja levantamento ou espalhamento de pó durante a limpeza.

6.2.1.5 Conjunto mop x pano para limpeza de piso e rodo: vantagens e desvantagens

Vantagens

- Substitui o pano de limpeza de pisos.
- Elimina o contato manual do profissional durante a torção dos fios de cabeleira pela compressão no balde espremedor.

- Pode reduzir o risco de acidentes ocupacionais com perfurocortantes.
- Pode aumentar a produtividade quando comparado ao pano para limpeza de piso, proporcionando postura ergonômica correta do profissional de limpeza, evitando movimentos repetitivos de esforço e desgaste de energia pela flexão do tronco e torção do pano de limpeza (YAMAUSHI *et al.*, 2000).



Desvantagens

- Possui uma ação mecânica reduzida que não garante a qualidade da limpeza, se comparado com a ação das fibras abrasivas ou esfregões.
- Dificulta a secagem do piso, deixando-o úmido com risco de queda dos transeuntes.
- Requer contato manual do profissional na sua substituição.

- Tempo e custo do reprocessamento da cabeleira na lavanderia.
- Desperdício de produtos saneantes (nem toda a solução é utilizada) e seu descarte na rede de esgoto.
- Alteração da concentração de produtos saneantes da solução após o primeiro enxágue.
- A água do enxágue não é mais considerada limpa após o primeiro enxágue do mop.
- Dificuldade de manuseio acarretando esforço físico na utilização do espremedor e do equipamento e do mop molhado devido ao peso, podendo gerar afastamentos por problemas ergonômicos.



6.2.2 Rodos

Os rodos devem ser do tipo profissional, apresentando cabos (mínimo 1,60 m) e base com lâmina de maior extensão (mínimo 0,60 m), que permitem maior abrangência da área a ser limpa, possibilitando maior produtividade com menor tempo e desgaste físico diminuído.

As novas lâminas de borracha permitem que, simultaneamente, os líquidos sejam puxados e a área fique seca, além de possuírem borracha esponjosa dupla que se acomoda às irregularidades do piso.

6.2.3 Panos para limpeza de mobília e pisos

Os panos devem ser exclusivos do setor e separados para mobília, piso e parede. Ainda, devem estar sempre limpos e alvejados.

6.2.4 Baldes

Recomenda-se o uso de baldes de cores diferentes. Devem ser utilizados, preferencialmente, os confeccionados por materiais que não corroam no decorrer do tempo ou que provoquem ruídos.



6.2.5 Kits para limpeza de vidros e tetos

São compostos por cabos metálicos reguláveis com lâminas de borracha substituíveis e cabos para lavagem com luvas, também substituíveis.

A luva do tipo cabeleira plana (função úmida) ou rodo com pano de limpeza de pisos pode executar a mesma função.



6.2.6 Escadas

Devem possuir plataforma de apoio para garantir maior segurança ao usuário e dispositivos laterais para suporte de materiais.



l

6.2.7 Discos abrasivos para enceradeira

Há no mercado uma variedade de discos, desenhados e construídos com o intuito de fornecer um contínuo e apropriado contato com a superfície do piso.

São utilizados na limpeza e polimento de ceras e acabamentos acrílicos. A cor do disco define o nível de abrasividade e a indicação de uso, de acordo com o grau de dificuldade da limpeza. Por exemplo, os mais escuros são mais abrasivos, sendo utilizados para remoção de ceras.

6.2.8 Escova de cerdas duras com cabo longo

Deve apresentar cabo (mínimo 1,60 m), sendo utilizadas exclusivamente na limpeza pesada de pisos de banheiros. É útil na retirada de sujidades, lodo e crostas de azulejos.



6.2.9 Carro funcional

A finalidade do carro funcional é reunir, transportar e estar abastecido de materiais necessários à limpeza, desinfecção e conservação de um determinado espaço.

São carros com rodízios, revestidos de borracha ou material similar, constando de espremedor para cabeleira dos mops, estando adaptável a baldes (cores diferentes) ou balde modular com divisor de águas. Pode ainda possuir suporte para rodos, conjunto MOP, placa de sinalização, pá coletora e local para transporte de material de limpeza necessário ao serviço.



Assim, todo material de limpeza e desinfecção de superfícies deve ser transportado em carros funcionais, facilitando a segurança do transporte. Deve-se atentar para a limpeza e organização do carro funcional.

Em locais de pouco acesso pode ser utilizado o balde espremedor.





6.2.10 Carros para transporte de resíduos
Podem ser confeccionados em aço inoxidável, plástico e fibra de vidro.



Os carros que realizam o armazenamento e o transporte dos resíduos gerados nos setores devem ser de fácil manuseio, impermeável, de fácil lavagem e de uso exclusivo para a função.

O tamanho do carro a ser utilizado pelo serviço de saúde dependerá do volume de resíduos gerados.



e

6.2.11 Placa de sinalização

Apresentam desenhos ou inscrições que permitem aos transeuntes identificar a situação da área delimitada (piso escorregadio, área interdita para reforma e outros).



Referências bibliográficas

HINRICHSEN, S.L. *et al.* Limpeza Hospitalar: Importância no Controle de Infecções. In: HINRICHSEN, S.L. **Biossegurança e Controle de Infecções. Risco Sanitário Hospitalar.** Medsi: Rio de Janeiro. 2004. pp. 175-203.

YAMAUSHI, N.I.; LACERDA, R.A.; GABRIELLONI, M.C. Limpeza Hospitalar. In: FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N.R. **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000. p.1141-1155.

TORRES, S.; LISBOA, T. **Gestão dos Serviços de Limpeza, Higiene e Lavanderia em Estabelecimentos de Saúde.** São Paulo: Sarvier, 3 ed., 2008.

CAPÍTULO 7

LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE SUPERFÍCIES

*Carla Assad
Elisabete Reinehr
Erci Maria Onzi Siliprandi
Glória Costa*

7.1 Limpeza

A limpeza consiste na remoção das sujidades depositadas nas superfícies inanimadas utilizando-se meios mecânicos (fricção), físicos (temperatura) ou químicos (saneantes), em um determinado período de tempo (BASSO, 2004). Independentemente da área a ser higienizada, o importante é a remoção mecânica da sujidade e não simplesmente a passagem de panos úmidos para espalhar a sujidade.

O uso de desinfetantes limita-se à presença de matéria orgânica, utilizando-se o tratamento da superfície estabelecido pelo SCIH. A escolha das técnicas de limpeza e desinfecção está diretamente relacionada ao tipo de superfície a ser higienizada, a quantidade e o tipo de matéria orgânica presente (SEHULSTER & CHINN, 2003).

7.2 Processos de limpeza de superfícies

Os processos de limpeza de superfícies em serviços de saúde envolvem a limpeza concorrente (diária) e limpeza terminal.

7.2.1 Limpeza concorrente

É o procedimento de limpeza realizado, diariamente, em todas as unidades dos estabelecimentos de saúde com a finalidade de limpar e organizar o ambiente, repor os materiais de consumo diário (por exemplo, sabonete líquido, papel higiênico, papel toalha e outros) e recolher os resíduos, de acordo com a sua classificação. Ainda, durante a realização da limpeza concorrente é possível a detecção de materiais e equipamentos não funcionantes,



auxiliando as chefias na solicitação de consertos e reparos necessários.

Nesse procedimento estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais, de mobiliários e equipamentos, portas e maçanetas, parapeitos de janelas, e a limpeza do piso e instalações sanitárias.

Ressalta-se que a unidade de internação do paciente é composta por cama, criado-mudo, painel de gases, painel de comunicação, suporte de soro, mesa de refeição, cesta para lixo e outros mobiliários que podem ser utilizados durante a assistência prestada nos serviços de saúde.

A limpeza da unidade de internação do paciente deve ser feita diariamente ou sempre que necessária, antecedendo a limpeza concorrente.

te de pisos. Merece maior atenção, a limpeza das superfícies horizontais que tenham maior contato com as mãos do paciente e das equipes, tais como maçanetas das portas, telefones, interruptores de luz, grades de camas, chamada de enfermagem e outras (SEHULSTER & CHINN, 2003).

A distribuição das tarefas da limpeza na área próxima ao paciente depende da rotina e procedimentos da instituição. Em alguns serviços de saúde, por exemplo, a equipe de enfermagem é responsável pela limpeza e desinfecção de determinados equipamentos para a saúde (respiradores, monitores, incubadoras, dentre outros). Outras instituições conferem essa atribuição ao profissional de limpeza e desinfecção de superfícies, tornando assim imprescindível a capacitação específica desse profissional para essas atividades.

Atualmente, devido à prevalência de microrganismos multirresistentes e do papel do ambiente na manutenção e propagação desses, tem-se adotado como medida de precaução na disseminação desses microrganismos a intensificação da limpeza e desinfecção das superfícies nas trocas de turno. Por exemplo, nas áreas de isolamento de contato, deve-se realizar a limpeza concorrente (a cada troca de plantão ou duas vezes ao dia), principalmente nos locais de maior contato das mãos do paciente e dos profissionais de saúde.

Na limpeza concorrente de piso de corredores deve-se dar preferência aos horários de menor movimento. Em caso de uso de máquinas, devem ser utilizados os mesmos procedimentos da limpeza concorrente de piso.

Quadro 3 – Frequência de Limpeza Concorrente.

CLASSIFICAÇÃO DAS ÁREAS	FREQUÊNCIA MÍNIMA
Áreas críticas	3x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas não-críticas	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas semicríticas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas comuns	1x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.
Áreas externas	2x por dia; data e horário preestabelecidos e sempre que necessário.

7.2.2 Limpeza terminal

Trata-se de uma limpeza mais completa, incluindo todas as superfícies horizontais e verticais, internas e externas. É realizada na unidade do paciente após alta hospitalar, transferências, óbitos (desocupação do local) ou nas internações de longa duração (programada). As programadas devem ser realizadas no período máximo de 15 dias quando em

áreas críticas (YAMAUSHI *et al.*, 2000; PREFEITURA..., 2007). Em áreas semicríticas e não críticas o período máximo é de 30 dias.

É importante que o formulário para confirmação da conclusão da limpeza terminal seja preenchido por parte da chefia do setor. Esse formulário auxilia também na programação da terminal, sinalizando impedimentos para