



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

PAULA CRISTINA SOUZA RIBEIRO

**GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM HOSPITAIS
ESTADUAIS DE SALVADOR-BAHIA E REGIÃO METROPOLITANA: UM
ESTUDO SOBRE AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

**Salvador
2013**

PAULA CRISTINA SOUZA RIBEIRO

**GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM HOSPITAIS
ESTADUAIS DE SALVADOR-BAHIA E REGIÃO METROPOLITANA: UM
ESTUDO SOBRE AS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para obtenção do título de “Mestre em Saúde Coletiva com área de concentração em Vigilância Sanitária”.

Prof^a. Dra. Eliana Auxiliadora Magalhães Costa – Orientadora

**Salvador
2013**

Ficha Catalográfica: Fábio Andrade Gomes - CRB-5/1513

R484g Ribeiro, Paula Cristina Souza
Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde em Hospitais Estaduais de Salvador-Bahia e Região Metropolitana: um estudo sobre as ações da vigilância sanitária / Paula Cristina Souza Ribeiro. – Salvador, 2013.
70 f. : il. ; 22 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Auxiliadora Magalhães Costa.

Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

1. Vigilância sanitária. 2. Resíduos sólidos de serviços de saúde - Gerenciamento. 3. Hospitais. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. II. Título.

CDU: 614.3



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Paula Cristina Souza Ribeiro

“Vigilância Sanitária do Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde: um estudo em hospitais estaduais de Salvador – Bahia e região metropolitana”.

A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 11 de março de 2013

Banca Examinadora:

Eliana Auxiliadora Magalhães Costa

Profa. Eliana Auxiliadora Magalhães Costa - UNEB

Maria Enay Neves Gusmão

Profa. Maria Enay Neves Gusmão - EENF/UFBA

Aída Cristina do Nascimento Silva

Profa. Aída Cristina do Nascimento Silva - ANS/MS

Salvador
2013

À Maria Eduarda e Filipe,
Pelos quais é mais que necessário, progredir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha profunda gratidão, sempre, por tudo!

À minha família, pelo amor, apoio e incentivo.

À Eliana Auxiliadora Magalhães Costa, pela orientação e compreensão ao longo desta caminhada.

À amiga Paula Muniz do Amaral, pelas contribuições para a construção dessa dissertação, e pelo exemplo como pessoa e profissional, ética, dedicada e comprometida com a sua missão.

À Equipe da Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental (COVIAM)/DIVISA, em especial às colegas do VIGIAGUA pela minha ausência nas atividades por conta do Mestrado e à Solange pelo companheirismo.

Às Professoras Aída Costa e Enoy Gusmão por aceitarem participar da banca examinadora e pela gentileza em expressar suas contribuições.

Às amigas Elka Maltez e Marilene Belmonte pelo incentivo para participar da seleção do Mestrado e construção do anteprojeto, e pelo encorajamento durante a trajetória.

Aos colegas do MP VISA pelas agradáveis horas de convivência e pela solidariedade nos momentos de dificuldades.

À Maria Hercília Valladares Souza, à Diretoria da DIVISA e aos técnicos da COVISAN e do NAC, que contribuíram para o alcance dos objetivos deste estudo.

À Sônia Malheiros pelas palavras de incentivo...

À equipe do Centro Colaborador de Vigilância Sanitária do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA pelo aprendizado e pela compreensão com o meu “estado interessante” durante o Mestrado.

A todos que contribuíram de alguma maneira para a concretização deste projeto.

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.

Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

Cora Coralina

RESUMO

Resíduos de Serviços de Saúde (RSS) são aqueles resultantes de atividades desenvolvidas nos estabelecimentos de saúde, sendo classificados como resíduos perigosos em função de suas propriedades físicas, químicas ou infectocontagiosas, pois podem apresentar riscos à saúde pública e ao meio ambiente, quando gerenciados de forma inadequada. Os serviços de saúde são responsáveis pelo gerenciamento de todos os resíduos por eles gerados e por elaborar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS). Compete à Vigilância Sanitária (VISA) orientar e fiscalizar o gerenciamento desses resíduos de acordo com a legislação vigente, bem como analisar o PGRSS. Este estudo objetivou analisar as ações da Vigilância Sanitária do Estado da Bahia (VISA-BA) no controle sanitário dos RSS em hospitais de gestão estadual localizados em Salvador e Região Metropolitana. Para tanto, foi realizado um estudo de caso único na VISA-BA, com abordagem quali-quantitativa, utilizando como estratégias para coleta de dados, a análise dos prontuários dos hospitais arquivados na VISA-BA e entrevistas com técnicos que atuam no controle sanitário dos hospitais. Os resultados apontaram grande oscilação no número de PGRSS analisados entre os anos de 2007 a 2012. Dos 18 hospitais, 16 (89%) possuem PGRSS. Foram realizadas 22 inspeções nestes hospitais nos anos de 2005 a 2011, sendo que em 07 (39%) dos 18 hospitais não havia registro de inspeção neste período. Os relatórios de inspeção e notificações relacionados às inspeções demonstraram que em 18 das 22 inspeções houve registros de não conformidades relacionadas à RSS. Dentre estas, a maior prevalência foi “presença de lixeiras sem tampa e sem pedal”, seguida por “abrigo externo de RSS com problemas”. As entrevistas com os técnicos revelaram: ausência de inspeção para verificar se o que está descrito no PGRSS encaminhado à VISA-BA para análise, é o que está em prática no estabelecimento; número reduzido de técnicos para analisar os PGRSS e falta de articulação entre técnicos que realizam esta atividade e técnicos que fazem inspeção nos serviços de saúde. Mostrou-se necessário aprimorar as ações de orientação aos serviços de saúde sobre RSS, pois há um alto índice de indeferimento dos PGRSS. Da mesma forma, aprimorar a abordagem de RSS nos roteiros de inspeção utilizados e realizar atualizações sobre o tema para os técnicos da VISA-BA, sendo também fundamental o fortalecimento da articulação inter e intrasetorial.

Palavras-chave: Vigilância Sanitária; Resíduos de Serviços de Saúde; Gerenciamento; Hospitais.

ABSTRACT

Waste Health Services (RSS) are those resulting from activities in health establishments, are classified as hazardous waste due to its physical, chemical or infectious, they may present risks to public health and the environment when managed improperly. Health services are responsible for the management of all waste generated by them and to develop the Plan Waste Management of Health Services (PGRSS). Compete for Sanitary Surveillance (VISA) guide and supervise the management of the wastes in accordance with current legislation, as well as analyze the PGRSS. This study aimed to analyze the actions of the Sanitary State of Bahia (BA-VISA) in the sanitary control of the RSS state management in hospitals located in Salvador and the Metropolitan Region. Therefore, we conducted a single case study in VISA-BA, with qualitative and quantitative approach, using as strategies for data collection, analysis of hospital records filed with the VISA-BA and interviews with technicians who work in the sanitary control of hospitals. The results showed wide variation in the number of PGRSS analyzed between the years 2007-2012. Of the 18 hospitals, 16 (89%) have PGRSS. 22 inspections were performed at these hospitals during the years 2005 to 2011, and in 07 (39%) of the 18 hospitals had not record of this inspection period. Inspection reports and notifications related to inspections showed that in 18 of 22 inspections were problems records related to RSS. Among these, the highest prevalence was "the presence of dumpsters without lids and without pedal", followed by "under external RSS problems." The interviews with the coaches revealed: no inspection to verify that what is described in PGRSS forwarded VISA-BA for analysis, is what is in place in the establishment; small number of technicians to analyze PGRSS and lack of coordination between technical performing this activity and that technicians are inspecting the health services. Showed a need to improve actions of guidance to health services about RSS, because there is a high rate of rejection of PGRSS. Likewise, improving the approach to SSR in screenplays inspection and used to perform updates on the topic for technicians VISA-BA, is also essential to strengthen the joint and inter intrasectoral.

Keywords: Health Surveillance. Medical Waste. Hospitals.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Percentual de resíduos gerados em estabelecimentos de saúde.....	18
Quadro 2 - Classificação dos riscos ocupacionais em serviços de saúde.....	20
Quadro 3 - Microrganismos patogênicos presentes nos RSS	20
Quadro 4 - Resumo da cronologia da regulamentação federal no Brasil sobre gestão dos RSS	29
Quadro 5 - Normas da ABNT relacionadas aos RSS.....	31
Quadro 6 - Categorias analítica e operacional	36
Quadro 7 - Situação do PGRSS dos hospitais estaduais de Salvador e Região Metropolitana na VISA-BA. (Salvador, dezembro/ 2012).....	40
Tabela 1 - Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde analisados pela DIVISA. Salvador, 2012.....	38
Tabela 2 - Inspeções sanitárias realizadas nos hospitais estaduais de Salvador e Região Metropolitana entre os anos de 2005 a 2011. (Salvador, dezembro/2012) ...	41
Tabela 3 - Distribuição proporcional das não conformidades no manejo de RSS encontradas nos relatórios de inspeção dos hospitais. (Salvador, dezembro/2012).	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma da VISA-BA.....	33
Figura 2 - Fluxo de análise de PGRSS	46
Figura 3 - Situação de planos de gerenciamento de RSS apresentados à DIVISA em 2012	47
Figura 4 - Instrumentos utilizados pelos técnicos da VISA-BA para nortear as ações de controle sanitário de RSS	49
Figura 5 - Ações adotadas pelos técnicos da VISA - BA em caso de inconformidades sobre RSS em hospitais	51

LISTA DE SIGLAS

ABNT	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS
ABRELPE	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE LIMPEZA PÚBLICA E RESÍDUOS ESPECIAIS
ANVISA	AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
CNEN	COMISSÃO NACIONAL DE ENERGIA NUCLEAR
CNES	CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CONAMA	CONSELHO NACIONAL DE MEIO AMBIENTE
COVISAN	COORDENAÇÃO DE REGULAÇÃO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIRE	DIRETORIAS REGIONAIS DE SAÚDE
DIVISA	DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E AMBIENTAL
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
NAC	NÚCLEO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
PGRSS	PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
RDC	RESOLUÇÃO DA DIRETORIA COLEGIADA
RMS	REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR
RSS	RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE
RSU	RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS
SESAB	SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
SS	SERVIÇOS DE SAÚDE
SUVISA	SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO DA SAÚDE
VISA	VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
3 MARCO REFERENCIAL.....	17
3.1 RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS.....	17
3.2 RISCOS ASSOCIADOS AOS RSS.....	19
3.2.1 Risco Ocupacional.....	19
3.2.2 Risco aos pacientes.....	21
3.2.3 Risco à saúde pública e ao meio ambiente:	22
3.3 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E O GERENCIAMENTO DE RSS	23
3.4 INSTRUMENTOS LEGAIS E NORMATIVOS NA ÁREA DE RSS	27
4 METODOLOGIA.....	32
4.1 O CONTEXTO: O SISTEMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DA BAHIA.....	32
4.2 COLETA DE DADOS.....	33
4.2.1 Análise documental.....	34
4.2.2 Entrevista com informantes-chave.....	36
4.3 ESTRATÉGIA PARA CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	37
4.4 QUESTÕES ÉTICAS.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1 AÇÕES DE VISA-BA PARA CONTROLE SANITÁRIO DOS RSS.....	38
5.1.1 Análise de PGRSS.....	38
5.1.2 Análise documental.....	39
5.1.3 Dados das entrevistas semiestruturadas.....	44
5.3. INFRAESTRUTURA RELACIONADA A RECURSOS HUMANOS	53
6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE.....	61

1 INTRODUÇÃO

O processo de industrialização e o capitalismo levaram a um aumento na concentração da população urbana. Desde então, o modelo de desenvolvimento vigente acarretou a cultura do consumo/descarte, gerando o aumento da produção de resíduos sólidos, tanto em quantidade como em diversidade, com impactos negativos decorrentes de seu lançamento inadequado no ambiente.

Adicionalmente, com o crescimento e a expansão de atividades industriais e de serviços, a deposição de resíduos, especialmente os radioativos, passou a se constituir um sério problema de saúde coletiva em escala planetária. Essa situação torna-se mais grave nos países não desenvolvidos onde o antigo problema do saneamento (água, esgoto e lixo) ainda não foi resolvido (COSTA, 2004).

Diariamente, são coletadas no Brasil entre 180 a 250 mil toneladas de resíduos sólidos urbanos (RSU). A produção de resíduos está em franca ascensão, com crescimento estimado em 7% ao ano, valor bastante superior ao 1% anual observado para o atual crescimento da população urbana no país (IBGE, 2010; ABRELPE, 2010).

Observa-se, entretanto, que boa parte dos resíduos produzidos atualmente não possui destinação sanitária e ambiental adequada. Embora tenha havido progresso nos últimos 20 anos, os resíduos ainda são depositados em vazadouros a céu aberto, os chamados lixões, em mais da metade dos municípios brasileiros (IBGE, 2010).

O descarte incorreto dos resíduos sólidos causa impactos ao meio ambiente e compromete a qualidade do solo, da água e do ar, além de representar riscos à saúde humana, por serem fontes de compostos orgânicos voláteis, pesticidas, solventes e metais pesados, entre outros (GOUVEIA, 2012).

Os RSU são compostos de resíduos oriundos de diversas atividades desenvolvidas nos centros urbanos, entre elas: industriais, de saúde, agricultura, domiciliares, varrição, construção civil, dentre outras.

Os Resíduos de Serviços de Saúde (RSS), mesmo constituindo pequena parcela do total dos resíduos produzidos, são particularmente importantes pelo risco potencial que apresentam, podendo ser fonte de microrganismos patogênicos, cujo manejo inadequado pode causar a disseminação de doenças infectocontagiosas (RISSO, 1993).

Considera-se como RSS aqueles resultantes de atividades exercidas nos estabelecimentos de saúde que, por suas características, necessitam de processos diferenciados em seu manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final (BRASIL, 2004).

A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) 2008 do IBGE (2010), 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. Com relação à destinação final, cerca de 60% 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.

Dados do Relatório Desafio do Lixo (2007) demonstram que dos 326 pontos de disposição de resíduos sólidos analisados em municípios baianos, em 61% havia a presença de RSS expostos (BAHIA, 2007), o que revela um cenário preocupante no Estado.

Os serviços de saúde são os responsáveis pelo gerenciamento de todos os resíduos por eles gerados e pela elaboração de um Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS) em atendimento às normas e exigências legais.

Por apresentar um grande número de fatores de risco à saúde pública e ao meio ambiente, o gerenciamento dos RSS exige a atuação dos órgãos de proteção ambiental e sanitária em diversas ações como regulamentação e fiscalização, sendo, portanto, um dos objetos de regulação da Vigilância Sanitária (VISA).

Para a atuação da Vigilância Sanitária, a legislação é um dos principais instrumentos utilizados para controle sanitário de RSS. Atualmente está vigente a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA nº 306/2004, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de RSS. Esta define que compete à Vigilância Sanitária orientar e fiscalizar essa ação, bem como o recebimento do Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), juntamente com o Projeto Básico de Arquitetura, quando da solicitação do alvará sanitário para os serviços novos ou submetidos a reformas ou ampliação.

Na área ambiental, a norma reguladora é a Resolução CONAMA nº 358/05 (BRASIL, 2005) que 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.

A RDC ANVISA nº 306/04 e a Resolução CONAMA nº 358/05 versam consensualmente 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 o eixo principal (BRASIL, 2004; 2005).

Na Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o PGRSS é um documento que faz parte do processo de licenciamento sanitário. Este deve descrever as ações relativas ao seu manejo, desde a geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem, tratamento até a disposição final, bem como a proteção à saúde pública e ao meio ambiente (BRASIL, 2011).

Os técnicos da DIVISA realizam a análise do PGRSS; quando em conformidade com as normativas regulatórias é deferido e quando em conformidade parcial ou em desacordo com as normativas é indeferido e devolvido ao serviço de saúde para que sejam feitas as devidas alterações.

Estes técnicos também realizam ações de fiscalização sanitária em serviços de saúde, incluindo os hospitais de gestão estadual e o gerenciamento dos RSS deve ser um dos aspectos observados durante a fiscalização. Faz-se necessário, então, aprofundar o conhecimento sobre quais as ações são realizadas para controle sanitário dos RSS, bem como o resultado dessas ações nesse caso, nos hospitais de gestão estadual localizados em Salvador e Região Metropolitana.

Ratificando as observações acima descritas, Machado e Moraes (2004) afirmam que no que se refere aos resíduos sólidos de serviços de saúde (RSSS), verifica-se ainda uma ausência de orientação técnico-científica consolidada, onde as discussões sobre os riscos potenciais, bem como as possibilidades de manejo e tratamento dessa categoria de resíduos são entrecortadas por estereótipos, com escassa disponibilidade de dados e informações com rigor científico, especialmente no que tange à forma de tratamento e destinação final.

Tomando como base as três ações principais da Vigilância Sanitária no controle sanitário dos RSS, definidas na RDC ANVISA 306/04, que são análise do PGRSS, orientação e fiscalização para o cumprimento desta RDC, este estudo busca responder a seguinte questão: **como a Vigilância Sanitária do Estado da**

Bahia desenvolve suas atividades de controle sanitário dos RSS nos hospitais estaduais de Salvador e região metropolitana?

Este trabalho é de grande relevância dada à especificidade da abordagem de RSS e o controle sanitário exercido no Estado da Bahia, revelando as ações desse controle, tema inovador nos estudos destes resíduos no Brasil. Várias contribuições serão advindas da realização deste trabalho; entre elas destaca-se o conhecimento da política estadual da Vigilância Sanitária do Estado da Bahia para o controle sanitário de RSS de hospitais de gestão estadual, bem como a situação da análise de Planos de Gerenciamento de RSS dessas instituições pela VISA-BA.

Além disto, a autora tem interesse especial em trabalhar com a temática de resíduos sólidos por atuar na área de vigilância em saúde ambiental, definida como

um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos à saúde (BRASIL, 1990).

Dessa maneira, o estudo sobre RSS contribuirá para o conhecimento sobre o tema e possivelmente acarretará melhorias na atuação da instituição acerca desta questão.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações da Vigilância Sanitária do Estado da Bahia no controle sanitário dos RSS em hospitais de gestão estadual localizados em Salvador e Região Metropolitana.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as atividades desenvolvidas pela VISA-BA no controle sanitário dos RSS em hospitais de gestão estadual localizados em Salvador e Região Metropolitana;
- Identificar as tecnologias de intervenção utilizadas pela VISA estadual para o controle sanitário dos RSS.

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: DEFINIÇÕES E CARACTERÍSTICAS

Até o final da década de 80, os resíduos gerados nos serviços de saúde eram denominados “lixo hospitalar”, termo utilizado até pouco tempo, quando foi substituído por “resíduos de serviços de saúde”.

De acordo com Risso (1993), a evolução sofrida pela terminologia com o passar do tempo e com o amadurecimento da questão denota que, inicialmente, os resíduos chamados de resíduos hospitalares e a designação sólidos, era usada quando se desejava limitar o estudo da parcela sólida dos resíduos dentro das instalações hospitalares. A denominação “resíduos de serviços de saúde” foi considerando os resíduos dos mais diversos estabelecimentos de assistência à saúde e também por incluir não apenas a fração sólida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define os RSS como o fluxo total de resíduos gerados pelos serviços de atenção à saúde humana ou animal, incluídos aqueles gerados em sistema de *Home care* (WHO, 2007).

As regulamentações brasileiras atuais – RDC ANVISA 306/04 e Resolução CONAMA 358/05 – em harmonia, definem os RSS (RSS) como

aqueles gerados nos 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 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 (BRASIL, 2004; 2005).

Os RSS são classificados como “resíduos Classe I – perigosos”, de acordo com a NBR 10004:2004 (ABNT, 2004), por apresentarem características que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou infectocontagiosas (inflamabilidade, corrosividade, toxicidade, reatividade e patogenicidade), podem apresentar risco à saúde pública, provocando mortalidade, incidência de doenças ou acentuando seus índices e riscos ao meio ambiente, quando o resíduo for gerenciado de forma inadequada.

Levando-se em consideração a natureza variada de sua composição e os riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, a legislação brasileira classifica os RSS em cinco grupos (BRASIL, 2004):

Grupo A - Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção;

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.

GRUPO C - Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

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

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, placas de Petri) e outros similares.

Para a OMS, os RSS têm merecido atenção particular por apresentarem uma fração considerada perigosa de aproximadamente 20% do total de resíduos gerados nos serviços de saúde, como pode ser verificado no quadro 1. A fração perigosa se refere ao subproduto que pode estar contaminado com microrganismo infectante, ser tóxico ou radioativo e que, por uma questão de biossegurança, deve ser tratado de forma diferenciada e atender às recomendações impostas por regulamentos técnicos e dispositivos legais (WHO, 2007).

Quadro 1 - Percentual de resíduos gerados em estabelecimentos de saúde

Resíduos não-infecciosos	80%
Resíduos patológicos e resíduos infecciosos	15%
Resíduos perfurocortantes	1%
Resíduos químicos ou farmacêuticos	3%
Cilindros pressurizados, termômetros quebrados	- de 1%

Fonte: OMS, 2007.

3.2 RISCOS ASSOCIADOS AOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Para a Vigilância Sanitária (VISA), o risco é o fio condutor que orienta suas práticas sobre cada um dos objetos e/ou processos sob sua responsabilidade. Como se trata de um termo polissêmico, o conceito de risco que mais se adequa às práticas de VISA é o de risco potencial, que diz respeito à possibilidade de ocorrência de um agravo à saúde, sem necessariamente descrever o agravo e sua probabilidade de ocorrência. É um conceito que expressa o juízo de valor sobre exposição em potencial a um possível risco (LEITE; NAVARRO, 2009).

Na prestação de serviços – direta ou indiretamente relacionados com a saúde – são gerados riscos, potencialmente multiplicados pelo uso concomitante de várias tecnologias em ambiente exposto a diversos fatores de risco, devendo-se igualmente lembrar os potenciais efeitos nocivos dos seus resíduos se não forem adequadamente tratados (COSTA, 2004).

Os danos à saúde provenientes do manejo inadequado dos RSS podem afetar tanto os trabalhadores e pacientes, no ambiente interno onde são produzidos, quanto a população externa – os catadores de resíduos sólidos e a sociedade em geral.

De acordo com Bidone (2001), os RSS são fontes potenciais de disseminação de doenças, podendo oferecer perigo tanto para a equipe de trabalhadores dos estabelecimentos de saúde (risco ocupacional) e para os pacientes, quanto para os envolvidos na sua gestão.

3.2.1 Risco Ocupacional

O Ministério do Trabalho e Emprego, através de suas Normas Regulamentadoras (NR) classifica os riscos no ambiente de trabalho. Eles estão definidos nas Portaria 3.214/78 e Portaria nº 485 de 11 de novembro de 2005, que aprova a Norma Regulamentadora nº 32 sobre Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde. São cinco os principais riscos existentes, conforme quadro 2.

Quadro 2 - Classificação dos riscos ocupacionais em serviços de saúde

RISCOS OCUPACIONAIS EM SERVIÇOS DE SAÚDE
Risco Biológico: probabilidade da exposição ocupacional a agentes biológicos (microrganismos, geneticamente modificados ou não; culturas de células; parasitas; toxinas; príons) (NR - 09)
Risco Químico: exposição dos profissionais a agentes químicos, como poeiras, névoas, vapores, gases, mercúrio, produtos químicos em geral e outros. (NR - 09 e NR - 15)
Risco Físico: exposição dos profissionais a agentes físicos como, por exemplo, a temperaturas extremas durante o abastecimento manual das unidades de tratamento térmico, radiação ionizante e não ionizante, ultrassom, infrassom, ruído, vibração, iluminação deficiente ou excessiva e umidade (NR - 09 e NR - 15)
Risco Ergonômico: elementos físicos e organizacionais que interferem no conforto da atividade laboral e conseqüentemente, nas características psicofisiológicas do trabalhador, dentre elas: mobiliário e equipamentos inadequados, layout inadequado, existência de esforços repetitivos, assédio moral, entre outros. (NR - 17)
Risco de Acidentes: exposição da equipe a agentes mecânicos ou que propiciem acidentes. Além dos riscos físicos, químicos e biológicos, os principais riscos de acidentes são: arranjo físico, eletricidade, máquinas e equipamentos, incêndio/explosão, ferramentas etc.

Fonte: Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego

Os trabalhadores de saúde são os principais afetados pelo manejo inadequado dos RSS. Falhas no acondicionamento e segregação inadequada dos materiais perfurocortantes e escarificantes, aliados à falta de utilização de proteção mecânica para evitar acidentes, são os responsáveis pela maior quantidade de acidentes em estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2002). No Quadro 3 podem ser observadas algumas doenças relacionadas aos microrganismos patogênicos presentes nos RSS.

Quadro 3 - Microrganismos patogênicos presentes nos RSS

MICROORGANISMOS PATOGÊNICOS PRESENTES NOS RSS	
Grupo de microrganismos	Doenças
Bactérias	
<i>Escherichia coli</i>	Infecções do trato urinário
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	Infecção respiratória, urogenital e de ferimentos
<i>Clostridium sp. (exceto perfringens)</i>	Botulismo, tétano, gangrena gasosa
Enterococos	Infecções urinárias
<i>Staphylococcus aureus</i>	Pneumonia, septicemia, furúnculo, carbúnculo
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Tuberculose
Vírus	
Hepatite A	Inflamação do fígado
Hepatite B	Inflamação do fígado

Fonte: Adaptado de Silva *et.al.*, 2002.

Estudo realizado no âmbito da OMS, por meio do projeto *Global Burden of Disease* (WHO, 2002), identificou que regiões de países em desenvolvimento apresentavam de 40% a 65% das infecções pelo vírus da hepatite B (VHB) e da hepatite C (VHC), em estabelecimentos de assistência à saúde, atribuíveis à exposição percutânea (acidentes com perfurocortantes) ocupacional (WHO, 2002).

A edição de outubro de 2011 do Boletim Epidemiológico do Centro Colaborador em Vigilância dos Acidentes de Trabalho da Universidade Federal da Bahia (FUNDACENTRO, 2011) revela que as notificações de acidentes de trabalho com exposição potencial a material biológico (AT-Bio) estão se elevando, sendo que a principal causa de AT-Bio entre as mulheres é o descarte inadequado de material perfurocortante na bancada, leito hospitalar, entre outros. Dentre os homens, a principal causa foi o descarte de perfurocortantes em sacos de lixo. Além dos trabalhadores dos serviços de saúde, também os catadores de resíduos sólidos podem ser vítimas de acidentes quando esses materiais são lançados inadequadamente em lixões.

3.2.2 Risco aos pacientes

De acordo com o Manual REFORSUS (BRASIL, 2001), o manejo inadequado dos resíduos é responsável direta ou indiretamente por 10% das enfermidades adquiridas pelos pacientes durante o internamento.

Bidone (2001) acrescenta que, em relação à infecção hospitalar, 50% dos riscos de infecção podem ser relativos ao desequilíbrio da flora bacteriana do corpo do paciente e ao estresse decorrente do meio em que está internado; 30% relativos ao despreparo dos profissionais; 10% relativos às instalações físicas inadequadas e 10% relativos ao mau gerenciamento dos resíduos.

Além de riscos para a saúde derivados do contato direto, indiretamente os resíduos de saúde podem afetar negativamente a saúde humana, contaminando corpos d'água, solos e poluir o ar através de emissões de gases altamente tóxicos durante a incineração. Quando os resíduos são depositados em valas, sem as devidas precauções para a impermeabilização ou muito próximas a fontes de água, corpos d'água podem ser contaminados.

3.2.3 Risco à saúde pública e ao meio ambiente:

Os vários impactos ambientais decorrentes das diferentes formas de disposição de resíduos sólidos oferecem riscos importantes à saúde humana. Sua disposição no solo, em lixões ou aterros, por exemplo, constitui uma importante fonte de exposição humana a várias substâncias tóxicas. As principais rotas de exposição a esses contaminantes são a dispersão do solo e do ar contaminado, a lixiviação e a percolagem do chorume. O último pode ocorrer não apenas enquanto o lixão ou o aterro está em funcionamento, mas também depois de sua desativação, uma vez que os produtos orgânicos continuam a degradar.

Estudos têm indicado que áreas próximas a aterros apresentam níveis elevados de compostos orgânicos e metais pesados, e que populações residentes nas proximidades desses locais apresentam níveis elevados desses compostos no sangue. Assim, esses depósitos de resíduos sólidos constituem em potenciais fontes de exposição para populações, tendo sido relatado riscos aumentados para diversos tipos de câncer, anomalias congênitas, baixo peso ao nascer, abortos e mortes neonatais nessas e em populações vizinhas a esses locais (GOUVEIA, 2012).

Se os resíduos de saúde são queimados a céu aberto ou em um incinerador sem controle de emissão (que é o caso na maioria dos incineradores nos países em desenvolvimento), dioxinas, furanos e outras substâncias tóxicas poluentes do ar podem ser produzidas. Isso poderia causar doenças grave em pessoas que inalam o ar. Ao selecionar um método de tratamento e ou disposição para RSS, a viabilidade ambiental é, portanto, um critério crucial (WHO, 2007).

A disposição inadequada desses resíduos exerce influência também na transmissão de doenças relacionadas aos vetores como moscas, mosquitos, baratas e roedores que encontram as condições adequadas para sua proliferação.

Além desses fatores, na avaliação dos riscos potenciais dos 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. O resultado desse 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 (BRASIL, 2007).

3.3 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA E O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A Vigilância Sanitária (VISA) é definida na Lei 8080/90 como “um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir, ou prevenir risco 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” (BRASIL, 1990). Ela tem um papel fundamental no controle dos riscos associados aos resíduos gerados nos serviços de saúde.

As práticas de Vigilância Sanitária se estabelecem com base no conceito de risco como possibilidade, perigo potencial ou ameaça de dano ou agravo (COSTA, 2003). Na estruturação das práticas de vigilância sanitária, o risco aparece como elemento básico necessário para a tomada de decisões, levando em consideração os limites e incertezas inerentes à utilização das medidas de avaliação, com a finalidade de atender à necessidade e demanda dos problemas e estratégias de intervenção (CZERESNIA, 2001).

Compete-lhe avaliar riscos e executar um conjunto de ações para prevenir, minimizar e eliminar riscos à saúde, bem como estabelecer regulamentos técnico-sanitários e fazer cumprir estes e as normas jurídicas, que fixam as regras para os comportamentos relacionados com os objetos sob vigilância sanitária (COSTA, 2009).

De acordo com Piovesan (2002), a concepção de Vigilância Sanitária foi sendo ampliada no decorrer do tempo, de forma que abrangesse a multiplicidade de objetos e instrumentos cada vez mais complexos para a realização de seus objetivos. Assim, Vigilância Sanitária pode ser compreendida, hoje, como um conjunto integrado de ações legais, técnicas, educacionais, informativas, de pesquisa e de fiscalização, que exerce o controle sanitário das atividades, dos serviços e da cadeia de produção e de consumo, de potencial risco à saúde e ao meio ambiente, visando à proteção e promoção da saúde da população.

Para essa autora, a noção de controle sanitário é estreitamente relacionada à noção de cidadania, ou seja, direitos, deveres e fortalecimento da capacidade de discernimento da população. Também é estreitamente vinculada à construção de credibilidade social para que possa fazer frente aos interesses que contraria. Esta resulta de uma concepção não excludente de cidadania, especialmente no Brasil,

onde a profunda desigualdade social tem permitido grandes disparidades na formulação e na aplicação das normas, bem como na aceitação destas por parte da população (PIOVESAN, 2002).

Lucchese (2001) afirma que, no panorama atual, a vigilância sanitária exerce função regulatória, entendida como a competência de definir e estabelecer regulamentos próprios ao controle do risco sanitário, bem como a de atuar para o seu cumprimento.

Para o controle de riscos e exercício do poder de polícia, a vigilância sanitária aciona um conjunto de tecnologias de intervenção ou instrumentos de ação, sendo os principais: a legislação (normas jurídicas e técnicas), a fiscalização, a inspeção, o monitoramento, o laboratório, a vigilância de eventos adversos e outros agravos, a pesquisa epidemiológica, de laboratório e outras modalidades, e as ações em torno da informação, comunicação e educação para a saúde (COSTA, 2009).

O termo controle é empregado comumente para ações sanitárias sobre pessoas, atividades, substâncias, produtos, serviços e órgãos, para que estes não se desviem de normas pré-estabelecidas. E também para designar ações sobre doenças e agravos, agentes nocivos ao homem – causadores de doenças e prejuízos econômicos nas atividades produtivas, a fim de que suas frequências não se desviem da normalidade. No campo da Vigilância Sanitária, controle e fiscalização se confundem. Mas controle é mais amplo, pois inclui a fiscalização e se estende desde a regulamentação até ações educativas e de informação ao consumidor (COSTA; ROZENFELD, 2005).

De acordo com Costa (2003, p. 360)

a fiscalização sanitária é um dos momentos de concreção do exercício do poder que detém o Estado para aceitar ou recusar produtos ou serviços sob o controle da Saúde Pública e para intervir em situações de risco à saúde. A fiscalização verifica o cumprimento das normas estabelecidas para garantir a proteção da saúde. Além da verificação dos requisitos legais e técnicos para o exercício da atividade, a fiscalização visa a identificar por meio da *inspeção*, falhas no processo.

A inspeção sanitária é uma prática de observação sistemática orientada por conhecimento técnico-científico, destinada a examinar as condições sanitárias de estabelecimentos, processos, produtos, meios de transporte, ambientes e sua conformidade com padrões e requisitos da Saúde Pública que visam à proteção da

saúde individual e coletiva (COSTA, 2003).

A autora acima referida cita ainda que os profissionais e autoridades de vigilância sanitária dispõem de poder para aplicar as medidas necessárias, sejam preventivas ou repressivas, com imposição de sanções pela inobservância das normas de proteção da saúde.

As ações de VISA nos serviços direta ou indiretamente relacionados com a saúde devem proteger a saúde das pessoas contra iatrogenias – doenças relacionadas com os serviços de saúde – que podem atingir não só usuários e trabalhadores de saúde, como os circunstantes. Também devem proteger o ambiente e a saúde humana de externalidades negativas resultantes do processo de produção de serviços, relacionadas aos RSS, tais como produtos químicos, materiais perfurocortantes e outros potencialmente infectantes, rejeitos radioativos etc., que necessitam de gerenciamento e deposição adequados (COSTA, 2003).

Os elementos que compõem o processo de trabalho em vigilância sanitária podem ser sistematizados, com base na teoria do processo de trabalho e a partir das premissas adotadas da seguinte maneira: “Objeto de trabalho”: produtos, serviços, processos e ambientes de interesse da saúde; “Meios de trabalho”: instrumentos materiais, normas técnicas e jurídicas e saberes mobilizados para a realização do trabalho de controle sanitário; “Agentes do trabalho”: funcionários do Estado que atuam no aparato institucional da vigilância sanitária; “Produto do trabalho”: controle de riscos reais e potenciais sobre produtos, serviços, processos e ambientes de interesse da saúde; “Finalidade do trabalho”: proteção e defesa da Saúde Coletiva (SOUZA, 2007).

Alguns dos objetos de trabalho da VISA são: medicamentos; alimentos; equipamentos e materiais médico-hospitalares; saneantes; cosméticos, serviços de saúde, incluindo-se os resíduos produzidos, entre outros.

Dentre os meios de trabalho para a atuação da VISA, em especial para o controle sanitário de RSS, destaca-se a legislação. A principal legislação sanitária na área de RSS é a RDC 306/04, a qual estabelece que

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, e estes órgãos poderão estabelecer normas de caráter supletivo ou complementar, a fim de adequar este Regulamento Técnico às especificidades locais.

A RDC ANVISA nº 306/04 concentra sua regulação no manejo dos RSS no ambiente interno – controle dos processos de segregação, acondicionamento, armazenamento, transporte, coleta, tratamento e disposição final. Estabelece ainda procedimentos operacionais em função dos riscos envolvidos e concentra seu controle na inspeção dos serviços de saúde.

O gerenciamento de resíduos 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, à preservação da saúde pública, 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 dos RSS (BRASIL, 2004).

O gerenciamento associado aos conceitos de planejamento e controle age na prevenção e na correção de situações após o dano, e pressupõe, no caso da gestão dos RSS, uma ação conjunta que envolve responsabilidades da sociedade, dos estabelecimentos geradores e do poder público (MACHADO, 2002).

Segundo Schneider *et al.* (2001), o gerenciamento é tido como um instrumento capaz de minimizar ou até mesmo de impedir os efeitos adversos causados pelos RSS, do ponto de vista sanitário, ambiental e ocupacional, sempre que realizado racional e adequadamente.

O instrumento que disciplina e orienta o gerenciamento dos resíduos em um serviço de saúde é o Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), definido pela RDC ANVISA nº 306/04 como

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, contemplando assim as etapas do gerenciamento intra e extra estabelecimento de saúde.

Assim, a atuação da VISA, na análise e verificação do cumprimento do PGRSS pelos serviços de saúde, é uma etapa importante no processo de trabalho de controle sanitário de RSS, não excluindo as ações de informação, comunicação e educação a respeito dos RSS para os serviços de saúde e a comunidade em geral.

3.4 INSTRUMENTOS LEGAIS E NORMATIVOS NA ÁREA DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O Brasil é signatário de acordos internacionais nas áreas de saúde e meio ambiente, que incidem sobre o controle de RSS, e minimamente a gestão desses resíduos deve se pautar pelos seguintes princípios: *princípio da responsabilidade institucional*, pois a organização que gera o resíduo tem o dever de eliminá-lo de forma segura; *princípio do poluidor pagador*, entendendo que quem produz o resíduo é jurídica e financeiramente responsável pela segurança do manuseio e eliminação do mesmo; *princípio da precaução* – adverte que a parcela dos RSS considerada perigosa deve assim ser classificada até que seja demonstrada que é segura; *princípio da proximidade* – recomenda que o tratamento e eliminação de resíduos perigosos devem ser realizados em local mais próximo possível da fonte geradora (WHO, 2007).

A Constituição Federal do Brasil de 1988 estabeleceu as atribuições do Poder Público em relação às questões de saúde e do meio ambiente impondo, nos capítulos relativos aos temas, a necessidade da promoção da saúde de forma integrada com a proteção do meio ambiente (FARIAS, 2005).

A saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, art. 196).

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (Constituição Federal, art. 200).

Historicamente, a área ambiental, por meio do Conselho Nacional de Meio Ambiente (CONAMA), regulamentava, na esfera federal, os processos relacionados ao gerenciamento de resíduos sólidos, incluindo os RSS (BRASIL, 2004).

Com a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), pela Lei 9782/99, a saúde passa a fazer parte do sistema regulador dos resíduos gerados nos serviços de saúde.

O enfoque de gerenciamento de riscos introduzido pela ANVISA, como decorrência do seu próprio processo de trabalho, resultou na demanda de uma ação

de harmonização entre as regulamentações federais da área ambiental e da vigilância sanitária.

A inserção da ANVISA nas discussões sobre os RSS e o encerramento dos trabalhos da Câmara Técnica de Saúde, Saneamento Ambiental e Gestão de Resíduos do CONAMA, levaram à revisão da Resolução CONAMA nº 283/01 que dispunha sobre tratamento e destinação final de RSS. A partir daí, foi instituído um grupo de trabalho que promoveu várias reuniões com a presença de representantes da Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública (ABRELPE), juntamente com a comunidade técnico-científica capacitada para contribuir, representada por membros de órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente, entidades representativas de serviços de saúde e centros de excelência (RDC 306/04).

A primeira ação da ANVISA em relação aos RSS foi a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 33/03 que foi revogada, por refletir uma visão ainda superficial desta Agência sobre o assunto, enfocando apenas o ambiente intra-hospitalar.

Após extenso trabalho de revisão da legislação federal em relação ao tema dos RSS, a ANVISA e o CONAMA republicaram suas respectivas regulamentações vigentes no momento e através de um processo de harmonização entre esses dois órgãos foi publicada a RDC ANVISA nº306/04 que aprova o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de RSS e a Resolução CONAMA nº 358/05 que adota a mesma classificação da RDC ANVISA nº 306/04 e dispõe sobre o tratamento e disposição final dos RSS. Essas duas normas representam atualmente o arcabouço jurídico *específico* para atuação na área de gerenciamento de RSS no país.

Em 02 de agosto de 2010, foi criada a Política Nacional de Resíduos Sólidos através da Lei nº 12.305 e regulamentada pelo Decreto nº 7.404 de 23 de dezembro de 2010.

De acordo com a Lei nº 12.305/2010, os geradores de RSS estão sujeitos à elaboração do plano de gerenciamento de resíduos, observando as normas específicas estabelecidas pelos órgãos do Sistema Nacional de Meio Ambiente (SISNAMA), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (SUASA) e, se houver, plano municipal de gestão integrada de resíduos sólidos.

O quadro 4 traz um resumo da regulamentação federal no Brasil relacionada à gestão dos RSS, bem como a situação atual de cada regulamento.

Quadro 4 - Resumo da cronologia da regulamentação federal no Brasil sobre gestão dos RSS

Regulamentação Federal	Órgão Responsável	Ementa	Situação
Portaria nº 53 de 01/03/1979	MINTER	Obriga o uso de incineração para RSS	Revogada
Resolução CNEN nº19 de 17/12/1985 (NE-6.05)	CNEN	Dispõe sobre o gerenciamento de rejeitos radioativos	Alterada pela NE 6.06 e NE 6.09
Resolução nº 6 de 15/06/1988	CONAMA	Dispõe sobre o licenciamento de obras de resíduos industriais perigosos	Revogada pela Resolução nº 313, de 2002.
Resolução nº 13 de 14/09/1989	CONAMA	Dispõe sobre a competência da Câmara Técnica para acompanhamento e análise do destino final do lixo radioativo produzido no país.	Revogada pela Resolução nº 03, de 1991.
Resolução nº 1 de 25/04/1991	CONAMA	Dispõe sobre a criação de Câmara Técnica para elaboração de proposta de alteração da Portaria MINTER nº 53/79	Finalidade Cumprida
Resolução nº 6 de 19/09/1991	CONAMA	Dispõe sobre a incineração de resíduos sólidos provenientes de estabelecimentos de saúde, portos e aeroportos	Vigente
Resolução nº 5 de 05/08/1993	CONAMA	Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos sólidos gerados nos portos, aeroportos, terminais ferroviários e rodoviários	Alterada pela Resolução nº 358, de 2005
Resolução nº 23 de 12/12/1996	CONAMA	Regulamenta a importação e uso de resíduos perigosos	Alterada pelas Resoluções nº 235, de 1998, e nº 244, de 1998.
Resolução nº 237 de 19/12/1997	CONAMA	Regulamenta os aspectos de licenciamento ambiental estabelecidos na Política Nacional do Meio Ambiente	Vigente
Resolução nº 257 de 30/06/1999	CONAMA	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	Revogada pela Resolução nº 401, de 2008
Resolução nº 263 de 12/11/1999	CONAMA	Modifica o Artigo 6º da Resolução nº 257/99	Revogada pela Resolução nº 401, de 2008
Resolução nº 275 de 25/04/2001	CONAMA	Estabelece código de cores para diferentes tipos de resíduos na coleta seletiva	Vigente
Resolução nº 283 de 12/07/2001	CONAMA	Dispõe sobre o tratamento e a destinação final dos resíduos dos serviços de saúde	Revogada pela Resolução nº 358, de 2005
Resolução nº 316 de 29/10/2002	CONAMA	Dispõe sobre procedimentos e critérios para o funcionamento de sistemas de tratamento térmico de resíduos	Alterada pela Resolução nº 386, de 2006
RDC nº 305 de	ANVISA	Proíbe, em todo o território	Vigente

14/11/2002		nacional, enquanto persistirem as condições que configurem risco à saúde, o ingresso e a comercialização de matéria-prima e produtos acabados, semielaborados 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.	
RDC nº 33 de 25/02/2003	ANVISA	Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de RSS	Revogada
RDC nº 306 de 07/12/2004	ANVISA	Dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de RSS	Vigente
Resolução nº 358 de 29/04/2005	CONAMA	Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde	Vigente
Lei nº 12.305 de 02/08/2010, regulamentada pelo Decreto nº 7.404	Ministério do Meio Ambiente	Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos	Vigente

FONTE: CONAMA, ANVISA (elaborada pela autora)

As sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente estão previstas na Lei de Crimes Ambientais (Lei nº 9.605 de 12 de fevereiro de 1998) que considera crime causar poluição de qualquer natureza em níveis tais que resultem ou possam resultar em danos à saúde humana, ou que provoquem a mortandade de animais ou a destruição significativa da flora (Art. 54), penaliza o lançamento de resíduos sólidos, líquidos ou gasosos, ou detritos, óleos ou substâncias oleosas, em desacordo com as exigências estabelecidas em leis ou regulamentos (Art. 54, inciso V) e ainda penaliza quem deixar de adotar, quando assim o exigir a autoridade competente, medidas de precaução em caso de risco de dano ambiental grave ou irreversível (Art. 54, § 3º).

No âmbito da ANVISA, as sanções e penalidades são previstas na Lei nº 6.437 de 20 de agosto de 1977 que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

Nesse contexto normativo, a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) possui várias normas sobre RSS, que orientam as resoluções publicadas pelos órgãos federais reguladores. As normas da ABNT sobre RSS em vigor estão citadas no quadro 5.

Quadro 5 - Normas da ABNT relacionadas aos RSS

NORMA	ANO	DESCRIÇÃO
NBR 12807	1993	RSS – Terminologia
NBR 12808	1993	RSS – Classificação
NBR 12809	1993	Manuseio de RSS – Procedimento
NBR 12810	1993	Coleta de RSS – Procedimento
NBR 13853	1997	Coletores para RSS perfurantes ou cortantes - Requisitos e métodos de ensaio
NBR 14.652	2001	Coletor-transportador rodoviário de RSS - Requisitos de construção e inspeção - Resíduos do grupo A
NBR 10004	2004	Resíduos Sólidos – Classificação
NBR 9191	2008	Sacos plásticos para acondicionamento de lixo - Requisitos e métodos de ensaio
NBR 7500	2011	Simbologia convencional e o seu dimensionamento para identificar produtos perigosos, a ser aplicada nas unidades de transporte e nas embalagens/volumes, a fim de indicar os riscos e os cuidados a serem tomados no transporte terrestre, manuseio, movimentação e armazenamento.

Fonte: Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso descritivo, inicialmente quantitativo e depois qualitativo, cujo caso único é caracterizado pela Vigilância Sanitária do Estado da Bahia e a unidade de análise, o controle sanitário de RSS exercido pela VISA-BA.

O estudo de caso visa contribuir com o conhecimento sobre organizações, fenômenos sociais, políticos e de grupo em seu contexto real (YIN, 2005). Dolley (2002) afirma que os estudos de caso são complexos, porque envolvem geralmente múltiplas fontes de dados, podem incluir vários casos dentro de um estudo e produzem grande volume de dados para a análise.

De acordo com Bruyne, Herman e Schoutheete (1977) o estudo de caso reúne informações tão numerosas e detalhadas quanto possível, com vistas a apreender a totalidade de uma situação. Por isso recorre a técnicas de coleta das informações igualmente variadas e frequentemente refinadas.

Dessa maneira, o estudo de caso apresenta-se como uma estratégia apropriada para a pesquisa em questão, uma vez que se pretende conhecer mais detalhadamente as ações da VISA no aspecto gerenciamento de RSS.

As técnicas e instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: análise documental e entrevistas, com base nos aportes metodológicos de Yin (2005) para o desenvolvimento de estudos de caso.

4.1 O CONTEXTO: O SISTEMA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DA BAHIA

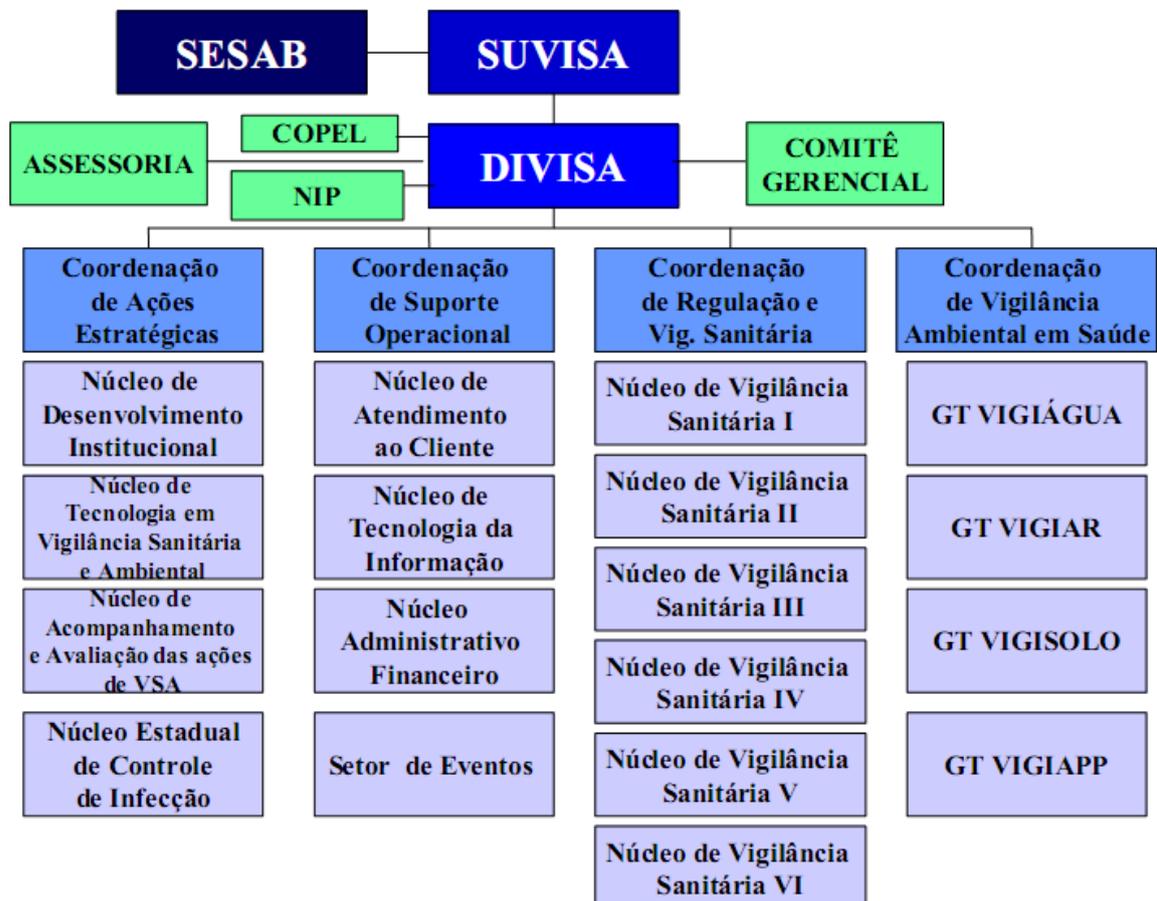
No Estado da Bahia o Sistema de Vigilância Sanitária é coordenado pela Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA), órgão da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA) da Secretaria Estadual da Saúde (SESAB).

A estrutura da Vigilância Sanitária é formada pela unidade de nível central (DIVISA), pelos Núcleos de Vigilância da Saúde ou Núcleos Específicos de Vigilância Sanitária das Diretorias Regionais (DIREs) e pelos Núcleos de Vigilância já constituídos nos Municípios.

Ao nível central, representado pela DIVISA, compete: planejar, coordenar, assessorar, supervisionar, acompanhar e avaliar o desenvolvimento das atividades pelas Regionais e municípios, assim como desenvolver atividades de capacitação dos recursos humanos que atuam na área. Cabe ainda à DIVISA o desenvolvimento de atividades em nível complementar ou suplementar às desenvolvidas pelos demais níveis.

A DIVISA é constituída por Diretoria, Colegiado Gestor, Núcleo de Instrução Processual (NIP), Ouvidoria, Assessoria Técnica e quatro Coordenações subdivididas em núcleos. As Coordenações estão assim configuradas: Coordenação de Suporte Estratégico (CSE); Coordenação de Suporte Operacional (CSO); Coordenação de Regulação e Vigilância Sanitária (COVISAN); Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde (COVIAM), conforme Figura 1.

Figura 1 - Organograma da VISA-BA



A Coordenação de Vigilância Sanitária – COVISAN é o setor responsável por atividades de pré-vistoria, inspeção (inicial ou de rotina)/fiscalização, coleta de amostras para análises laboratoriais, ações educativas, atendimentos a denúncias, assim como processos de investigação com base epidemiológica para detecção de riscos. As equipes de trabalho são divididas em núcleos que oferecem apoio técnico para as macrorregiões do Estado: equipe Macro Centro Leste, Macro Centro Norte, Macro Norte, Macro Nordeste, Macro Oeste, Macro Sul, Macro Sudoeste, Macro Extremo Sul e Macro Região Metropolitana de Salvador (RMS) e pelo núcleo de Engenharia. Existe um núcleo de análise de PGRSS composto por um técnico de nível superior, que embora não esteja nas dependências da COVISAN, faz parte deste setor. Na COVISAN, estão lotados 87 técnicos de nível superior de várias especialidades, técnicos administrativos de nível médio; destes, 35 técnicos lotados na Macro RMS.

4.2 COLETA DE DADOS

As técnicas utilizadas para coleta de dados foram análise dos prontuários dos hospitais arquivados na DIVISA, dos Relatórios de Gestão da DIVISA do período de 2007 a 2012, e entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, sendo definidas com base no marco referencial proposto para estudos de caso (YIN, 2005). Precedeu essa etapa a elaboração de instrumentos para análise dos prontuários e realização de entrevistas.

4.2.1 Análise documental

O recurso a fontes documentais relacionadas com a temática é uma estratégia básica num estudo de caso. Estas fontes podem ser diversas: relatórios, propostas, planos, registros institucionais internos, comunicados, dossiês etc. A informação recolhida pode servir para contextualizar o caso, acrescentar informação ou para validar evidências de outras fontes (MEIRINHOS; OSÓRIO, 2010).

Foram analisados os documentos existentes nos prontuários dos hospitais de gestão estadual localizados em Salvador e Região Metropolitana, com o objetivo de levantar informações sobre as ações do serviço de Vigilância Sanitária do Estado

da Bahia no controle sanitário de RSS destes hospitais.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹, existem 18 hospitais de gestão estadual localizados em Salvador e Região Metropolitana, sendo eles: Hospital Ana Nery, Hospital do Subúrbio, Hospital Eládio Lassérre, Hospital Couto Maia, Hospital Geral Roberto Santos, Hospital Geral do Estado, Hospital Ernesto Simões Filho, Hospital Octávio Mangabeira, Hospital Manoel Victorino, Hospital Professor Carvalho Luz, Hospital Especializado Dom Rodrigo de Menezes, Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, Hospital São Jorge, Hospital Especializado Mário Leal, Hospital Geral João Batista Caribé, Hospital Santo Antônio, Hospital Geral de Camaçari e Hospital Menandro de Farias. Todos esses hospitais são de média e alguns de alta complexidade, e a fiscalização sanitária nos mesmos é realizada por técnicos da DIVISA.

A escolha de hospitais, dentre os diversos estabelecimentos de saúde, ocorreu em função da geração de RSS em proporção significativa, tanto em quantidade como em variedade, devido à diversidade de atendimentos. Além disso, o gerenciamento de resíduos é um aspecto muito relevante nestes estabelecimentos devido à possibilidade de ocorrência das contaminações.

Analisou-se 36 prontuários dos 18 hospitais selecionados para este estudo, observando toda a documentação, no intuito de verificar informações sobre gerenciamento de RSS. Nestes prontuários foram analisados os seguintes documentos relacionados com as atividades de análise e monitoramento dos PGRSS dos hospitais selecionados: relatórios de análise dos PGRSS, relatórios de inspeção, termos legais (termo de notificação, termo de interdição, autos de infração). Esse levantamento documental possibilitou identificar as ações de controle sanitário de RSS registradas na VISA, bem como os resultados dessa atuação, em termos de notificações, medidas recomendatórias, coercitivas e/ou punitivas.

Para a análise dos prontuários, foi elaborado um roteiro (Apêndice A). Foram lidos todos os relatórios de inspeção existentes nos prontuários dos hospitais a partir do ano de 2005 até o ano de 2012, período em que foram encontradas maiores informações e registradas todas as informações sobre gerenciamento de RSS.

Foram também consultados os Relatórios de Gestão da DIVISA no período de 2007 a 2012 para verificar o número de PGRSS analisados. O período em

¹ Acesso ao CNES em 18/08/2012

questão corresponde ao da atual gestão administrativa.

4.2.2 Entrevista com informantes-chave

Yin (2005) afirma que a entrevista é uma das fontes de informação mais importantes e essenciais, nos estudos de caso (Yin, 2005). Para a realização das entrevistas, foram elaborados dois roteiros: um para os técnicos (Apêndice B) e outro para o coordenador (Apêndice C) do setor da VISA –BA que atua no controle sanitário de serviços de saúde. Para a entrevista com o técnico responsável por análise de PGRSS, foram feitas perguntas com base nas dúvidas surgidas após a análise documental.

O roteiro de entrevista foi construído destacando-se duas categorias analíticas: 1) Infraestrutura relacionada a recursos humanos; 2) Ações desenvolvidas pela VISA-BA para controle sanitário dos RSS.

As categorias consideradas analíticas foram estudadas com base nas seguintes categorias operacionais:

Quadro 6 - Categorias analítica e operacional

CATEGORIA ANALÍTICA	CATEGORIA OPERACIONAL
Infraestrutura relacionada a recursos humanos	Formação e capacitação dos profissionais da DIVISA em controle sanitário de RSS, número de profissionais destinados à análise de PGRSS.
Ações desenvolvidas pela VISA-BA para controle sanitário dos RSS.	Modelo organizacional adotado para a análise e monitoramento do PGRSS, existência de instrumentos de inspeção do controle sanitário de RSS (roteiros, fichas de verificação), sistematização do processo de trabalho, relatórios de inspeção, <i>feedback</i> para o serviços de saúde.

Fonte: Própria autora

Foram entrevistados o coordenador da Coordenação da Vigilância Sanitária (COVISAN), o técnico responsável pelo setor de análise de PGRSS e 20 profissionais da COVISAN/DIVISA que realizam atividades de controle sanitário na Macro RMS².

² Macro RMS corresponde ao núcleo da Coordenação de Vigilância Sanitária (COVISAN) da Vigilância Sanitária do Estado da Bahia, que atende aos municípios de Salvador e Região Metropolitana.

Durante as entrevistas, buscou-se identificar a política institucional da VISA-BA para ação na área de gerenciamento de RSS, bem como o fluxo de trabalho implantado e os instrumentos utilizados para o controle sanitário dos RSS.

As entrevistas foram realizadas no período de 12 a 20/12/2012 na DIVISA e os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D).

As falas dos entrevistados que aparecem nos resultados, estão identificadas pela Letra “E” seguida pela numeração de 1 a 20 que corresponde à ordem das entrevistas.

4.3 ESTRATÉGIA PARA CONSOLIDAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nos prontuários foram lançados em uma matriz no Excel e apresentados de forma descritiva, através de textos e gráficos com a frequência simples das variáveis selecionadas na análise documental.

O material empírico coletado nas entrevistas foi processado e codificado de acordo com as categorias analíticas e operacionais pré-definidas a partir do marco referencial ou surgidas durante o processamento dos dados.

4.4 QUESTÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), para análise quanto à sua adequação aos requisitos éticos necessários a realização de estudos envolvendo seres humanos, sendo aprovado com o parecer nº 135.765.

Foi solicitada autorização junto à Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado da Bahia para a realização da pesquisa e, após permissão, teve início a coleta de dados.

Os profissionais de Vigilância Sanitária, alvo do estudo, foram convidados a participar da pesquisa e aqueles que concordaram participar foram informados sobre os objetivos da pesquisa, e autorizaram a entrevista por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se, a seguir, os resultados e análises das evidências empíricas das ações do controle sanitário dos resíduos dos serviços de saúde implementadas pela VISA-BA. Inicia-se com a caracterização do caso único deste estudo – a Vigilância Sanitária do Estado da Bahia – e, após, com os dados das entrevistas semiestruturadas e dos prontuários dos hospitais, conforme as categorias analíticas.

5.1 AÇÕES DE VISA-BA PARA CONTROLE SANITÁRIO DOS RSS

5.1.1 Análise de PGRSS

Foram analisados os Relatórios Anuais de Gestão da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental (DIVISA) do período compreendido entre 2007 e 2012, para obter informações sobre o número de PGRSS analisado pela DIVISA. Conforme Tabela 1, verifica-se que houve acentuado decréscimo no número de PGRSS analisados nesse período, em especial no ano de 2010, voltando a crescer no ano de 2012.

Tabela 1 - Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde analisados pela DIVISA. Salvador, 2012.

Ano	Nº de PGRSS analisados
2007	80
2008	39
2009	43
2010	01
2011	14
2012	42
TOTAL	219

Fonte: Relatórios de Gestão da DIVISA 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2012.

O decréscimo de PGRSS pode ser explicado pela falta de profissionais para o desempenho desta atividade, uma vez que essas análises eram realizadas pelo Setor de Análise de Projetos de Engenharia, ligado à COVISAN até o ano de 2009.

Com o desmembramento da equipe em 2009, ficou-se mais de um ano sem fazer avaliação de PGRSS na DIVISA. Isto explica a análise de apenas 01 PGRSS no ano de 2010. No ano de 2011, a DIVISA, por meio do Núcleo Estadual de Controle de Infecção Hospitalar (NECIH) capacitou técnicos da VISA em âmbito central, de algumas DARES e de municípios da RMS, passando a ter um técnico para essa atividade no nível central desde então.

Houve certa dificuldade na análise dos documentos dos prontuários, uma vez que ora era encontrado apenas o PGRSS sem parecer da DIVISA, ora apenas o parecer sem o PGRSS. Embora tenha sido relatado nas entrevistas que os PGRSS ficam no Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) após análise e deferimento final, não foi possível encontrar todos os PGRSS, em especial aqueles que deram entrada na DIVISA antes do ano de 2011.

Não pode ser verificada a situação de análise dos PGRSS pela DIVISA, como percentual de deferidos e indeferidos, principais motivos para indeferimento, número de análises de cada PGRSS até o deferimento, por não haver parecer ou PGRSS em todos os prontuários. Somente a partir do ano de 2011, com a criação do setor de análise de PGRSS puderam ser extraídas informações mais detalhadas a respeito desta análise.

5.1.2 Análise documental

Quanto à análise dos prontuários, verificou-se que na DIVISA os prontuários dos hospitais são arquivados no NAC e, nesses, constam todas as documentações que o serviço de saúde tenha dado entrada na DIVISA, bem como documentos que relatam a atuação da DIVISA no estabelecimento.

Nos prontuários os documentos mais encontrados foram Relatórios de Inspeção, Notificações, Projeto Arquitetônico, Planos de Gerenciamento de RSS (PGRSS), Termos de Responsabilidade.

A análise dos prontuários dos hospitais permitiu verificar que dos 18 hospitais do estudo, 16 (89%) possuem PGRSS, conforme apresentado no quadro 7.

Quadro 7 - Situação do PGRSS dos hospitais estaduais de Salvador e Região Metropolitana na VISA-BA. (Salvador, dezembro/ 2012)

HOSPITAL	EXISTÊNCIA DE PGRSS	ANO DE ELABORAÇÃO	ATUALIZAÇÕES
A	Sim	2007 – deferido	2012 - deferido
B	Sim	2009	Não
C	Sim	2006	2009 – deferido 2011 (maio) – sem parecer
D	Sim	2011 – indeferido	2012 - deferido
E	Sim	2005 – sem parecer 2008 – deferido	2012 - deferido
F	Sim	2004	2006 – sem parecer
G	Sim	2006 – apenas o parecer no prontuário	
H	Sim	2007 (fevereiro) – sem parecer	2007 (dezembro) – deferido 2009 – sem parecer
I	Sim	2007 – deferido	Não
J	Sim	2004	Não
K	Sim	2008 (maio) – indeferido	2008 (agosto) – deferido
L	Sim	2007 – deferido	Não
M	Não	-	-
N	Sim	2006 (junho) – indeferido	2006 (outubro) – indeferido 2007 - deferido
O	Sim	2007	-
P	Sim	2006 – indeferido	2007- deferido 2012 - deferido
Q	Sim	2008 - deferido	-
R	Não		

Fonte: Própria autora

Analisando-se o Quadro 7 constatou-se que a maioria dos hospitais estaduais de SSA e RM possuem PGRSS, sendo que a maioria (31,25%) destes foi elaborada no ano de 2007. Cabe destacar que os dois hospitais que não possuem PGRSS são hospitais de grande porte e demanda, sendo necessária a atuação urgente da VISA para cobrar dos mesmos a implantação e implementação do PGRSS.

A análise dos prontuários também permitiu a identificação do número de inspeções sanitárias realizadas pelos técnicos da COVISAN nos hospitais selecionados, conforme apresentado no Tabela 2.

Tabela 2 - Inspeções sanitárias realizadas nos hospitais estaduais de Salvador e Região Metropolitana entre os anos de 2005 a 2011. (Salvador, dezembro/2012)

HOSPITAL	Nº de inspeções realizadas entre os anos de 2005 a 2011	Nº de inspeções que abordaram RSS	Desdobramento da inspeção (relativo a RSS);
A	2	2 (100%)	Relatório de inspeção; Plano e Cronograma de Adequação (inclui RSS)
B	0	0	-
C	2	2 (100%)	Relatório de inspeção; Notificação (inclui RSS) Plano e Cronograma de Adequação (inclui RSS) Plano Estratégico de Ajustamento de Conduta
D	2	2 (100%)	Relatório de inspeção Notificação (inclui RSS)
E	1	1 (100%)	Relatório de inspeção
F	1	1 (100%)	Relatório de inspeção
G	0	0	-
H	4	3 (75%)	Relatório de inspeção
I	5	2 (40%)	Relatório de inspeção Notificação (inclui RSS)
J	0	0	-
K	1	1 (100%)	Relatório de inspeção Notificação (inclui RSS) Cronograma de Ações
L	0	0	-
M	1	1 (100%)	Relatório de inspeção Notificação (inclui RSS)
N	0	0	-
O	0	0	-
P	1	1 (100%)	Relatório de inspeção Notificação (inclui RSS)
Q	0	0	-
R	2	2 (100%)	Relatório de inspeção; Notificação (inclui RSS) Plano e Cronograma de Adequação (inclui RSS) Termo de Ajuste de Conduta

Fonte: Própria autora

Observa-se na Tabela 2 que, do total de 22 inspeções, 18 (81%) abordaram o controle sanitário de RSS e, destes, as ações de controle sanitário de resíduos resultaram em: relatórios de inspeção, notificações, planos e cronograma de adequações e termos de ajuste de conduta.

Quanto à ação dos técnicos da DIVISA para controle sanitário dos RSS, verificou-se que em 11 (61%) dos 18 hospitais houve inspeção sanitária no período

de 2005 a 2011. Dos 11 hospitais inspecionados nos anos acima referidos, em 9 hospitais (81%), em todas as inspeções realizadas (100%) foram contemplados aspectos relacionados ao gerenciamento de RSS. Nos outros dois hospitais também foi mencionado o assunto em questão, mas não em todas as inspeções realizadas no período estudado. Verificou-se que os itens relacionados aos RSS, além de constarem nos relatórios de inspeção, eram incluídos nas notificações e nos planos e cronograma de adequações, quando da descrição dessas notificações.

Correlacionando a existência de PGRSS e as inspeções realizadas, constata-se que não possuem PGRSS o Hospital “M” e o Hospital “R”, mas houve inspeções nesses hospitais nos anos de 2007 e 2012, respectivamente. Na inspeção realizada no Hospital “M” foi gerada notificação relacionada a RSS e no Hospital “R”, além da notificação que inclui RSS, houve também Plano de Adequação. Verifica-se, portanto, que a utilização dos instrumentos de notificação da DIVISA aos hospitais não foram suficientes para que esses serviços elaborassem e implementassem seus PGRSS, denotando uma falta de seguimento, por parte da DIVISA, acerca das medidas coercitivas impingidas a esses SS e do cumprimento por parte dos hospitais.

Foram extraídas dos relatórios de inspeção dos hospitais estudados as principais não conformidades encontradas, descritas na Tabela 3, conforme etapas do gerenciamento de RSS, com distribuição percentual em relação ao total de não conformidades encontradas (n=56).

Tabela 3 - Distribuição proporcional das não conformidades no manejo de RSS encontradas nos relatórios de inspeção dos hospitais. (Salvador, dezembro/2012).

NÃO CONFORMIDADES NO MANEJO DOS RSS		%
PGRSS		
Não apresentação do PGRSS		7
Ausência de aplicabilidade do PGRSS		7
PGRSS desatualizado		1,7
Ausência de validação do PGRSS pela DIVISA		1,7
SEGREGAÇÃO		
Segregação incorreta resultando em mistura de resíduos comuns e biológicos		5,2
ACONDICIONAMENTO		
Ausência ou nº insuficiente de contentores para resíduos		8,6
Resíduos em sacos plásticos dispostos diretamente no chão		8,6
Lixeiras sem tampa e sem acionamento por pedal		15,5
Caixa de perfurocortante sem suporte, disposta diretamente na pia ou no chão		8,6
Lixeiras com saco inadequado		1,7

Caixa de perfurocortante distante da área de preparo de medicamentos	1,7
IDENTIFICAÇÃO	
Ausência de identificação, por grupo, dos recipientes de resíduos	7
TRANSPORTE INTERNO	
Entrada de alimentos é a mesma da saída do lixo (fluxo inexistente)	1,7
ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO	
Ausência de local específico e adequado para manipulação e acondicionamento de peças anatômicas	1,7
Ausência de controle de temperatura da geladeira de guarda de peças	1,7
TRATAMENTO	
Descarte inadequado de glutaraldeído	1,7
Descarte de resíduos de transfusão sanguínea realizado de forma incorreta	1,7
Descarte inadequado de resíduos utilizados na hemodiálise	1,7
ARMAZENAMENTO EXTERNO (Abrigo de Resíduos)	
Abrigo externo de resíduos com problemas (sem ponto de água e de energia elétrica; piso e paredes sem revestimento; mistura do resíduo reciclável com biológico; sem telas)	10,3
RECURSOS HUMANOS	
Número insuficiente de funcionários no serviço de higienização, implicando em higienização precária no hospital	3,4
OUTROS	
Ausência de rotina de acondicionamento, segregação e destino final dos resíduos tóxicos	1,7

Fonte: Própria autora

A não conformidade com maior proporção foi a “presença de lixeiras sem tampa e sem acionamento por pedal”, seguida por “abrigos externos de resíduos com problemas”. Não foram encontradas informações sobre a geração, coleta e transporte externos, bem como sobre treinamento de pessoal. Não se sabe se estas questões foram abordadas pelos técnicos da DIVISA e os hospitais apresentavam condições satisfatórias ou se estes aspectos não foram abordados durante a inspeção.

Observando as não-conformidades levantadas nos relatórios de inspeção e/ou notificações contatou-se que o ponto mais frágil no manejo dos RSS nos hospitais estudados diz respeito ao acondicionamento, sendo o mais prevacente nos registros dos prontuários analisados a “existência de lixeiras sem tampa e pedal”. Merece destaque também a inadequação dos abrigos externos de resíduos, e a ausência de aplicabilidade do PGRSS (existe o PGRSS, mas não é colocado em prática), bem como a não apresentação do mesmo no momento da inspeção.

5.1.3 Dados das entrevistas semiestruturadas

➤ COORDENADOR DA COVISAN

Dados das entrevistas com o Coordenador da COVISAN, segundo as categorias de análise selecionadas para este estudo.

Categoria I - Ações da VISA-Ba para o controle sanitário dos RSS

De acordo com o coordenador da COVISAN, as ações relacionadas ao controle sanitário de RSS, realizadas pelos técnicos desta coordenação, são orientação e fiscalização aos serviços de saúde.

A análise dos PGRSS, desde julho de 2011, é realizada por um único técnico em um setor ligado à COVISAN. Este técnico não faz inspeção nos hospitais.

O técnico que realiza a inspeção em algum momento pode fazer parte da análise do PGRSS, mas não necessariamente isto vai acontecer. O PGRSS não vai para os técnicos que fazem a inspeção. Vem do setor de análise e vai para o serviço de saúde. Os serviços de saúde dão entrada com o processo de liberação ou renovação de alvará sanitário e muitas vezes já vem o PGRSS; dessa maneira que os técnicos têm conhecimento do PGRSS, ou em caso de denúncia sobre RSS.

O técnico que faz a inspeção tem conhecimento do PGRSS analisado pela DIVISA apenas in loco (no Serviço de Saúde). Aqui na DIVISA, não. Pode vir a ter conhecimento, mas não está estabelecido como uma norma, uma rotina. Não se tem olhado para esta questão como algo prioritário. Existe fluxo entre a análise e a fiscalização, mas está sendo truncado. (COORDENADOR).

De acordo com a coordenadora, “*existe compatibilização do PGRSS (verificação se o que está descrito está posto em prática no serviço de saúde). Isto que os técnicos vão verificar in loco.*” Ainda afirma que “*existe inspeção específica para a área de RSS, para verificar o fluxo, o abrigo de RSS, a implantação e implementação do PGRSS.*” O indeferimento do PGRSS não impacta na liberação/renovação da licença sanitária dos serviços de saúde.

Existe interlocução da DIVISA com setores externos relacionados a RSS como meio ambiente, limpeza urbana, setor de obras e projetos em saúde “*só quando acontece denúncia ou demanda externa*”. Essa articulação com setores externos é uma ação incipiente e assistemática na DIVISA, pois foi afirmado que tal atividade só é realizada mediante a existência de denúncia ou demanda externa. Este é mais um elo frágil dentre as ações da DIVISA no controle sanitário dos RSS, uma vez que por se tratar de um tema complexo, faz-se necessário a articulação e

parceria com outros setores e instituições afins, visando à proteção da saúde pública e do meio ambiente.

Nessa perspectiva, Barata, Kligerman, Minayo-Gomez (2007) enfatizam a necessidade dos órgãos da administração pública e, mais ainda, os do setor saúde, assumirem o compromisso de velar pela conservação dos recursos naturais e a qualidade do meio ambiente.

Não existem ações para orientação aos serviços de saúde sobre a elaboração de PGRSS. Iria ser acrescido na lista de documentos para licenciamento sanitário. A DIVISA tem orientado aos estabelecimentos a utilização do Manual de Elaboração de PGRSS do site da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador-BA. (COORDENADOR).

➤ TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE DE PGRSS

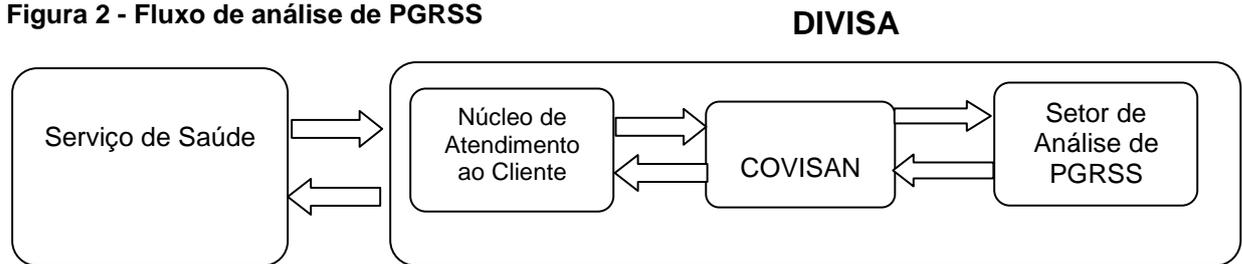
A finalidade do setor de análise de PGRSS da DIVISA é

realizar, no Estado da Bahia, avaliação dos Planos de Gerenciamento de RSS (PGRSS) em estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária com o objetivo de verificar o cumprimento das normas e regulamentos e reduzir os riscos decorrentes da geração de resíduos dos serviços e produtos ofertados. (TÉCNICO)

Dentro da DIVISA, o fluxo do PGRSS é o seguinte: o serviço de saúde apresenta o PGRSS no NAC, que o encaminha à COVISAN indo em seguida para o núcleo de análise de PGRSS. Após análise, arquiva-se uma via do parecer (favorável ou não) e encaminha-se duas vias para a COVISAN, onde uma cópia segue para o Serviço de Saúde e outra fica no prontuário no NAC junto com o PGRSS. Quanto ao fluxo o Técnico explica que:

Em seguida, teoricamente, esse processo deve tramitar para a macro responsável pela inspeção no respectivo estabelecimento. Inclusive no parecer se explicita que a veracidade das informações contidas no PGRSS deve ser verificada durante a inspeção. Além do parecer vai no processo um "despacho" com orientações sobre os encaminhamentos a serem adotados, o que caracteriza uma interlocução. O parecer vai em duas vias: uma para o estabelecimento, outra para o processo, que deve ser encaminhado ao técnico que acompanha as inspeções na unidade. Portanto, os técnicos da COVISAN devem ter conhecimento dos pareceres que são emitidos.

Figura 2 - Fluxo de análise de PGRSS



Fonte: Própria autora

Observa-se também que há lacunas no fluxo entre a análise do PGRSS e a fiscalização. A compatibilização do PGRSS (verificação se o que está descrito está posto em prática no serviço de saúde) não é uma atividade de rotina na DIVISA. No desempenho de suas atividades de fiscalização, os técnicos observam aspectos do gerenciamento de RSS, mas não há uma inspeção exclusivamente para este fim.

Como orientação ao SS sobre elaboração de PGRSS, a DIVISA, através dos técnicos da COVISAN e do setor de análise de PGRSS sugere as informações disponíveis na página eletrônica da VISA de Salvador. Afirma que existe orientação fornecida pelo NAC, impressa na DIVISA, e está sendo providenciado disponibilizar essas orientações por meio eletrônico na página da DIVISA na internet.

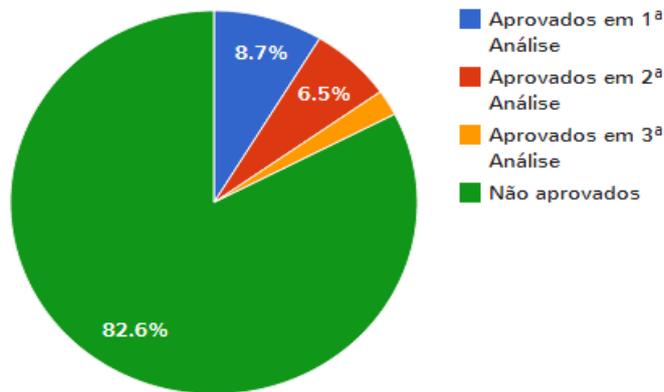
Não foi verificada a existência de ações educativas, de orientação aos SS sobre a importância do manejo adequado dos RSS e os procedimentos para elaboração, implantação, implementação, atualização e monitoramento do PGRSS. De acordo com os técnicos, são realizadas ações de orientação aos SS durante a inspeção. No momento que são encontradas as não-conformidades solicitam correção e orientam sobre a forma adequada de procedimento. Sob este aspecto, Costa e Rozenfeld (2005) destacam que comunicação e educação em saúde são fundamentais para as ações de VISA, não excluindo o dever de aplicar punições adequadas, quando necessárias, porque a população necessita de ações do Estado para a sua proteção.

A técnica cita ainda que há um alto índice de indeferimento nos PGRSS dos serviços de saúde, relacionado em sua maioria à documentação incompleta; ausência de assinatura do responsável pela elaboração e informações incompletas referentes ao PGRSS. Para tanto, foram realizadas reuniões com os demais setores da DIVISA envolvidos (NAC, COVISAN) para readequações quanto à documentação mínima exigida quando da entrega do processo, fluxo interno dos processos e outros, sendo percebida uma melhor adequação nos últimos PGRSS apresentados

no ano de 2012.

Segundo a técnica, no ano de 2012, dos 42 PGRSS avaliados, 38 (82,6%) foram indeferidos, 04 (8,7%) foram aprovados em primeira análise, 03 (6,5%) foram aprovados em segunda análise e 01 (2,2%) foi aprovado em terceira análise, conforme consta na Figura 3

Figura 3 - Situação de planos de gerenciamento de RSS apresentados à DIVISA em 2012



Fonte: Relatório do Setor de Análise de PGRSS/DIVISA, 2012.

Ainda de acordo com a técnica responsável por análise de PGRSS, a partir de agosto de 2012 a DIVISA foi convidada pelo Ministério Público da Bahia e Conselho Regional de Farmácia a participar da discussão sobre resíduos de medicamentos domiciliares. Foram realizados um Seminário e diversas reuniões com o Conselho Regional de Farmácia, VISA Municipal de Salvador, Empresa de Limpeza Urbana de Salvador (LIMPURB), representantes de farmácias, drogarias e indústrias farmacêuticas, DIVISA, representante das donas de casa, para implantação do Programa de Logística Reversa em Farmácias e Drogarias de Salvador e Região Metropolitana (Camaçari, Lauro de Freitas e Simões Filho). Esse programa objetiva receber os resíduos de medicamentos vencidos ou não mais utilizados pelos consumidores, tendo sido implantado em dezembro de 2012.

➤ ENTREVISTA COM TÉCNICOS DA MACRO RMS (COVISAN)

Foram realizadas entrevistas com 20 técnicos da Coordenação de Vigilância Sanitária (COVISAN) que realizam inspeção nos hospitais estaduais de Salvador e Região Metropolitana. Isso corresponde a 57% dos técnicos da Macro RMS (n=35).

Todos os técnicos entrevistados (100%) afirmaram que as atividades que desempenham para controle sanitário de RSS são: inspeção em hospitais e orientação aos serviços de saúde. Não há inspeção específica para verificar o gerenciamento de RSS. Este parâmetro é verificado junto com os demais aspectos observados durante a inspeção sanitária no hospital. A principal ação que os técnicos da DIVISA desenvolvem, que contempla o gerenciamento de RSS, é a inspeção sanitária dos hospitais. Silveira (2006) afirma que as ações da vigilância sanitária e as regulamentações que as regem se concentram em dois grandes campos: o controle sanitário de produtos e o controle sanitário de serviços. Silva (2010) acrescenta que a inspeção sanitária é a tecnologia mais aplicada ao controle sanitário.

De acordo com Souza (2007), a inspeção como instrumento de controle é uma atividade técnica e, nesse aspecto, incorpora, no momento de sua realização, o saber operante como aquele que permite a intermediação entre a ciência e o trabalho, como uma tecnologia permitindo a instrumentalização da técnica.

O cenário atual de geração e manejo dos RSS suscita a avaliação e atuação da vigilância sanitária, na medida em que sua finalidade essencial é de proteção e defesa da saúde da população, atuando no controle do risco sanitário relacionado a produtos, serviços de interesse da saúde e ambientes, incluído neste espaço o trabalho (SILVA, 2010).

Nenhum dos técnicos da RMS faz análise de PGRSS. Relataram que: *“Às vezes temos conhecimento do PGRSS do hospital que está na DIVISA antes da inspeção, quando o PGRSS está no processo do hospital a ser inspecionado, mas isso não é uma rotina”*. (E5)

Embora tenha sido afirmado que há interlocução entre o setor que analisa PGRSS e a COVISAN, apenas o parecer da análise do PGRSS vai para a COVISAN para que seja encaminhado ao serviço de saúde pela Coordenação da COVISAN. Os técnicos relataram que, muitas vezes, não têm conhecimento nem do parecer, nem do PGRSS.

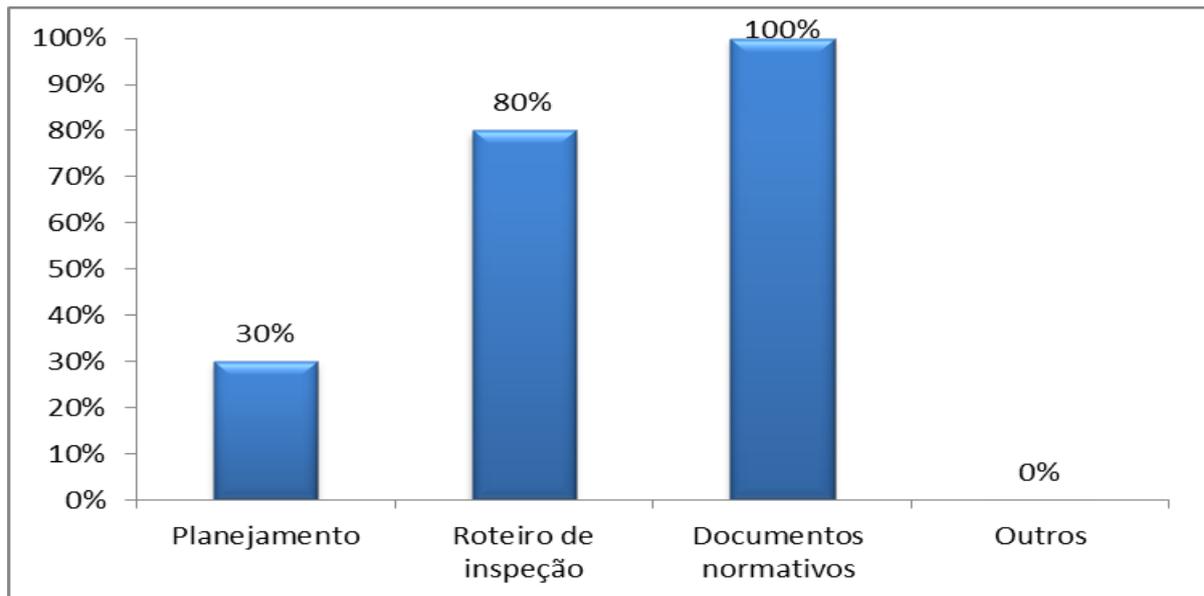
Dos entrevistados, 80% utilizam o roteiro de inspeção para hospital, mas cabe ressaltar que todos referiram que não é um roteiro específico para RSS, é do hospital em geral.

Existem roteiros para os serviços existentes no hospital (quimioterapia, banco de sangue, laboratório, UTI etc.) e, dentro

destes roteiros, contemplam aspectos relacionados aos RSS como, por exemplo, os “baldes de lixo”, o acondicionamento dos resíduos, o abrigo externo e temporário (E4).

Todos os técnicos (100%) afirmaram utilizar documentos normativos e citaram a RDC 306/04, conforme Figura 4.

Figura 4 - Instrumentos utilizados pelos técnicos da VISA-BA para nortear as ações de controle sanitário de RSS



Fonte: Própria autora

Não existe um planejamento prévio orientado para o controle sanitário dos RSS, nem um instrumento de coleta de dados que contemple aspectos do gerenciamento de resíduos nos serviços de saúde. O planejamento prévio à atividade de inspeção, que poderia contemplar a análise dos documentos existentes nos prontuários, dentre eles o PGRSS, foi mencionado apenas por 30% dos técnicos. 90% dos técnicos afirmaram solicitar o PGRSS durante a inspeção, mas este procedimento permite apenas verificar se o serviço de saúde possui o PGRSS ou se o mesmo está atualizado, pois durante a inspeção que é destinada a outros fins, não há verificação do cumprimento deste plano.

As equipes de fiscalização são montadas sem um conhecimento prévio dos PGRSS dos hospitais a serem analisados, bem como não há um plano orientado para o controle sanitário dos RSS.

Com relação ao PGRSS, 90% dos técnicos entrevistados asseguraram solicitar o PGRSS no momento da inspeção do serviço de saúde: *“Solicito o PGRSS na inspeção para ver se tem e está atualizado. Se necessário, solicito que adeque à*

realidade do momento da inspeção.” (E7)

Apenas 2 entrevistados (10%) não solicitam o PGRSS durante a inspeção e afirmam que: *“no roteiro de inspeção já está incorporado [a existência de PGRSS]. Como encaminham para a DIVISA, já tem o parecer.” (E11). “Antes o PGRSS vinha no processo do hospital e agora, há aproximadamente 2 meses não está vindo” (E14).*

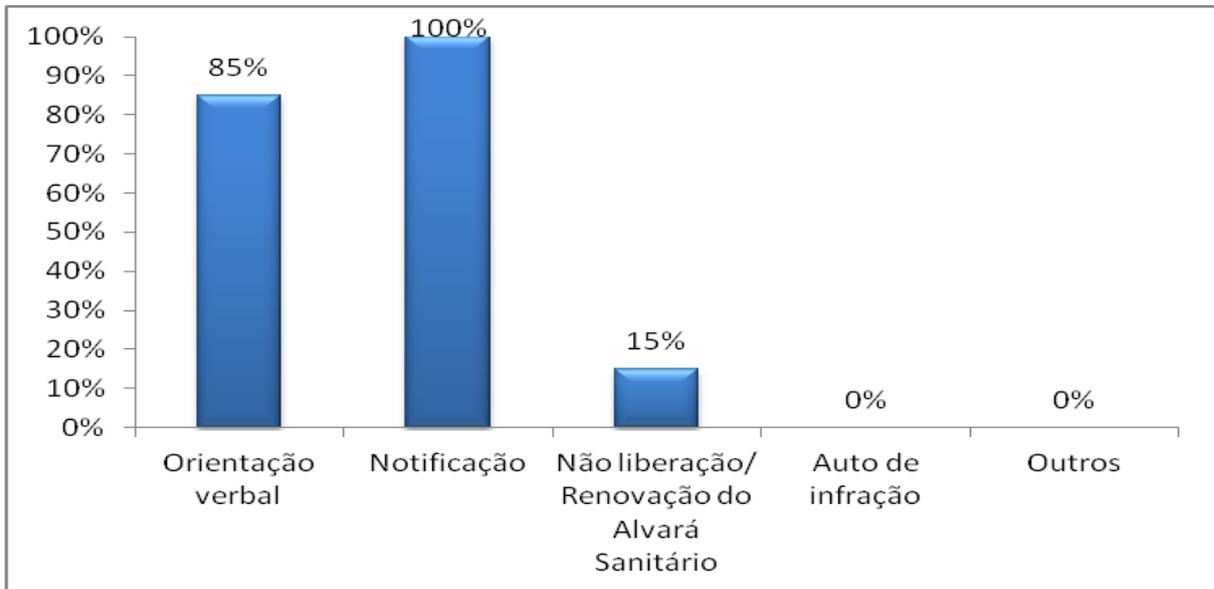
Traçando um paralelo entre os dados encontrados nos prontuários e as entrevistas com os técnicos, verifica-se que 90% dos técnicos afirmaram solicitar o PGRSS no momento da inspeção, e entre as não conformidades registradas nos relatórios de inspeção e notificações estavam “Não apresentação do PGRSS”, “Ausência de aplicabilidade do PGRSS”, “PGRSS desatualizado” e “Ausência de validação do PGRSS pela DIVISA”, o que demonstra a solicitação do mesmo pelos técnicos no momento da inspeção.

Também constata-se que, embora teoricamente o fluxo de análise e monitoramento do PGRSS na DIVISA passe pelos técnicos da COVISAN que realizam a inspeção, na prática muitas vezes esses técnicos não têm conhecimento do PGRSS na DIVISA e sim no próprio serviço de saúde, onde é avaliado superficialmente.

Todos os técnicos (100%) entrevistados informaram que, caso o hospital não possua o PGRSS, solicitam a elaboração através de notificação, e que durante a inspeção no hospital observam e registram aspectos relacionados ao gerenciamento de RSS. *“Os serviços de saúde não têm noção da importância do gerenciamento correto dos resíduos” (E10).*

Quando são encontradas inconformidades relacionadas aos RSS, 100% notificam o estabelecimento e, desses, 85% realizam orientação verbal (Figura 5). Quanto à possibilidade de não liberação/renovação da licença sanitária ou auto de infração por esta situação, os técnicos afirmaram utilizar esses instrumentos, *“a depender da inconformidade, pois são vários itens para não liberação do alvará. O auto de infração só em alguns casos, especialmente em que o Ministério Público está envolvido” (E7); “a depender da gravidade e da reincidência” (E16); “a depender do risco apresentado” (E18).*

Figura 5 - Ações adotadas pelos técnicos da VISA - BA em caso de inconformidades sobre RSS em hospitais



Fonte: Própria autora

Porém, cabe ressaltar que, segundo informações dos técnicos da DIVISA (2012), apenas algumas etapas do manejo dos RSS são avaliadas, uma vez que não há inspeção específica para compatibilizar o que está descrito no PGRSS *versus* o que é desenvolvido pelo serviço de saúde. Ademais, não há um roteiro de inspeção específico para o gerenciamento dos RSS, ficando a critério subjetivo do técnico observar como os serviços de saúde implementam sua gestão de resíduos.

Notou-se, com base nos relatórios de inspeção, que durante a inspeção os técnicos observam poucos aspectos do gerenciamento dos RSS, frente à grandeza de detalhes que envolve essa atividade, sendo o acondicionamento a etapa do gerenciamento dos RSS mais citada com não conformidades pelos técnicos. Tal fato pode estar relacionado à falta de capacitação, uma vez que 75% dos técnicos da DIVISA não participaram de capacitação sobre o tema no ano de 2011.

Silva (2010) afirma que as inspeções sanitárias sobre os RSS são complexas, em função dos diversos fatores que precisam ser considerados, principalmente os que estão apostos na RDC nº 306/04, que apresentam e consideram elementos, como a composição e variedade dos resíduos; das diversas alternativas de tratamento e do manejo dos resíduos; das diferentes legislações a serem observadas provenientes de órgãos intersetoriais como os de saneamento, nuclear, ambiental, do trabalho e dos diferentes contextos encontrados dentro da mesma situação.

A mesma autora refere ainda que outro aspecto a ser observado é que a maioria das inspeções tem foco na verificação de aspectos estruturais, mas já há um consenso que os processos de trabalho são fatores primordiais na determinação do risco sanitário (SILVA, 2010).

Verifica-se que, para o controle sanitário de RSS, os técnicos da DIVISA utilizam prioritariamente a legislação e a inspeção, que não é exclusiva para o controle sanitário de RSS. Isto fica a desejar quando se toma por base o referido por Costa (2009) sobre a vigilância sanitária. Segundo a autora, em sua atuação VISA utiliza um conjunto de tecnologias de intervenção ou instrumentos de ação, sendo os principais: a legislação (normas jurídicas e técnicas), a fiscalização, a inspeção, o monitoramento, o laboratório, a vigilância de eventos adversos e outros agravos, a pesquisa epidemiológica, de laboratório e outras modalidades, e as ações em torno da informação, comunicação e educação para a saúde.

Observe-se ainda o que preconiza a RDC ANVISA 306/04 quando estabelece, dentre as competências da Vigilância Sanitária sobre os RSS, divulgar, orientar e fiscalizar o cumprimento desta Resolução, bem como normatizar se julgar necessário.

A análise dos prontuários evidenciou também a existência de duas denúncias relacionadas aos hospitais em questão:

i. Em janeiro de 2012 o Instituto de Meio Ambiente e Recursos Hídricos da Bahia (INEMA), órgão ambiental estadual, encaminhou relatório de fiscalização ambiental sobre a denúncia de que foram encontrados RSS à céu aberto em via pública na Área de Proteção Ambiental (APA) Bacia do Cobre/São Bartolomeu, sendo encontrado documentos do Hospital “C” nos RSS. O INEMA entrou em contato com o Hospital “C” e o mesmo informou que no estabelecimento os responsáveis pela coleta de resíduos comuns é a empresa REVITA (empresa contratada para coleta de resíduos do grupo D) e pela coleta de resíduos infectantes é a SERQUIP (empresa especializada em coleta de resíduos do Grupo A e E) que seria notificada para recolher e tratar os RSS.

ii. A Empresa de Limpeza Urbana de Salvador (LIMPURB) solicitou uma reunião com técnicos da DIVISA, do Hospital “A” e do Hospital “C”, representante da REVITA, representante da SERQUIP, para informar sobre problemas causados aos trabalhadores das empresas REVITA e TORRES nas unidades hospitalares, que frequentemente têm vivenciado a presença de resíduos do grupo A e E misturados

com o resíduo comum (grupo D), gerando acidentes nos trabalhadores manipuladores. Afirmaram também que os abrigos externos de resíduos dos hospitais mencionados possuem estruturas físicas inadequadas e sem iluminação, o que tem causado problemas durante a coleta final realizada pelas empresas terceirizadas. Solicitaram providências da DIVISA para comunicar (por meio de reunião ou de ofício) tais inadequações aos gestores desses hospitais, no sentido de um reordenamento das questões relacionadas à segregação e ao acondicionamento corretos dos resíduos gerados nas suas instituições.

A regulação dos serviços públicos de manejo de resíduos sólidos tem sido expressiva em promover a conscientização dos operadores, estabelecendo exigências crescentes, que importam em desafios significativos para evitar riscos e danos à saúde das pessoas expostas direta e indiretamente aos resíduos de serviços de saúde, e garantir o direito das futuras gerações de viver em um ambiente sadio e desenvolver inteiramente suas capacidades na vida (ANVISA, 2007).

Historicamente a vigilância sanitária vem organizando o trabalho para atender ao segmento produtivo por classes de produtos e serviços, o que contribui para a fragmentação do projeto de proteção à saúde. Há um chamado para se repensar as formas de organização dos seus processos de trabalho, de modo a incorporar novas tecnologias de gestão, para romper, sempre que possível, com esse tradicional gerenciamento em prol de uma abordagem dos problemas sanitários sob uma perspectiva intersetorial (COSTA, 2001).

Tal como a fiscalização, a educação sanitária, se efetivamente construída, tem o potencial de gerar conflitos, porque implica o fortalecimento da capacidade de escolha da população, individual e coletivamente, e isso é um recurso de poder nem sempre desejado pelos que governam (PIOVESAN, 2002).

5.3. INFRAESTRUTURA RELACIONADA A RECURSOS HUMANOS

O coordenador da COVISAN afirmou que os profissionais da Coordenação, que realizam ações de controle sanitário de RSS, possuem capacitação e experiência em inspeção em SS de alta complexidade. O mesmo alega que “*já houve capacitação, mas não há uma periodicidade estabelecida para capacitação sobre gerenciamento de RSS – houve uma capacitação em 2011*” realizada pelo Núcleo Estadual de Controle de Infecções Hospitalares (NECIH) da DIVISA. A

análise dos PGRSS, desde julho de 2011, é realizada por um único técnico em um setor específico para este fim, ligado à COVISAN.

Com relação à capacitação sobre Gerenciamento de RSS, 15 (75%) técnicos não participaram de nenhuma nos últimos 12 meses. Apenas 5 (25%) dos técnicos participaram de capacitação sobre o tema na DIVISA, com carga horária de 16 horas.

Também não há uma programação de capacitações/atualizações sobre temas de interesse da Vigilância Sanitária, dentre eles RSS, na DIVISA. A capacitação/treinamento é um fator fundamental no desenvolvimento das atividades e na tomada de decisão em caso de situações de risco.

6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O gerenciamento inadequado dos RSS aliado ao aumento significativo de sua produção vem aumentando os riscos à saúde da população, sendo necessário o monitoramento do gerenciamento desses resíduos pela vigilância sanitária com a finalidade de eliminar ou minimizar os danos à saúde e ao meio ambiente.

Sabe-se que os geradores são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os RSS, desde o momento em que são gerados até sua disposição final, cabendo aos órgãos públicos, dentro de suas competências, a regulamentação, orientação e fiscalização.

Este estudo analisou as atividades da VISA no gerenciamento dos RSS, apontando resultados relevantes relacionados ao seu controle sanitário e ficou demonstrada a ausência de ações específicas da VISA para monitorar o gerenciamento de RSS em estabelecimentos de grande porte, como é o caso dos hospitais de gestão estadual localizados em Salvador e na região metropolitana.

Os resultados apontaram ausência de monitoramento das ações descritas no plano de gerenciamento de resíduos dos hospitais estaduais deferidos pela VISA, ausência de ações de controle sanitário específico para os RSS, bem como ausência de uma política direcionada para orientação, informação e comunicação em saúde sobre o tema em questão. Conclui-se, com este estudo, que as ações para controle sanitário dos RSS, embora sejam de grande relevância para a prevenção de riscos à saúde pública e ao meio ambiente, não têm recebido a devida importância pelo serviço de Vigilância Sanitária do Estado da Bahia.

Verifica-se a hegemonia da inspeção sanitária entre as tecnologias de intervenção utilizadas pela vigilância sanitária para controle sanitário dos riscos nos estabelecimentos de saúde.

Embora haja ainda a visão do resíduo como “lixo”, “algo que deve ser ignorado”, “que não tem utilidade”, neste estudo ficou evidente que os técnicos da VISA tem consciência sobre a importância do gerenciamento adequado dos RSS e os riscos a eles associados.

Cabe destacar que um dos princípios do gerenciamento adequado é a não geração ou minimização dos resíduos gerados, em especial nos hospitais que, por suas atividades, são grandes consumidores e geradores de resíduos, visando reduzir os impactos ao meio ambiente. Nessa perspectiva foi criado o movimento

“Agenda Global Hospitais Verdes e Saudáveis”, um movimento que se propõe a oferecer apoio a iniciativas em todo o mundo, visando promover maior sustentabilidade e saúde ambiental no setor saúde e assim fortalecer os sistemas de saúde em âmbito global. A VISA pode ser um parceiro importante para a ampliação desse movimento e incorporação dos seus objetivos na sua prática nos serviços de saúde.

A partir dos resultados encontrados neste estudo foi possível responder a questão norteadora bem como os objetivos propostos. Mas o estudo também pretende fazer algumas proposições com o intuito de contribuir para a melhoria das atividades da Vigilância Sanitária no controle sanitário dos RSS.

Depreende-se a necessidade de desenvolvimento de ações de informação e educação em saúde, visando orientar melhor os serviços sobre a importância da elaboração e implantação do PGRSS.

Outro ponto sugerido é a revisão dos roteiros de inspeção dos hospitais para avaliar os aspectos relacionados aos RSS, verificando se há possibilidade de incluir outros aspectos do manejo de RSS ou criar um roteiro de inspeção específico para este fim.

Recomenda-se também a elaboração de uma programação de atualizações sobre temas de interesse da Vigilância Sanitária, entre eles Resíduos de Serviços de Serviços, para os técnicos que realizam atividades de controle sanitário.

Faz-se mister a articulação com outros setores e instituições com o objetivo de não deixar lacunas na cadeia do gerenciamento de resíduos.

Neste estudo foi realizado um esforço de aproximação ao processo de trabalho em vigilância sanitária para o controle sanitário de RSS, por meio da descrição das atividades para este fim, identificação das tecnologias de intervenção utilizadas, análise dos documentos da VISA que relatam as ações. No entanto, não foi possível aprofundar o estudo com a observação direta da prática dos agentes de VISA no controle sanitário de RSS nos hospitais ou, ao menos, em uma amostra de hospitais. Provavelmente, este procedimento poderia trazer mais informações que sustentassem as explicações descritas neste trabalho.

REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10004:2004**. Resíduos sólidos – Classificação. 2 ed. 2004, 71p.

_____. **NBR 14724:2011**. 3 ed. Informação e documentação –Trabalhos Acadêmicos – Documentação. ABNT, RJ, 2011.

ABRELPE - Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. **Panorama de Resíduos Sólidos no Brasil 2010**. São Paulo: Abrelpe; 2010. Disponível em: <http://www.abrelpe.org.br/Panorama/panorama2010.pdf>. Acesso em 03 de julho de 2012.

BAHIA. Ministério Público. **Desafio do lixo**: problemas, responsabilidades e perspectivas. Relatório 2006/2007. Salvador: Ministério Público, 2007.

BARATA, M. M. de L.; KLIGERMAN, D. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A gestão ambiental no setor público: uma questão de relevância social e econômica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar. 2007.

BIDONE, F. R. A. **Resíduos sólidos provenientes de coletas especiais**: eliminação e valorização. Projeto PROSAB 2, ABES-RJ. 2001. p 218.

BRASIL. Boletim epidemiológico acidentes de trabalho com exposição potencial a material biológico. Informe do Centro Colaborador UFBA/ISC/PISAT - MS/DSAST/CGSAT. Out/2011, ed. n 3, ano I. Disponível em: http://www.2pontos.net/preview/pisat/hp/upload/boletim3_end.pdf. Acesso em 12 de abril de 2012.

_____. Lei nº 12.305 de 02 de Agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2010; 3 ago. [acessado 2011 dez 15]. Disponível em: http://www.mncr.org.br/box_2/instrumentos-juridicos/leis-e-decretos-federais/Lei%20%2012.305-2010%20Politica%20de%20Residuos20Solidos.pdf/view

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC ANVISA nº 306/04**. Aspectos jurídicos da Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa sobre RSS. 2007. Publicação especial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre a RDC nº 306/04, 2007. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/revista_anvisa-060508.pdf. Acesso em 03 fev. 2011.

_____. Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). **Resolução n. 358 de 29/04/2005**. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, CONAMA, 2005.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC ANVISA nº 306/04**. 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/arq/normas.htm>. Acesso em 16 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Ambiental e Gestão de RSS**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Projeto Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). **Gerenciamento de RSS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Lei federal nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/divisa/arquivos/legislacao/coletanea_basica_legislacao_sanitaria_e_ambietal-2006.pdf. Acesso em: 15 fev. 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Lei nº8080, de 19 de setembro de 1990. 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 DF, 20 set.1990.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**: os polos da prática metodológica. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1977, 252p.

COSTA, E.A (org.). **Vigilância Sanitária**: temas para debate. Salvador: EDUFBA, 2009. 240p.

COSTA, E.A. **Vigilância Sanitária**: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Sobravime, 2004, p. 67-98.

COSTA, E.A. Vigilância Sanitária: Proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 357-87.

COSTA, E.A.; ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.) **Fundamentos de Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p. 15-40.

CZERESNIA, D. Risco epidemiológico e vigilância sanitária. In: **Seminário temático permanente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária** – “As várias faces do conceito de risco em vigilância sanitária”, 2001, Brasília. Tópicos temáticos. Não paginado. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminário/riscos_dina.htm. Acesso em: 27 set. 2012.

DOOLEY, L.M. Case study research and theory building. **Advances in developing human resources**, n. 4, p. 335-354, 2002.

FARIAS, L.M.M. **Impasses e possibilidades do gerenciamento de RSS no Brasil**: um estudo de caso no centro de saúde Escola Germano Sinval Faria – ENSP – Fiocruz. 2005, 104p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Rio de Janeiro, 2005.

GOUVEIA, N. Resíduos sólidos urbanos: impactos socioambientais e perspectiva de manejo sustentável com inclusão social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, jun. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232012000600014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 13 ago. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico**, PNSB -2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008/PNSB_2008.pdf. Acesso em 03 de julho de 2012

LEITE H.; NAVARRO.M. Risco potencial: um conceito de risco operativo para Vigilância Sanitária. In: COSTA, E.A.(org.). **Vigilância Sanitária temas para debate**. Salvador: Edufba, 2009, p.61-81.

LUCCHESI, G. **Globalização e regulação sanitária. Os rumos da Vigilância Sanitária no Brasil**. 2001, 326p. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: 2001.

MACHADO, N.L. **Estudo comparativo de soluções adotadas para o tratamento e destino final de resíduos sólidos de serviços de saúde**. 2002, 155p. Dissertação (Mestrado em Engenharia Ambiental Urbana). Escola Politécnica, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

MACHADO, N.L.; MORAES, L.R.S. RSSS: Revisitando as soluções adotadas no Brasil para tratamento e destino final. **Revista de Engenharia Sanitária e Ambiental**, v 9, n 1 - jan/mar 2004, p. 55-64.

MEIRINHOS, M.; OSÓRIO, A. J. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. Instituto Politécnico de Bragança. **EDUSER**: revista de educação, Vol. 2(2), 2010.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia para o manejo interno de resíduos sólidos em estabelecimentos de saúde**. Brasília, 1997.

PIOVESAN, M.F. **A construção política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. 2002, 102p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

RISSO, W.M. **Gerenciamento de RSS**: a caracterização como instrumento básico para abordagem do problema. 1993, 162p. Dissertação (Mestrado em Saúde Ambiental). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 1993. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6134/tde-04042012-114301/pt-br.php>. Acesso em 20 de outubro de 2011.

RODRÍGUEZ, G.G.; FLORES, J.G.; JIMÉNEZ, E.G. **Metodología de la investigación cualitativa**. Málaga: Ediciones Aljibe, 1999.

SCHNEIDER, V.E *et al.* Manual de gerenciamento de resíduos sólidos de serviços de saúde. São Paulo: Ed. CLR Balieiro, 2001, 175p.

SILVA, A.C. do N. *et al.* Critérios adotados para seleção de indicadores de contaminação ambiental relacionados aos resíduos sólidos de serviços de saúde: uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, out. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2002000500033&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2011.

SILVA, N.F.C. **FUZZYVISA**: modelo de avaliação de risco da vigilância sanitária para inspeção de resíduos de serviços de saúde utilizando lógica Fuzzy. 2010, 75p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 2010.

SILVEIRA, L.C da. **Ciência, tecnologia, inovação e vigilância sanitária**. 2006, 105p. Dissertação (Mestrado em Política e Gestão em Ciência e Tecnologia). Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, (UNB), Brasília: 2006.

SOUZA, G.S. **Trabalho em vigilância sanitária**: o controle sanitário da produção de medicamentos no Brasil. 2007, 217p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2007.

WHO - World Health Organization. **International Meeting on Health-Care Waste**. Meeting Report. 2007. Disponível em: http://www.healthcarewaste.org/fileadmin/user_upload/resources/HCWM_meeting_report_2007.pdf. Acesso em 18 março 2012.

_____. **Management of solid health-care waste at primary health-care centres**. 2005. Disponível em: http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/decisionmguide_rev_oct06.pdf. Acesso em: 15 março 2012.

YIN, R.K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005, 212 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para análise dos prontuários da VISA-BA.

Prontuário Hospital:.....

Existe PGRSS?

() sim () não

Parte I – Análise documental do PGRSS

Data de entrada do PGRSS do SS para avaliação da DIVISA:.....

Data da análise do PGRSS realizada pela DIVISA:.....

Data da devolução do PGRSS analisado pela DIVISA:.....

Parecer:

() Deferido () Necessita adequações () Indeferido

Prazo para adequação e devolução à VISA:.....

Data de entrega do PGRSS após adequações:.....

Parte II – Monitoramento do PGRSS

1) Número de inspeções realizadas no hospital entre 2009 e 2011.

.....

2) Registro de documentos relacionados ao controle sanitário de RSS nos prontuários avaliados.

.....

.....

.....

3) REGISTRO DE AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DO PGRSS APÓS ANÁLISE E DEFERIMENTO PELA DIVISA.

.....

.....

.....

APÊNDICE B - Formulário para entrevista semiestruturada a ser aplicada aos técnicos da VISA – BA.

Parte I - Categorias Analíticas

Categoria I –Ações da VISA-Ba para o controle sanitário dos RSS:

1. Quais ações relacionadas ao controle sanitário de RSS você realiza na DIVISA:

- Análise de PGRSS
- Inspeção em hospitais
- Orientação aos Serviços de Saúde

2. Quais instrumentos você utiliza para nortear suas ações de controle sanitário dos RSS?

- Planejamento
- Roteiro de inspeção
- Documentos normativos (leis, portarias, resoluções e normas)
- Outros. Especificar _____

3. No momento da inspeção nos hospitais você solicita o PGRSS?

- Sim
- Não

4. Caso o hospital não possua o PGRSS, você solicita a elaboração?

- Sim. De que forma? _____
- Não

5. Durante a inspeção nos hospitais você observa e registra aspectos relacionados ao GRSS?

- Sim
- Não

6. Caso sejam detectadas inconformidades relacionadas aos RSS, que providências você adota?

- Orientação verbal
- Notificação
- Não liberação/ renovação do alvará sanitário
- Auto de infração

Categoria II - Infraestrutura relacionada a recursos humanos

7. Você participou de alguma capacitação sobre Gerenciamento de RSS nos últimos doze meses? Se sim, qual a carga horária?

() Sim. CH _____

() Não

APÊNDICE C - Formulário para entrevista semiestruturada a ser aplicado aos gestores da VISA – BA.

Parte I – Identificação/Caracterização da VISA – BA (Questões a serem respondidas pela Diretoria – DIVISA)

Endereço.....

Telefone, Fax, e-mail.....

Situação hierárquica da VISA na SESAB (Superintendência/Nome)

.....

Coordenação da VISA.....

Formação.....Tempo no Cargo.....

Experiências anteriores em VISA.....

1. Qual a estrutura organo-funcional da VISA -BA?

.....

2. Qual o quantitativo de profissionais lotados na VISA-BA?

.....

3. Qual o quantitativo de profissionais por Coordenação?

.....

4. Quais as atividades/competências de cada Coordenação da VISA-BA?

.....

5. Qual a Coordenação da VISA-BA responsável pela realização de inspeções sanitárias nos hospitais de alta complexidade de Salvador?

.....

6. Quantos profissionais são responsáveis pela realização de inspeções nos hospitais alta complexidade de Salvador?

7. Quantos hospitais são inspecionados anualmente pela VISA?

Parte II - Categorias Analíticas

Categoria I – Ações da VISA-BA para o controle sanitário dos RSS

8. Existem profissionais específicos para o desenvolvimento de ações relacionadas ao controle sanitário de RSS na DIVISA? Se sim, quantos?

9. Quais as atividades desenvolvidas por estes profissionais?

- () Análise de PGRSS. Quantidade:_____
- () Fiscalização. Quantidade_____
- () Orientação aos SS. Quantidade_____
- () Outros. Quantidade_____

10. Quem analisa o PGRSS é o mesmo técnico que realiza a inspeção no hospital?

- () Sim
- () Não

11. Caso a resposta anterior seja negativa, o técnico que realiza a inspeção no hospital tem conhecimento do PGRSS deste hospital que foi analisado na DIVISA?

- () Sim
- () Não

12. Após a análise do PGRSS existe compatibilização (verificação do cumprimento do plano na prática)?

- () Sim
- () Não

13. Caso o PGRSS seja indeferido, existe um prazo para adequações?

- () Sim
- () Não

14. O indeferimento do PGRSS impacta na liberação/renovação do alvará sanitário?

- () Sim
- () Não

15. Existe interlocução da DIVISA com outros setores relacionados ao GRSS (meio ambiente, limpeza urbana, setor de obras e projetos em saúde)?

- () Sim
- () Não

Categoria II - Infraestrutura relacionada a recursos humanos.

16. Quais critérios são utilizados pela coordenação da VISA-BA para a seleção de profissionais para a realização do controle sanitário em serviços de saúde?

- () Graduação na área da saúde

- Experiência em inspeção em serviços de saúde de alta complexidade
- Possuir pós-graduação em Vigilância Sanitária
- Possuir capacitação em inspeção sanitária em serviços de saúde
- Outros. Especificar:

17. A equipe é capacitada para a realização da inspeção sanitária em serviços de saúde?

- Sim Não

18. Qual a periodicidade da realização de capacitação sobre gerenciamento de RSS?

- Trimestral
- Semestral
- Anual
- Outros. Especificar:.....

APÊNDICE D - Termo De Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA/ÁREA DE CONCENTRAÇÃO
VIGILÂNCIA SANITÁRIA – 2012**

Eu, **Paula Cristina Souza Ribeiro** (mestranda e pesquisadora responsável) e a Orientadora: **Prof.^a Dra. Eliana Auxiliadora Magalhães Costa**, professor orientador estamos convidando você a participar como convidado de uma pesquisa de dissertação de mestrado profissional que tem como objetivo, analisar o controle sanitário dos RSS exercido pela Vigilância Sanitária do Estado da Bahia. Esta pesquisa pretende contribuir com o cotidiano do trabalho de Vigilância Sanitária (VISA), através do esclarecimento do fluxo e natureza das ações relacionadas ao controle sanitário de RSS, e proposição de melhorias, caso sejam necessárias. Portanto, além de gerar conhecimento, pretende-se contribuir para o aprimoramento das práticas de vigilância sanitária. Os sujeitos da pesquisa terão como benefício a oportunidade de refletir sobre o processo de trabalho da VISA e utilizar o resultado da pesquisa para aprimorar a sua prática, com vistas a consolidação do Sistema Único de Saúde. Os pesquisadores garantem o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade individual, social e cultural. Você pode desistir e anular este consentimento em qualquer fase da pesquisa. Os pesquisadores e os entrevistados não serão remunerados pela participação deste estudo.

No momento em que houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre sua participação na pesquisa você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo celular 8736-5521, pelo e-mail paulacristinasr@yahoo.com.br e com o Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA pelo telefone 3283-7441. O teor da observação direta, somente será utilizado para fins científicos. Sendo assim, se você concordar, voluntariamente, de participar deste estudo, assine este termo de consentimento, ficando com uma cópia do mesmo.

Eu _____ RG _____

Declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário do projeto de pesquisa acima descrito.

Salvador, _____ de _____ de _____

Pesquisador

Agente de vigilância sanitária

APÊNDICE E - Solicitação de autorização à VISA-BA.

Prezada Diretora,

Conforme contato anterior, estamos formalizando a participação da VISA Estadual, na pessoa da sua Diretora....., na pesquisa intitulada “Vigilância Sanitária e Gerenciamento de RSS: um estudo piloto no Estado da Bahia. Este estudo faz parte do Programa de Mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e visa analisar o controle sanitário dos RSS exercido pela VISA.

A população deste trabalho será constituída por instituições hospitalares públicas de gestão estadual localizadas no município de Salvador e pela VISA Estadual. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora, através da análise documental dos registros da VISA sobre gerenciamento de RSS em hospitais de alta complexidade e da aplicação de um formulário a ser preenchido com dados de entrevista.

Serão entrevistados os seguintes profissionais: a) Diretor e Coordenador da VISA; e b) Profissionais que atuam diretamente nas inspeções sanitárias em hospitais de alta complexidade.

Certa de poder contar com colaboração da sua instituição para a realização deste estudo, agradecemos antecipadamente.

Salvador – BA, ____ de _____ de _____.