

# PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE PGRSS



A e E



B



C



D R



D NR

## HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES





**PLANO DE GERENCIAMENTO DE  
RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
- PGRSS -**

**HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES**

*Jequié, abril de 2008.*

## SUMÁRIO

1. Introdução.
  2. Objetivo.
  3. Caracterização do município.
  4. Caracterização do estabelecimento.
  5. Responsabilidades
  6. Capacidade Operacional.
  7. Diagnóstico Situacional.
  8. Etapas do manejo dos resíduos de serviços de saúde.
  9. Segregação e Identificação.
  10. Manuseio e Acondicionamento.
  11. Quantificação dos resíduos gerados.
  12. Armazenamento dos RSS.
  13. Coleta e transporte interno dos RSS.
  14. Tratamento dos resíduos do grupo A1.
  15. Coleta e transporte externo dos RSS.
  16. Disposição final dos RSS.
  17. Plano de minimização de riscos
  18. Plano de Contingência.
  19. Segurança Ocupacional.
  20. Capacitação.
  21. Controle de pragas.
  22. Controle da água.
  23. Plano de ação para implantação do PGRSS.
  24. Acompanhamento da eficácia do PGRSS.
  25. Metas de implantação do PGRSS.
  26. Bibliografia.
- Anexos.

## 1. INTRODUÇÃO

O Gerenciamento de resíduo, tratado de forma sistemática na RDC nº. 306 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), de 07/12/2004, determina que competem aos estabelecimentos de saúde à responsabilidade pelo gerenciamento de seus resíduos desde a geração até a disposição final, de forma a atender aos requisitos ambientais e de saúde pública, sem prejuízo da responsabilidade civil solidária, penal e administrativa de outros sujeitos envolvidos, em especial os transportadores e depositários finais, como prevêem as RDC nº. 358 de abril de 2005 CONAMA, ANVISA RDC 306 de 07/12/04 e a Lei nº. 9.605, de fevereiro de 1998 Crimes Contra o Meio Ambiente.

De acordo com a ANVISA, no Brasil são geradas cerca de 120.00 toneladas de lixo urbano por dia. Aproximadamente 1% deste é produzido nos estabelecimentos de saúde e, deles 5 a 10% representa o risco.

O planejamento e a implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) baseiam-se em critérios técnicos.

Neste perfil aplicam-se os conceitos de: minimizar, reciclar e reutilizar resíduos dentro dos parâmetros da legislação vigente que elimine e previna riscos à saúde e ao meio ambiente.

## 2. OBJETIVOS

- Gerenciar os resíduos de serviços de saúde (RSS);
- Obedecer a critérios técnicos e legislação vigente;
- Reduzir o volume e massa dos resíduos perigosos;
- Controlar e reduzir riscos de acidentes de trabalho;
- Otimizar as medidas de segurança e higiene no trabalho;
- Reduzir o número de infecções hospitalares em relação aos resíduos;
- Proteger a saúde e o meio ambiente;
- Racionalizar os custos em serviços de saúde.

### **3. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

O município de Jequié é originado da sesmaria do Capitão-Mor João Gonçalves da Costa, que sediava a fazenda Borda da Mata. Esta, mais tarde foi vendida a José de Sá Bittencourt, refugiado na Bahia após fracasso da Inconfidência Mineira em 1789, com sua morte, a fazenda foi dividida entre os herdeiros em vários lotes. Um deles foi chamado Jequié e Barra de Jequié.

Em pouco tempo, Jequié tornou-se distrito de Maracás, e se desmembrou em 1897.

A partir de 1910 é o que se tornou cidade e já se transforma em um dos maiores e mais ricos municípios baianos.

A 360 Km de Salvador, Jequié se encontra no Sudoeste da Bahia, na Zona limítrofe entre a caatinga e a zona da Mata.

Completando seu primeiro centenário e prestes a atingir um contingente de 150 mil habitantes.

O município não dispõe de aterro sanitário que atenda as normas vigentes para o tratamento e a disposição final dos resíduos de serviços de saúde. Será realizada reunião no Conselho Municipal de Saúde com os representantes dos órgãos envolvidos e o gestor de saúde para discutir a situação da construção do incinerador municipal.

#### **ASPECTOS ECONÔMICOS**

A pecuária e a agricultura foram à base de todo desenvolvimento de Jequié. O município tem uma diversidade produtiva no que refere à agricultura, destacando-se o cacau, o café, a cana-de-açúcar, maracujá, melancia entre outros.

No setor Pecuário sua força se concentra principalmente na bovinocultura e caprinocultura.

Possui um Parque Industrial significativo, são 24 indústrias voltadas para a produção de alimentos, calçados e confecções. O Frigorífico Bahia Carnes, responsável pelo fornecimento de carnes para Jequié e região e o Fricapri, especializado no abate de ovino e caprino.

O setor mineral é contemplado com a exploração de jazidas de granito das variedades Kashmir Bahia e verde Bahia. Possui ainda reserva de ferro, mármore e calcário.

Outro fator importante na economia do Município é o Poliduto de derivados de petróleo e álcool, que proporcionou a implantação das bases de distribuição das maiores empresas do setor tais como: Petrobrás, Esso, Ypiranga/Atlantic, Shell, Gás Butano e Minasgás.

### **DISTRITO INDUSTRIAL DE JEQUIÉ:**

O Distrito Industrial de Jequié, situada á AV. Otávio Mangabeira, s/n no bairro Mandacarú, em uma área de 55 hectares, conta com estrutura adequada de lotes, rede de água e esgoto, energia elétrica, telecomunicações e condições de acesso.

O Distrito Industrial é administrado pelo SUDIC – Superintendência de Desenvolvimento Industrial e Comercial.

Hoje o Distrito Industrial de Jequié é formado por 24 empresas consolidadas que emprega em todo distrito mais 1.400 funcionários, podendo este número subir para 2.500, tendo em vista a ampliação de algumas empresas e a implantação de mais de 04 indústrias até o final do ano de 2000.

### **ASPECTOS SOCIAIS**

Jequié possui vários Clubes, entre eles: ACJ (Associação Cultural Jequeense), JTC (Jequié Tênis Clube), AABB (Associação Atlética Banco do Brasil), Clube



dos Maçons, SESC, Pç. Da Bíblia, Pç. Ruy Barbosa, Passeio no estuário do rio de contas na Barragem de Pedras. Biblioteca pública municipal, museu municipal, Centro de cultura Antônio Carlos Magalhães, velas culturais, praça João XXIII ( popular pelourinho).

#### 4. CARACTERIZAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

**Razão Social** - SESAB

**Nome Fantasia** –Hospital Geral Prado Valadares

**Quanto à Propriedade** – Pública Estadual

**CNPJ** – 05816630/0001-52

**Endereço:** Rua São Cristovão, S/N Centro

**Município:** Jequié

**UF:** Ba

**Fone:** (73) 3525 - 4117

**Fax:**

(73)3525- 6357

**E-mail:** [www.saude.ba.gov.br/hgpv](http://www.saude.ba.gov.br/hgpv)

**Horário de Atendimento:** 24 horas

**Referência em:** Geral

**Número de leitos:** 172

**Número de Blocos:** 14

**Área Ocupada:** 6764,96 metros quadrado

**Responsável Técnico pelo Estabelecimento:** Gilmar Barros

Vasconcelos

Coren: 145020

Cadastro: 72.309.119-0

**Responsável pelo PGRSS:** Silvio Arcanjo Matos Filho

**Alvará Nº: Protocolo:** 3972/2007 (licença de Funcionamento)

**0039 – Vigilância Sanitária**

## 5. RESPONSABILIDADES

### Responsabilidades e qualificações da equipe do PGRSS:

NÍVEL	RESPONSABILIDADES
Direção	<p>Designar profissional, com registro ativo junto ao Conselho de Classe com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART para exercer a função de responsável pela elaboração e implantação do PGRSS.</p> <p>Promover as condições necessárias (recursos humanos e materiais) para a implantação e acompanhamento do PGRSS na Unidade.</p>
Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde CGRSS	<p>Implantar, avaliar e monitorar o Plano de Gerenciamento de Resíduos da Unidade.</p> <p>Disponibilizar cópia para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.</p> <p>Prover capacitação e treinamento para todos os funcionários no Gerenciamento de Resíduo</p>
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH	<p>Recomendar ações para a prevenção de infecções relacionadas com o RSS, assegurando que as normas e procedimentos sejam aplicados de acordo com estas recomendações.</p> <p>Assessorar na elaboração de Procedimento Operacional Padrão no Gerenciamento de resíduos.</p> <p>Apoiar a Comissão de Gerenciamento de Resíduos nos treinamentos realizados.</p>

Coordenadores	Supervisionar os profissionais no cumprimento das normas do Gerenciamento de Resíduo.
Coordenador do Serviço de Higienização	Supervisionar o acondicionamento, coleta e transporte interno dos resíduos da Unidade.  Capacitar os profissionais que lidam com os resíduos.

### Membros da CCIH

Nome do funcionário	Cargo	Formação	Portaria
Silvio Arcanjo Matos Filho	Presidente e Membro Executor	Enfermeiro	Nº 021/2007
Linalva Oliveira Santos	Membro Executor	Enfermeira	
Elias Chamel José	Membro Consultor	Médico Neurologista	
Fernando Costa Vieira	Membro Consultor	Médico Nefrologista	
Berlley Silva Meira	Membro Consultor	Farmacêutico	
Edelmar Nogueira Leite	Membro Consultor	Farmacêutico	
Alessandra Campos Brasiliano	Membro Consultor	Enfermeira	
Marcos Jeferson Santos Ferreira	Membro Consultor	Contador	

## 6. CAPACIDADE OPERACIONAL

O Hospital apresenta a seguinte capacidade operacional:

<b>Unidade de Serviço</b>	<b>Número de Leitos</b>
Clínica Médica (M/F)	31
Obstetrícia	35
Clínica Cirúrgica (M/ F)	25
Clínica Pediátrica	18
Berçário	12
Ortopedia	08
UTI	10
PSIQUIATRIA	22
<b>TOTAL</b>	<b>172</b>

Atendimento/ dia:

<b>PA</b>	<b>Ambulatório</b>
8.471	2.069

M/F = masculino e feminino

Número de profissionais por tipo de contrato:

<b>Tipo de Vínculo Empregatício</b>	<b>Quantidade de profissionais</b>
SESAB/ Cargo	509
ALTERNATIVA	34
REDA	204
SENA (Vigilância)	12
TMS (Nutrição)	41
<b>TOTAL</b>	<b>800</b>

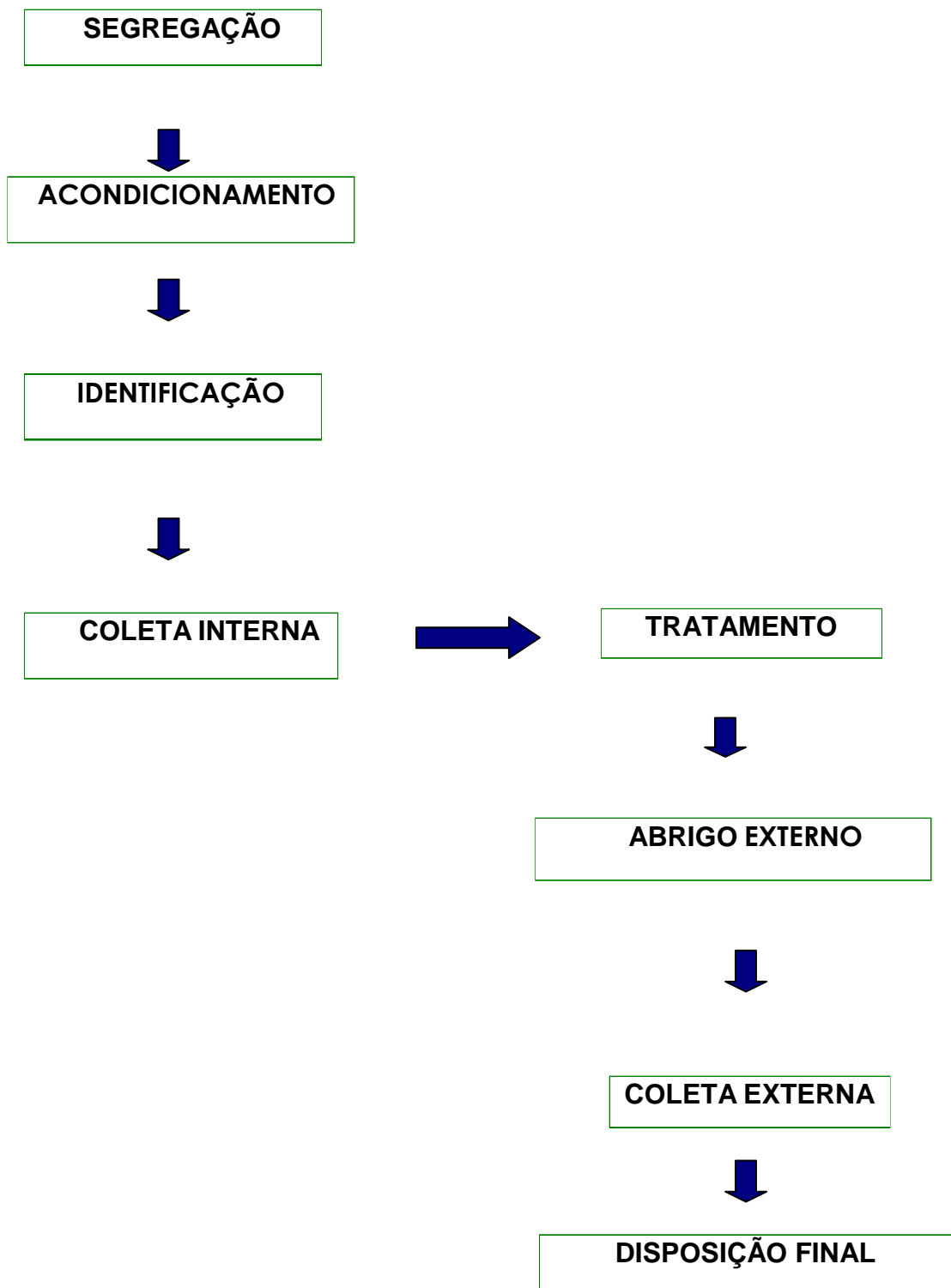
### **Condições Urbanas de Entorno**

O Hospital localiza-se em uma área de superfície de asfalto, pavimentada, de fácil acesso, próximo ao comércio e ao Instituto de Educação Regis Pacheco.

## 7. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

- Em fase de Elaboração do PGRSS;
- Manejo inadequado dos resíduos produzidos na Unidade;
- Segregação somente de resíduos perfuro-cortantes.
- Uma percentagem de baldes sem tampas articuladas e sem simbologia;
- Embalagens para acondicionamento do resíduo e baldes inadequados;
- O abrigo externo não atende as determinações das RDC 50/2002, RDC 306/2204;
- Falta definição de fluxo de transporte de resíduos.
- Destino final dos resíduos químicos sem definição de neutralização e descarte.
- Em fase de Implantação de uma Política de Treinamento.
- Os carros para transporte dos resíduos são insuficientes para atender a demanda.
- Não existe local adequado para a lavagem e higienização dos carros de resíduos.
- Quantitativo insuficiente de pessoal para executar as atividades relacionadas com o gerenciamento de resíduos.

## 8. ETAPAS DO MANEJO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE





## 9. SEGREGAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

**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.

**Identificação** - Conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos resíduos.



**Grupo A e E**



**Grupo B**



**Grupo C**



**Grupo D R**



**Grupo D NR**

### RESÍDUOS DO GRUPO A – Resíduos com Risco Biológico



Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características podem apresentar risco de infecção.

#### **GRUPO A1**

- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue, ou líquidos corpóreos, na forma livre.

- Absorventes higiênicos com sangue na forma livre, utilizados no puerpério imediato.
- Materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue na forma livre.
- 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.
- Cultura e estoque de microorganismo,

### **GRUPO A2**

São 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.

Não produzido na Unidade.

### **GRUPO A3**

Peças anatômicas (membros), produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 cm ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha havido requisição pelo paciente e seus familiares.

#### **GRUPO A4**

- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residuais pós-transfusão.
- Materiais resultantes de assistência à saúde que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
- Material provenientes de procedimentos cirúrgicos que não contenham sangue na forma livre, Tais como: cateterismo umbilical, dissecação venosa.
- Luva utilizadas para exame ginecológico, sonda vesical.
- Amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções proveniente de pacientes que não representam relevância epidemiológica e risco de disseminação.
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anátomo- patológicos.

#### **GRUPO A5**

Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfuro-cortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação com príons. Devem ser encaminhados a sistema de incineração, de acordo com o definido na RDC ANVISA 305/2002.

PRÍON: Estrutura protéica alterada relacionada com agente etiológico das diversas formas de Encefalite Espongiforme.

Um **príon** ou **prião** é uma [proteína](#) com capacidade de modificar outras proteínas tornando-as cópias de si própria. Um príon não possui ácido nucléico ([DNA](#) ou [RNA](#)). São conhecidas treze espécies de príons, das quais três atacam [fungos](#) e dez afetam [mamíferos](#); dentre estes, sete têm por alvo nossa espécie.

Não produzido na Unidade.

## **RESÍDUOS DO GRUPO B - Risco Químico**

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.

Os resíduos são compostos por:

- Vidros e frascos/ampola com resíduos de medicamentos.
- Lâmpadas fluorescentes
- Pilhas e baterias
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores)
- Cartuchos de impressoras
- Efluentes de equipamentos automatizados
- Kits de reagentes laboratoriais
- Óleos

- Resíduos de saneantes, desinfetantes e contendo metais pesados.
- Termômetros com coluna de mercúrio.
- Glutaraldeído a 2%.

## **RESÍDUOS DO 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.

Não produzido na Unidade.

## **RESÍDUOS DO GRUPO D – Recicláveis e Não Recicláveis**



Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- Gesso, esparadrapo
- Luvas de procedimento.

- Absorvente higiênico, algodão utilizado na anti-sepsia e hemostasia de venóclise, gazes, compressas, equipam de soro e outros similares, com exceção dos enquadrados no grupo “A”.
- Sobras de alimentos.
- Papéis de uso sanitário, fraldas, peças descartáveis de vestuário;
- Resíduos provenientes das áreas administrativas;
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;
- Materiais possíveis de reciclagem que enquadrem no grupo “D”;
- Seringas sem agulhas que não contenham resíduo químico e/ou biológico utilizadas na assistência à saúde.
- Os resíduos não recicláveis são compostos por: papel toalha, restos de alimentação, fraldas descartáveis, absorventes higiênicos, papel higiênico e resíduo do banheiro.
- Os resíduos recicláveis são compostos por: papel, papelão, plástico, frascos de soro e latas.

## **RESÍDUOS DO GRUPO E – Perfuro-cortantes**

Materiais perfuro-cortantes ou escarificantes, tais como:

- Agulhas, cateteres intravenoso.
- Ampolas de vidro,
- Seringas com agulhas utilizadas na assistência,
- Lancetas, lâminas/ lamínulas para uso do laboratório,
- Lâminas de bisturi,
- Aparelho de tricotomia (lâmina de barbear),
- Todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório e farmácia.

## **10. MANUSEIO E ACONDICIONAMENTO**

Consiste no ato de embalar corretamente os resíduos segregados de acordo com as suas características, em saco e/ou recipientes impermeáveis resistentes à ruptura e vazamento. Serve como barreira física, reduzindo os riscos de contaminação, facilitando a coleta, o armazenamento e o transporte.

### **RESÍDUOS DO GRUPO A – Resíduos com Risco Biológico**

São acondicionados em sacos plásticos resistentes de cor branca leitosa, com simbologia de resíduo infectante. O saco deve ser preenchido somente até 2/3 de sua capacidade, sendo proibido esvaziamento ou reaproveitamento dos sacos.

### **RESÍDUOS DO GRUPO B - Risco Químico**

Os resíduos são acondicionados em recipientes de material rígido, tampa rosqueada, vedado, devidamente identificado (para cada tipo de substância química), respeitando suas características químicas e seu estado físico.

As lâmpadas fluorescentes estão sendo acondicionadas na própria caixa de papelão devidamente vedada, e estocadas no abrigo para resíduos químicos identificadas adequadamente com os símbolos do grupo B (RISCO QUÍMICO), aguardando encaminhamento para empresa a ser contratada pela SESAB.

Óleo saturado provido de frituras de alimento do refeitório está sendo armazenado devidamente acondicionado, e estocados no abrigo para resíduos químicos identificados adequadamente com os símbolos do grupo B (RISCO QUÍMICO), aguardando encaminhamento para empresa a ser contratada pela SESAB.

Os cartuchos de impressora são acondicionados na própria embalagem e encaminhados para empresa especializada em recarregamento de cartucho mediante dispensa de licitação. No caso específico da impressora utilizada no serviço de Bio Imagem o cartucho usado é devolvido a empresa Tele-Medicina.

Os termômetros serão acondicionados em selo d'água e será encaminhada a

Empresa a ser contratada pela SESAB.

Os reveladores e os fixadores são acondicionados em recipientes de PEAD (polietileno de alta densidade), com tampa rosqueada e vedante, e identificados através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química e frases de risco, aguardando contratação de empresa devidamente licenciada pela SESAB.

### **RESÍDUOS DO GRUPO C - Rejeitos Radioativos**

Não produzidos na unidade

### **RESÍDUOS DO GRUPO D – Recicláveis e Não Recicláveis**

Os resíduos são acondicionados em sacos pretos resistentes de 30/50/100 litros, em lixeiras com tampa e pedal com adesivo de identificação "Resíduo Comum". Os resíduos recicláveis são doados para uma pessoa da comunidade e está sendo providenciado o contrato de doação.

### **RESÍDUOS DO GRUPO E – Perfuro-cortantes**

São descartados imediatamente após o uso em recipiente rígido, resistente à punctura, ruptura, e vazamento, com tampa, identificado, baseado nas normas da ABNT, NBR 13853/97. Posteriormente estes recipientes são acondicionados em sacos plásticos brancos identificados



com o símbolo de substância infectante, com as inscrições “Resíduo Biológico” e encaminhados para abrigo externo.

## 11. QUANTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS GERADOS

A quantificação dos resíduos será realizada em massa (kg).

### Resíduo Grupo “A” (Biológico)

Resíduo Grupo “A1” Produzimos 12 kg/dia

Resíduo Grupo “A3” Produzimos 10 Kg/dia

Resíduo Grupo “A4” Produzimos 50 kg/dia

### Resíduo Grupo “B” (Químico) – Quadro1

Fonte Geradora	Dia
<b>Farmácia</b>	
Fármacos – sobras de medicamentos vencidos, interditados (Kg)	3 Kg/ Mês
<b>Radiologia (Diagnóstico por Imagem)</b>	
Solução reveladora (filmes de Raio X) em litros (l)	2,7 L/Dia
Solução Fixadora (filmes de Raio X) em litros (l)	2,7 L/Dia
<b>Manutenção</b>	
Lâmpadas Fluorescentes usadas – peso = 275 gramas 01 lâmpada	0,275Kg/Dia
Almoxarifado	
Cartucho de impressora	02 und/mês
<b>Nutrição</b>	
Óleos utilizados para frituras	2 litros

**Resíduo Grupo “D” (Resíduo Comum)**

- Sacos de lixo capacidade de 60L → 200g → 9,400 Kg (Área administrativa)
- Sacos de lixo com capacidade de 100L 200g 28,600 Kg (Área administrativa).
- Sacos de lixo com capacidade de 60L → 200g 4,400 Kg (Enfermarias)
- Sacos de lixo com capacidade para 200L → 4,200 → 50Kg (Área externa)

Geração Média → 92,400 kg/ dia

**Resíduo Grupo “E” (Resíduo Perfuro-cortantes)**

São produzidas:

- 10 caixas de 7 litros de perfuro-cortantes, dando um total de em média 9,75kg/dia.
- 07 caixas de 13 litros de perfuro cortantes, dando um total de em média 13,3 Kg/dia.

**12. ARMAZENAMENTO DOS RSS****Armazenamento Externo**

Consiste na guarda do RSS em locais específicos no próprio estabelecimento até a coleta externa. Os resíduos devem estar separados de acordo com o grupo a que pertence.

Nosso Hospital possui um local externo para o armazenamento dos RSS com 03 ambientes, devidamente identificados (para os resíduos dos grupos A e E, B, D, com piso, parede e teto revestidos de material liso lavável, impermeável e de fácil higienização, possui ponto de água, ventilação, tela, iluminação, porta de proteção, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para rede de esgoto, necessitando de ampliação (projeto em anexo).

O transporte destes resíduos ocorre em recipiente estanque, rígido com tampa rosqueada, resistente, impermeável, com o símbolo de substância tóxica e a inscrição de “Risco Químico”.

Os resíduos do Grupo D são acondicionados em 2 containeres. Os resíduos são acondicionados em saco da cor preta resistente, impermeável.

### **13. COLETA E TRANSPORTE INTERNO DOS RSS**

#### **Coleta Interna**

Consiste na remoção dos recipientes do local de geração dos resíduos, para o local de armazenamento externo.

O recolhimento dos RSS no Hospital é realizado diariamente, 4 vezes ao dia (às 7:00, 9:00, 14:30 horas, e 17:30), sendo encaminhados ao local adequado, destinado para o abrigo externo. O funcionário de cada turno de trabalho identificará e recolherá o saco plástico de resíduos acondicionando em sala apropriada em containers com tampa, verificando se o recipiente não está sujo, e substituir o saco plástico para o acondicionamento no turno seguinte. Ao término do expediente, os recipientes são devidamente higienizados por profissionais treinados, utilizando os EPIs apropriados.

#### **Equipamentos de proteção individual - EPIs**

O funcionário responsável pela coleta interna realiza o procedimento devidamente paramentado.

**Resíduo Grupo D** - Botas impermeável cano longo antiderrapante, luva de borracha cano longo, gorro, uniforme (calça comprida e camisa manga  $\frac{3}{4}$ );

**Resíduo do Grupo A e B** - Botas impermeável cano longo antiderrapante, luva de borracha cano longo, gorro, uniforme (calça comprida e camisa manga  $\frac{3}{4}$ ), máscara, óculos, e avental impermeável.

### **Equipamentos de proteção Coletiva – EPCs**

Placas sinalizadoras

Chuveiro de emergência

Extintores de Incêndio – água e pó químico

Exaustores

Caixa de Perfuro-cortantes

### **Especificações para os carros de coleta:**

- Uso exclusivo para coleta de Resíduos;
- Capacidade de carga compatível com volume a ser transportado e com esforço ergométrico a ser desempenhado;
- Constituídos de material lisos, resistentes, laváveis, impermeáveis, de cantos arredondados, superfícies internas lisas, tampa leve e de fácil manejo com local

de escoamento da água, fundo com caimento, dreno e rodas giratórias, a fim de

facilitar sua higienização.

- Os contêineres e o abrigo de resíduos externo são higienizados diariamente com água e detergente e depois desinfetados com hipoclorito de sódio a 1%.

#### **14. TRATAMENTO DO RESÍDUO DO GRUPO A1**

Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifiquem 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 deve 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 resíduos do grupo A1, como: bolsas de sangue, cultura e estoque de microorganismo, material resultante de assistência à saúde contendo sangue na forma livre.

Os resíduos antes de serem submetidos ao tratamento prévio, são acondicionados em sacos específicos, compatível com o processo de autoclavação na Unidade.

(185 bolsas de sangue desprezada)

Após o tratamento prévio, são acondicionados novamente em saco branco leitoso e encaminhados ao abrigo externo e posteriormente encaminhado ao cemitério municipal do bairro curral novo.

## **15. COLETA E TRANSPORTE EXTERNO DOS RSS**

### **Coleta e Transporte dos Resíduos dos Grupos "A", "D" e "E"**

Os resíduos do grupo D são recolhidos diariamente pela no turno matutino, às 10:00 horas, e os resíduos do grupo A e E, são recolhidos no turno vespertino às 15:00 horas, em carro destinado para coleta hospitalar, empresa LOCAR contratada pela Secretaria Municipal de Saúde.

## **16. DISPOSIÇÃO FINAL DOS RSS**

A disposição final dos RSS é definida de acordo com a resolução nº. 306/04 RDC ANVISA, como "O conjunto de instalações, processos e procedimentos que visam à destinação ambientalmente adequada dos resíduos em consonância com as exigências dos órgãos ambientais competentes".

Os resíduos do grupo A e E são acondicionados, aguardando a contratação de empresa devidamente licenciada, pela SESAB.

Os resíduos do Grupo B - setor de Raios-X (revelador e fixador) são acondicionados em abrigo específico, aguardando a contratação de empresa devidamente licenciada, pela SESAB.

Óleos saturados provido de frituras de alimento do refeitório são acondicionados em abrigo específico, aguardando a contratação de empresa devidamente licenciada, pela SESAB.

Os termômetros serão acondicionados em selo d'água, aguardando a contratação de empresa devidamente licenciada, pela SESAB.

As lâmpadas fluorescentes estão sendo acondicionadas na própria caixa de papelão devidamente vedada, e estocadas no abrigo para resíduos

químicos identificadas adequadamente com os símbolos do grupo B (RISCO QUÍMICO). Esses resíduos serão encaminhados à empresa especializada contratada pela SESAB.

Os resíduos do Grupo D são encaminhados para o aterro sanitário situado na cidade de Jequié.

Incondicionalmente deverão ser asseguradas as condições de proteção ao meio ambiente e a saúde pública previstas na legislação e atendidos os requisitos dos processos de licenciamento ambiental.

## 17. PLANO DE MINIMIZAÇÃO DE RISCOS

- Retirar todas as caixas de papelão da área de recebimento antes de enviar os artigos para as Unidades.
- Controlar vencimentos de reagentes e medicamentos.
- Manter atualizados procedimentos de reutilização, recuperação e tratamento dos reagentes.
- Reduzir a utilização dos reagentes quando possível.
- Reciclar cartuchos de impressora em lojas especializadas em fase de identificação.
- Armazenar as lâmpadas fluorescentes em embalagem própria após tempo de vida útil para o fornecedor até definição da SESAB.
- Evitar a contaminação dos resíduos comuns recicláveis por outros que exijam tratamento especial realizando as etapas de segregação, armazenamento e transporte de formas corretas.
- Manter contrato com a empresa que faça reciclagem do revelador e fixador.



## **18. PLANO EMERGENCIAL**

O plano emergencial da Unidade consiste em regras gerais de contenção nos casos de derramamento de material biológico ou químico sobre o corpo, em bancada, piso e parede.

### **Procedimentos no caso de derramamento de material biológico sobre o corpo**

- Remover a roupa contaminada.
- Colocar o jaleco, roupa e qualquer outra peça do vestiário em saco plástico identificado e com o símbolo de risco biológico.
- Lavar cuidadosamente a área do corpo, exposta ao agente de Risco Biológico, usando água e sabão, por pelo menos cinco minutos.
- Sangue ou outro agente de Risco Biológico que atinja os olhos deve ser lavado imediatamente.
- Encaminhar ao atendimento médico.
- Monitorar todo o pessoal envolvido no derramamento e na limpeza através de exames e acompanhamento médico.
- Comunicar o ocorrido ao responsável pelo serviço.
- Registrar o acidente na CCIH e Serviço de saúde ocupacional.

### **Em caso de derramamento de material biológico em bancada, piso e parede:**

Deve-se iniciar as medidas de contenção imediatamente.

### **Derramamento de material biológico classe 2 – medidas:**

- Avisar aos trabalhadores e outros presentes do derramamento.
- Usar EPI composto de jaleco de manga longa, luvas descartáveis, gorro, óculos de segurança ou protetor facial e máscara descartável.
- Cobrir o derramamento com material absorvente (toalha de papel).
- Colocar desinfetante sobre o material absorvente e nas bordas do derramamento (hipoclorito a 1%). O desinfetante deve ter sua eficiência em relação ao microrganismo do derramamento comprovada, verificar e observar as concentrações indicadas e o tempo de contato.
- Aguardar 30 minutos.
- Após absorção do derramamento pelo material absorvente, limpar a área com toalhas de papel embebidas em desinfetante.
- Colocar as toalhas de papel e outros resíduos descartáveis em saco de autoclave identificado e com o símbolo de Risco Biológico.
- Encaminhar para autoclavação antes do descarte final.
- Após tal procedimento solicitar do funcionário da higienização a limpeza de rotina no local.
- Registrar o incidente. À CCIH e Serviço de Saúde Ocupacional da unidade.

**Classe de risco 2:** Risco individual moderado para o trabalhador e com baixa probabilidade de disseminação a coletividade. Podem causar doenças ao se humano, para as quais existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

#### **Derramamento de material biológico Classe 3 – medidas:**

- Alertar os trabalhadores e evacuar a área.
- Fechar as portas da área.
- Desligar o ar condicionado e ligar o exaustor.
- Aguardar uma hora para iniciar a limpeza.

- Usar EPI composto por: jaleco de manga longa, luvas descartáveis, gorro, óculos de segurança ou protetor facial e máscara descartável.
- Cobrir o derramamento com material absorvente (toalha de papel).
- Verter desinfetante sobre o material absorvente e nas bordas do derramamento (hipoclorito a 1%). O desinfetante deve ter sua eficiência em relação ao microrganismo do derramamento comprovada, verificar e observar as concentrações indicadas e o tempo de contato.
- Aguardar 10 minutos.
- Após absorção do derramamento pelo material absorvente, limpar a área com toalhas de papel embebidas em desinfetante.
- Colocar as toalhas de papel e outros resíduos descartáveis em saco de autoclave identificado e com o símbolo de Risco Biológico.
- Encaminhar para autoclavação antes do descarte final.
- Após tal procedimento solicitar do funcionário da higienização a limpeza de rotina no local.
- Registrar o incidente à CCIH.

**Classe de risco 3:** Risco individual elevado para o trabalhador e com probabilidade de disseminação para a coletividade. Podem causar doenças e infecções graves ao ser humano, para as quais nem sempre existem meios eficazes de profilaxia ou tratamento.

### **Derramamento envolvendo vidro quebrado em laboratório**

- A limpeza deve ser feita mecanicamente com pinça.
- Todos os materiais utilizados na limpeza deverão ser autoclavados após o uso.
- Nunca pegar os cacos de vidro com as mãos.
- Os cacos de vidro devem ser descartados em recipiente específico para perfurocortantes.

- No caso de culturas quebradas, fazer primeiro a desinfecção do material para depois recolher os cacos de vidro.

### **Derramamento envolvendo produtos químicos:**

- Isolar a área com equipamento de proteção coletiva (fita sinalizadora) e/ou placa de advertência, utilizando os equipamentos de proteção individual (Kit de contensão), luva descartável.
- Cobrir a área com papel absorvente, areia ou substância granulada quimicamente inerte.
- Deixar exaustor ligado.
- Acondicionar em recipiente adequado e descartar o material de acordo com as regras de proteção ao meio ambiente, descritas no PGRSS.
- No caso de produtos tóxicos, inflamáveis e corrosivos, evacuar o local e seguir os procedimentos de segurança e emergência.
- Retirar as luvas de borracha e descartá-la como resíduo químico.
- Higienizar as mãos após o procedimento.
- Liberar a área após a retirada da fita sinalizadora.
- Encaminhar o resíduo para a incineração (se necessário).
- Notificar o coordenador e encaminhar para o serviço médico.
- Preencher a ficha de registro de acidente.

### **Kit de Contensão**

Estará disponível na sala da Coordenação Administrativa e é composto de:

- 1 Máscara com visor
- 2 Respirador P2 com carvão ativado
- Capa descartável impermeável
- Luvas de procedimento não estéril

*OBS: Colocado em saco plástico transparente, em local fechado próximo a área administrativa, com identificação “Kit de Contensão”.*

## 19. SEGURANÇA OCUPACIONAL

- O pessoal envolvido diretamente com os processos de higienização, coleta, transporte, tratamento e armazenamento de resíduos, são submetidos a exame
- médico a cada 06 meses, conforme Portaria Nº 3214 do Ministério do Trabalho e Emprego.
- Os trabalhadores envolvidos na assistência são imunizados conforme Programa Nacional de Imunização – PNI, devendo obedecer a calendário elaborado pela CCIH da Unidade, que mantêm arquivo com situação vacinal dos profissionais.
- Os trabalhadores imunizados realizam controle laboratorial sorológico para avaliação da resposta imunológica.
- A Unidade possui um Protocolo para a Profilaxia de Acidentes Biológicos. (vide anexo).
- A Unidade dispõe de controle de estoque de Equipamentos de Proteção Individual e Coletiva e fardamento suficientes para atender a demanda.

## 20. CAPACITAÇÃO

### Cronograma de treinamento

<b>TEMAS</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>DATA</b>
<b>Gerenciamento de Resíduos</b>	<b>Comissão de Gerenciamento de Resíduos</b>	<b>05/05/2008</b>
<b>Higiene pessoal e ambiental</b> <b>Técnica de lavagem das mãos</b>	<b>CCIH</b>	<b>12/05/2008</b>
<b>Biossegurança</b> <b>EPI s e EPCs</b>	<b>CCIH</b>	<b>15/05/2008</b>
<b>Precauções Padrão</b>	<b>CCIH</b>	<b>19/05/2008</b>
<b>Conhecimento da Legislação Ambiental</b>	<b>Comissão de Gerenciamento de Resíduos</b>	<b>20/05/2008</b>
<b>Acidente Biológico</b>	<b>CCIH</b>	<b>25/05/2008</b>
<b>Noções Básicas sobre Controle de Infecções</b>	<b>CCIH</b>	<b>25/05/2008</b>
<b>Redução da Geração de Resíduos</b>	<b>Comissão de Gerenciamento de Resíduos</b>	<b>30/05/2008</b>

### Taxa de Pessoal com capacitação adequada

Forma de Cálculo:

$$TPC = \frac{\text{Nº de funcionários capacitados no EAS no período}}{\text{Total de funcionários no mesmo EAS e período}} \times 100$$

Meta: Treinamento de 100% dos funcionários

Freqüência da Medição: Bimestral

## **21.. CONTROLE DE PRAGAS**

### **HISTÓRICO**

O processo de urbanização e globalização fez com que a humanidade se defrontasse com problemas políticos, econômicos, de saúde, saneamento e ecológicos. Dentre estes problemas aqueles referentes a pragas urbanas assumem importância cada vez maior, visto que estas interferem diretamente na qualidade de vida do homem.

Antes de falar as principais pragas nos hospitais é importante refletir sobre a amplitude do conceito de praga. Define-se praga como qualquer organismo vivo que cause algum tipo de transtorno ou prejuízo ao homem quando ambos compartilham o mesmo ambiente.

Controlar pragas em hospitais representa um desafio com aspectos muito particulares, pois qualquer praga que ocupe um determinado ambiente está sempre em busca de, pelo menos, um dos seguintes fatores: Alimento, água e abrigo, elementos fundamentais para a atração e sobrevivência das pragas.

Na análise deste problema devem-se buscar a resposta as perguntas: Quais as espécies biológicas envolvidas, como elas se comportam e as características ambientais propícia para estas infestações?

O sucesso no controle de qualquer infestação por pragas consiste em identificá-las corretamente. As mais comuns são: Insetos (baratas, formigas, mosquito, moscas), cupins, ratos.

Os profissionais devem ter consciência de que o defensivo químico é apenas mais uma ferramenta que pode, ou não, ser indicada em determinadas situações.



## **ESTRATÉGIA**

A estratégia principal para o controle da maioria das espécies de pragas consiste em localizar e eliminar os focos.

Tradicionalmente o controle de pragas sempre foi visto quase que exclusivamente química. Atualmente deve-se ter consciência que o defensivo é apenas mais uma ferramenta que pode ou não, ser indicada em determinada situação. Deve-se preocupar com os riscos de contaminação toxicológicos ou ambientais.

### **PLANO DE CONTROLE DE PRAGAS**

- Localizar e fechar todas as rachaduras e frestas, após o tratamento, sepultando no interior do vão, todo o foco;
- Condições estruturais que possibilitem invasão ou promover abrigo para pragas devem ser conhecidas, registradas e eliminadas se possível;
- Condições que permitam o acúmulo de elementos que possam ser atrativos para pragas, devem ser minimizadas ou eliminadas, retirando todas as caixas de papelão da área de recebimento;
- Estabelecer comunicação e colaboração mútua entre a empresa prestadora de serviço e as diferentes áreas do hospital;
- Em situações onde for imprescindível a utilização de defensivos químicos deve-se buscar, sempre, formulações com menor toxicidade possível, preferencialmente sem odor, que não sejam voláteis e que não contenham solventes orgânicos;
- As ocorrências e ações devem ser devidamente documentadas para que se possa garantir uma avaliação contínua;
- Elaborar cronograma de controle de praga trimestralmente, ou conforme produto utilizado pela empresa prestadora.

- Contrato com a Empresa AVM PRESTAÇÃO DE SERVIÇO LTDA - ME, especializada em controle de pragas, alvará de nº: 0358 , Tel (73) 3525-6583 localizada na Rua Apolinário Peleteiro, 165 – Centro na cidade de Jequié/Ba. (vide anexo).

## 22. CONTROLE DA ÁGUA

### **Abastecimento de Água**

Realizado pela Embasa, existência de 06 reservatório com capacidade de armazenamento de 76,520 litros, com consumo interno mensal médio de **x m<sup>3</sup>** de água.

A análise da água é realizada pela EMBASA trimestralmente pela equipe técnica da própria empresa. Cujas prestações de serviço já estão incluídas na conta de consumo mensal. (Documentação em poder da SESAB).

A lavagem dos reservatórios será realizada semestralmente por empresa a ser contratada.

**Obs.: Está sendo providenciado contrato com a empresa para estes fins.**

### **Esgotamento sanitário**

A Unidade não possui uma ETE, é monitorada pela EMBASA. Os dejetos de esgoto do Hospital são drenados para a estação de tratamento da Embasa onde lá são processados conforme documento anexo.

## 23. PLANO DE AÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DO PGRSS

- Adotar a classificação dos RSS (resíduos de serviço de saúde) proposta por este Manual com base na RDC /306, de 2004.
- Identificar, nas unidades funcionais do estabelecimento o ambiente classificado como Sala de Resíduos.
- Intensificar a elaboração de uma planilha contendo a relação de todos os compartimentos onde a geração de RSS, os grupos neles gerados e posteriormente quantificar o volume diário de geração, com amostragem mínima de sete dias consecutivos e, fazer a estimativa para um mês com periodicidade de seis meses;
- Dimensionamento de embalagens e baldes com as devidas especificações;
- Segregar nos locais de origem.
- Adequar o abrigo externo de resíduos, obedecendo a RDC 306/2004 e a RDC 50 / 2002.
- Continuar a parceria com a empresa que realize a inativação e descarte dos reveladores e fixadores.
- Criar uma política de treinamento, intensificando a educação ambiental.

## 24. ACOMPANHAMENTO DA EFICÁCIA DO PGRSS

Visando acompanhar a eficácia do PGRSS utilizaremos periodicamente os seguintes indicadores:

<b>Itens</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>
Acidentes com perfuro-cortantes	Taxa de acidentes com perfuro-cortantes em profissionais de limpeza	
	Total de acidentes com perfuro-cortantes em profissionais de limpeza (ANO 2007)	

	Total de acidentes.	
Geração de resíduos	Variação de geração de resíduos	
	Total de resíduos gerados no período X	
	Total de resíduos gerados atualmente	

## 25. METAS DE IMPLANTAÇÃO DO PGRSS

- Quantificar os resíduos gerados na instituição por classificação
- Capacitar todos os colaboradores
- Adquirir recursos para o PGRSS
- Readequar o manejo de resíduos a partir da atual classificação
- Readequar o abrigo externo

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

### **Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT**

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

NBR 12235 - Armazenamento de resíduos sólidos perigosos, de abril de 1992

NBR 12808 - Resíduos de Serviços de Saúde

NBR 12809 – Manejo de Resíduos de Serviço de Saúde

NBR 12810-coleta de resíduos de serviço de saúde, de janeiro de 1993

NBR 13852 –Coletores para resíduos de serviços de saúde perfurantes ou cortantes – requisitos e métodos de ensaio, de maio de 1997  
NBR 10004- Resíduos sólidos – Classificação, segunda edição – 31 de março de 2004

NBR 14652 – Coletor – transportador rodoviário de resíduos de serviço de saúde, de abril de 2001

NBR 14725 – Ficha de informação de segurança de produtos químicos de julho de 2001

Ministério do Trabalho e Emprego –Portaria 485 de 11 de novembro de 2005 – Norma reguladora NR 32 – segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

RDC Nº 306, 07 de dezembro 2004

RDC Nº 50 de Maio de 2002

Comissão de Vigilância Sanitária. Portaria nº1. - Legislação brasileira sobre lixo e materiais

Comissão de Vigilância Sanitária. Portaria nº2043.- Legislação brasileira sobre lixo e materiais.

Ministério do Trabalho e Emprego –Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978 – Norma reguladora NR 7 – programa de Controle Médico de saúde Ocupacional.

Conselho Nacional do Meio Ambiente - CONAMA.

Resolução n.º6 de 19 de setembro de 1991.- “ Dispõe sobre a incineração de resíduos sólidos provenientes de estabelecimentos de saúde, portos e aeroportos”

Resolução n.º237 de 22 de dezembro de 1997. “ Regulamenta os aspectos de licenciamento ambiental estabelecidos na Política Nacional do Meio Ambiente”.

Resolução n.º257 de 30 de junho de 1999. “ Estabelece que pilhas e baterias que contenham em suas composições chumbo, cádmio, mercúrio e seus componentes, tenham os procedimentos de reutilização, reciclagem, tratamento ou disposição final ambientalmente adequados”

Resolução n.º275 de 25 de abril de 2001. “Estabelece código de cores para diferentes tipos de resíduos na coleta seletiva”

Resolução n.º358 de 29 de abril de 2005. “Dispõe sobre o tratamento e destinação final dos resíduos dos serviços de saúde”.

COUTO, Renato Camargo , PEDROSA, Tânia M. G. *Infecção Hospitalar Epidemiologia e Controle*. 1997.

OLIVEIRA, Adriana Cristina, ALBUQUERQUE, Cláudio Pontes , ROCHA, Lúcia Cristina Moraes. *Infecções Hospitalares: Abordagem, Prevenção e Controle*. 1998.

RODRIGUES, Edwal A. Campos, MENDONÇA, João Silva, AMARANTE, Jorge M. Buchidid et al *Infecções Hospitalares: Prevenção e Controle*. 1997.



# **ANEXOS**

- 1- Plantas baixas da Unidade
- 2- Certificado de dedetização
- 3- Relatório de análise da água
- 4- Projeto de ampliação do abrigo
- 5- Comprovante de doação de resíduo
- 6- Contratos de empresas terceirizadas ( Sesab/licitação)
- 7- Xerox da conta da água (Sesab/Coord. Serviços gerais –CEG)
- 8- Controle bacteriológico de esterilização
- 9- Xerox de assinaturas (se tiver) dos profissionais que foram capacitados em gerenciamento de resíduos.

\* Vide Cronograma de capacitação.

# DIÁRIO OFICIAL

Salvador, Bahia - Quarta-feira  
30 de abril de 2008  
Ano XCII - Nº 19.688

## Portaria HGPV 018/2008 de 08 de abril de 2008

O DIRETOR do Hospital Geral Prado Valadares, no uso de suas atribuições, conferidas pelo decreto simples de 28/12/2007, publicado no Diário Oficial do Estado da Bahia nº 19.592 de 29/12/2007,

Considerando a Resolução RDC nº 306, de 07 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, publicada no Diário Oficial da União de 10 de dezembro de 2004;

Considerando a Resolução CONAMA Nº 358, de 29 de abril de 2005, que dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências, publicada no Diário Oficial da União de 04 de maio de 2005;

Considerando a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998, que dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências, publicada no Diário Oficial da União em 13 de fevereiro de 1998;

Considerando a inexistência de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS no Hospital Geral Prado Valadares,

### RESOLVE:

**Art. 1º.** Designar servidores para compor Equipe Técnica para Elaboração e Implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) do Hospital Geral Prado Valadares.

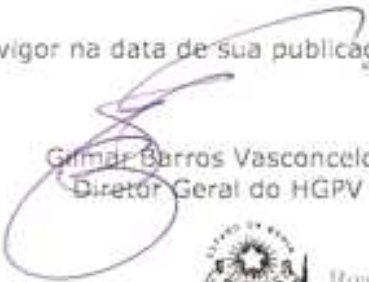
**Art. 2º.** Os membros da Equipe Técnica compõem a Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde do Hospital Geral Prado Valadares.

**Parágrafo único** - Os servidores de que tratam os artigos 1º e 2º são os seguintes:

Sílvio Arcanjo Matos Filho  
Linaíva Oliveira Santos  
Thiago Machado Pinto  
Alessandra Campos Brasiliano  
Maria da Conceição Quirino dos Santos  
Wildes Almeida dos Santos  
Edelmar Nogueira Leite  
Berlley Silva Meira  
Gildásia Silva do Espírito Santo

**Art. 3º.** A equipe desenvolverá suas atividades com apoio do nível central da Secretaria Estadual de Saúde.

**Art. 4º.** Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

  
Gilmar Barros Vasconcelos  
Diretor Geral do HGPV



Rua São Cristóvão, s/nº - Centro - Cep: 41206-110,  
Joazeiro - Bahia - Brasil - Tel: 55 79 3325-4117.  
hgpv.joazeiro@gmail.com | www.saude.ba.gov.br





# CERTIFICADO DE CONTROLE DE PRAGAS URBANAS

## DEDETIZADORA

CNPJ: 01391554/0001-20 • INSC. MUNICIPAL: 2915  
Rua Apolinário Peleteiro, 165 - Centro - Jequié-BA  
Fones (73) 3525-6583 / 9141-4848

[www.avmdedetizadora.com](http://www.avmdedetizadora.com)

Alvará da Secretaria Municipal de Saúde N° 0377



CLIENTE SESAB- HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES



CNPJ: 05.816.630/0001-52 INSC EST: \_\_\_\_\_ INSC MUN: \_\_\_\_\_



END: Rua São Cristóvão, s/n Centro - Jequié-Ba.

DATA: 01 de Janeiro de 2008 VALIDADE: 01 de junho 2008



### CUIDADOS E PRECAUÇÕES:

Em ambientes desinsetizados, afastar pelo período mínimo de 2 horas: Crianças na faixa de dois anos de idade, Gestantes, Pessoas Alérgicas e Animais Domésticos.

### DENOMINAÇÃO DO INSETICIDA APLICADO: COMPOSIÇÃO QUÍMICA E ANTIDOTO:

Organo Fosforado: Ing. Ativo: D.D.V.P. diclofos 50% Antídoto: Sulfato de Atropina.

Piretroide: Ing. Ativo: Cyfluthrin 5% Antídoto: Sintomático e Anti-histamínicos.

Raticidas: Ing. Ativo: Bloco Parafinado e 0,005% de Brodifacoum Antídoto: Vitamina K1 Injetável e tratamento sintomático.

ATENÇÃO: Caso de emergência disque 0800 722 6001

Praga(s) Alvo: Baratas, formigas, escorpiões, ratos



01391554/0001-20

A. V. M. Prestação de Serviços Ltda

Rua Manoel Vitorina, 172  
Centro - CEP 45203-000

Jacaré Diretor

Gilvan M.S.L. Silva

Técnico Responsável:

Gilvan Mota de Souza - CRB 11.695/5-D

N.º FOLHAS 01  
N.º PROCESSO 0358  
H. G. P. V.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPT DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL

# ALVARÁ DE SAÚDE

Válido até julho de 2008 /

ALVARÁ Nº: 0358  
EXERCÍCIO: 2007

De acordo com a legislação sanitária vigente,  
concede licença de funcionamento a (o)  
A.V.M. DE... sob a  
responsabilidade de GILVANUCIA DE...  
de propriedade de A.V.M. PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS LTDA.  
situado a RUA APOLINÁRIO TELEF...  
Nº 163 CEP 44.203-300 Bairro...  
em Jequié / BA.



Conforme o processo nº 846/2007  
Jequié, 13 de julho de 2007

*Luiziana Romalho*  
Diretora Deptº de Vigilância Sanitária  
e Ambiental de Jequié

Este documento deverá ficar exposto ao público e a fiscalização  
DENÚNCIAS: 0800 2843800 / 35268931

*[Handwritten signature]*

Foi paga a importância de **67,00**  
**SESSENTA E SETE REAIS**

Conforme empenhamento nº **0462 / 2007**  
datado de **13/07/07**

*Leonardo Queiroz Bulhões*  
DEVISAR Assistência Adm.

Assinatura do funcionário

OBSERVAÇÕES	
Alvará	67,00
Taxa de vistoria	
Taxa de expedição	
Multas	
Juros	
Total	67,00



UNIDADE DE NEGÓCIOS DE JEQUIÉ  
Laboratório Regional - USJ  
Laudo de Análise

Laboratório: Bacteriologia de Água  
Amostra: 009/08  
Data da Coleta: 15/02/08 Hora da Coleta: 16:30  
Categoria: Particular  
Município: Jequié  
Localidade: Jequié  
Procedência: Rua São Cristóvão S/N  
Interessado: Hospital Geral Prado Valadares  
Órg. Reg.: Ministério da Saúde - Portaria Nº 518/2004

Local da Coleta: Lavanderia  
Ponto da Coleta: Torneira  
Data da Chegada: 15/02/08  
Classe: Água clorada  
Tempo: Sol  
Coletor: O Interessado

Análise	Obs	Data	Método	Resultados	Unidade
Cloro Residual Livre	-	15/02/08	Colorimétrico	1,5	mgCl <sub>2</sub> /L
Coliformes Totais	-	15/02/08	Tubos Múltiplos	< 2,2	N.M.P/100mL
Coliformes Termotolerantes	-	15/02/08	Tubos Múltiplos	< 2,2	N.M.P/100mL

Observações

A amostra analisada atende ao padrão microbiológico de potabilidade da portaria nº 518/2004 do Ministério da Saúde.

Legendas / Informações

Limite Máximo do Órgão de Regulamentação: Coliformes Totais e / ou Coliformes Termotolerantes (Ausência / 100mL ou <2,2 N.M.P / 100 mL).

(N.M.P - Número Mais Provável)

(Data - Data da Análise)

Os resultados das análises realizadas referem-se somente à amostra apresentada.

Jequié, 11 de Março de 2008

Adelino Carliando Santos de Souza  
CRA nº 07402/106



Jequié, 13 de dezembro de 2006  
Ofício. n.º 01/06 – USJ - O

A  
Ilma. Sra. Sandra Maria Santos  
Diretora do HGPV

Prezada Senhora,

Em atenção ao ofício nº 07/06 do HGPV, estamos informando os processos de coleta, tratamento e disposição final do esgoto do Hospital Geral Prado Valadares – HGPV, para vossa apreciação e devido fins.

O esgoto do HGPV é coletado em estado bruto pela rede coletora de esgoto da EMBASA, desde o ano de 1976. Este é encaminhado às estações elevatórias de esgoto (EEE) onde é levado à Estação de Tratamento de Esgoto (ETE).

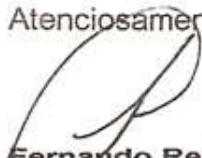
Na chegada do esgoto, na ETE, é realizado o tratamento preliminar denominado de "gradeamento": processo pelo qual o material flutuante e a matéria orgânica em suspensão, maior que o tamanho das aberturas das grades, são retidos e removidos. Este processo tem o objetivo de separar e remover o lixo que se encontra no efluente.

Em seguida é realizado o processo de "desarenação" que tem a finalidade de retirar a areia contida no efluente para se evitar a abrasão dos equipamentos e das tubulações, eliminando ou reduzindo a possibilidade de obstrução nas unidades do sistema de tratamento, e facilitar o transporte do efluente e principalmente a transferência dos lodos em suas diversas fases, dotando os esgotos de características favoráveis às próximas etapas do tratamento.

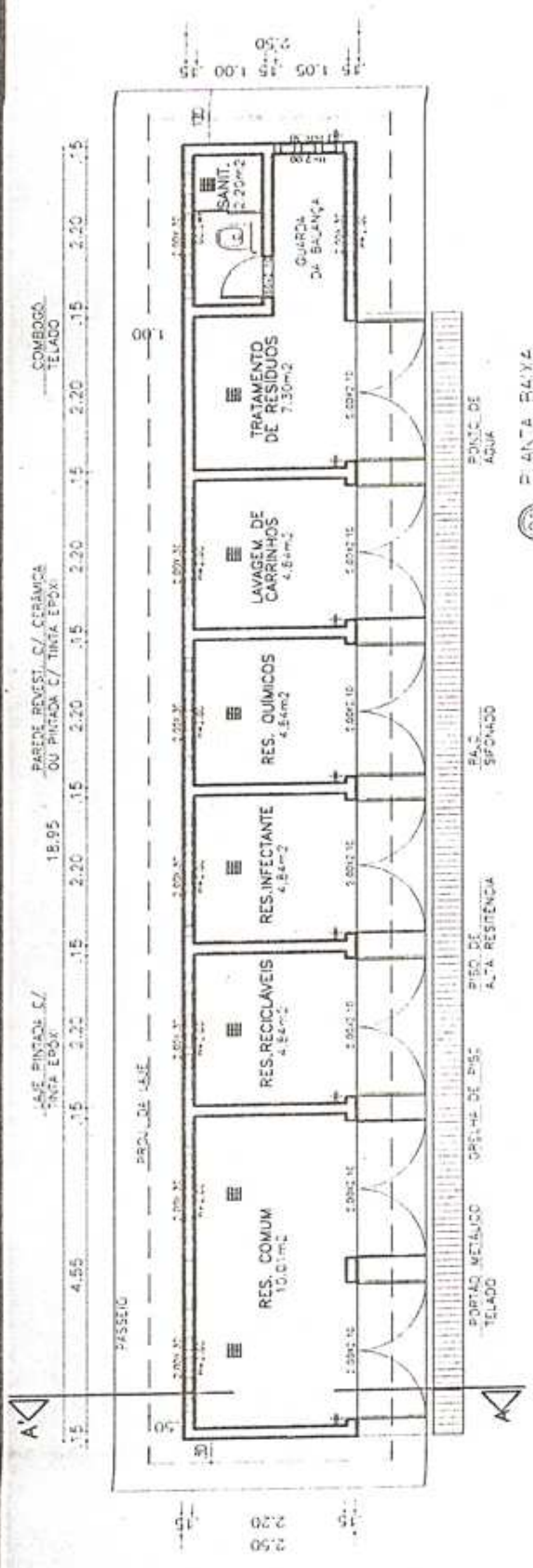
Após esta etapa, o esgoto é encaminhado ao "processo biológico" onde a matéria orgânica do esgoto é oxidada. Este processo depende da ação dos microrganismos presentes nos esgotos, que reproduzem os fenômenos biológicos observados na natureza (como respiração e oxidação) condicionando-os em área e tempo.

Finalmente, após as reduções das cargas orgânicas e inorgânicas contidas nos esgotos (que são medida através dos parâmetros de DBO, DQO nitrogênio, sólidos e outros), estes são direcionados a um corpo receptor (neste caso, o Rio de Contas) para diluição e disposição final.

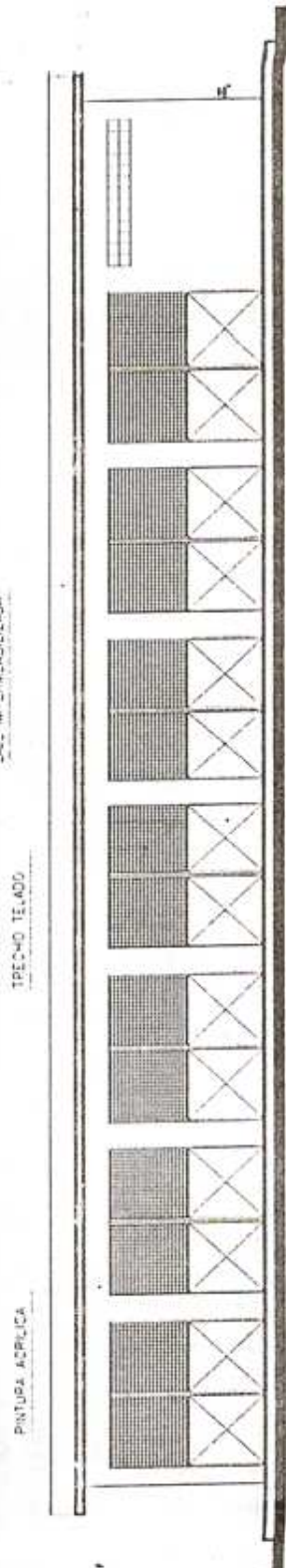
Atenciosamente,

  
**Fernando Reis Silva**  
Supervisor de Tratamento da EMBASA  
Unidade de Negócios de Jequié

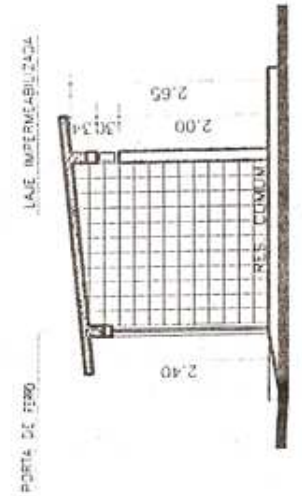
Sandra Maria Santos  
Cadastro 443.3822  
Arquitetônica  
conhecimento para  
Sua Sra.  
04101107



01 PLANTA BAIXA  
 ABRIGO DE RES. SÓLIDOS  
 ESC. 1/100



02 FACHADA  
 ABRIGO DE RES. SÓLIDO  
 ESC. 1/100



03 CORTE AA  
 ABRIGO DE RES. SÓLIDO  
 ESC. 1/100

# ABRIGO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

## PLANTA BAIXA, CORTE E FACHADA

SESAB CEAS - COORD. DE ENG. E ARO. EM SAÚDE  
 ESC. 1/100  
 DATA: ABRIL/2008  
 PRANCHA: 01/01

Arq. DARLAN BLOHEM

Jequié, 04 janeiro de 2008

TERMO DE DOAÇÃO

O **HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES**, através de sua Administração, autoriza a senhora **HELENA PEREIRA DA LUZ** residente à rua Edgar Araújo, nº 67 no bairro São Judas Tadeu, RG nº 06687285-58 expedida em: 14/06/91, a realizar a coleta voluntária de material (Resíduo) reciclável, nas dependências deste hospital.

Salientamos que a referida senhora será orientada pela CCIH, devendo utilizar os EPI's necessários e que o hospital não responsabilize-se por qualquer dano que a mesma venha sofrer e que esta função voluntária não caracteriza nenhum vínculo empregatício.

Urbano Almeida  
Administrador de HGPV

Urbano Almeida  
Crd. 154.885-7 CRA-SA 11721  
Dir. Administrativo - HGPV

*Helena Pereira da Luz*

Helena P. da Luz  
Voluntária

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO GERAL	06687285 58	DATA DE EXPEDIÇÃO	14/06/91
HELENA PEREIRA DA LUZ			
FILIAÇÃO			
DELFINA MARIA DA LUZ			
N.º DE NATURALIDADE	ITABI BA	DATA DE NASCIMENTO	21/06/93
DOC. ORIGEM	CER-NAS CM-ITABI BA		
POST-SEDE	L-018 F-198	R-000539	
CPF	SALVADOR, BA		
ASSINATURA DO DIRETOR		ASSINATURA DO TITULAR	
LEI N.º 7.116 DE 29/05/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	



CONTROLE BIOLÓGICO DOS AUTOCLAVES

*Sandra M. S. Teixeira*  
Sandra M. S. Teixeira  
ENFERMEIRA  
COREN-BA 58162

*Sandra M. S. Teixeira*  
Sandra M. S. Teixeira  
ENFERMEIRA  
COREN-BA 58162

3M Attest™  
1292 Rapid B.L. Steam  
G. microthermophilus  
2009-04-08

3M Attest™  
1292 Rapid B.L. Steam  
G. microthermophilus  
2009-04-08

3M Attest™  
1292 Rapid B.L. Steam  
G. microthermophilus  
2009-04-08

3M Attest™  
1292 Rapid B.L. Steam  
G. microthermophilus  
2009-04-08

3M Attest™  
1292 Rapid B.L. Steam  
G. microthermophilus  
2009-04-08

3M Attest™  
1292 Rapid B.L. Steam  
G. microthermophilus  
2009-04-08

3M Attest™  
1292 Rapid B.L. Steam  
G. microthermophilus  
2009-04-08

3M Attest™  
1292 Rapid B.L. Steam  
G. microthermophilus  
2009-04-08

*Mélio* 3M Comply™ SteriGage™  
Steam Chemical Integrator Class 5  
REJECT ACCEPT

*Mélio* 3M Comply™ SteriGage™  
Steam Chemical Integrator Class 5  
REJECT ACCEPT

*Mélio* 3M Comply™ SteriGage™  
Steam Chemical Integrator Class 5  
REJECT ACCEPT

*10/14/09*

*10/14/09*

# CONTROLE BIOLÓGICO DOS AUTOCLAVES

DATA	nº AUTOCLAVE	TESTE	SEMANAL	SINAIS	INTEGRADOR QUÍMICO	FUNG. RESPONS.	DIA DA SEMANA
21/08/15	1	196° 30 min	BIOLÓGICO ELIQUETA	+	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT	Sandra Maria Santos Leite ENFERMEIRA - COREN 58162	2 dias por semana na segunda-feira
22/08/15	1	196° 30 min		-	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT		
23/08/15	1	196° 30 min		-	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT		
24/08/15	1	196° 30 min		-	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT		
25/08/15	2	196° 30 min		+	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT	Sandra Maria Santos Leite ENFERMEIRA - COREN 58162	2 dias por semana na segunda-feira
26/08/15	2	196° 30 min		-	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT		
27/08/15	2	196° 30 min		-	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT		
28/08/15	2	196° 30 min		-	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT		
29/08/15	2	196° 30 min		-	3M Comply™ SteriGage™ Steam Chemical Integrator Class 5 1243 REJECT ACCEPT		



SESAB – SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA  
HGPV - HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES  
CCIH - COMISSÃO CONTROLE INFECÇÃO HOSPITALAR

PROTOCOLO DE CONDUTA PARA ACIDENTES COM PÉRFURO-CORTANTES	CÓDIGO: CCIH - 01
	REVISÃO : 10/10/04
APROVAÇÃO : DEZ/2004	TOTAL DE PAGINAS :07
EQUIPE RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO: <i>Silvio</i> <b>SILVIO ARCANJO M. FILHO</b> Enfº Presd. da CCIH <b>COLABORAÇÃO : THADEU B.S. SANTOS</b> ESTUDANTE DO 8º SEM DO CURSO DE ENF. DA UESB (VOLUNTÁRIO DA CCIH NO PERÍODO DE OUT/DEZ 2003 <b>WILDES ALMEIDA DOS SANTOS</b> SECRETÁRIA DA CCIH	

1 - **JUSTIFICATIVA** : Em levantamento realizado pela CCIH, no período de janeiro a outubro de 2003, em relação aos acidentes com pérfuro-cortantes, verificou-se que foram notificados 17 acidentes distribuídos da seguinte forma :

- 14 - Entre os Profissionais de Enfermagem
- 01 - Prof. Médico
- 01 - Prof. Higienização
- 01 - Prof. de Lavanderia

Observou-se também que a grande maioria dos acidentes teve como causa instrumentos pérfuro-cortantes (Aguilhas de Scalp, Gelco, e de Sutura), embora tenha sido fornecido regularmente os EPI's e periodicamente a CCIH tem promovido reuniões e/ou capacitações visando a redução destes acidentes.

Portanto, faz-se necessário que os profissionais adotem as medidas de biossegurança preconizadas pelo Ministério da Saúde, e que caso ocorra o acidente, estejam sensíveis a importância da notificação o mais breve possível a CCIH.

## 2 - OBJETIVO

Instruir os profissionais da equipe e/ou serviço de saúde para as condutas tomadas em casos de risco ou acidente por material pérfuro-cortantes.

## 3 - APLICAÇÃO

Este Protocolo de Conduta para Acidentes com Pérfuro-cortante é destinado a todo e qualquer profissional desta Instituição que presta serviços relacionados direto ou indiretamente ao (efetivo, prestador de serviço, voluntário ou em prática/estágio profissionalizante) paciente.

### **TRABALHADORES QUE ESTÃO MAIS EXPOSTOS AOS RISCOS DE ACIDENTES**

SERVIÇO MÉDICO  
SERVIÇO DE ENFERMAGEM  
SERVIÇO DE FISIOTERAPIA  
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA  
SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO  
SERVIÇO DE LAVANDERIA  
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO  
SERVIÇO DE LABORATÓRIO, HEMOTERAPIA  
AGENTE DE PORTARIA



#### 4 – REFERÊNCIA

O protocolo de Conduta para Acidente com Pêrfuro-Cortante é fundamentado na legislação do programa de controle de Infecção Hospitalar (PCIH) regulamentado pela Portaria Ministerial nº 2616 de 12 de maio/98 e no Manual de Orientação Básicas em Qualidade e Controle de Infecção Hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB-2001 tendo como objetivo a redução máxima possível da incidência e da gravidade relacionadas aos acidentes por pêrfuro-cortantes por meio da atuação de uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) assim como da participação efetiva de todos os profissionais.

#### 5 - TERMOS E DEFINIÇÕES

- **HBIG** - IMUNOGLOBULINA HUMANA – 02 doses com intervalo de 1 mês entre as doses.
- **EPI** - Equipamento de Proteção Individual
- **ANTI-HIV** - Sorologia para o vírus da Imuno Deficiência Humana
- **ANTI-HBs OU ANTI- HCV** - Sorologia para vírus da Hepatite B e C.
- **Ag HBS** - Antígeno da Hepatite B
- **ANTI- RETROVIRAL** - Medicação para profilaxia/tratamento para HIV
- **FONTE CONHECIDA** - É quando se conhece o indivíduo/paciente no qual se utilizou o instrumento pêrfuro-cortante
- **FONTE DESCONHECIDA** - É quando não se conhece o indivíduo/paciente no qual se utilizou o instrumento pêrfuro-cortante.
- **RESPOSTA VACINAL** - Significa Ter anticorpos ANTI-HBS em quantidade superior a 10 UI/ML
- **RISCO DE CONTAMINAÇÃO PARA HIV** - 0,3% em exposição percutânea (pele e subcutâneo) e de 0,09 em exposição mucosa.
- 6,1% em ferimento profundos
- 5,2 % em presença de sangue no dispositivo.
- **RISCO DE CONTAMINAÇÃO PARA HEPATITE B** - 30% em exposição percutânea. O vírus da HEPATITE B pode permanecer viável no ambiente por 7 dias.
- **RISCO DE CONTAMINAÇÃO PARA HEPATITE C** - 2,7 a 10% em exposição percutânea, 20% são assintomáticos e 75/85% cronificam 2 a 4% do total de novos são prof. saúde.

## 6 - DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Embora existam medidas preventivas para acidentes por pérfuro-cortantes, é importante que o profissional exposto aos riscos de um acidente ocorrido, esteja sensível e ciente dos passos a serem seguidos conforme o fluxograma abaixo:

### 1 – OCORRÊNCIA DO ACIDENTE;

2 – Recomendação : Se área afetada for a **pele** , lavagem com água e sabão; se a área afetada for **mucosa**, lavagem com água ou soro fisiológico;

3 - Notificar Acidente o mais breve possível A CCIH ou chefe imediato, devendo informar também se o paciente é fonte conhecida ou desconhecida;

### 4 – SE PACIENTE FOR FONTE CONHECIDA :

➤ Compete a CCIH ou enfermeiro de plantão:

4.1 Solicitar do paciente/indivíduo uma permissão escrita para a realização dos exames ANTI-HIV, ANTI-HBS e ANTI-HBC com coleta de material (sangue) no momento do acidente e resultado do laboratório o mais rápido possível;

4.2 – Na impossibilidade de coleta do material no momento do acidente e/ou resultado do laboratório o mais rápido possível, deve-se considerar o paciente como fonte desconhecida.

4.3 – Manter o sigilo profissional após resultado dos exames.

4.4 – Solicitar do profissional comprovação e/ou informações de sua situação vacinal.

### 5 SE PACIENTE FOR FONTE DESCONHECIDA:

Compete a CCIH ou enfermeiro de plantão:

acidentado permissão escrita para a realização dos exames ANTI-HIV, ANTI-HBS e ANTI-HBC no momento do acidente.

5.2 – Incentivar o profissional a manter o equilíbrio psicológico para as possibilidades de resultados dos exames.

5.3 – Comunicar resultado do exame de forma sigilosa ao profissional.

5.4 - Solicitar do profissional comprovação e/ou informações da sua situação vacinal.

~~Obs: A ausência de notificação de este tipo de acidente, constitui infração ética e pode acarretar sanções disciplinares e legais.~~

**6 CONFORME RESULTADO DOS EXAMES LABORATÓRIAS, SEGUIR AS CONDUTAS DOS QUADROS ABAIXO:**

**Quadro 1. – Recomendações para Hepatite B**

Profissional de Saúde Exposto	Paciente - fonte: HBs Ag positivo	HBs Ag negativo	HBs Ag desconhecido ou não testado
Não vacinado	HBIG + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação
Previamente vacinado			
Com resposta vacinal Conhecida e adequada	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	nenhuma medida específica
Sem resposta vacinal	HBIG + uma dose da vacina contra hepatite B ou HBIG (2X)	Nenhuma medida específica	Se fonte de alto risco, tratar como se fonte HBsAg positivo
Resposta vacinal Desconhecida	Testar o profissional da área de saúde : Se resposta vacinal adequada : nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada :HBIG + uma dose da vacina contra hepatite B ou HBIG (2X)	Nenhuma medida específica	Testar o profissional da área de saúde: Se resposta vacinal adequada nenhuma medida específica Se resposta vacinal inadequada: aplicar uma dose da vacina contra hepatite B ou HBIG (2X).

Fonte : MS/SESAB –2002

Quadro 2. – Recomendações para Hepatite C

SOLICITANTE	RES. EXAME	REPERCUSSÃO DO RESULTADO DO EXAME	CONDUTA
FONTE	ANTI- HCV NEGATIVO	Não existe riscos de contaminação do profissional pelo acidente	Reforçar medidas de prevenção de acidentes com perfuro-cortante.
	ANTI- HCV POSITIVO	Existe risco de contaminação do profissional pelo acidente	*Estar ciente da possível contaminação. *Acompanhamento Sorológico por 6 m. *Dosar TGP no momento, nas 6ª e 12ª semanas e no 6º mês.
ACIDENTADO	ANTI-HCV NEGATIVO	Profissional não estava contaminado	*Aguardar resultado da fonte desconhecida  * Repetir exame após 6 semanas se fonte desconhecida .
	ANTI-HCV POSITIVO	Já estava contaminado	*Orientar procurar gastroenterologista, ou clínico geral.

## RECOMENDAÇÕES PARA HIV.

SOLICITANTE	RESUL. EXAME	REPERCUSSÃO DO RESULTADO DO EXAME	CONDUTA
FONTE	ANTI-HIV NEGATIVO	Baixo risco de contaminação porém considerar janela imunológica.	Aconselhar a realização da sorologia
	ANTI-HIV POSITIVO ou SE FONTE DESCONHECIDA	Existe risco de contaminação do profissional acidentado considerando: 1- Profundidade da lesão 2- Característica do perfuro-cortante 3-Intervalo de tempo entre o uso do instrumento e a ocorrência do acidente 4-Intervalo de tempo entre o acidente a notificação do mesmo.	*Iniciar uso de ANTI-RETROVIRAL imediatamente no profissional acidentado, até 2h após o acidente.  *Realizar sorologia do profissional através do teste rápido  *Considerar janela imunológica do profissional acidentado  *Avaliar conduta conforme resultado do exame do profissional e acompanhá-lo por 6 e 12 semanas e 6 meses
ACIDENTADO	ANTI - HIV NEGATIVO	Baixo risco de contaminação Porém considerar janela imunológica.	Aconselhar a realização da sorologia.
	ANTI HIV NEGATIVO	Considerar Janela Imunológica, risco de contaminação a depender da fonte e característica do acidente.	* Avaliar conduta conforme resultado do exame do profissional e acompanhá-lo nas 6º e 12º semanas e no 6º mês.
	ANTI - HIV POSITIVO	Caracteriza contaminação prévia	Orientar, Procurar *Serviço de referência em DST/HIV/AIDS do município.

Fonte : MS/SESAB – 2002

## **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

- 1 – Recomenda-se a realização de testes HBs ag (teste rápido), quando não houver possibilidade de liberação rápida do teste ELISA, com o objetivo de evitar a administração desnecessária da Imunoglobulina humana.
- 2 – É importante que o profissional esteja com condição vacinal completa para Hepatite –B (3 doses) e com resultado da empresa vacinal (TITULAÇÃO ANTI-HBs com resultado maior que 10mUI/ml).
- 3 – Os acidentes por instrumentos perfuro-cortantes são considerados como riscos ocupacionais de categoria profissional que manipula estes instrumentos em suas atividades sendo necessário o uso adequado dos EPI's bem como a notificação do acidente. Não reencapar agulhas.
- 4 – Os instrumentos perfuro-cortantes devem estar o mais visível possível quando em uso e ser desprezado imediatamente após utilizado, respeitando o limite indicado nas caixas de descarte.
- 5 – Todo profissional com esquema vacinal Anti-Hbs completo, deve realizar a titulação ANTI-HBs, exame que indica a resposta vacinal.
- 6 - Observar o limite de capacidade de caixa de perfuro-cortante.
- 7 – O acidente por perfuro –cortantes é considerado acidente de trabalho, portanto previna-se e quando mesmo assim o acidente ocorrer, **NOTIFIQUE!**
- 8 – Não entortar, quebrar ou curvar as agulhas.
- 9 – Não deixar os materiais perfuro-cortante (memoestério) em qualquer lugar.

## **CONDUTA**

- Lavar imediatamente o local com água e sabão e consulta com o médico plantonista.
- Preencher formulário de acidentes
- Comunicar a coordenação e enfermagem e CCIH
- Investigação do acidente (risco de exposição)
- Tipo de material biológico envolvido/gravidade e tipo de exposição, identificação ou não do paciente fonte e de sua condição sorológica Anti-Hiv e as condições clínicas, imunológicas e laboratoriais do paciente-fonte identificado como infectado pelo HIV/AIDS.

Jequié, 19 de maio de 2008

**CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**  
Período: 08 a 26/05/08

1. Renata Amorim Galoques
2. Sanyonara Noqueiro Santos
3. Waldelies Rosa dos Anjos Santos
4. Maria Rosa Souza Silva
5. ~~\_\_\_\_\_~~
6. Rosely Silva dos Santos
7. Maria Silva dos Santos
8. Priscila Maria Maxarunhas
9. Jureci dos Santos Dias
10. Jucimilton Mota Dias
11. Rosena Fereira Santos
12. Moana Ferreira
13. Edlma A. Lago Silva
14. Valdete do Silve Almeida
15. Norona Silva de Hoop
16. Fernandina Souza Albuquerque
17. ~~\_\_\_\_\_~~
18. Vanínia de M. P. Andrade
19. Yvelis Almeida dos Santos



Jequié, 15 de maio de 2008

**CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Período: 08 a 26/05/08

1. Maria Rosa Souza Silva
2. Morcello Ferreira Frazz
3. Danielly Alves da Silva
4. Isacildo Gumbá Mendes
5. Burilca Maria Jilacorembas ✓
6. Rosely Silva dos Santos
7. Marina Silva dos Santos
8. Isarena Peneira Santos ✓
9. Josuelton Leite Dias
10. Juraci dos Santos Dias ✓
11. Waldelice Rosa dos Anjos Santos
12. Raynona Noqueira Santos
13. Renata Amorim Salazar
14. Collete Perimenez Silva
15. Althair Moura
16. Fátima de Souza Silva
17. Ufda Almeida dos Santos
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_



**SUS** Sistema Único de Saúde



Jequié, 12 de maio de 2008

**CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Período: 08 a 26/05/08

1. Rozerto Mattos Barnett
2. Maria Rosa Souza Silva
3. Waldelice Rosa dos Anjos Santos
4. Monaldo Jansen Freire
5. Regely Silva dos Santos
6. Maria Silva dos Santos
7. Priscila Pereira Mascarenhas
8. Wagneria de M. P. Andrade
9. Juraci dos Santos Dias
10. Josuelton Mateus Dias
11. Danielly Alves da Silva
12. Isarena Pereira Santos
13. Ricardo Almeida Pinheiro
14. Edilma A. Lago Silva
15. Luis Regina N. Alves
16. Odete Pinheiro
17. Edilma de Souza Silva
18. Renata Amorim Valasquez
19. Valdete da Silva Mendes



Jequié, 12 de maio de 2008

**CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Período: 08 a 26/05/08

1. Laymona Noqueira Santos
2. Feliana da Silva Oliveira.
3. Ufey Amick dos Santos
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_

Jequié, 08 de maio de 2008

**CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Período: 08 a 26/05/08

1. Joséide S. Oliveira
2. Fátima de Souza Silva
3. Fúscila Neira Mascarenhas ✓
4. Carsten Norimient Libório
5. Donatiana de Moraes Pereira Andrade ✓
6. Monete Mendes Freitas
7. Mourna Ferreira
8. Leimanda Souza Almeida
9. Barbara Pereira Santos ✓
10. Maria Rosa Souza Silva ✓
11. R. L. M. M.
12. Waldelice Rosa dos Anjos Santos
13. Norma Silva da Cruz
14. Valdete da Silva Junqueira
15. Maria Tereza dos Santos
16. Edilene A. Lopes Silva
17. Reineia Santos Fontes
18. Adriana Pereira dos S. Alves
19. Cláudia Regina Nascimento Alves ✓



**SUS**

Sistema  
Único de  
Saúde

Jequié, 08 de maio de 2008

**CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**

Período: 08 a 26/05/08

1. Juliana da Silva Oliveira.
2. Raynora Noqueiro Santos
3. Renata Amorim Salgueiro.
4. Ufés Almeida dos Santos
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_
15. \_\_\_\_\_
16. \_\_\_\_\_
17. \_\_\_\_\_
18. \_\_\_\_\_
19. \_\_\_\_\_



**SUS** Sistema  
Único de  
Saúde

