

MANUAL DE CONTROLE

1º EDIÇÃO
2018



Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde

SECRETARIA
DA CONTROLADORIA
GERAL DO ESTADO



GOVERNO DO ESTADO
DE PERNAMBUCO



EXPEDIENTE

Paulo Henrique Saraiva Câmara
Governador do Estado de Pernambuco

Raul Jean Louis Henry Júnior
Vice-Governador do Estado de Pernambuco

Ruy Bezerra de Oliveira Filho
Secretário da Controladoria-Geral do Estado de Pernambuco

Caio Eduardo Silva Mulatinho
Secretário Executivo da Controladoria-Geral do Estado de Pernambuco

Elisângela Maria Pereira dos Santos Lôbo
Diretora de Controle da Qualidade dos Gastos

Vanessa Bezerra Duarte da Silva
Coordenadora de Racionalização dos Gastos

Vera Lucia Lucena do Rego Barros
Chefe da Unidade de Racionalização dos Gastos

EQUIPE TÉCNICA

Lucas Milet do Amaral Mercês
Kirlla Gomes de Coimbra e Silva



APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Controladoria-Geral do Estado - SCGE, por meio de sua Diretoria de Controle da Qualidade dos Gastos, com o objetivo de disseminar o conhecimento, de auxiliar a gestão e de padronizar os procedimentos referentes ao controle sobre o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, traz o presente manual, direcionado especialmente para os órgãos e as entidades da Administração Pública Estadual que desenvolvem tais atividades.

Este manual elencará modelos de controle, recomendados por esta Secretaria, e os instrumentos necessários para a aplicação, como ferramenta de apoio à gestão e fomento às boas práticas de racionalização. Vale ressaltar que as abordagens estabelecidas por este documento são orientativas, podendo sofrer ajustes ou adequações, e não possuem caráter exaustivo.



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 5

2. RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS) 6

2.1 Gerenciamento dos RSS 6

2.2 Classificação dos RSS 7

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO GASTO 8

3.1 Definição da equipe de trabalho, identificação do problema e mobilização da organização 8

3.2 Execução 8

3.2.1 Política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores 9

3.2.2 Recolhimento dos resíduos biológicos 10

3.3 Plano de ação 11

REFERÊNCIAS 12

APÊNDICES 13

Apêndice A - Modelo adaptável de comunicação para conscientização sobre a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores 13

Apêndice B - Modelo adaptável de checklist diário para a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores 13

Apêndice C - Método dos critérios de avaliação do checklist diário para a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores 13

Apêndice D - Formulário padrão de registros das inconformidades encontradas diante da política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores 14

Apêndice E - Modelo adaptável de checklist mensal para a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores 14

Apêndice F - Modelo adaptável de checklist mensal de compilação anual para a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores 15

Apêndice G - Modelo adaptável do controle de recolhimento dos resíduos biológicos 15

Apêndice H - Modelo adaptável do controle mensal de pesagem para quantificar o peso das bombonas, no que se refere ao recolhimento dos resíduos biológicos 16

Apêndice I - Modelo adaptável do controle mensal de pesagem para quantificar o peso líquido dos resíduos biológicos recolhidos a cada dia 16

Apêndice J - Modelo adaptável do procedimento de controle relacionado à conferência das pesagens realizadas, no que se refere ao recolhimento dos resíduos biológicos 17

Apêndice K - Modelo adaptável de plano de ação 17

1. INTRODUÇÃO

A Secretaria da Controladoria-Geral do Estado foi criada por meio da Lei nº 13.205, de 19 de janeiro de 2007¹, com o objetivo de assistir o Governador do Estado quanto à defesa do patrimônio público, ao controle interno, à auditoria pública, à prevenção e ao combate à corrupção, e ao incremento da transparência da gestão no âmbito da administração pública estadual; e apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional.

A utilização dos recursos públicos de maneira racionalizada e eficiente é algo imprescindível. A Secretaria da Controladoria-Geral do Estado objetiva conscientizar e fomentar essas temáticas, de forma a auxiliar o gestor em suas responsabilidades na administração pública.

De acordo com Oliveira (2005, p. 427), controlar é comparar o resultado das ações, com padrões previamente estabelecidos, a fim de realizar correções, se necessário. Nesse liame, o controle interno pode ser preventivo, concomitante ou a posteriori. Quanto ao primeiro, é um excelente instrumento de auxílio à gestão, vide:

Um Controle Interno eficaz, além de constituir-se em poderoso instrumento gerencial, dá transparência a toda e qualquer atividade. A postura preventiva (ação preventiva) visa ao assessoramento do gestor. Busca-se a integração do ciclo planejamento, orçamento, finanças e controle, com a finalidade de dar suporte à administração por meio da busca do melhor controle do gasto, usando mecanismos de eficiência, eficácia, efetividade e economicidade (MEIRELLES 1988, p. 565).

Dessa forma, diante da crescente limitação dos recursos públicos, é fundamental a busca pela qualidade contínua dos gastos públicos. Nesse contexto, a SCGE desenvolveu o Plano da Promoção da Qualidade do Gasto (QUALIGASTO), que tem como principais objetivos: avaliar os controles existentes, propor melhorias e promover um ambiente de cooperação e de orientação aos agentes públicos. Essas ações são realizadas principalmente por meio do compartilhamento, do incentivo e da utilização de boas práticas, com o propósito de suscitar uma gestão eficiente das despesas.

A SCGE pretende com este manual orientar os órgãos e entidades estaduais de saúde, especificamente os hospitais, sobre os principais itens que estão relacionados ao processo de preservação do meio ambiente, segregação adequada dos resíduos e otimização na forma de pesagem de elementos biológicos, visando também a mitigação dos desperdícios, a fim de consolidar o gerenciamento dos resíduos hospitalares.

¹Alterações posteriores pelas Leis nº 14.264/2011, nº 15.225/2013 e nº 15.452/2015.

2. RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS)

O manejo dos RSS é um desafio para os estabelecimentos de saúde, uma vez que envolve temáticas relacionadas às condições de segurança ambiental e ocupacional, requisitos imprescindíveis a serem observados.

O Manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, da ANVISA (2006), conceitua e delinea formas de realizar a gestão dos detritos relacionados, diminuindo os riscos afetos e a quantidade de resíduo produzido, promovendo o reaproveitamento e a segregação dos materiais e reduzindo os custos do tratamento e da disposição final.

O ordenamento jurídico, notadamente a norma RDC² ANVISA nº 222/18 e a Resolução CONAMA³ nº 358/05, define como geradores de resíduos de serviços de saúde todos os serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal. Notar que tais escopos regulamentares excluem de sua aplicabilidade as fontes radioativas seladas e as indústrias de produtos para a saúde, que devem seguir determinações específicas (da Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN e das condições específicas do licenciamento ambiental, respectivamente).

No cumprimento dos instrumentos preceptivos citados, a responsabilidade direta pelo gerenciamento dos RSS são dos estabelecimentos de serviços de saúde, porém, por compartilhamento, o poder público e as empresas de coleta, tratamento e disposição final também assumem o ônus. E, nos moldes da Magna Carta (art. 30), os municípios são competentes na prestação de serviços públicos de interesse local.

2.1 Gerenciamento dos RSS

A RDC ANVISA nº 222/2018, no seu capítulo II, define que é da competência dos serviços geradores de RSS a designação de profissional para exercer a função de responsável pela elaboração, implementação e coordenação do Plano de Gerenciamento de RSS (PGRSS), pelo provimento e pela comprovação de treinamentos e capacitações para o pessoal envolvido, pelo atesto de licença ambiental e pelo documento de cadastro no órgão de limpeza urbana (documentos entregues pela prestadora de serviços terceirizados), pela requisição de documento perante os encarregados da coleta, do transporte, do tratamento ou da disposição final dos resíduos que identifique a conformidade com as orientações dos órgãos de meio ambiente, pela manutenção de registro de operação de venda ou doação dos resíduos destinados à reciclagem ou compostagem, dentre outros.

Importante mencionar que as condutas ou atividades lesivas ao meio ambiente são passíveis de responsabilização administrativa, civil e/ou penal, conforme Lei da Política do Meio Ambiente (nº 6.938/81) e Lei dos Crimes Ambientais (nº 9.605/98).

² Resolução da Diretoria Colegiada.

³ Conselho Nacional do Meio Ambiente.

2.2 Classificação dos RSS

A partir dos grupos de risco divergentes, que suscitam maneiras de manejo específico, os normativos supracitados classificam os RSS em 5 níveis, a saber:

| | |
|----------------|--|
| Grupo A | <i>resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção;</i> |
| Grupo B | <i>resíduos químicos;</i> |
| Grupo C | <i>rejeitos radioativos;</i> |
| Grupo D | <i>resíduos comuns;</i> |
| Grupo E | <i>materiais perfurocortantes.</i> |

Por isso, na operacionalização dos RSS, faz-se mister realizar a identificação dos tipos de resíduos tanto nos locais de armazenamento quanto nos recipientes de coleta interna e externa. Além disso, o Manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, da ANVISA (2006), elenca recomendações para o processo de acondicionamento, de coleta e de armazenamento dos resíduos, incluindo os seguintes pontos, não exaustivos:

- **Quanto ao acondicionamento:** os resíduos não podem ultrapassar 2/3 do volume do recipiente que deve ser de material resistente, lavável e com tampa sem contato manual⁴; os sacos devem possuir material resistente e impermeável, respeitando-se o limite de peso e proibindo-se o esvaziamento ou o reaproveitamento;
- **Quanto à coleta e ao transporte:** o roteiro interno deve ser realizado, quando possível, em horários díspares em relação à distribuição de roupas, alimentos e medicamentos ou à qualquer momento de maior fluxo no local; a coleta interna deve ocorrer de maneira separada, por cada grupo de resíduos; o transporte interno dos recipientes deve ser realizado com o intuito de evitar riscos de acidente; o funcionário responsável pelo transporte interno deve lavar as mãos antes e depois de utilizar as luvas, mantendo também limpas as luvas após a conclusão do traslado; os carros de coleta para o transporte interno devem estar sempre higienizados e ser constituídos de material rígido, lavável e impermeável, com tampa articulada ao próprio corpo (com bordas e cantos arredondados), rodas revestidas de material que diminua o ruído e identificação adesiva do resíduo correspondente⁵;
- **Quanto ao armazenamento temporário dos RSS:** se houver, deverá ser realizado em recipientes de acondicionamento e não em sacos; o local para guarda dos recipientes de transporte interno deve ter paredes e pisos laváveis e lisos, iluminação artificial e área suficiente (pelo menos para dois recipientes), recomendando-se, ainda, a existência de ponto de água e ralo sifonado; o local de armazenamento externo deve ser construído em um ambiente exclusivo e, no mínimo, possuir uma área separada para atender o armazenamento de recipientes de resíduos do grupo “A” mais o “E” e outro para o “D”, além de fomentar a acessibilidade (facilidade no transporte), a segurança física/estrutural e a higiene dos carros coletores, dos pisos e das paredes.

⁴ Para as salas de cirurgia e de parto, não há necessidade de tampa. Já para os resíduos líquidos, o recipiente deve ser de material compatível com a substância, com tampa rosqueada e vedante. Além disso, os materiais do grupo E (perfurocortantes) devem ser acondicionados separadamente, imediatamente após o uso, em recipiente rígido, impermeável e com tampa.

⁵ Se a capacidade do carro de coleta for superior a 400 litros, haverá necessidade de uma válvula de dreno ao fundo.

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DO GASTO

O Manual de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde, da ANVISA (2006), discrimina detalhadamente procedimentos para contemplar os aspectos de geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como as ações de proteção à saúde e ao meio ambiente. Entretanto, este manual enumera processos em alguns pontos específicos, com foco no controle interno, a fim de auxiliar a gestão do manejo dos RSS nos estabelecimentos de saúde ⁶, conforme será orientado adiante.⁷

3.1 Definição da equipe de trabalho, identificação do problema e mobilização da organização

Não obstante a importante atuação da Controladoria-Geral do Estado, o intuito deste manual é orientar a elaboração e a implementação do controle interno independentemente da condução sob a coordenação deste órgão de controle, além de deixar registrado o procedimento padrão de recomendação para os estabelecimentos de saúde do Estado de Pernambuco.

Dessa forma, inicialmente, o estabelecimento de saúde deve compor e treinar uma equipe de trabalho, responsável por realizar uma avaliação preliminar dos RSS gerados e da gestão desses, mapeando as áreas envolvidas e elaborando uma estratégia de trabalho, com aquiescência da diretoria da instituição.

Operacionalmente, a implantação do QUALIGASTO no tema “Resíduos Sólidos” é dividida em duas etapas:

- **Segregação adequada dos resíduos nos setores do hospital** - política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores;
- **Recolhimento dos resíduos biológicos** - aquisição de balança para pesagem dos resíduos biológicos e controles decorrentes.

Por conseguinte, com o fito de ampliar o envolvimento da organização para a realização do Plano de Promoção da Qualidade do Gasto, faz-se mister sensibilizar todos os funcionários da organização, disseminando informações gerais sobre os RSS, conforme contextualização direcionada nos itens 1 e 2 deste manual. Para tanto, carece-se, por exemplo, da promoção de reuniões com os vários setores da instituição e da aplicação de questionário para identificar a percepção dos funcionários sobre o meio ambiente.

3.2 Execução

Nesta etapa, deve haver o estudo da situação do estabelecimento em relação aos RSS, analisando as condições do ambiente e as áreas críticas. Desse modo, faz-se necessário o levantamento de todas as atividades, com visitas às áreas administrativas, setores ou unidades especializadas.

⁶ Atentar que todo gerador de RSS deve elaborar e implantar o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde - PGRSS, conforme estipulam a RDC ANVISA nº 222/18 e a Resolução CONAMA nº 358/05.

⁷ Importante mencionar que a íntegra de todos os documentos elaborados pela Diretoria de Controle da Qualidade dos Gastos (DCQG), constante dos Apêndices deste manual, para a implementação do Plano de Promoção da Qualidade do Gasto, pode ser acessada no sítio eletrônico da Controladoria-Geral do Estado.

3.2.1 Política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores

Em primeira fase, para implantar a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores, os colaboradores precisam manter interação, fomentando a identificação das necessidades quanto ao descarte adequado do RSS. Além disso, deve-se comunicar aos funcionários da organização sobre o custo elevado relacionado ao trato dos RSS, inclusive na relação com o lixo comum (vide exemplo padronizado no Apêndice A, que deve estar exposto em todos os setores do estabelecimento), de forma a conscientizar sobre a escorreita segregação, a necessária redução dos gastos e a latente responsabilização em casos de irregularidades.

Em cada unidade, a equipe do estabelecimento de saúde, responsável pela implementação do Plano de Promoção da Qualidade do Gasto, designará um funcionário para supervisionar e preencher a planilha do *checklist* diário (Apêndice B), de acordo com os critérios de pontuação especificados no Apêndice C.

No caso concreto, serão observadas três perspectivas: organização e limpeza, segregação e trato do material perfuro. O ambiente auferirá 3 pontos (nota máxima - *status* “ótimo”) se atender aos seguintes requisitos cumulativos: se o local estiver limpo e organizado, com “quentinhas” no local adequado e recolhidas no horário predeterminado; além disso, se for constatada ausência de mistura entre os resíduos infectado, comum e reciclável; e, por derradeiro, se a caixa de material perfurocortante for preenchida até a linha determinada, fechada e estiver no engradado. Em sequência, nos moldes do Apêndice C deste manual, a pontuação será de 2 (*status* “precisa melhorar”) ou 1 (*status* “crítico”), a depender do grau de descumprimento dos critérios.

Com a pontuação do *checklist* diário (Apêndice B), o estabelecimento de saúde, por meio de sua equipe escolhida, deverá preencher o *checklist* mensal (Apêndice E), em que se calculará o desempenho de cada setor (razão dos pontos obtidos *versus* pontos máximos), e posteriormente o compilado do ano (Apêndice F), uma planilha sintética com o resultado da avaliação mês a mês de cada ano (*status* “ótimo”, cor verde, para rendimentos superiores ou iguais a 95%; *status* “melhorar”, cor amarela, para rendimentos entre 70% a 95%; e *status* “crítico”, cor vermelha, para rendimentos abaixo de 70%)⁸ relacionando todos os ambientes. Além disso, a equipe é encarregada de fiscalizar, por amostragem, o registro do *checklist* diário realizado pela área, pelo setor ou pela unidade, para corroborar a veracidade dos dados insertos.

Por conseguinte, o resultado consolidado de cada mês, em cada ambiente, findará com a afixação de um cartaz que demonstrará a nota obtida do setor: “carinha” verde, amarela ou vermelha, idênticas às detalhadas no Apêndice A. Ademais, a equipe responsável pela compilação dos dados, facultativamente, divulgará previamente o resultado detalhado, nas respectivas planilhas, ao funcionário responsável de cada localidade.

Paulatinamente, após a fixação de rotina do preenchimento do *checklist* diário (Apêndice B), o estabelecimento de saúde estará apto a registrar um mapa de inconformidades, utilizando-se como instrumento um formulário, na forma do exemplo do Apêndice D. Em específico, haverá formalização da data, local, problema verificado, providências a serem encadeadas e a data limite para a resolução.

⁸ Atentar que esses percentuais são passíveis de alteração, de acordo com a realidade do estabelecimento de saúde.

3.2.2 Recolhimento dos resíduos biológicos

Quanto à segunda etapa, o estabelecimento de saúde se comprometerá a envidar esforços para adquirir uma balança para pesagem dos resíduos biológicos, caso não possua, e para iniciar o controle do recolhimento dos resíduos biológicos. Posteriormente, alguns instrumentos formais deverão ser utilizados.

Em primeira ordem, a equipe do estabelecimento de saúde, responsável pela implementação do Plano de Promoção da Qualidade do Gasto, designará um funcionário para, juntamente com o preposto da empresa coletora dos resíduos biológicos, aporem assinaturas diárias ratificando a quantidade de bombonas (recipientes de armazenamento do lixo biológico) “levadas” e “deixadas” pela empresa coletora, preenchendo a hora do serviço prestado (vide Apêndice G). Essa planilha subsidiará a legitimidade na realização do atesto da Nota Fiscal correspondente ao pagamento pelo Estado.

De mais a mais, deverá haver um encarregado do estabelecimento para realizar o controle de pesagem, de forma a aferir diariamente o peso bruto de cada recipiente entregue, por meio da balança, registrando o valor em planilha própria (Apêndice H) e na etiqueta fixada na bombona. Com a quantificação dos quilogramas brutos de cada recipiente, deverá ser calculado também o peso líquido da coleta, ao excluir a pesagem da bombona vazia (tara), conforme Apêndice I. Nesse controle, o executor dessa tarefa terá a obrigação de fazer cumprir os ditames contratuais, perante a empresa, de forma a aproximar o peso de cada coleta ao previsto, pois o Estado efetua dispêndios por bombonas recepcionadas pela contratada.⁹ Ou seja, uma distribuição de material biológico em coerência ao máximo de quilos permitido por recipiente fará com que haja menos coleta e, por conseguinte, otimização do gasto público, em atenção aos direcionamentos dos instrumentos pactuados e vigentes atualmente.

Nesse aspecto, a planilha do Apêndice I esclarecerá o peso ideal (coluna 6), considerando a quantidade total de bombonas no dia, e a diferença em relação ao peso líquido registrado nos recipientes (coluna 7), de modo a demonstrar os valores de excesso e de inferioridade diante do limite de quilo por recipiente. Essa verificação somada resultará na quantificação de quilos depositados no mês, a mais ou a menos. Caso negativo, poderá ser computado o número de coleta de bombonas desperdiçado mensalmente (quociente em módulo entre a diferença total negativa e o peso líquido de um recipiente).

Por derradeiro, esta Controladoria recomenda que a equipe do estabelecimento realize, por amostragem, fiscalização, na forma da planilha de pesagem de conferência (Apêndice J). Essa análise fomentará um ambiente de controle e ratificará a relação fidedigna entre o peso preenchido na etiqueta da bombona e o peso conferido.

Não obstante a proposição desses pontos específicos de controle, o estabelecimento de saúde possui a discricionariedade de elaborar e implantar novos direcionamentos, de forma a promover o cumprimento normativo do item 2 deste manual e aprimorar a legitimidade do gasto público.

⁹ No critério contratual corriqueiro, a bombona deve possuir uma pesagem máxima de 25 quilos líquidos, ao descontar o valor do recipiente vazio (geralmente 8 quilos).

3.3 Plano de ação

Diante dos direcionamentos permeados pelos itens 2 e 3 deste manual, anteriores, e das necessidades de aperfeiçoamento para adequação e suficiência no cumprimento dos ditames do QUALIGASTO, programa proposto por este Órgão de controle, deve o estabelecimento de saúde efetivar um plano de ação.

Nesses termos, para cada etapa necessária à implantação do QUALIGASTO relacionado aos RSS, deve-se inserir uma linha na planilha modelo do Apêndice K deste manual, descrevendo a ação, o responsável pela execução da atividade, as datas previstas de início e de término, o status das intervenções (“concluída”, “em atraso”, “a iniciar”, “cancelada” ou “suspensa”) e as observações correlatas (se houver pertinência).

Por fim, a equipe do estabelecimento de saúde, responsável pela elaboração e implementação do Plano de Promoção da Qualidade do Gasto, prestará o contínuo trabalho de monitorar e fiscalizar as ações, de forma a torná-las eficientes e efetivas em prol da legitimidade do gasto público e da segurança no manejo dos RSS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 182 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/manual_gerenciamento_residuos.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2017.

BRASIL. Resolução CONAMA n. 358, de 29 de abr. de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências, Brasília, DF, nov. 2017.

BRASIL. Resolução RDC n. 222, de 28 de mar. de 2018. Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências, Brasília, DF, mai. 2018.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito administrativo brasileiro. 16.ed.atual., 2.tir. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.

OLIVEIRA, Djalma. P. R, Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial. 15. ed. São Paulo: Atlas, 2005. ISBN 85-224-4185-5.

APÊNDICES

Apêndice A - Modelo adaptável de comunicação para conscientização sobre a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores.



Apêndice B - Modelo adaptável de checklist diário para a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores

| GOVERNO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|---|---|-----------------------|------------|---|---|-----------------------|------------|---|---|-----------------------|------------|---|---|-----------------------|--|--|--|--|
| Check List Diário | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Setores | Dia: _____ | | | | | | | |
| | O | S | P | Visto do Setor (Nome) | O | S | P | Visto do Setor (Nome) | O | S | P | Visto do Setor (Nome) | O | S | P | Visto do Setor (Nome) | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Apêndice C - Método dos critérios de avaliação do checklist diário para a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores

| OBSERVAR | |
|--|------------------------------------|
| ORGANIZAÇÃO E LIMPEZA: Ambiente limpo e organizado, quarentinha no local adequado e recolhida no horário; SEGREGAÇÃO: Nenhum resíduo infectado, comum e reciclável misturado no posto, na enfermaria e no corredor; PÉRFURO: Caixa de perfurocortante preenchida até a linha, fechada e no engradado. | 03 PONTOS: ÓTIMO |
| ORGANIZAÇÃO E LIMPEZA: Ambiente desorganizado com quarentinha sem recolher no horário; SEGREGAÇÃO: Três resíduos misturados no posto, enfermaria ou corredor; PÉRFURO: Caixa de perfurocortante preenchida acima da linha, fora do engradado, no balcão ou no chão, fechada no setor (sem ser recolhida). | 02 PONTOS: PRECISA MELHORAR |
| ORGANIZAÇÃO E LIMPEZA: Ambiente sujo e desorganizado, excesso de quarentinha sem recolher no horário, exposta e no local inadequado; SEGREGAÇÃO: Mais de três resíduos misturados, no posto, enfermaria e corredor; PÉRFURO: Caixa de perfurocortante preenchida acima da linha, extravasando, improvisada, fora do engradado, aberta, fechada no setor (sem ser recolhida). | 01 PONTO: CRÍTICO |

Apêndice F - Modelo adaptável de compilação anual do checklist mensal para a política de gerenciamento dos resíduos hospitalares por meio do indicador por cores

|  GOVERNO DE PERNAMBUCO NOME DA SECRETARIA SECRETARIA DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------|----------------|------------|------------|-----------|------------|------------|-------------|---------------|--------------|---------------|---------------|
| SETORES DO HOSPITAL | JANEIRO 2017 | FEVEREIRO 2017 | MARÇO 2017 | ABRIL 2017 | MAIO 2017 | JUNHO 2017 | JULHO 2017 | AGOSTO 2017 | SETEMBRO 2017 | OUTUBRO 2017 | NOVEMBRO 2017 | DEZEMBRO 2017 |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |
| | MELHORAR | MELHORAR | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO | CRÍTICO |

Apêndice G - Modelo adaptável do controle de recolhimento dos resíduos biológicos

|  GOVERNO DE PERNAMBUCO NOME DA SECRETARIA SECRETARIA DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO | | | | | |
|---|------|--------------------|----------|-----------------------------|----------|
| Controle de Recolhimento dos Resíduos Biológicos | | | | | |
| | | | Mês: | | Ano: |
| Recolhimento | | N° Bombonas (200L) | | Assinatura dos Responsáveis | |
| Dia | Hora | Levadas | Deixadas | Contratada | Hospital |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |

Apêndice H - Modelo adaptável do controle mensal de pesagem para quantificar o peso das bombonas, no que se refere ao recolhimento dos resíduos biológicos

|  GOVERNO DE PERNAMBUCO NOME DA SECRETARIA SECRETARIA DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO | | | | | | | | | |
|---|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|
| Controle Mensal de Pesagem - Planilha 1 | | | | | | | | | |
| Data: | | | | | Mês: | | Ano: | | |
| Data: | | Data: | | Data: | | Data: | | Data: | |
| Bombona (200L) | Peso Bombona | Bombona (200L) | Peso Bombona | Bombona (200L) | Peso Bombona | Bombona (200L) | Peso Bombona | Bombona (200L) | Peso Bombona |
| 1 | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | |
| 2 | | 2 | | 2 | | 2 | | 2 | |
| 3 | | 3 | | 3 | | 3 | | 3 | |
| 4 | | 4 | | 4 | | 4 | | 4 | |
| 5 | | 5 | | 5 | | 5 | | 5 | |
| 6 | | 6 | | 6 | | 6 | | 6 | |
| 7 | | 7 | | 7 | | 7 | | 7 | |
| 8 | | 8 | | 8 | | 8 | | 8 | |
| 9 | | 9 | | 9 | | 9 | | 9 | |

Apêndice I - Modelo adaptável do controle mensal de pesagem para quantificar o peso líquido dos resíduos biológicos recolhidos a cada dia

|  GOVERNO DE PERNAMBUCO NOME DA SECRETARIA SECRETARIA DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO | | | | | | | |
|---|---|-------------|------|------------------------|----------------|-----------------|-----|
| Controle Mensal de Pesagem - Planilha 2 | | | | | | | |
| | | Mês: Agosto | | Valor da Bombona: 81,7 | | Ano: 2017 | |
| Dia | Qtd total bombonas do dia (planilha 01) | Peso Bruto | Tara | Peso Líquido (a) | Peso Ideal (b) | Diferença (a-b) | OBS |
| 1 | 4 | 136,24 | 32 | 104,24 | 100,00 | 4,24 | |
| 2 | 14 | 444,75 | 112 | 332,75 | 350,00 | -17,25 | |
| 3 | 9 | 303,6 | 72 | 231,60 | 225,00 | 6,60 | |
| 4 | 14 | 420,41 | 112 | 308,41 | 350,00 | -41,59 | |
| 5 | 7 | 231,3 | 56 | 175,30 | 175,00 | 0,30 | |
| 6 | 9 | 281,5 | 72 | 209,50 | 225,00 | -15,50 | |
| 7 | 9 | 298,5 | 72 | 226,50 | 225,00 | 1,50 | |
| 8 | 12 | 367,3 | 96 | 271,30 | 300,00 | -28,70 | |
| 9 | 8 | 245,1 | 64 | 181,10 | 200,00 | -18,90 | |
| 10 | 13 | 408,6 | 104 | 304,60 | 325,00 | -20,40 | |
| 11 | 9 | 298,95 | 72 | 226,95 | 225,00 | 1,95 | |
| 12 | 11 | 335,55 | 88 | 247,55 | 275,00 | -27,45 | |
| 13 | 11 | 342,85 | 88 | 254,85 | 275,00 | -20,15 | |
| 14 | 12 | 351,65 | 96 | 255,65 | 300,00 | -44,35 | |

Apêndice J - Modelo adaptável do procedimento de controle relacionado à conferência das pesagens realizadas, no que se refere ao recolhimento dos resíduos biológicos

|  GOVERNO DE PERNAMBUCO NOME DA SECRETARIA SECRETARIA DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO | | | | | | | |
|---|------|---------------|----------------|------------------------|------|---------------|----------------|
| Pesagem de Conferência | | | | Pesagem de Conferência | | | |
| | | Mês: | Ano: | | | Mês: | Ano: |
| Unidade Hospitalar: | | | | Unidade Hospitalar: | | | |
| Semana | Data | Peso Etiqueta | Peso Conferido | Semana | Data | Peso Etiqueta | Peso Conferido |
| 1° | | | | 1° | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 2° | | | | 2° | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Apêndice K - Modelo adaptável de plano de ação

|  GOVERNO DE PERNAMBUCO NOME DA SECRETARIA SECRETARIA DA CONTROLADORIA GERAL DO ESTADO | | | | | | |
|---|-------------------|-------------|----------------------|------------------|--------------|------------|
| Unidade Hospitalar: | | | DATA DE ATUALIZAÇÃO: | | | |
| Dirigente Máximo (UG): | | | | | | |
| Representante (UG): | | | | | | |
| AÇÃO/ETAPA | DESCRIÇÃO DA AÇÃO | RESPONSÁVEL | INÍCIO PREVISTO | TÉRMINO PREVISTO | STATUS | OBSERVAÇÃO |
| | | | | | CONCLUÍDA | |
| | | | | | EM ANDAMENTO | |
| | | | | | EM ATRASO | |
| | | | | | SUSPensa | |
| | | | | | A INICIAR | |
| | | | | | CONCLUÍDA | |