

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 1/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**1.SUMÁRIO**

2. SIGLAS E CONCEITOS .....	2
3.MEDIDAS DE PRECAUÇÕES .....	3
3.1. PRECAUÇÃO PADRÃO.....	3
3.2. PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA .....	7
3.3. PRECAUÇÃO POR CONTATO.....	10
3.4. INDICAÇÕES DE PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS E DE CONTATO .....	13
4. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	13
4.1. USO DE ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO.....	14
4.2. USO DE PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS.....	15
4.3. USO DE AGENTES ANTISSÉPTICOS.....	18
5.EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO.....	19
5.1. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL.....	19
5.2. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA.....	22
6.TIPOS DE RISCOS .....	24
6.1. RISCOS DE ACIDENTE.....	24
6.2. RISCOS ERGONÔMICOS.....	24
6.3. RISCOS FÍSICOS .....	25
6.4.RISCOS QUÍMICOS.....	25
6.5. RISCOS BIOLÓGICOS .....	26
7.GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS .....	26
7.1. TIPOS E QUANTIDADES DE RESÍDUOS GERADOS .....	26
7.1.1. CLASSIFICAÇÕES DOS RESÍDUOS POR GRUPO .....	26
7.1.2. SEGREGAÇÃO E ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS .....	29
7.1.3. IDENTIFICAÇÃO.....	32
7.1.4. SOBRE O ACONDICIONAMENTO .....	33
8. OUTRAS CONDUTAS FUNDAMENTAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	34
8.1. USO OBRIGATÓRIO DE: .....	34
8.2. NÃO É PERMITIDO:.....	34
8.3. CAMPANHAS REALIZADAS DO CH-UFC SOBRE ADORNO ZERO.....	35
9.FLUXOGRAMAS .....	36
9.1. ATENDIMENTO DE ACIDENTE COM MATERIAL PERFUROCORTANTE E BIOLÓGICO MEAC .	36
9.2. ATENDIMENTO DE ACIDENTE COM MATERIAL PERFUROCORTANTE E BIOLÓGICO HUWC	37
ANEXO 1 .....	38

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 2/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

ANEXO 2 .....	39
ANEXO 3 .....	40
ANEXO 4 .....	41
ANEXO 5 .....	43

## 2. SIGLAS E CONCEITOS

As ações de biossegurança em saúde são primordiais para a promoção e manutenção do bem-estar e proteção à vida. A evolução cada vez mais rápida do conhecimento científico e tecnológico propicia condições favoráveis que possibilitam ações que colocam o Brasil em patamares preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em relação à biossegurança em saúde.

De acordo com o Regimento interno da Comissão de Biossegurança do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará esta possui caráter permanente, multiprofissional, consultivo, de natureza técnico-científica e seu objetivo central consiste em conscientizar as equipes de trabalho sobre prevenção de exposição por riscos físicos, químicos, ergonômicos e biológicos, com a finalidade de mitigar os riscos gerados durante a assistência em saúde e o exercício de trabalho. Contribuindo também para proteção eficaz/segura e melhoria de qualidade da assistência prestada à saúde no âmbito do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC).

Sendo responsável também por despertar consciência sanitária coletiva, reduzir riscos e danos potenciais à saúde dos atores deste processo, proteger o meio-ambiente como responsabilidade social e cumprir o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS) de cada hospital universitário do CH-UFC.

Este protocolo foi realizado com o objetivo de difundir o conhecimento e estabelecer condutas, diretrizes que visam as condições de segurança, proteção, prevenção de exposição por riscos conforme exposto acima e minimização de agravos para todos os funcionários do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (CH-UFC) . Seguindo orientações já homologados por órgãos em saúde competentes.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 3/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**3. MEDIDAS DE PRECAUÇÕES**

É um conjunto de técnicas realizadas para reduzir o risco de transmissão de microrganismos de fontes de infecção, conhecidas ou não no hospital. Esta prevenção abrange medidas referentes não só aos pacientes, mas também aos visitantes e profissionais de saúde que atuam na manipulação de medicamentos, alimentos e material estéril ou contaminado que podem servir de veículo de transmissão destes microrganismos.

**3.1. PRECAUÇÃO PADRÃO**

As Precauções Padrão (PP) é um conjunto de medidas que deve ser aplicada no atendimento de todos os pacientes hospitalizados, independente do seu estado infeccioso, e na manipulação de equipamentos e artigos contaminados ou sob suspeita de contaminação. Devem ser aplicadas no atendimento a todos os pacientes, na presença de risco de contato com sangue; fluidos corpóreos, secreções e excreções (exceção: suor); pele com solução de continuidade; e mucosas.

A aplicação das precauções-padrão inclui as seguintes medidas:

**Higiene das mãos (HM):**

- Realizar a HM seguindo os cinco momentos: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após o contato com as áreas próximas ao paciente;
- Realizar com água e sabão ou antisséptico clorexidina degermante 2% ou preparação alcoólica;
- Retirar adornos.

**Uso de luvas:**

- Utilizar luvas sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção, pele não íntegra e mucosa;

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 4/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

- Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ou contato com outro paciente, descartando-as;
- Trocar as luvas entre os pacientes.
- Trocar as luvas entre um procedimento e outro no mesmo paciente;
- Higienizar sempre as mãos antes e imediatamente após a retirada das luvas.

### Uso de avental:

- Utilizar avental sempre que houver risco de contato com sangue, fluido corporal, secreção, excreção;
- Se houver risco de contato com grandes volumes de sangue ou líquidos corporais, usar avental impermeável;
- Retirar o avental após o procedimento e higienizar as mãos;
- Não utilizar jaleco como substituto do avental com finalidade de proteção contra agentes infecciosos.

### Uso de máscara e óculos de proteção:

- Utilizar quando houver a possibilidade da ocorrência de respingos de material biológico sobre as membranas mucosas da boca e olho, durante a realização de procedimentos no paciente, ou manuseio com artigos/materiais contaminados;
- Descartar a máscara cirúrgica no máximo a cada turno, sendo ideal a troca a cada 4 horas (h);
- Retirar o óculos de proteção ao término do procedimento e higienizar as mãos;
- Limpar e desinfetar os óculos com álcool etílico a 70% após uso.

### Artigos e equipamentos utilizados durante o cuidado ao paciente:

- Todos os artigos e equipamentos devem ser submetidos a limpeza e desinfecção ou esterilização antes de serem usados para outro paciente.
- Utilizar luvas ao removê-los e transportá-los em sacos impermeáveis fechados para evitar contaminação ambiental;
- Atenção para o uso inadequado de luvas. Evitar tocá-las nas superfícies.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 5/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**Ambiente:**

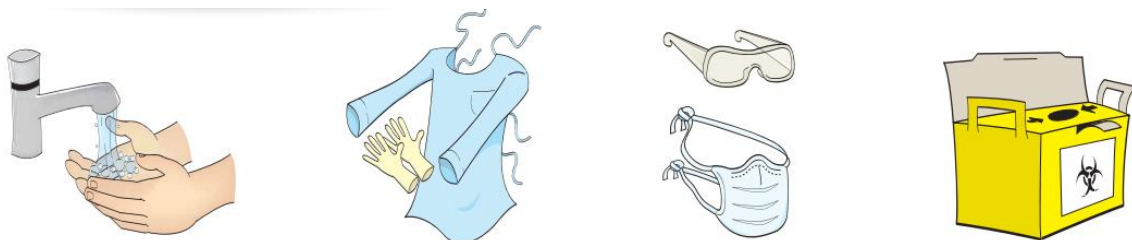
- Realizar rotina de limpeza e desinfecção das superfícies, que incluem camas, colchões, grades, mobiliários do quarto, equipamentos, e superfícies frequentemente tocadas a cada 24h e entre um paciente e outro;
- Piso e parede devem receber limpeza e desinfecção sistemática, com água e sabão e desinfetante quaternário de amônia.

**Roupa:**

- Manipular as roupas do paciente e as roupas de cama com mínima movimentação;
- Colocar as roupas sujas no hamper;
- Não jogar roupas no chão.

**Materiais perfurocortantes:**

- Manusear o material com cuidado, não reencapar as agulhas, não desconectar as agulhas das seringas;
- O descarte de agulhas, seringas e outros materiais contaminados devem ocorrer o mais próximo possível da área onde são gerados;
- Descartar em recipientes apropriados, rígidos e resistentes a perfuração;
- Seguir as orientações para montagem desses recipientes e não ultrapassar o limite indicado pela linha tracejada, ou seja, 2/3 de sua capacidade.



FONTE: IMAGEM DA INTERNET

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 6/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	











FONTE: IMAGEM DA INTERNET

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 7/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**3.2. PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA**

Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de infecções de transmissão respiratória que de acordo com o agente envolvido, podem exigir precauções por gotículas ou por aerossóis.

Gotículas		Aerossóis	
   (profissional)   (paciente)  	<p><b>JUSTIFICATIVA</b></p> <p>Estas precauções visam prevenir a transmissão de microorganismos por via respiratória por partículas maiores (&gt;) que 5 micras de pacientes com doença transmissível, geradas pela tosse, espirro, e durante a fala. Essas gotículas (&gt; 5 micras) podem se depositar à curta distância (1 a 1,5 metros).</p>	   (profissional)   (paciente)  	<p><b>JUSTIFICATIVA</b></p> <p>Precauções para pacientes com suspeita ou diagnóstico de infecção transmitida por via aérea (partículas &lt; 5 micras), que podem ficar suspensas no ar ou ressecadas no ambiente. Deve se utilizar para o cuidado deste paciente, área física específica, dotada de sistema de ar com uso de filtro HEPA e pressão negativa.</p>
	<p><b>EXEMPLOS</b></p> <p>meningite meningocócica, rubéola, SARS-CoV-2(COVID-19), haemophylus Influenza.</p>		<p><b>EXEMPLOS</b></p> <p>Tuberculose pulmonar e laríngea, Sarampo, Varicela, herpes zoster disseminado ou em imunossuprimidos.</p>
	<p><b>QUARTO PRIVATIVO</b></p> <p>O paciente deve ser internado em quarto privativo ou, caso não seja possível, coorte de pacientes com a mesma doença, respeitando a distância mínima de um metro entre os leitos; manter porta fechada.</p>		<p><b>QUARTO PRIVATIVO</b></p> <p>Obrigatório, com porta fechada. Deverá dispor de sistema de ventilação com pressão negativa e 6 trocas de ar por hora, com uso de filtro HEPA (central ou portátil).</p>
	<p><b>MÁSCARA</b></p> <p>Usar máscara cirúrgica para entrar no quarto. Colocar a máscara antes de entrar no quarto, e dispensar no lixo após a saída.</p>		<p><b>MÁSCARA</b></p> <p>Usar máscara tipo respirador (PFF2 ou equivalente) para entrar no quarto. Colocar a máscara antes de entrar, e retirar somente após a saída. Essa máscara pode ser reutilizada pelo mesmo profissional enquanto não estiver danificada e nem fora do prazo recomendado pelo fabricante.</p>
	<p><b>TRANSPORTE DO PACIENTE</b></p> <p>Evitar transportar o paciente. Se o paciente precisar sair do quarto, deve usar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente ao setor para onde será transportado.</p>		<p><b>TRANSPORTE DO PACIENTE</b></p> <p>Evitar transportar o paciente. Se o paciente precisar sair do quarto, deve usar máscara cirúrgica. Comunicar o diagnóstico do paciente ao setor para onde será transportado.</p>
	<p><b>ARTIGOS E EQUIPAMENTOS</b></p> <p>Deverão ser exclusivos para o paciente ou comum para pacientes acometidos com o mesmo microorganismo.</p>		<p><b>ARTIGOS E EQUIPAMENTOS</b></p> <p>Deverão ser exclusivos para o paciente ou comum para pacientes acometidos com o mesmo microorganismo.</p>

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 8/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

# PRECAUÇÕES POR GOTÍCULAS

**MÁSCARA**

- Máscara cirúrgica durante atendimento direto ao paciente (<1 metro de distância)
- Garantir o correto ajuste da máscara ao rosto

**AVENTAL**

- Em caso de riscos de respingos e contato com secreções
- Eventual uso de protetor impermeável, caso esteja previsto grande contato com secreções

**LUVAS**

- Descartáveis, para serem usadas em caso de risco de respingos ou contato com secreções

**ÓCULOS**

- Em caso de risco de respingos
- Podem ser substituídos por protetor de face

**Higiene das mãos antes e depois de ter contato com o paciente**

- Quarto privativo, se possível
- Quarto compartilhado em coorte com um metro de distância entre os leitos
- Manter a porta sempre fechada
- Evitar transportar o paciente para outras áreas do hospital
- Caso seja necessário transportá-lo, o paciente deverá colocar máscara cirúrgica e deverá permanecer com ela o tempo todo, enquanto estiver fora de seu quarto

www.paho.org

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 9/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

# PRECAUÇÕES POR AEROSSÓIS (NÚCLEO DE GOTÍCULAS)

**MÁSCARA**

- Colocá-la antes de entrar no quarto, respirador de alta eficiência (n95; pff2 ou equivalente)
- Garantir o correto ajuste da máscara ao rosto

**AVENTAL**

- Em caso de riscos de respingos e contato com secreções
- Eventual uso de protetor impermeável, caso esteja previsto grande contato com secreções

**LUVAS**

- Descartáveis, para serem usadas em caso de risco de respingos ou contato com secreções

**ÓCULOS**

- Em caso de risco de respingos
- Podem ser substituídos por protetor de face

**Higiene das mãos antes e depois de ter contato com o paciente**

**Quarto privativo, se possível**

- Quarto compartilhado em coorte com um metro de distância entre os leitos
- Ventilação para a área externa do prédio
- Manter a porta sempre fechada

**Evitar transportar o paciente para outras áreas do hospital**

- Caso seja necessário transportá-lo, o paciente deverá colocar máscara cirúrgica e deverá permanecer com ela o tempo todo, enquanto estiver fora de seu quarto

www.paho.org

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 10/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**3.3. PRECAUÇÃO POR CONTATO**

Está indicada para situações em que exista possibilidade de transmissão de agentes infecciosos por contato direto ou indireto. Isto é, contato entre pacientes, contato através do profissional de saúde (mãos) ou contato por meio de artigos. Consiste:

	<b>HIGIENE DAS MÃOS</b>
	Realizar a HM seguindo os cinco momentos: antes do contato com o paciente, antes da realização de procedimento asséptico, após risco de exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após o contato com as áreas próximas ao paciente;
	<b>EXEMPLOS</b>
	História de colonização ou infecção por bactéria multi-R. Clostridium difficile, Varicela, Herpes Zoster disseminado. Internação recente em outro hospital ou instituição com um tempo igual ou superior a 72h.
	<b>QUARTO PRIVATIVO</b>
	Recomendado. Pode ser individual, ou compartilhado entre pacientes portadores do mesmo microrganismo.
	<b>AVENTAL E LUVAS</b>
	Deverão ser utilizados ao contato com o paciente ou material infectante. <u>AVENTAL</u> Utilizar avental manga longa impermeável sempre que houver risco de contato com o paciente; Retirar o avental após o procedimento e lavar as mãos; <u>LUVAS</u> Uso obrigatório para qualquer contato com o paciente ou seu leito, mobiliário e equipamentos do entorno. Descartar as luvas no próprio quarto e higienizar as mãos imediatamente com álcool gel, ou degermante contendo antisséptico.
	<b>TRANSPORTE DO PACIENTE</b>
	Deve ser evitado, sempre que possível. Quando for necessário o transporte, o profissional deverá seguir as precauções de contato durante todo o trajeto. Comunicar o diagnóstico do paciente ao setor para onde será transportado.
	<b>ARTIGOS E EQUIPAMENTOS</b>

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 11/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

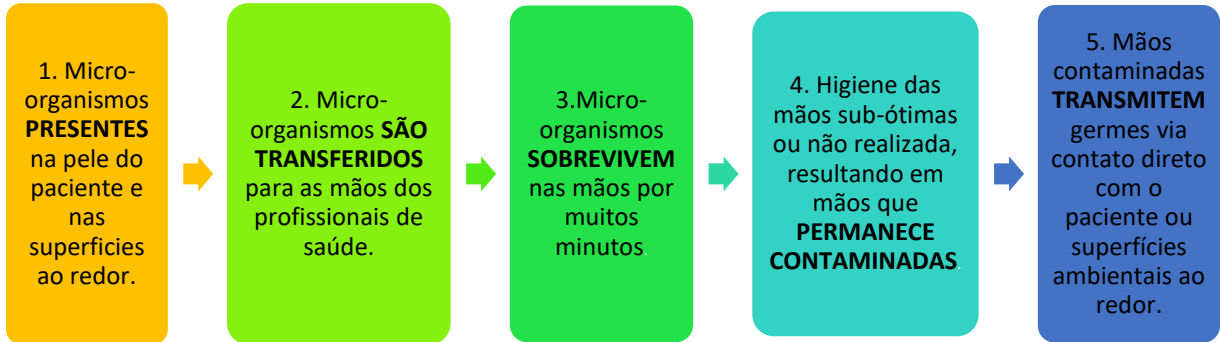
**Contato**



Deverão ser exclusivos para o paciente ou comum para pacientes acometidos com o mesmo microorganismo. Quando não for possível, realizar limpeza e desinfecção entre um paciente e outro.

**A OMS relata 5 momentos para a transmissão de micro-organismos pelas mãos:**

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 12/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	



## PRECAUÇÕES DE CONTATO

**AVENTAL**

- Uso de avental individual para cada paciente
- Não é necessário avental descartável

**Higiene das mãos antes e depois de ter contato com o paciente**

**LUVAS**

- Descartáveis
- Devem ser colocadas antes de entrar no quarto
- São retiradas dentro do quarto no final do atendimento

**MÁSCARA**

- Em todas as situações indicadas devido às precauções padrão

**ÓCULOS**

- Em todas as situações indicadas devido às precauções padrão



- Quarto privativo, se possível
- Quarto compartilhado em coorte com um metro de distância entre os leitos
- Manter a porta sempre fechada
- É necessário banheiro exclusivo



- Evitar transportar o paciente para outras áreas do hospital

www.paho.org

Fonte: ANVISA, Ministério da Saúde, 2018.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 13/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**3.4. INDICAÇÕES DE PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS E DE CONTATO**

Precauções para:	Condições clínicas	Possibilidade diagnóstica que justifica a precaução
<b>Aerossóis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exantema vesicular*.</li> <li>Exantema maculopapular com febre e coriza.</li> <li>Tosse, febre, infiltrado pulmonar em paciente HIV+.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Varicela,</li> <li>Herpes Zoster disseminado</li> <li>Rubéola, Sarampo</li> <li>Tuberculose</li> </ul>
<b>Gotícula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Meningite.</li> <li>Petéquias e febre.</li> <li>Tosse persistente paroxística ou severa durante períodos de ocorrência de Coqueluche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>D. Meningocócica</li> <li>D. Meningocócica</li> <li>Coqueluche</li> <li>Influenza<sup>2*</sup></li> <li>COVID-19<sup>2*</sup></li> </ul>
<b>Contato</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diarréia aguda infecciosa em paciente incontinente ou em uso de fralda.</li> <li>Diarréia em adulto com história de uso recente de antimicrobiano.</li> <li>Exantema vesicular*.</li> <li>Bronquiolite em lactentes e crianças jovens.</li> <li>História de colonização ou infecção por bactéria multi-R.</li> <li>Internação recente em outro hospital ou instituição de longa permanência.</li> <li>Abscessos ou feridas com drenagem de secreção não contida pelo curativo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bactérias ou vírus entéricos</li> <li>Clostridium difficile</li> <li>Varicela, Herpes Zoster disseminado</li> <li>VRS, Vírus Parainfluenza, Metapneumovírus, COVID-19</li> <li>Bactéria multi-R</li> <li>Bactéria multi-R</li> <li>Staphylococcus/ Streptococcus</li> </ul>

1\*Condição que exige duas categorias de isolamento.

2\*Alguns procedimentos realizados em pacientes com infecção pelo SARS-CoV-2, podem gerar aerossóis, como por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação mecânica não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, coletas de amostras nasotraqueais, broncoscopias, endoscopia, etc. Para esses casos, as precauções para gotículas devem ser substituídas pelas precauções para aerossóis.

**4. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS**

A higienização das mãos é reconhecida, mundialmente, como uma medida primária, mas muito importante no controle de infecções relacionadas à assistência à

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 14/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

saúde. Por este motivo, é considerada a ação isolada mais importante e menos dispendiosa no controle de infecções, incluindo aquelas decorrentes da transmissão cruzada de microrganismos multirresistente. O termo engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos.

A higienização das mãos apresenta as seguintes finalidades: remoção de sujidade, suor, oleosidade, pêlos, células descamativas e microbiota da pele, interrompendo a transmissão de infecções veiculadas ao contato; prevenção e redução das infecções causadas pelas transmissões cruzadas.

### 4.1. USO DE ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO

#### Indicações:

Cinco momentos ou quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e/ou outros fluidos corporais e em todas as situações descritas a seguir:

- Ao iniciar o turno de trabalho;
  - Antes e após ir ao banheiro;
  - Antes e após as refeições;
  - Antes do preparo e manipulação de medicamentos;
  - Antes do manuseio de materiais estéreis e realização de procedimentos assépticos;
  - Antes de calçar e após remover luvas;
  - Antes e após o contato com cada paciente;
  - Após o risco de exposição a fluidos corporais;
  - Após o contato com objetos e equipamentos próximos aos pacientes.
- Duração do Procedimento: 40 a 60 segundos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 15/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

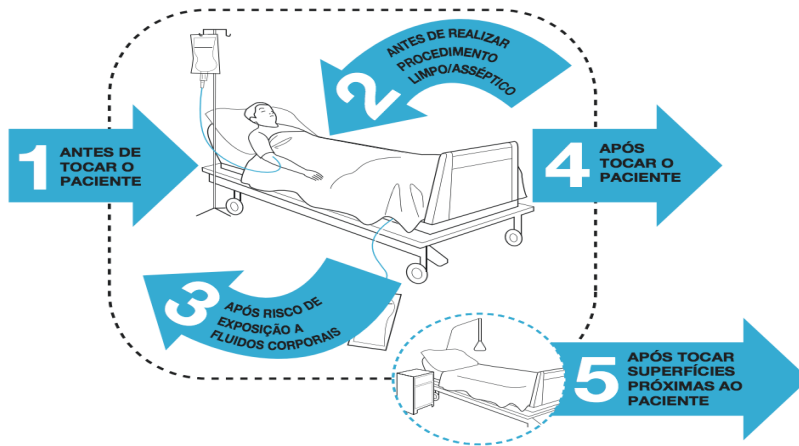


Figura 2- Cinco momentos higienização das mãos.

## 4.2. USO DE PREPARAÇÕES ALCOÓLICAS

### Indicações

Higienizar as mãos com preparação alcoólica (sob a forma gel a 70% ou de solução alcoólica a 70% com 1-3% de glicerina) quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir:

- Antes e após o contato com o paciente;
- Após contato com o paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;

Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente.

- Antes e após a remoção de luvas.

➤ Duração do Procedimento: 20 a 30 segundos.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 16/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

De acordo com a RDC Anvisa nº 42, de 25 de outubro de 2010, que dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos pelos serviços de saúde do país:

Art. 5º É obrigatória a disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos:

- I - nos pontos de assistência e tratamento de todos os serviços de saúde do país;
- II - nas salas de triagem, de pronto atendimento, unidades de urgência e emergência, ambulatorios, unidades de internação, unidades de terapia intensiva, clínicas e consultórios de serviços de saúde;
- III - nos serviços de atendimento móvel; e
- IV - nos locais em que são realizados quaisquer procedimentos invasivos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 17/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

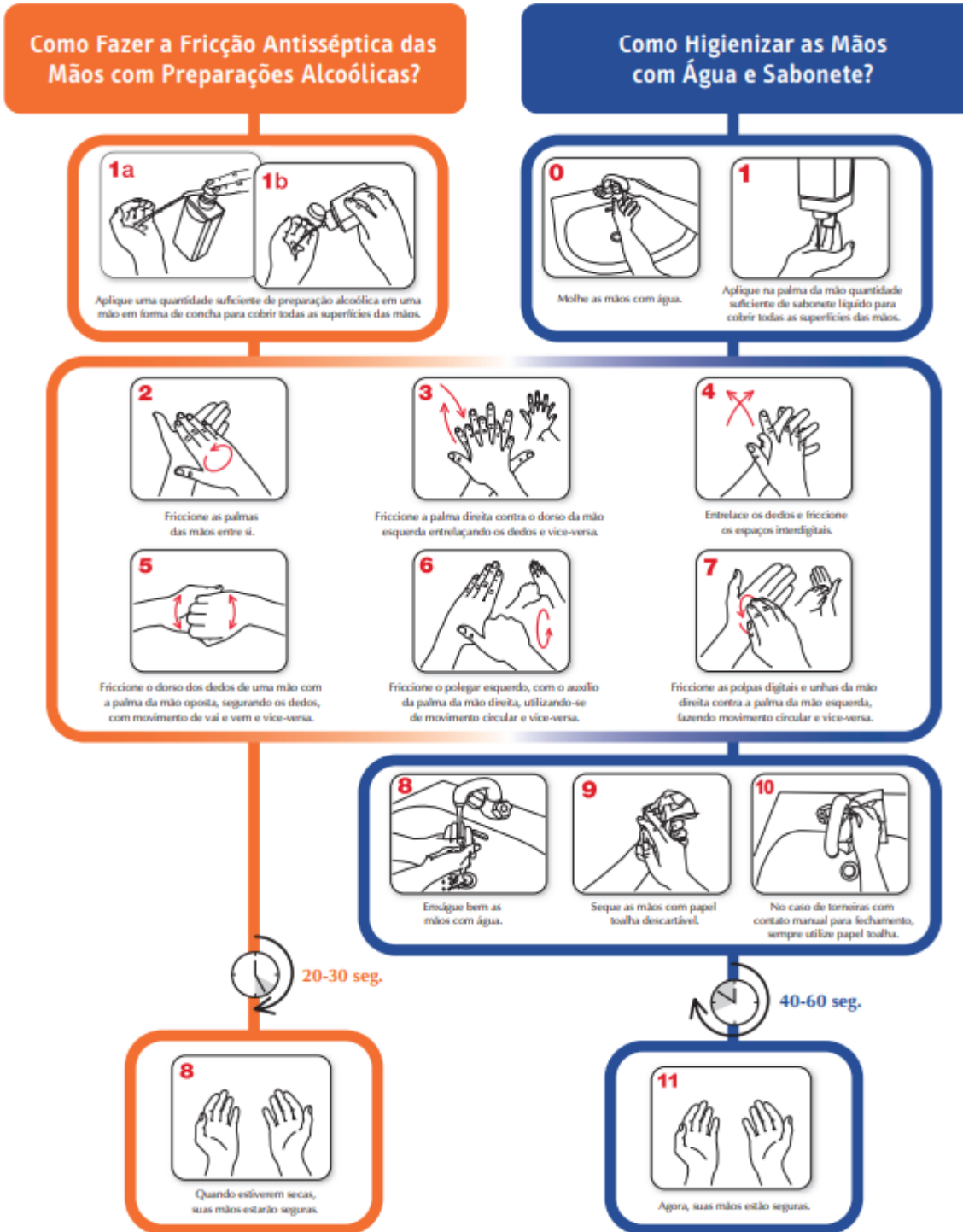


Figura 3- técnica de higienização simples das mãos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 18/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

#### 4.3. USO DE AGENTES ANTISSÉPTICOS

Estes produtos associam detergentes com antissépticos e se destinam à higienização antisséptica das mãos e degermação da pele das mãos, descritas a seguir:

##### a) Higienização antisséptica das mãos:

- Nos casos de precaução de contato recomendados para pacientes portadores de microrganismos multirresistentes;
- Nos casos de surtos.

##### b) Degermação da pele das mãos:

- No pré-operatório, antes de qualquer procedimento cirúrgico (indicado para toda equipe cirúrgica);
  - Antes da realização de procedimentos invasivos (e.g., inserção de cateter intravascular central, punções, drenagens de cavidades, instalação de diálise, pequenas suturas, endoscopias e outros)
- Duração do Procedimento: de 3 a 5 minutos para a primeira cirurgia e de 2 a 3 minutos para as cirurgias subseqüentes (sempre seguir o tempo de duração recomendado pelo fabricante).

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 19/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	



Figura 4- Antissepsia cirúrgica ou preparo pré-operatório das mãos

**5. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO**

**5.1. EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL**

- Considera-se Equipamento de Proteção Individual - EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual utilizado pelo trabalhador, destinado à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho.
- O EPI tem a função de proteger individualmente cada empregado de possíveis lesões quando da ocorrência de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Portanto, o EPI não evita os acidentes em si, mas protege o empregado quando o risco estiver ligado à função ou ao cargo do trabalhador e à exposição ao agente.

Cabe ao empregador quanto ao EPI:

- a) adquirir o adequado ao risco de cada atividade;
- b) exigir seu uso;
- c) fornecer ao trabalhador somente o aprovado pelo órgão nacional competente em matéria de segurança e saúde no trabalho;

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 20/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

- d) orientar e treinar o trabalhador sobre o uso adequado, guarda e conservação;
- e) substituir imediatamente, quando danificado ou extraviado;
- f) responsabilizar-se pela higienização e manutenção periódica; e,
- g) comunicar ao Ministério do Trabalho e Emprego qualquer irregularidade observada.
- h) registrar o seu fornecimento ao trabalhador, podendo ser adotados livros, fichas ou sistema eletrônico.

Dentre os EPI's no âmbito da saúde têm-se:

#### **LUVAS**

As luvas devem ser usadas em atividades laboratoriais com riscos químicos, físicos (cortes, calor, radiações) e biológicos. Fornecem proteção contra dermatites, queimaduras químicas e térmicas, bem como as contaminações ocasionadas pela exposição repetida a pequenas concentrações de numerosos compostos químicos.

#### **AVENTAL**

Previne a contaminação das roupas, protegendo a pele da exposição a sangue e fluidos corpóreos, salpicos e derramamentos de material infectado. Deve ser de mangas longas, confeccionado em algodão ou fibra sintética (não inflamável). O jaleco ou avental descartável deve ser resistente e impermeável.

#### **ÓCULOS DE PROTEÇÃO**

Os óculos de proteção oferecem proteção contra respingos de agentes biológicos ou corrosivos, irritações e outras lesões oculares decorrentes da ação de produtos químicos, radiações e partículas sólidas. Os óculos devem proporcionar visão transparente e sem distorções.

#### **PROTETOR FACIAL**

Equipamentos que protegem toda a face contra riscos de impactos (partículas sólidas, quentes ou frias), substâncias nocivas (poeiras, líquidos, vapores químicos e materiais biológicos) e radiações.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 21/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**MÁSCARAS**

As máscaras de proteção são equipamentos de proteção das vias aéreas (nariz e boca), confeccionados em tecido ou fibra sintética descartável, utilizadas em situações de risco de formação de aerossóis e salpicos de material potencialmente contaminado. As máscaras ou respiradores “bicos de pato” N95 ou PFF2 (95 e 94% de eficiência de filtração, respectivamente) possuem filtro eficiente para retenção de partículas maiores que 0,3 µm, vapores tóxicos e contaminantes presentes na atmosfera sob a forma de aerossóis, tais como o bacilo da tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*) e outras doenças de transmissão aérea.

**TOUCAS OU GORROS**

Servem para proteger os cabelos de contaminação (aerossóis e respingos de líquidos) ou evitar que os cabelos contaminem uma área estéril. As toucas são confeccionadas em diferentes materiais, e devem permitir a oxigenação do couro cabeludo.

**BOTAS OU CALÇADOS DE SEGURANÇA**

Os trabalhadores com sandálias, calçados abertos ou de pano estão sujeitos a acidentes e lesões nos pés. O calçado deve ser compatível com o tipo de atividade. As botas de segurança devem ser resistentes à ação de agentes químicos (ácidos e bases fortes) e proteger contra respingos e materiais que causam queimaduras. Para trabalhos de limpeza, são indicadas botas de borracha de PVC.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 22/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	



**5.2. EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO COLETIVA**

Os equipamentos de proteção coletiva são definidos para o fim de favorecer e promover a segurança dos trabalhadores, frente aos riscos inerentes as atividades laborais no ambiente de trabalho. Os principais objetivos para o uso regular desses equipamentos são os seguintes:

- I. Prevenir acidentes de trabalhadores e de terceiros que estejam no ambiente expostos a potenciais riscos;
- II. Reduzir ao máximo possível os riscos inerentes as atividades ocupacionais em no trabalho, otimizando segurança nas empresas e para os trabalhadores;
- III. Colaborar para minimizar afastamentos de atividades ocupacionais por motivos preveníveis relacionados com os riscos ocupacionais;
- IV. Contribuir para a produtividade das empresas, otimizando segurança para os trabalhadores.

Em relação a ambiente hospitalar, são alguns exemplos de equipamentos de proteção coletivo: cabine de exaustão química, caixas de perfuros cortantes, auxiliares de pipetagem, chuveiro de emergências, lava- olhos, extintores de incêndio, kits de

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 23/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

primeiros socorros, placas sinalizadoras, pisos antiderrapantes, redes de proteção, guarda-corpo, fitas de demarcação, entre outros. Todos estes equipamentos favorecem a segurança do trabalhador de saúde e previnem riscos associados as atividades laborais e danos as pessoas.

Este foco de prevenção é reforçado na Norma Regularmentar número 4 de Serviços Especializados em Segurança e em Medicina do Trabalho(1979) reforça que é dever da empresa garantir fácil acesso aos equipamentos de proteção coletiva e que compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de

Segurança e em Medica do Trabalho: (Alterado pela Portaria SSMT n.º 33, de 27 de outubro de 1983).

a) aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;

f) promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção

Estas determinações fortalecem a interação entre unidades hospitalares, ratificam a necessidade de focar em prevenção e em segurança ocupacionais, favorecem planejamento de educação permanente em relação a este assunto, co- responsabiliza o empregado por ações de prevenção, de segurança individual e coletiva e ainda oportuniza a empresa uma revisão continuada das necessidades institucionais e das oportunidades de melhorias contínuas relacionadas a gestão do uso de equipamentos de proteção coletiva.

Cabe também a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes discutir e melhorar a segurança dos profissionais da instituição através de reforço do uso de EPCs e de medidas contínuas de prevenção de riscos ocupacionais. A Norma Regulamentar número 5 descreve que são atribuições da CIPA: a) acompanhar o processo de identificação de perigos e avaliação de riscos bem como a adoção de medidas de prevenção implementadas pela organização; c) verificar os ambientes e as condições de trabalho visando identificar situações que possam trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores; d) elaborar e acompanhar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva em segurança e saúde no trabalho; e) participar no desenvolvimento e implementação de programas relacionados à segurança e saúde no trabalho. Tais atividades reforçam a importância de conhecer a realidade da instituição, trabalhar

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 24/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

assuntos relacionados a prevenção e a utilização criteriosa de equipamentos de proteção individual e coletivo e visão proativa em relação a prevenção, a riscos ocupacionais e segurança no ambiente institucional.

Os equipamentos de proteção coletiva participam deste processo de construção de aprendizado para uso continuado e para gestão dos riscos ocupacionais, garantindo fácil acesso, dimensionamento adequado, planejamento de aquisição estratégico, seguimento de normas regulamentadoras atualizadas, foco em segurança e em prevenção de acidentes, colaborando efetivamente para a satisfação do empregado, dos envolvidos na assistência em saúde, para a empresa e para a gestão de riscos na unidade hospital.

Cabe também aos servidores a responsabilidade de estar atento a disponibilidades destes equipamentos de proteção coletiva e ao uso adequado para prevenção de riscos ocupacionais na instituição. Esta parceria funcionário- empresa é essencial para que todos exerçam suas funções com segurança, responsabilidade e qualidade.

## 6. TIPOS DE RISCOS

### 6.1. RISCOS DE ACIDENTE

Qualquer fator que coloque o trabalhador em situação vulnerável e possa afetar sua integridade, e seu bem-estar físico e psíquico. São exemplos de risco de acidente: máquinas e equipamentos sem proteção, probabilidade de incêndio e explosão, arranjo físico inadequado, armazenamento inadequado, etc.



### 6.2. RISCOS ERGONÔMICOS

Qualquer fator que possa interferir nas características psicofisiológicas do trabalhador, causando desconforto ou afetando sua saúde. São exemplos de risco ergonômico: o levantamento de peso, ritmo excessivo de trabalho, monotonia, repetitividade, postura inadequada de trabalho, etc.



**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 25/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**6.3. RISCOS FÍSICOS**

Consideram-se agentes de risco físico as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, calor, frio, pressão, umidade, radiações ionizantes e não-ionizantes, vibração, etc. No ambiente hospitalar, como exemplos de locais que apresentam risco físico acentuado estão a



central de material e esterilização, a lavanderia e a unidade de diagnóstico e imagem. A presença de equipamentos como autoclave, estufas, máquinas de lavar e secar geram riscos físicos para o funcionário alocado neste setor. Em relação às radiações ionizantes. Atividades e Operações Insalubres destaca quanto às atividades de trabalhadores expostos.

[...] Nas atividades ou operações onde trabalhadores possam ser expostos a radiações ionizantes, os limites de tolerância, os princípios, as obrigações e controles básicos para a proteção do homem e do seu meio ambiente contra possíveis efeitos indevidos causados pela radiação ionizante, são os constantes da Norma CNEN-NN-3.01: "Diretrizes Básicas de Proteção Radiológica", de março de 2014, aprovada pela Resolução CNEN n.º 164/2014, ou daquela que venha a substituí-la. (Atualizado pela Portaria MTb n.º 1.084, de 18 de dezembro de 2018)

b

**6.4. RISCOS QUÍMICOS**

Consideram-se agentes de risco químico as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo do trabalhador pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, gases, neblinas, névoas ou vapores, ou que seja, pela natureza da atividade, de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.

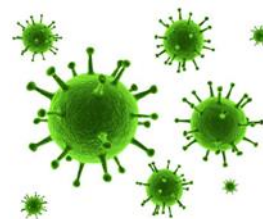


## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 26/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

### 6.5. RISCOS BIOLÓGICOS

É a probabilidade de exposição ocupacional a agentes biológicos. Consideram-se como . Esses agentes são capazes de provocar danos à saúde humana, podendo causar infecções, efeitos tóxicos, efeitos alergênicos, doenças autoimunes e a formação de neoplasias e malformações.



### 7. GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS

#### 7.1. TIPOS E QUANTIDADES DE RESÍDUOS GERADOS

##### 7.1.1. CLASSIFICAÇÕES DOS RESÍDUOS POR GRUPO

Os resíduos do Serviço de Saúde gerados nas dependências do Hospital, foram caracterizados conforme RDC Nº 222, DE 28 DE MARÇO DE 2018 da ANVISA.

#### **GRUPO A – Resíduos potencialmente infectantes**

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. Enquadram-se nesse grupo, dentre outros:

##### **A1:**

- Culturas e estoques de micro-organismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os medicamentos hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos, atenuados ou inativados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética;
- Resíduos resultantes da atividade de ensino e pesquisa ou atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido;
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;
- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

##### **A2:**

- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram

<b>SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE</b>			
Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 27/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

**A3:**

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

**A4:**

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados;
- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares;
- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons;
- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo;
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos), incluindo a placenta, e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica;
- Cadáveres, carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos;
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós transfusão.

**A5:**

- Órgãos, tecidos e fluidos orgânicos de alta infectividade para príons, de casos suspeitos ou confirmados, bem como quaisquer materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, suspeitos ou confirmados, e que tiveram contato com órgãos, tecidos e fluidos de alta infectividade para príons;
- Tecidos de alta infectividade para príons são aqueles assim definidos em documentos oficiais pelos órgãos sanitários competentes.

**GRUPO B - Resíduos Químicos**

Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade;

- Produtos farmacêuticos;

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 28/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes;
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores);
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;
- Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos.

### GRUPO C

Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados em norma da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

- Enquadra-se neste grupo o rejeito radioativo, proveniente de laboratório de pesquisa e ensino na área da saúde, laboratório de análise clínica, serviço de medicina nuclear e radioterapia, segundo Resolução da CNEN e Plano de Proteção Radiológica aprovado para a instalação radiativa.

### GRUPO D - Resíduos Comuns

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

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, gorros e máscaras descartáveis, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, luvas de procedimentos que não entraram em contato com sangue ou líquidos corpóreos, equipo de soro, abaixadores de língua e outros similares não classificados como A1;
- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos;
- Resto alimentar de refeitório;
- Resíduos provenientes das áreas administrativas;
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins;
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde;
- Forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado;
- Resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada;
- Pelos de animais.

#### Resíduos recicláveis

- Classifica-se como reciclável os papéis (exceto de uso sanitário), papelões, plásticos, metal, e vidro.

#### Resíduos Específicos

São classificados assim, os resíduos comuns gerados por obras ou reformas (entulhos e restos de materiais, exceto tintas e solventes), madeiras e outras peças provenientes de móveis, artigos eletrônicos (retirada a bateria) e mobiliário inutilizado.

### GRUPO E

#### Resíduos Perfurocortantes e Escarificantes

Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear,

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 29/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; ponteiras de micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

### 7.1.2. SEGREGAÇÃO E ACONDICIONAMENTO DOS RESÍDUOS

A segregação corresponde à operação de separação dos resíduos e deve ser feita no momento e local de sua geração, conforme as características físicas, químicas, biológicas, seu estado físico e riscos envolvidos, acondicionando-os imediatamente, de acordo com a sua espécie e grupo.

Importância da separação dos resíduos de serviços de saúde:

- Impede a contaminação dos resíduos comuns pelos resíduos infectantes;
- Redução do volume de resíduos contaminados pelo contato por outros;
- Diminui os recursos necessários a adequada coleta, tratamento e destinação final tanto dos resíduos infectantes como dos resíduos comuns;
- Facilita o socorro em caso de acidentes;
- Permite melhor identificação dos resíduos perigosos, proporcionando melhores condições de segurança no trabalho.

Após a segregação dos resíduos, estes serão acondicionados conforme Grupo e Classificação a que pertencem satisfazendo as exigências da legislação vigente.

#### **Grupo A – Infectantes.**

Os resíduos sólidos pertencentes ao Grupo A, serão acondicionados em sacos plásticos de cor branca, leitoso, ou saco vermelho de acordo com a classificação dos resíduos, identificados com simbologia de “substância infectante”.

Os sacos para acondicionamento dos resíduos do grupo A devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, impermeável, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados. Devem ser resistentes a tombamento e devem ser respeitados os limites de peso de cada invólucro. Os sacos devem estar identificados com a simbologia da substância infectante. Sendo proibido o esvaziamento dos sacos ou seu reaproveitamento.

Quadro 01 – Colorações dos sacos para acondicionamento dos resíduos do grupo A.

<b>Colorações possíveis para acondicionamento de resíduos do grupo A</b>		
<b>Grupo</b>	<b>Saco branco leitoso</b>	<b>Saco vermelho</b>
A1	X	X
A2	X	
A3		X
A4	X	
A5		X

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 30/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**Grupo B – Químicos.**

Substâncias perigosas (corrosivas, reativas, tóxicas, explosivas e inflamáveis) - devem ser acondicionados com base nas recomendações específicas do fabricante para acondicioná-los e descartá-los. Elas se encontram nas etiquetas de cada produto, ou na FISPQ – Ficha de Informações de Segurança de Produtos Químicos.

**Resíduos sólidos** - devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, devendo ser identificados de acordo com suas especificações.

**Resíduos líquidos** - devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistente, rígido e estanque, com tampa rosqueada e vedante. Devem ser identificados de acordo com suas especificações.

O acondicionamento deve observar as exigências de compatibilidade química dos componentes entre si, assim como de cada resíduo com os materiais das embalagens, de modo a evitar reação química entre eles, tanto quanto o enfraquecimento ou deterioração de tal embalagem, ou a possibilidade de que seu material seja permeável aos componentes do resíduo. Quando os recipientes de acondicionamento forem constituídos de polietileno de alta densidade - PEAD, deverá ser observada a compatibilidade entre as substâncias.

Os resíduos que irão ser encaminhados para reciclagem ou reaproveitamento devem ser acondicionados em recipientes individualizados, observadas as exigências de compatibilidade química do resíduo com os materiais das embalagens, de forma a evitar reação química entre seus componentes e os da embalagem, tanto quanto o enfraquecimento ou deterioração da mesma.

Não se deve permitir que o material da embalagem seja permeável aos componentes do resíduo.

Devem ser acondicionados em recipientes de material rígido, adequados para cada tipo de substância química, respeitadas as suas características físico-químicas e seu estado físico, e identificados de acordo com o artigo 18 da RDC 222/18.

As embalagens secundárias, que não entraram em contato com o produto, devem ser fisicamente descaracterizadas e acondicionadas como resíduo do grupo D. Devem ser preferencialmente encaminhadas para processo de reciclagem.

As embalagens primárias, secundárias e os materiais contaminados por substância química devem ter o mesmo tratamento das substâncias químicas que as contaminaram.

Os medicamentos e outros produtos químicos vencidos ou deteriorados deverão ser enviados da unidade ao serviço responsável pela dispensação, e este deverá encaminhar mediante caracterização e informação de substância, lote, validade, apresentação e quantidade, conforme formulário próprio, para a Unidade de Hotelaria Hospitalar do HUWC para o descarte. Nesta última será realizada conferência e pesagem dos produtos encaminhados com atesto da listagem enviada, e armazenamento

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 31/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

temporário até a coleta pela empresa contratada.

Medicamentos vencidos devem ser segregados, mantidos em sua embalagem original, e encaminhados para abrigo próprio para resíduos químicos; as embalagens secundárias que não entraram em contato com as substâncias químicas, poderão ser encaminhadas para reciclagem, após descaracterização.

As pilhas e baterias usadas devem ser acondicionadas em contêiner específico para estes resíduos, devendo solicitar a coleta e descarte sempre o depósito atinja 2/3 do volume.

As lâmpadas utilizadas que precisarem de tratamento antes de seu descarte final na instituição serão transportadas manualmente pelo mesmo funcionário que realizou a troca e depositadas em ponto de coleta, bem como as pilhas seguirão para descarte conforme legislação pertinente sobre o assunto.

**Grupo D – Comuns.**

Os resíduos tidos como comuns e que não são provenientes de áreas endêmicas serão acondicionados em sacos pretos resistentes de modo a evitar derramamento durante seu manuseio. Exceto resíduos vegetais, quando produzidos a partir de podas de árvores serão cortados em tamanho reduzido, ou provenientes de varrições, poderão ser acondicionados em container metálico sem uso do saco.

Materiais hospitalares vencidos, e que não foram utilizados, poderão ser doados as faculdades de enfermagem, fisioterapia, farmácia, química, e outras que tiverem interesse para fins didáticos, e uso exclusivo para prática em laboratório/ou sala de aula, sendo vedado o uso em humanos, conforme fluxo de doação de materiais instituído.

Os materiais médicos hospitalares vencidos que não tiverem demanda acadêmica, deverão ser descaracterizados e descartados como resíduo comum. Somente quando não for possível a sua descaracterização, os resíduos serão encaminhados para a incineração.

Restos de construção civil, tais como madeiras, forros PVC, pisos, rebocos, tijolos, entre outros, deverão ser recolhidos e depositados em container exclusivo, solicitado e instalado próximo ao local de geração dos resíduos.

Os resíduos recicláveis deverão ser acondicionados em contêiner específico para cada tipo de material, papelão, papel, plástico, vidro e metal, e disponibilizados para a coleta seletiva.

Quanto aos bens de caráter permanente, mesmo com o desuso destes, não podem ser classificados como resíduos, por isso, devem ser encaminhados para processo de desfazimento por leilão. Para descarte destes materiais deverá ser seguido o fluxo de desfazimento de bens, conforme anexo A deste PGRSS.

**Grupo E – Perfurocortante.**

No acondicionamento dos perfurantes ou cortantes, serão usados previamente recipiente rígido, estanque, vedado e identificado com inscrição de “Perfurocortantes” e a inscrição de acordo com a sua contaminação, “Resíduo Biológico”, se a contaminação for biológica; “Resíduo Tóxico”, se a contaminação for química e, posteriormente o recipiente será colocado em saco plástico na cor branca, leitoso.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 32/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

O material do recipiente deverá ser de plástico rígido para materiais químicos, provenientes da manipulação de medicamentos quimioterápicos.

**7.1.3. IDENTIFICAÇÃO**

Os resíduos serão identificados, com o símbolo da substância correspondente, e conforme discriminado abaixo:

**Quadro 02- simbolos dos resíduos**

 <p><b>RESÍDUOS INFECTANTES</b> Grupo A</p>	<p><b>Os resíduos do grupo A</b> são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos.</p>	 <p><b>RESÍDUOS QUÍMICOS</b> Grupo B</p>	<p><b>Os resíduos do grupo B</b> são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frases de risco.</p>
 <p><b>RESÍDUOS RADIOATIVOS</b> Grupo C</p>	<p><b>Os rejeitos do grupo C</b> são representados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO.</p>	 <p><b>RESÍDUOS COMUNS</b> Grupo D</p>	<p><b>Resíduos Comuns – Não recicláveis</b> deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Caso não exista processo de segregação para reciclagem, não há exigência para</p>
<p>a padronização de cor destes recipientes.</p>			
 <p><b>REICLÁVEL</b></p>	 <p><b>PLÁSTICO</b></p>	 <p><b>PAPEL</b></p>	

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 33/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	



**Resíduos Comuns – Recicláveis:** Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou à reutilização. Quando adotada a reciclagem, sua identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na Resolução CONAMA no 275/01, e símbolos de tipo de material reciclável.


**Resíduos Perfurocortantes -**

Os produtos do grupo E são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.

**7.1.4. SOBRE O ACONDICIONAMENTO**

No uso dos sacos plásticos para acondicionamento dos resíduos, devem ser preenchidos até 2/3 (dois terços) do volume da embalagem, possibilitando que esta seja amarrada acima do seu conteúdo, de modo a evitar o transbordo na hora da coleta.

Quando do acondicionamento dos resíduos com quantidade excessiva de umidade, deve utilizar saco duplo de forma a evitar rompimento da embalagem.

Os resíduos perfurocortantes devem ser acondicionados em recipientes

## SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 34/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

resistentes, reforçados e grandes o suficiente para receber o material de uso diário no local. As agulhas não devem ser destacadas das seringas ou manuseadas, afim de evitar contaminação e acidentes. Os recipientes não devem ser sobrecarregados e, quando cheios, têm que ser devidamente fechados, e ser acondicionados em sacos brancos, leitoso ou laranja, de acordo com o tipo de resíduo armazenado.

Os resíduos infectantes compostos por membros, fetos, órgãos e tecidos humanos, serão acondicionados separadamente, em sacos plásticos, de cor vermelha, com simbologia de “substância infectante”.

Peças anatômicas e produtos de fecundação sem sinais vitais, após procedimentos de registro, devem ser acondicionados, por espécie, no próprio local onde se efetuou o ato, em saco branco leitoso, resistente, impermeável e posteriormente colocado em outro saco com as mesmas características do primeiro, recebendo a inscrição de “peças anatômicas”, e a identificação do conteúdo com data de geração, e que por sua vez será mantido em refrigeração ou formalizados, para disposição final caso não sejam utilizados para fins científicos ou requisitados pelos seus proprietários.

Os recipientes de acondicionamento existentes nas salas de cirurgia e nas salas de parto não necessitam de tampa para vedação, devendo os resíduos serem recolhidos imediatamente após o término dos procedimentos.

## 8. OUTRAS CONDUTAS FUNDAMENTAIS NO AMBIENTE HOSPITALAR

### 8.1. USO OBRIGATÓRIO DE:

- Cabelos presos;
- Calçados fechados e impermeáveis

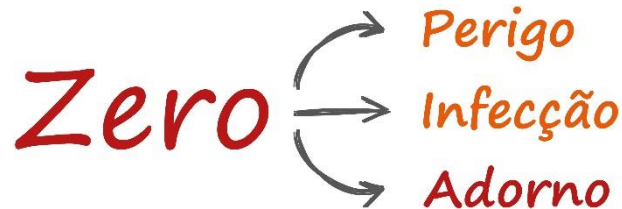
### 8.2. NÃO É PERMITIDO:

- O uso de adornos (anéis, pulseiras, brincos etc.) de acordo com a **PORTARIA-SEI, N°. 098, 13 de maio de 2019.** (Anexo 5.)
- O uso de sandálias ou sapatos abertos de acordo de com NR-32;
- Entrar nas enfermarias com objetos de uso pessoal, como bolsas, livros ou outros de natureza semelhante;
- Utilizar camas desocupadas para sentar ou colocar pertences;
- Encostar-se nos leitos; para não contaminar as suas roupas nem a dos pacientes;
- Utilizar roupas privativas das unidades fora das respectivas áreas de uso (Ex: Roupas de Centro Cirúrgico).

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 35/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

- Utilizar jaleco fora do ambiente hospitalar;
- Entrar em quartos privativos (Isolamento) sem a autorização do enfermeiro responsável e sem a utilização de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) adequados para tal situação.
- Armazenar alimentos em locais inadequados e se alimentar dentro do ambiente hospitalar.

### 8.3. CAMPANHAS REALIZADAS DO CH-UFC SOBRE ADORNO ZERO



**Adorno Zero!**  
**EU SIGO**  
Comissão de Biossegurança do CH-UFC

**Sou linda sem adorno**

Não perca a oportunidade! Para comemorar o lançamento da campanha **Adorno Zero**, o HUWC convida as colaboradoras para uma experiência de beleza e revelação com O Boticário!

Para participar, a colaboradora **não pode estar usando adornos** e deve trabalhar na **área assistencial** do HUWC.

A ação será no dia **25 de agosto, das 10h às 15h**, na Recepção Administrativa do HUWC.

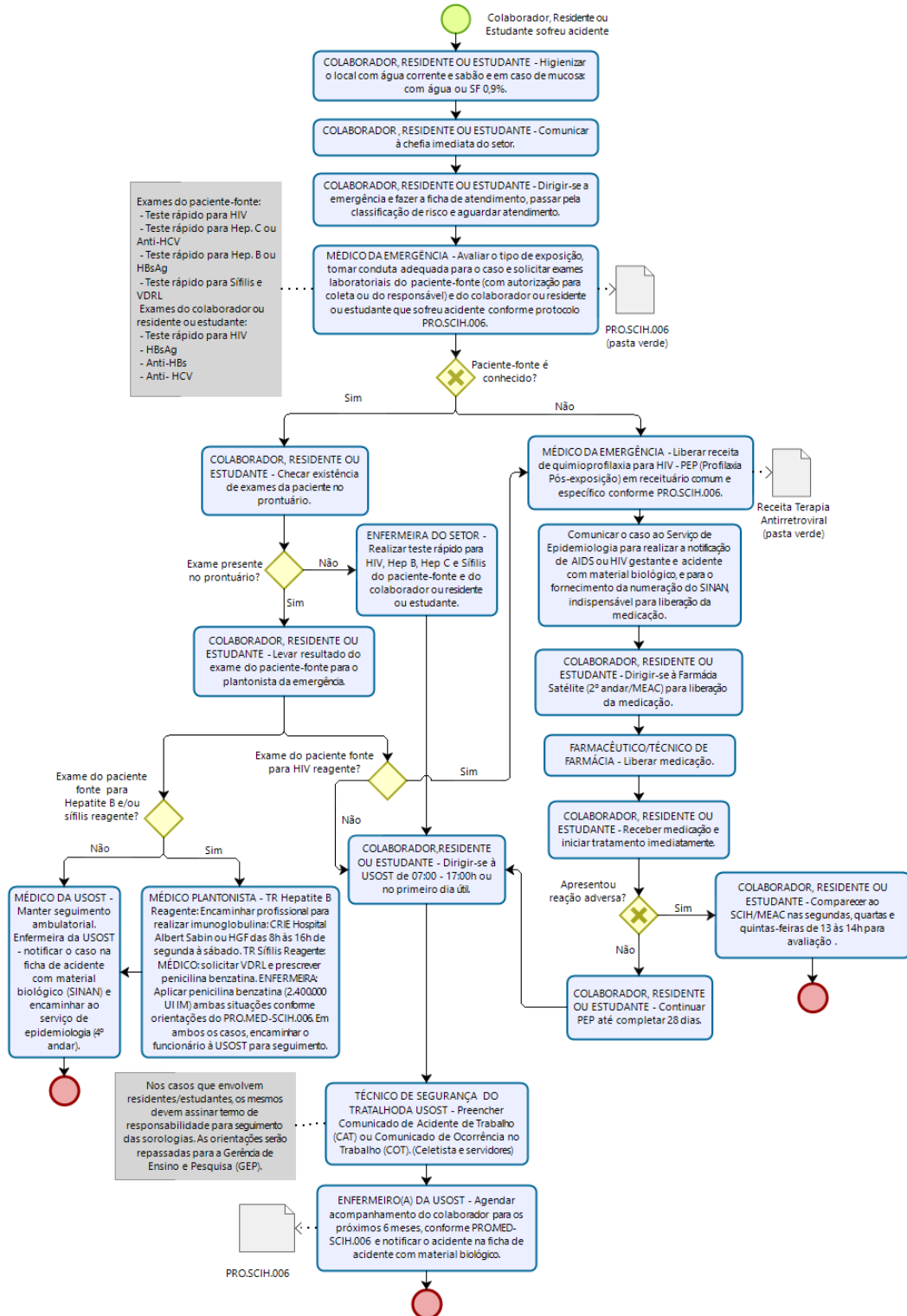
Organização: **Perigo Infecção Adorno** | **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO - UFC** | **EBSERH** | Apoio: **oBoticário**

Esta é mais uma ação do Plano de Segurança do Paciente do HUWC.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 36/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

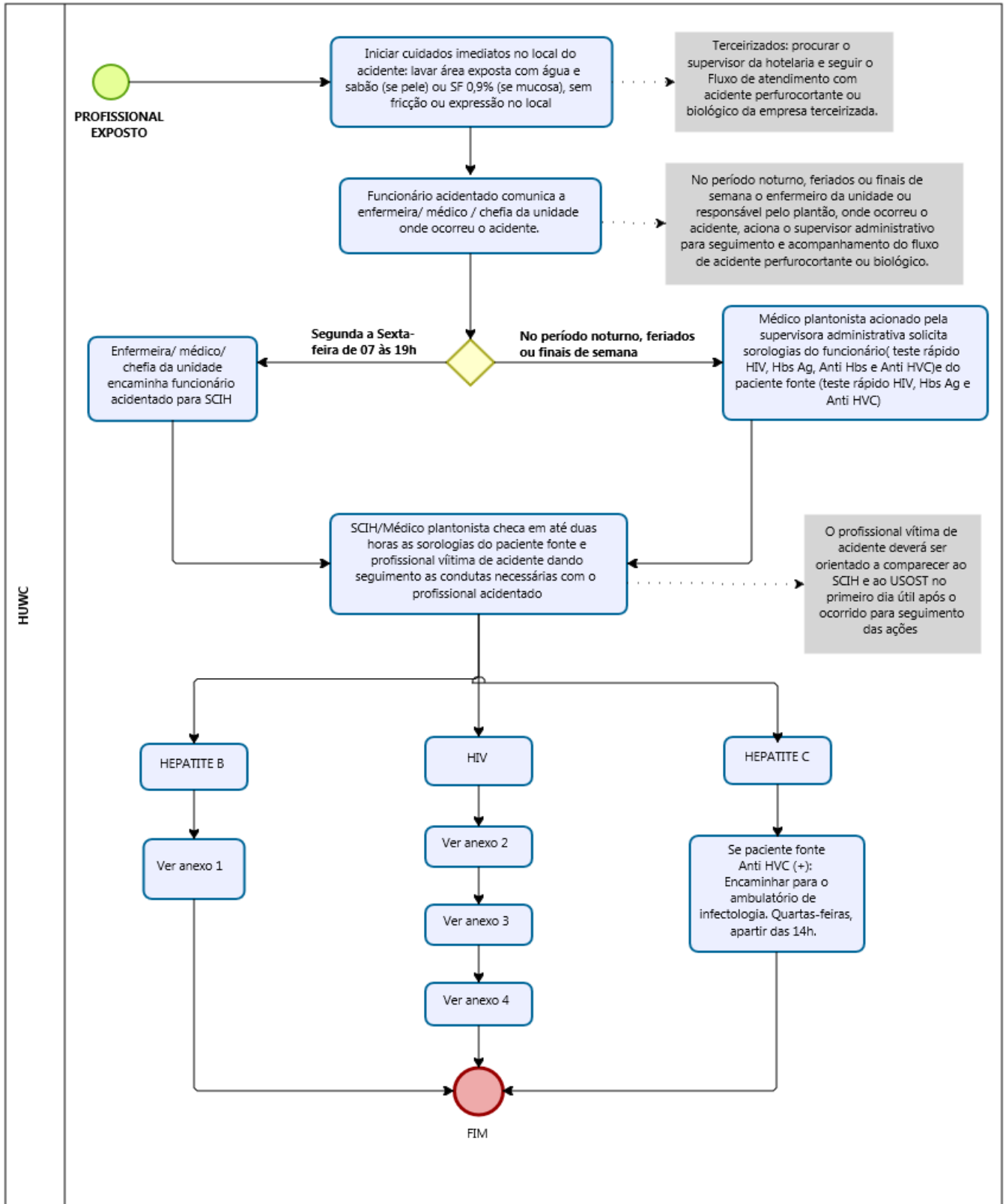
## 9. FLUXOGRAMAS

### 9.1. ATENDIMENTO DE ACIDENTE COM MATERIAL PERFURO-CORTANTE E BIOLÓGICO MEAC



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 37/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

9.2. ATENDIMENTO DE ACIDENTE COM MATERIAL PERFUROCORTANTE E BIOLÓGICO



**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 38/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**ANEXO 1**
**(4): Recomendações para profilaxia de hepatite B após exposição ocupacional a material biológico**

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLOGIA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PESSOA-FONTE		
	HBSAG REAGENTE	HBSAG NÃO REAGENTE	HBSAG DESCONHECIDO
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação <sup>(a)</sup>
Vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Resposta vacinal conhecida e adequada (anti-HBs maior ou igual 10UI/mL)	Nenhuma medida	Nenhuma medida	Nenhuma medida
Sem resposta vacinal após primeira série de doses (3 doses)	IGHAHB + primeira dose da vacina hepatite B ou IGHAB (2x) <sup>(b)</sup>	Iniciar nova série de vacina (três doses)	Iniciar nova série (três doses) <sup>(a)</sup>
Sem resposta vacinal após segunda série (6 doses)	IGHAB (2x) <sup>(b)</sup>	Nenhuma medida específica	IGHAB (2x) <sup>(b)</sup>
Com resposta vacinal desconhecida	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde	Testar o profissional de saúde
	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica	Se resposta vacinal adequada: nenhuma medida específica
	Se resposta vacinal inadequada: IGHAB + primeira dose da vacina hepatite B	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação	Se resposta vacinal inadequada: fazer segunda série de vacinação <sup>(a)</sup>

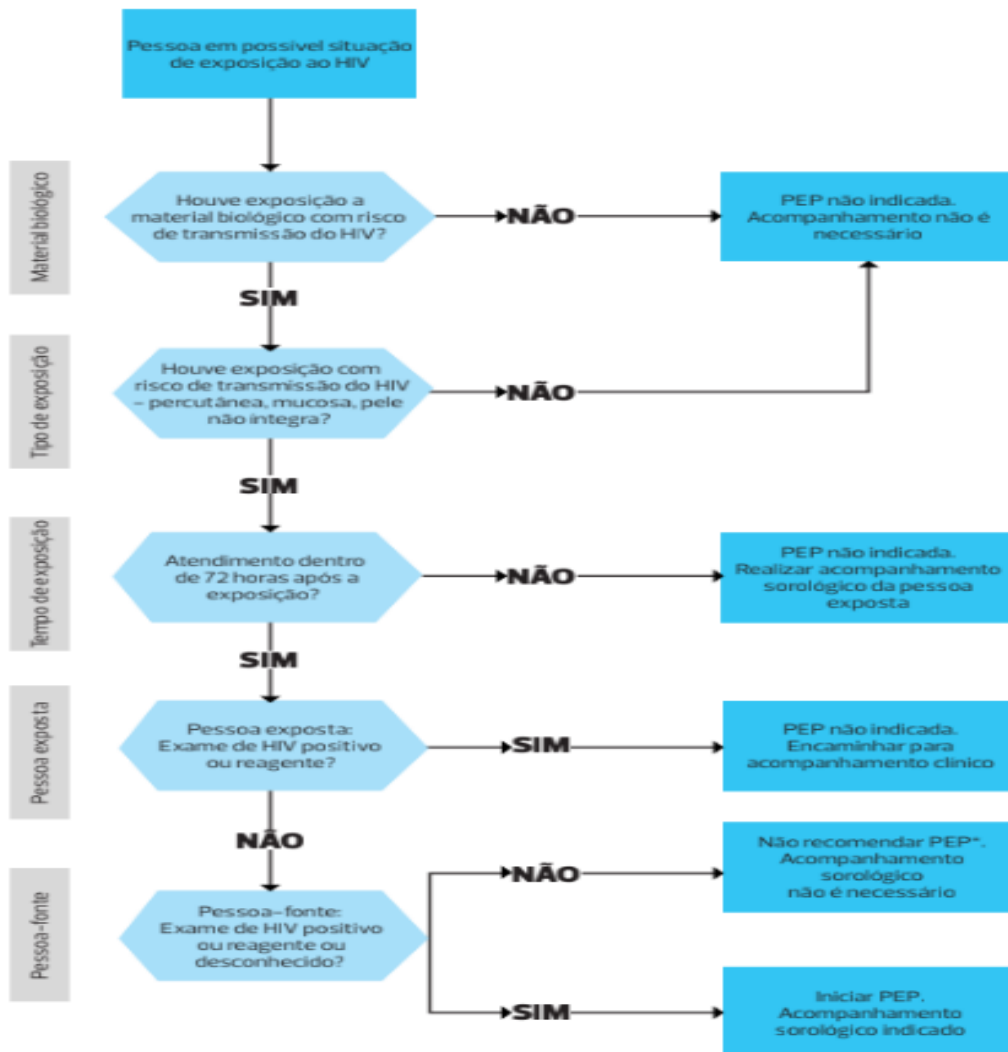
Fonte: BRASIL, 2014.

(a) O uso associado de imunoglobulina hiperimune contra hepatite B está indicado em caso de pessoa-fonte com alto risco para infecção pelo HBV, como: usuários de drogas injetáveis; pacientes em programas de diálise; contatos domiciliares e sexuais de pessoas HBsAg reagentes; pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo; heterossexuais com vários parceiros e relações sexuais desprotegidas; história prévia de IST; pacientes provenientes de áreas geográficas de alta endemicidade para hepatite B; pacientes provenientes de prisões e de instituições de atendimento a pacientes com deficiência mental. (b) IGHAB (2x) = duas doses de imunoglobulina hiperimune para hepatite B, com intervalo de um mês entre as doses. Essa opção deve ser indicada para aqueles que já fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta vacinal, ou que tenham alergia grave à vacina.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 39/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

ANEXO 2

Figura 2 – Fluxograma para indicação de PEP ao HIV



Fonte: DIAHV/SVS/MS.

\*PEP poderá ser indicada se a pessoa fonte tiver exposição de risco nos últimos 30 dias, devido à janela imunológica

CUIDADOS ESPECIAIS SE INICIAR PEP:

✓ **Paciente FONTE multiexperimentado (relato de várias falhas terapêuticas):**

**Se NÃO** – Iniciar PEP e acompanhamento sorológico conforme protocolo **ANEXO 3**;

**Se SIM** – Contactar médico do SCIH/ HUWC, caso não consiga contato, encaminhar profissional acidentado para **Hospital São José** com relato do acidente e história terapêutica com esquema de tratamento do paciente FONTE.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 40/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**ANEXO 3**

Quando recomendada a PEP, independentemente do tipo de exposição ou do material biológico envolvido, o esquema antirretroviral preferencial indicado deve ser (Quadro 4):

**Quadro 4 – Esquema preferencial para PEP**

**TDF + 3TC + DTG**  
**A duração da PEP é de 28 dias.**

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

A apresentação coformulada do TDF/3TC é a preferencial para PEP. Entretanto, na indisponibilidade desta, a dispensação da medicação pode ser separada, conforme o Quadro 5.

**Quadro 5 – Apresentações e posologias de antirretrovirais preferenciais para PEP**

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF <sup>(a)</sup> + 3TC	Comprimido coformulado (TDF 300mg + 3TC 300mg)	1 comprimido VO 1x/dia
	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>  Comprimido TDF 300mg + Comprimido 3TC 150mg	<b>Na indisponibilidade da apresentação coformulada:</b>  1 comprimido VO 1x/dia + 2 comprimidos VO 1x/dia
<b>DTG</b>	<b>Comprimido DTG 50mg</b>	<b>1 comprimido VO 1x/dia</b>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

<sup>(a)</sup> Não indicado para pessoa exposta com insuficiência renal aguda.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 41/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**ANEXO 4 (CÓPIA-FORMULÁRIO FRENTE E VERSO)**

Formulário de Solicitação de Medicamentos - Profilaxia			
1 - Nome Social do usuário			
2 - Nome Civil do usuário (se Recém-Nascido colocar o nome do RN. Caso não tenha registro, informe o nome da mãe)			
3 - CPF	4 - Data de Nascimento	5 - Órgão genital de nascimento <input type="radio"/> Vagina <input type="radio"/> Pênis <input type="radio"/> Vagina e Pênis	6 - Orientação Sexual <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Homossexual/Gay/Lésbica <input type="radio"/> Bissexual
7 - Identidade de Gênero <input type="radio"/> Homem <input type="radio"/> Mulher <input type="radio"/> Mulher Transexual <input type="radio"/> Travesti/Mulher Travesti <input type="radio"/> Homem Transexual	8 - Circunstância de exposição <input type="radio"/> Acidente com material biológico <input type="radio"/> Exposição Sexual Consentida <input type="radio"/> Violência Sexual Transmissão Vertical: <input type="radio"/> Parturiente <input type="radio"/> RN de mãe infectada pelo HIV	9 - Pessoa-fonte multiexperimentada <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido	10 - Gestante <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
11 - Contraindicação ao esquema preferencial: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO		12 - Uso de álcool e outras drogas nos últimos 3 meses: <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
13 - Nos últimos 6 meses, você aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		14 - Data da exposição	
<b>15 - Esquema preferencial para PEP para 12 anos ou mais</b>	<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Dolutegravir 50mg (DTG) (1 comp. coformulado/dia)		
<b>16 - Esquemas Preferencial para PEP em Gestantes</b>	<input type="checkbox"/> Tenofovir / Lamivudina (TDF/3TC) 300mg/300mg + Raltegravir (RAL) 400mg (1 comp. de 12/12h)		
<b>17 - Esquemas Preferencial para menores de 12 anos</b> A dose é definida de acordo com a faixa etária e peso. Preenché-la no item 13	<input type="checkbox"/> 0 - 14 dias - Zidovudina(AZT) Sol Oral + Lamivudina(3TC) Sol Oral + Nevirapina(NVP) Sol Oral <input type="checkbox"/> 14 dias - 2 anos - Zidovudina(AZT) Sol Oral + Lamivudina(3TC) Sol Oral + Lopinavir/r(LPV/r) Sol Oral <input type="checkbox"/> 2 anos - 12 anos - Zidovudina(AZT) + Lamivudina(3TC) + Raltegravir(RAL)		
<b>18 - Medicamentos ARV (Preencher no quadrículo a QUANTIDADE de comp/caps/mL que deve ser usada diariamente)</b>			
<b>ANTIRRETROVIRAL</b>	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNT)</b>		
	Tenofovir / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 300mg/dia
	Zidovudina / Lamivudina	<input type="text"/>	comp. de 300mg / 150mg/dia
	Lamivudina - 3TC	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia <input type="text"/> mL de sol. oral 10mg/mL/dia
	Tenofovir - TDF	<input type="text"/>	comp. de 300 mg/dia
	Zidovudina - AZT	<input type="text"/>	caps. de 100mg/dia <input type="text"/> Solução injetável 10 mg/mL/dia <input type="text"/> mL de Xarope 10mg/mL/dia
	<b>Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos (ITRNN)</b>		
	Nevirapina - NVP	<input type="text"/>	mL de suspensão oral 10mg/mL /dia
	<b>Inibidores de Protease (IP)</b>		
	Atazanavir - ATV	<input type="text"/>	caps. de 200mg/dia <input type="text"/> caps. de 300 mg /dia
	Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 150mg /dia <input type="text"/> comp. de 75mg /dia <input type="text"/> comp. de 600mg /dia
	Lopinavir / ritonavir - LPV/r	<input type="text"/>	comp. de 100mg / 25mg/dia <input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL / 20mg/mL/dia
	Ritonavir - RTV	<input type="text"/>	comp. de 100mg/dia <input type="text"/> mL de sol. oral 80mg/mL/dia
	<b>Inibidores da Integrase (INI)</b>		
	Raltegravir - RAL	<input type="text"/>	comp. de 400 mg/dia <input type="text"/> comp. de 100 mg/dia
Dolutegravir - DTG	<input type="text"/>	comp. de 50 mg/dia	
<b>ARV de Uso Restrito</b>			
Darunavir - DRV	<input type="text"/>	comp. de 150mg /dia <input type="text"/> comp. de 75mg /dia <input type="text"/> comp. de 600mg /dia	
Dolutegravir - DTG	<input type="text"/>	comp. de 50 mg/dia	
Enfuvirtida - T-20	<input type="text"/>	frascos-amp. de 90 mg/mL/dia	
Etravirina - ETR	<input type="text"/>	comp. de 100mg/dia <input type="text"/> comp. de 200mg/dia	
Maraviroque - MVQ	<input type="text"/>	comp. de 150mg/dia	
Raltegravir - RAL	<input type="text"/>	comp. de 400 mg/dia <input type="text"/> comp. de 100 mg/dia	
Tipranavir - TPV	<input type="text"/>	caps. de 250mg/dia <input type="text"/> mL de sol. oral 100mg/mL/dia	
19 - Médico Data ____/____/____ CRM: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>	20 - Farmacêutico responsável Data ____/____/____ CRF: _____ <small>(carimbo e assinatura)</small>	21 - Recebi em ____/____/____ <small>(assinatura do usuário)</small>	

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 42/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**ORIENTAÇÕES GERAIS**

Preencher o formulário à caneta azul e em letra de forma legível, dentro do espaço das lacunas. Formulário de preenchimento obrigatório conforme Art. 54 da Port. 344, de 12 de maio de 1998, ANVISA / MS, publicada no D.O.U. de 19 de maio de 1998.

**DETALHAMENTO DOS CAMPOS**

- 01- Nome Social do usuário:** Nome social completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação.
- 02- Nome Civil do usuário:** Nome civil completo do usuário SUS, sem qualquer abreviação. Caso o usuário seja recém-nascido informar o nome da mãe.
- 03- CPF:** Número do CPF do Usuário SUS.
- 04- Data de Nascimento:** Informar a data de nascimento da parturiente não cadastrada, da mãe do recém-nascido ou da pessoa exposta.
- 05- Órgão genital de nascimento:** Perguntar ao usuário(a) qual era o seu órgão genital no momento do nascimento. Especialmente para pessoas transexuais e travestis.
- 06- Orientação Sexual:** É por quem a pessoa se sente atraída afetiva e sexualmente, podendo ser pessoas do mesmo gênero (homossexual), de gênero diferente (heterossexual) ou por ambos os gêneros (bissexual). A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo (a) usuário (a).
- 07- Identidade de Gênero:** é a percepção que uma pessoa tem de si como sendo homem, mulher, mulher trans, homem trans, ou travesti/mulher travesti, independentemente de seu órgão genital de nascimento e orientação sexual. Para identidade de gênero, marque sempre como a pessoa se percebe ou se define. A resposta para esse item deve ser sempre autodeclarada, mesmo que a opinião do profissional de saúde não coincida com a declarada pelo(a) usuário(a).
- 08- Circunstância da Exposição:** Informar a circunstância da exposição se acidente com material biológico, exposição sexual consentida ou violência sexual. **Se a PEP for de transmissão vertical (Parturiente ou RN da mãe infectada pelo HIV) não preencher os campos 1, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12 e 13. Preencher somente os campos Nome Civil, CPF e Data de Nascimento.**
- 09- Pessoa-fonte multiexperimentada:** Pessoa-fonte com múltiplas falhas aos ARV.
- 10- Gestante:** Informar se a Usuária SUS está gestante ou não.
- 11-** Informar se existe contra-indicação ao esquema preferencial.
- 12-** Informar se usou álcool e outras drogas nos últimos 3 meses.
- 13-** Informar se nos últimos 6 meses aceitou dinheiro, objetos de valor, drogas, moradia ou serviços em troca de sexo.
- 14- Data da Exposição:** Informar a data que ocorreu a exposição de risco.
- 15- Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos:** Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg + Dolutegravir(DTG)50mg 1 comprimido de cada ao dia.
- 16- Esquema Preferencial para PEP para Gestantes de 12 anos:** Tenofovir/Lamivudina(TDF/3TC)300/300mg 1 comp/dia + Raltegravir(RAL)400mg, 1 comprimido de 12/12h.
- 17- Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária e peso:**
- 0 – 14 dias: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Nevirapina(NVP)Sol. Oral
- 14 dias – 2 anos: Zidovudina(AZT)Sol. Oral + Lamivudina(3TC)Sol. Oral + Lopinavir/r(LPV/r)Sol. Oral
- 2 anos – 12 anos: Zidovudina(AZT) + Lamivudina(3TC) + Raltegravir(RAL) 1 comprimido 12/12h.

**Esquemas Preferenciais**

10. Esquema Preferencial para PEP para maiores de 12 anos	<b>TDF/3TC + DTG</b>
11. Esquema Preferencial para PEP para Gestantes	<b>TDF/3TC + RAL</b>
12. Esquema Preferencial para PEP para menores de 12 anos por faixa etária:	
0 – 14 dias	<b>AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + NVP Sol. Oral</b>
14 dias – 2 anos	<b>AZT Sol. Oral + 3TC Sol. Oral + LPV/r Sol. Oral</b>
2 anos – 12 anos	<b>AZT + 3TC + RAL</b>
"Para mais informações consultar PCDT de PEP no endereço: <a href="http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco">http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pos-exposicao-pep-de-risco</a> ."	

**18- Medicamentos ARV:** Lista dos medicamentos oferecida pelo SUS para a dispensação de ARV. O médico deverá informar a quantidade prescrita por dia ao usuário. Caso seja necessário esquema ARV para PEP por contra-indicação dos esquemas preferenciais, como exposição a pacientes multiexperimentados em TARV. Ressalta-se que toda liberação de **ARV de terceira linha** necessita ser autorizada pelo nível local (câmara técnica) ou federal (Ministério da Saúde).

**19- Médico:** Assinatura e carimbo do médico responsável pela prescrição.

**20- Farmacêutico responsável:** Assinatura do farmacêutico responsável pela dispensação.

**21- Dispensação:** Assinatura do usuário acusando o recebimento do medicamento naquela dispensa.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO. CBIO-CH.001 – Página 43/47	
Título do Documento	BIOSSEGURANÇA	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

## ANEXO 5

### USO DE ADORNOS

#### PORTARIA-SEI, N.º. 098, 13 de maio de 2019.

O **Superintendente dos Hospitais Universitários da UFC/EBSERH-CE**, no uso de suas atribuições legais e estatutárias instituídas pela Portaria nº 264, de 09 de maio de 2014, publicada no Boletim de Serviço da EBSERH-Sede, nº 39, de 12/05/14, considerando a delegação de competência de que trata a Portaria-SEI nº 08, de 09 de janeiro de 2019. Considerando a Lei nº 8.080/90, no seu artigo 2º, parágrafo 1º, que dispõe sobre as condições para promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando o Código de Defesa do Consumidor de 1990, que institui como direito básico do consumidor a proteção da vida e da saúde no tocante aos serviços aos serviços ofertados que impliquem em risco;

Considerando o Código Civil Brasileiro ao dispor que aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imperícia, violar direito e causar dano a outra pessoa, mesmo que moral, comete ato ilícito; o Código de Ética de Enfermagem, nos artigos 12 e 21, que dispõe que é de responsabilidade da enfermagem proteger o paciente, assegurando-lhe uma assistência de enfermagem livre de danos, sejam esses causados por imperícia, negligência ou *Nº 169, segunda - feira, 13 de maio de 2019. Imprudência*; a resolução CFM nº 1931/2009, no capítulo III, artigo 1º, onde dispõe que é vedado ao médico causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência;

Considerando o Código Penal Brasileiro que prevê o enquadramento de crimes contra a pessoa, a exposição de pacientes a situação de risco a vida e a saúde;

Considerando a Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que estabelece as ações mínimas a serem desenvolvidas com vistas a redução da incidência das infecções relacionadas a assistência à saúde;

Considerando a Classificação Internacional de Segurança do Paciente da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza: *a segurança do paciente corresponde a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde*;

Considerando a Epidemiologia atual de multirresistência bacteriana disseminada nos hospitais do Brasil e no Estado do Ceará, que tem como principal veículo de transmissão desses microrganismos as mãos;

Considerando o Plano Nacional de Segurança do Paciente;

Considerando o interesse coletivo dos HUs/UFC/EBSERH a uma assistência à saúde de qualidade, efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo.

#### **RESOLVE:**

Art. 1º Fica vedado o uso de adornos, pelos profissionais de saúde, administrativos e terceirizados, **em todas as áreas do Complexo Hospitalar da UFC**, assistenciais e administrativas.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 44/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

Art. 2º De acordo com o Guia Técnico de Riscos Biológicos do Ministério do Trabalho – NR nº 32, são considerados adornos: alianças, anéis, pulseiras, relógios de uso pessoal, colares, brincos, broches e *piercings* expostos. Esta proibição estende-se a crachás pendurados com cordão e gravatas. Segundo a Nota Técnica nº 157/2010/CGNOR/DSST/SIT os óculos de grau não são adornos. Os profissionais de saúde devem ser orientados para a realização da higienização regular dos óculos. No entanto, os cordões ou correntes utilizadas nos óculos devem ser vedados. *Nº 169, segunda - feira, 13 de maio de 2019.*

Art. 3º Cabe à chefia imediata de cada unidade física do complexo (enfermaria/centro cirúrgico/UTI/ambulatório/emergência/centro de parto e área administrativa), independente de sua área de atuação, a responsabilidade pela fiscalização do adequado cumprimento desta Portaria.

Art. 4º Em caso de descumprimento pelo servidor ou empregado da exigência contida nesta Portaria, deverá a chefia imediata orientá-lo de que a medida tem o caráter de prevenção e controle das infecções e segurança do paciente.

Art. 5º O descumprimento desta portaria pelo empregado EBSERH implica:

**Inciso I** - Avisar ao empregado através de cartão específico do uso irregular de adorno esclarecendo que dá reincidência será notificado.

**Inciso II** - No caso de reincidência, após ter sido entregue o cartão de que trata o inciso I, a gerência de atenção à saúde/chefia de divisão enviará notificação ao empregado conforme modelo (1) para que apresente sua justificativa modelo (2) em atendimento ao capítulo III Rito Sumario da Norma Operacional de Controle Disciplinar.

Art. 6º O descumprimento desta portaria pelo servidor do Regime Jurídico Único implica:

**Inciso I** - Avisar ao servidor através de cartão específico do uso irregular de adorno esclarecendo que dá reincidência será notificado.

**Inciso II** - No caso de ter sido entregue ao Servidor notificação de que trata o **inciso I** a chefia imediata deverá encaminhar ocorrência formal por escrito a DivGP que encaminhará a PROGEP para providências cabíveis dentro dos fluxos de tramites normativos para servidores do Regime Jurídico Único.

Art. 7º O descumprimento desta portaria pelo residente implica em falta disciplinar. A chefia imediata da unidade deverá encaminhar ocorrência formal por escrito à COREME ou COREMU que procederá com as providências cabíveis dentro dos fluxos de trâmites normativos determinados pelo regimento interno da residência médica e RESMULTI.

Art. 8º As unidades serão aleatoriamente visitadas por equipes da CCIH, USOST e Núcleo de segurança do Paciente que informarão diretamente à Gerencia de Atenção à Saúde os descumprimentos identificados. *Nº 169, segunda - feira, 13 de maio de 2019*

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 45/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

Art. 9º Para os que insistirem na reincidência serão aplicadas sanções administrativas, com base no Regime Jurídico Único, na Consolidação das Leis Trabalhistas, Acordo Coletivo de Trabalho em vigor, Norma Disciplinar EBSEH, regimento da COREME/COREMU e outras legislações que tratem do assunto, sem prejuízo das responsabilidades civis decorrente de ato omissivo, doloso ou culposos que resulte em prejuízo ao erário ou a terceiros e a penal que abrange os crimes de lesão corporal leves, graves, gravíssimas e seguidas de morte.

Art. 10º Esta Portaria entra em vigor imediatamente a partir da data de sua publicação e revoga todas as outras disposições anteriores sobre o assunto.

Dê-se ciência.

Publique-se.

Superintendência dos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Ceará, em Fortaleza –CE, 13 de maio de 2019.

**JOSÉ LUCIANO BEZERRA MOREIRA**

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 46/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**REFERÊNCIAS:**

1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007 - Last update: February, 2017. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>.
2. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente em Serviços de Saúde: Higienização das Mãos / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2009. 105p.
3. NOTA TÉCNICA Nº01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: ORIENTAÇÕES GERAIS PARA HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE.
4. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.
5. Resolução CONAMA N° 358 DE 29/04/2005 - Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências.
6. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007 - Last update: February, 2017. Disponível em <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>.
7. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília – DF. 2017.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA. Segurança do Paciente- Higienização das mãos. Brasília, 2009.
9. ANVISA - Relatório Técnico sobre Diretrizes Gerais para Procedimentos de Manejo de Resíduos de Serviços de Saúde, 2018
10. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA. SITE: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/higiene-das-maos>.
11. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária –ANVISA. SITE: [https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims\\_ggtes\\_anvisa-04\\_2020-25-02-para-o-site.pdf](https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf)
12. FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS, **Manual de Biossegurança**, NÚMERO: DIOM-DPGQ-MQ 0003, 2010.
13. FIORAVANTI, R. L.; SANTOS, R. V. **Manual de Biossegurança**. LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO ESPÍRITO SANTO. Comissão de Biossegurança. 2019.
14. Brasil. Norma Regulamentadora No. 6 (NR-6). 2018.

**SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE**

Tipo do Documento	<b>PROTOCOLO</b>	PRO. CBIO-CH.001 – Página 47/47	
Título do Documento	<b>BIOSSEGURANÇA</b>	Emissão: 07/07/2022	Próxima revisão: 07/07/2024
		Versão: 1	

**ELABORAÇÃO/REVISÃO**

Francisca Charliane Carlos da Silva  
Francisca Lúcia de Melo  
Francisco das Chagas dos Santos  
Gabrielle Gama Teixeira Lima  
Galvão Enfermeira  
Geovânia Maciel de Souza Enfermeira  
Joseana Taumaturgo Magalhães Falcão  
Maria da Piedade Albuquerque

Maria Erivanda França Rios  
Marta Maria Costa Freitas  
Michelle Rodrigues Pinheiro  
Patrícia Aguiar Queiroz Macedo  
Paula Manuela Rodrigues Pinheiro Bertoncini  
Régis Barreto Aguiar Fonteles  
Rosilene Pereira Oliveira  
Vanessa da Frota Santos

**ANÁLISE**

**Sanja Sâmia Rolim Fernandes Ximenes**  
Unidade de Gestão da Qualidade

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo:

**APROVAÇÃO**

**Paula Manuela Rodrigues Pinheiro Bertoncini**  
Presidente da Comissão de Biossegurança do  
Complexo Hospitalar da UFC

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo:

**Jailton Vieira Silva**  
Gerente de Atenção à Saúde do HUWC

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo:

**Francisco Edson de Lucena Feitosa**  
Gerente de Atenção a Saúde MEAC

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo:

**Carlos Augusto Alencar Júnior**  
Superintendente do Complexo Hospitalar da UFC

Data:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura e carimbo: