

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM

Boletim de Serviço

N.º 92, 8 de agosto de 2016

Ministério da
Educação

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Avenida Getúlio Guaritá, 130
Bairro Abadia | CEP: 38025-440 | Uberaba-MG |
Telefone: (34) 3318-5200 | hcuftm.ebserh.gov.br

JOSÉ MENDONÇA BEZERRA FILHO

Ministro de Estado da Educação

KLEBER DE MELO MORAIS

Presidente da Ebserh

LUIZ ANTÔNIO PERTILI RODRIGUES DE RESENDE

Superintendente do HC-UFTM/Filial Ebserh

AUGUSTO CÉSAR HOYLER

Gerente Administrativo do HC-UFTM/Filial Ebserh

MURILO ANTÔNIO ROCHA

Gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM/Filial Ebserh

DALMO CORREIA FILHO

Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM/Filial Ebserh

SUMÁRIO

COLEGIADO EXECUTIVO.....	4
APROVAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DE REGULAMENTO.....	4
Resolução n.º 60, de 5 de agosto de 2016.....	4
Regulamento Interno do Núcleo de Estudos Clínicos.....	5
APROVAÇÃO DE PLANO.....	19
Resolução n.º 61, de 5 de agosto de 2016.....	19
Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde.....	20
APROVAÇÃO DE POP'S.....	65
Resolução n.º 62, de 5 de agosto de 2016.....	65
Resolução n.º 66, de 5 de agosto de 2016.....	66
Resolução n.º 67, de 5 de agosto de 2016.....	67
APROVAÇÃO DE REGIMENTO.....	68
Resolução n.º 58, de 5 de agosto de 2016.....	68
Regimento Interno do Comitê Gestor de Tecnologia da Informação.....	69
APROVAÇÃO DE REGULAMENTO.....	75
Resolução n.º 59, de 5 de agosto de 2016.....	75
Regimento Interno do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação.....	76
INSTITUIÇÃO DE CONSELHOS.....	85
Resolução n.º 63, de 5 de agosto de 2016.....	85
Resolução n.º 64, de 5 de agosto de 2016.....	86
Resolução n.º 65, de 5 de agosto de 2016.....	87
SUPERINTENDÊNCIA.....	88
DESIGNAÇÃO.....	88
Portaria n.º 101, de 3 de agosto de 2016.....	88
Portaria n.º 102, de 4 de agosto de 2016.....	89
Portaria n.º 103, de 4 de agosto de 2016.....	90

Portaria n.º 104, de 4 de agosto de 2016.....	91
Portaria n.º 105, de 4 de agosto de 2016.....	92
Portaria n.º 106, de 3 de agosto de 2016.....	93
Portaria n.º 107, de 4 de agosto de 2016.....	94
Portaria n.º 108, de 4 de agosto de 2016.....	95
Portaria n.º 109, de 4 de agosto de 2016.....	96
DEPARTAMENTO DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS.....	97
EXTRATOS DE CONTRATOS.....	97
Extrato de Contrato n.º 47/2016 - UASG 150221.....	97
Extrato de Contrato n.º 48/2016 - UASG 150221.....	97
Extrato de Contrato n.º 49/2016 - UASG 150221.....	97
Extrato de Contrato n.º 51/2016 - UASG 150221.....	98
EXTRATO DE TERMO ADITIVO.....	98
Extrato de Termo Aditivo n.º 4/2016 - UASG 150221.....	98

COLEGIADO EXECUTIVO

APROVAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO DE REGULAMENTO

Resolução n.º 60, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Aprovar a atualização do Regulamento do Núcleo de Estudos Clínicos (NEC) do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica da Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º As alterações referem-se à composição do Comitê Gestor e ao gerenciamento financeiro do NEC.

Art. 3.º Esta Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Regulamento Interno Núcleo de Estudos Clínicos NEC

Sumário

TÍTULO I – DA DENOMINAÇÃO, FINALIDADE E COMPETÊNCIA	2
CAPÍTULO I - DA DENOMINAÇÃO	2
CAPÍTULO II – DA FINALIDADE	2
CAPÍTULO III – DAS COMPETÊNCIAS	3
TÍTULO II - DA ORGANIZAÇÃO E ATRIBUIÇÕES	3
CAPÍTULO I - DA ORGANIZAÇÃO	3
CAPÍTULO II - DAS ATRIBUIÇÕES	4
TÍTULO III - DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DO NEC	9
TÍTULO IV - DO COMITÊ GESTOR	9
TÍTULO V - DO GERENCIAMENTO FINANCEIRO	11
TÍTULO VI - DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES	12
TÍTULO VII - DA REPRESENTAÇÃO JURÍDICA	12
TÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS	13

Título I

Da denominação, finalidade e competências

Capítulo I

Da denominação

Art. 1.º O Núcleo de Estudos Clínicos (NEC), instituído em 13 de junho de 2012, por meio da Portaria n.º 392, do Reitor da UFTM, é um órgão do Setor de Gestão da Pesquisa e Inovação Tecnológica, vinculado à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º O NEC goza de autonomia técnica e científica nos termos deste Regulamento.

Parágrafo único. Autonomia técnica e científica consiste na faculdade de receber, avaliar, gerenciar e executar propostas, projetos, planos, programas ou orçamentos de pesquisa clínica - ensaio clínico que sejam realizados no complexo do HC-UFTM a considerar a política, diretrizes e prioridades aprovadas pelos órgãos nacionais reguladores.

Capítulo II

Da finalidade

Art. 3.º O NEC é um órgão de caráter multidisciplinar e multiprofissional que tem por finalidade coordenar e desenvolver pesquisa clínica - ensaio clínico, bem como apoiar as pesquisas básicas, epidemiológicas, tecnológicas e em gestão no complexo do HC-UFTM, visando promover geração de conhecimento, otimização da prática clínica e reconhecimento do HC-UFTM como referência nacional e internacional em ensaios clínicos nas diversas áreas da saúde.

Capítulo III

Das competências

Art. 4.º Para a consecução de seus objetivos compete ao NEC:

I - estabelecer diretrizes relativas à realização de pesquisa clínica-ensaio clínico no complexo do HC-UFTM;

- II - avaliar planos, projetos, programas e orçamentos de apoio e fomento à Ciência e Tecnologia, específicos de ensaios clínicos a serem desenvolvidos no HC-UFTM, a considerar as políticas, as diretrizes e as prioridades aprovadas pelos órgãos nacionais competentes e pelo HC-UFTM;
- III - assessorar os profissionais quantos aos aspectos metodológicos, regulatórios, econômico-financeiro e contratual relacionados aos ensaios clínicos desenvolvidos no âmbito do HC-UFTM;
- IV - oferecer capacitação e educação permanente, aos profissionais que integram o corpo técnico do núcleo e, sempre que solicitado, aos profissionais (professores e *staffs*) e alunos de acordo com necessidade e disponibilidade;
- V - servir como centro de interatividade e de integração de informações intra e interinstitucionais;
- VI - apoiar a participação dos pesquisadores no cenário nacional e internacional, colaborando para o desenvolvimento das estratégias definidas pelo Ministério da Saúde;
- VII - facilitar a integração das diferentes áreas da saúde que compõem o corpo técnico-científico do HC-UFTM, visando aprimorar a qualidade e aumentar a capacidade de desenvolvimento de todas as fases da pesquisa clínica (de fármacos, procedimentos, equipamentos, dispositivos diagnósticos e terapêuticos);
- VIII - promover e apoiar a realização de eventos científicos, cursos, programas ou estágios, podendo ser estendido para outras modalidades de pesquisa clínica no complexo HC-UFTM;
- IX - apoiar a execução de projetos de pesquisa científica básica ou aplicada para o desenvolvimento de produtos e processos tecnológicos inovadores;
- X - apoiar o investimento em infraestrutura e custeio para o desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica por meio de laboratórios, estações experimentais, bibliotecas ou outros empreendimentos dessa natureza;
- XI - apoiar a formação de recursos humanos requeridos para a pesquisa científica e tecnológica;
- XII - estabelecer parcerias com a iniciativa privada, setor público e com instituições de pesquisa e desenvolvimento.

Título II

Da organização e atribuições

Capítulo I

Da Organização

Art. 5.º O NEC tem a seguinte estrutura organizacional:

- I - diretoria Executiva;
- II - diretoria Científica;
- III - coordenadoria de Pesquisa;
- IV - coordenadoria Técnica;
- V - unidade de Suporte Operacional;
- VI - unidade de Investigadores;
- VII - unidade Administrativa.

Capítulo II

Das atribuições

Art. 6.º A Diretoria Executiva é gerida pelo Gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM, com a atribuição de fazer a gestão geral técnica-científica de recursos financeiros e humanos.

Parágrafo único. Compete ao Diretor Executivo:

- I - responder pela administração geral do NEC;
- II - proporcionar estrutura administrativa ao NEC;
- III - exercer a fiscalização superior do patrimônio e dos recursos do NEC;
- IV - representar o NEC junto às instâncias superiores do HC, da Ebserh, da UFTM e demais instâncias públicas e privadas.

Art. 7.º A Diretoria Científica do NEC é ocupada por um médico com experiência comprovada em pesquisa clínica (ensaio clínico), indicado pelo Diretor Executivo e aprovado pelo Comitê Gestor do NEC, com a atribuição de fazer a gestão técnico-científico do Núcleo.

Parágrafo único. Compete ao Diretor Científico:

- I - analisar e emitir parecer ao Comitê Gestor das propostas recebidas pelo núcleo;
- II - gerenciar tecnicamente os pacotes regulatórios e contratos e dar assistência direta ao Coordenador de Pesquisa e à Unidade Administrativa;
- III - gerenciar a rotina diária do núcleo de estudos, no que se refere ao relacionamento com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), Setor Jurídico, funcionários e investigadores médicos do núcleo, monitores, *contract research organization* (CRO), centro coordenador nacional e internacional e patrocinadores;
- IV - acompanhar, em conjunto com o Coordenador Técnico, as funções de cada membro da equipe do NEC;

- V - avaliar, em conjunto com o Coordenador Técnico, o desempenho da equipe do NEC e se necessário promover ajustes de tarefas e funções;
- VI - emitir parecer, em conjunto com o Coordenador Técnico, sobre composição e alteração do quadro de pessoal para deliberação do Comitê Gestor do NEC;
- VII - Monitorar e gerenciar a qualidade das ações do NEC no que se refere ao número de inclusões, pontualidade de entrega de documentação, qualidade dos dados no *Case Report Form* (CRF) e no prontuário, atendimento ao protocolo e sigilo de dados;
- VIII - assegurar que as pesquisas realizadas no NEC sejam feitas de acordo com os preceitos das Boas Práticas Clínicas;
- IX - acompanhar e monitorar os resultados científicos e financeiros do NEC;
- X - assessorar os investigadores principais do NEC nas decisões administrativas referentes aos estudos clínicos patrocinados ("*feasibility*"), contratos, relação com CRO, centro coordenador nacional e internacional e patrocinadores;
- XI - estabelecer, avaliar e modificar as estratégias de recrutamento dos sujeitos dos estudos clínicos patrocinados;
- XII - orientar a criação de ferramentas de divulgação do NEC, tais como *sites*, portais, redes de contato, currículo padronizado da equipe, folhetos, entre outros, *ad referendum* do Diretor executivo;
- XIII - propor estratégias que aumentem a visibilidade do NEC, tais como inscrição em *sites* especializados e matérias sobre o núcleo em mídia local e nacional;
- XIV - atuar como intermediador/facilitador na captação de ensaios clínicos nacionais e internacionais para o NEC desenvolver no HC-UFTM;
- XV - organizar e manter atualizada a documentação de interesse do NEC, inclusive os de cunho jurídico, como coletâneas de legislação estadual e federal, repositório de jurisprudência e outros documentos de natureza jurídica de interesse;

Art. 8.º A Coordenadoria de Pesquisa é coordenada por um profissional da saúde com experiência comprovada em pesquisa clínica (ensaio clínico) indicado pelo Diretor Científico e aprovado pelo Comitê Gestor do NEC, com a atribuição de coordenar as atividades técnico-científicas dos projetos do NEC.

Parágrafo único. Compete ao Coordenador de Pesquisa:

- I - monitorar e gerenciar a qualidade das ações do NEC no que se refere à pontualidade de entrega de documentação exigida para desenvolvimento dos projetos de pesquisa clínica (ensaio clínico);

- II - assegurar que as pesquisas clínicas (ensaios clínicos) realizadas no NEC atendam aos preceitos de bioética;
- III - acompanhar e monitorar os resultados científicos e financeiros;
- IV - assessorar os investigadores principais do NEC nas decisões administrativas referentes às pesquisas clínicas (ensaios clínicos), com ou sem contratos, e patrocinadores ou não, quando for o caso;
- V - avaliar e orientar diante de solicitação para coleta de material biológico e realização de exames complementares para desenvolvimento das pesquisas;
- VI - coordenar e incentivar atividades de pesquisa clínica (ensaio clínico) no complexo HC-UFTM;
- VII - incentivar e auxiliar interessados no desenvolvimento de pesquisa clínica (ensaio clínico) na busca por apoio financeiro junto a instituições externas de fomento à pesquisa;
- VIII - determinar, em conjunto com o Coordenador Técnico e Diretor Executivo, as funções de cada membro da equipe do NEC;
- IX - avaliar, em conjunto com o Coordenador Técnico e Diretor Executivo, o desempenho das ações do NEC e se necessário promover ajustes de tarefas e funções;
- X - emitir em conjunto com o Coordenador Técnico e Diretor Executivo, parecer sobre composição e alteração do quadro de pessoal para deliberação do Comitê Gestor do NEC.

Art. 9.º O Coordenador Técnico do NEC será um profissional da saúde com experiência comprovada em pesquisa clínica (ensaio clínico) indicado pelo Diretor Científico e aprovado pelo Comitê Gestor do NEC, com a atribuição de coordenar as atividades técnicas dos projetos do NEC.

Parágrafo único. Compete ao Coordenador Técnico:

- I - selecionar e treinar os membros da equipe do NEC, de forma a garantir que se tornem capacitados para exercer suas funções;
- II - desenvolver programas de treinamento que possibilitem a capacitação permanente do grupo;
- III - definir, em conjunto com o Diretor Científico e Coordenador de Pesquisa, as funções de cada membro da equipe;
- IV - avaliar, em conjunto com o Diretor Científico e Coordenador de Pesquisa, o desempenho das ações do NEC e se necessário promover ajustes de tarefas e funções;
- V - emitir e submeter ao Diretor Executivo, em conjunto com o Diretor Científico e Coordenador de Pesquisa, parecer sobre composição e alteração do quadro de pessoal para deliberação do Comitê Gestor do NEC;

VI - gerenciar a equipe do núcleo de estudos visando precisão na coleta de dados, cumprimento de prazos previamente estabelecidos com o patrocinador ou pesquisador responsável, otimização das técnicas de recrutamento dos potenciais sujeitos da pesquisa, organização e atualização dos registros e documentação dos estudos, de forma a que possam ser inspecionados pelas autoridades regulatórias competentes;

VII - manter registros sobre as auditorias, e programar imediatamente as sugestões geradas durante o processo;

VIII - elaborar e atualizar os manuais de procedimentos operacionais padrão (POP) do Núcleo;

IX - certificar-se de que todos os membros da equipe seguem rigorosamente os manuais de POPs, elaborados pela Coordenação e aprovados pelo Comitê Gestor do NEC e Colegiado Executivo do HC-UFTM;

X - desenvolver métodos que facilitem a adesão dos sujeitos da pesquisa, possibilitando baixa taxa de abandono de seguimento em estudos clínicos;

XI - garantir que todos os procedimentos realizados referentes aos medicamentos investigados sejam realizados de acordo com as exigências regulatórias, mantendo total controle sobre origem, lote, validade, destino, forma de apresentação, processos de dispensação, incineração e acondicionamento, controle de temperatura e umidade do ambiente;

XII - garantir que os coordenadores diretamente responsáveis pelo andamento dos estudos mantenham contato permanente com os órgãos competentes, para atualizá-los sobre relatos de eventos adversos sérios, emendas de protocolos, informes administrativos e demais alterações que ocorram ao longo do estudo;

XIII - garantir o rápido acesso da equipe autorizada às informações do estudo, de forma a aumentar a garantia de segurança do sujeito de pesquisa, no caso de eventuais ocorrências (eventos adversos, abandono do tratamento);

XIV - manter um sistema integrado com a equipe médica para comunicação de relatos de fármaco-vigilância dos eventuais produtos utilizados, sendo eles registrados ou não;

XV - planejar as necessidades gerais de serviço de apoio ao andamento dos estudos (gráfica, correio, limpeza, material de escritório e segurança, etc);

XVI - desenvolver ferramentas de trabalho que possibilitem pré-selecionar os potenciais participantes da pesquisa durante a fase de aprovação regulatória do estudo;

XVII - manter o patrocinador do estudo e as autoridades cabíveis atualizadas sobre o *status* do estudo.

Art. 10. A Unidade de Suporte Operacional terá como gestor(es) o(s) Assistente(s) de Suporte Operacional um ou mais profissionais da saúde com experiência comprovada em pesquisa clínica (ensaio clínico) indicado(s) pelo Diretor Científico ao Diretor Executivo e aprovado pelo Comitê Gestor do NEC, com a atribuição de dar suporte operacional necessário para que o investigador principal possa cumprir todas as exigências metodológicas e éticas necessárias para obter resultados confiáveis e garantir o bem-estar dos sujeitos de pesquisa envolvidos no estudo do NEC.

§ 1.º Compete ao(s) Assistente(s) de Suporte Operacional:

- I - realizar as randomizações em parceria com a equipe médica específica do estudo;
- II - servir como contato de referência para monitores e pacientes;
- III - passar a relação diária de tarefas a serem executadas pela equipe do centro;
- IV - executar as tarefas específicas do estudo: correspondência, *e-mails*, preenchimento de CRF eletrônicos, e monitorias;
- V - aplicar aditivo ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE);
- VI - participar das reuniões específicas dos estudos, visitas de seleção de centros e visitas de iniciação de estudos;
- VII - revisar documentação dos contratos dos estudos clínicos patrocinados para aprovação pelo Jurídico;
- VIII - responder pelo gerenciamento do andamento de pacotes regulatórios e contratos;
- IX - buscar ativamente pacientes no hospital e ambulatório;
- X - manter banco de dados atualizado;
- XI - auxiliar preenchimento de CRF eletrônico;
- XII - realizar procedimentos de coleta e preparo de material biológico;
- XIII - fazer a contabilidade dos medicamentos do estudo.

§ 2.º O número de pesquisas clínicas (ensaios clínicos) conduzidos pelo assistente de pesquisa será determinado pelo Investigador Principal e pelo Coordenador Técnico, de acordo com os seguintes critérios:

- I - tipo de estudo (ambulatorial, emergência, Unidade de Terapia Intensiva - UTI, internação eletiva);
- II - duração do estudo;
- III - número de pacientes incluídos;
- IV - procedimentos envolvidos.

Art. 11. Ocupam a função de Investigador de Pesquisa Clínica (ensaio clínico), na Unidade de Investigadores, médicos com experiência comprovada em pesquisa clínica (ensaio clínico)

indicados pelo Diretor Científico e aprovados pelo Comitê Gestor do NEC, sendo divididos em dois grupos: Investigador Principal e Sub Investigador, com a atribuição de coordenar e conduzir o estudo e pela integridade e bem-estar dos sujeitos participantes da pesquisa clínica (ensaio clínico) no NEC.

Parágrafo único. Compete aos Investigadores:

I - investigador Principal:

- a) coordenar e conduzir o estudo;
- b) zelar pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa;

II – sub-investigador:

- a) auxiliar ou substituir o Investigador Principal na condução do estudo;
- b) obtenção do TCLE;
- c) randomizações;
- d) prescrição dos medicamentos relacionados ao estudo;
- e) visitas clínicas;
- f) relato de eventos adversos, *queries (dúvidas)*;
- g) participação em reuniões científicas, monitorias e visitas de qualificação ou de iniciação do estudo;
- h) ordenar e conduzir o estudo.

Art. 12. Estará à frente da Unidade Administrativa um assistente administrativo com experiência comprovada em pesquisa clínica (ensaio clínico) indicado pelo Diretor científico ao Diretor Executivo e aprovado pelo Comitê Gestor do NEC, com a atribuição de dar suporte administrativo para as diretorias, coordenadorias e equipe de investigadores do NEC.

§ 1.º Compete ao Assistente Administrativo da Unidade Administrativa do NEC:

I - revisar a documentação dos pacotes regulatórios das pesquisas clínicas – ensaios clínicos patrocinados para aprovação no CEP;

II - participar das atividades de validação do centro de pesquisa em relação aos assuntos regulatórios;

III - revisar e preparar a documentação dos contratos das pesquisas clínicas (ensaios clínicos) patrocinados para aprovação pelo Jurídico;

IV - responder pelo andamento de pacotes regulatórios e contratos;

V - revisar e preparar a documentação para importação de medicamentos e suprimentos utilizados;

VI - responder às exigências regulatórias em relação a importação de medicamentos e suprimentos;

VII - execução de relatórios e planilhas;

VIII - auxiliar o monitoramento dos resultados financeiros do NEC.

§ 2.º Integra a Unidade Administrativa o serviço de secretariado, cujo colaborador responsável por esta atividade tem como atribuição recepcionar pessoas, atender telefone e fax, arquivamento, recepção de material, solicitação e distribuição de prontuários para atendimento dos pacientes e monitoria, contato telefônico com os pacientes para agendar consultas e exames, serviços gerais internos, serviço externo, marcação de visitas e retornos, suporte para as visitas e monitoria e providências para viagens dos pesquisadores para assuntos de interesse do NEC.

Título III

Da utilização dos serviços do NEC

Art. 13. Todos os estudos multicêntricos patrocinados pela indústria farmacêutica, órgãos governamentais e/ou não governamentais nacionais ou internacionais, realizados no complexo HC-UFTM, devem ser conduzidos exclusivamente no NEC, após sua submissão e aprovação pela GEP e pelo Comitê Gestor do NEC.

Art. 14. A utilização das instalações, equipamentos e pessoal deverá ser proporcional à contribuição do pesquisador para a receita mensal do NEC, de acordo com POP, elaborado pela coordenação e aprovadas pelo Comitê Gestor do NEC e Colegiado Executivo do HC-UFTM.

Título IV

Do comitê gestor

Art. 15. O Comitê Gestor, órgão máximo de gerenciamento do NEC, tem a seguinte composição, nomeado em Portaria da Superintendência do HC.

I - superintendente do HC-UFTM, como presidente;

II - pró-reitor de Pesquisa e Pós-Graduação da UFTM;

III - gerente de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM, vice-presidente e substituto do presidente nos afastamentos e impedimentos legais;

IV - gerente de Atenção à Saúde do HC-UFTM;

V - presidente da Fundação da Pesquisa Interveniente;

VII - diretor científico do NEC;

VIII - chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica da GEP;

IX - representante discente das residências em saúde do HC-UFTM, indicado pelos seus pares;

X - representante discente do ciclo clínico, indicado pelo Diretório Acadêmico da área da saúde.

§ 1.º A atuação da Fundação de Pesquisa interveniente não extrapolará os limites estabelecidos pela Lei 8.958/94, que dispõe sobre as relações entre as instituições federais de ensino superior e de pesquisa científica e tecnológica e as fundações de apoio.

§ 2.º As presenças do pró-reitor de pesquisa e pós-graduação e dos representantes discentes das residências em saúde e do ciclo clínico, são consideradas de interesse mútuo entre HC e UFTM, visando a um estreitamento de relações e o reconhecimento do HC-UFTM como referência nacional e internacional em ensaios clínicos nas diversas áreas da saúde.

Art. 16. Compete ao Comitê Gestor:

I - aprovar a programação geral do NEC;

II - Aprovar os POPs elaborados pelas Coordenações;

III - elaborar, aprovar e modificar este Regulamento com a presença da maioria absoluta;

IV - resolver os casos não previstos neste Regulamento;

V - aprovar as contas, os balanços e o relatório anual do NEC;

VI - pronunciar-se sobre a estratégia de ação e diretrizes do NEC, bem como sobre os programas específicos a serem desenvolvidos;

VII - aprovar as prioridades que devem ser observadas na promoção e na execução das atividades do NEC;

VIII - deliberar sobre novos planos, projetos, programas e orçamentos de apoio e fomento à Ciência e Tecnologia submetidos ao NEC;

IX - avaliar projetos de pesquisa clínica (ensaio clínico) multicêntricos e deliberar sobre sua realização no NEC;

X - avaliar e deliberar sobre pedidos de utilização de salas, equipamentos ou recursos humanos do NEC para pesquisas locais, de acordo com o POP específico;

XI - definir critérios de seleção de investigador principal de estudos, cujo convite tenha sido dirigido diretamente NEC;

XII - deliberar sobre a forma de participação de novos pesquisadores no NEC;

XIII - avaliar propostas de cursos, seminários, estágios, simpósios, cursos de extensão e especialização relacionados as atividades de pesquisa clínica (ensaio clínico);

XIV - avaliar pedidos de bolsas de estudo, estágios remunerados, apoio para pesquisa sem patrocínio, e qualquer outra forma de auxílio financeiro para pesquisa, solicitados para o NEC;

XV - deliberar sobre pedidos de alteração do quadro de pessoal do NEC;

XVI - deliberar sobre pedidos de alteração da divisão de espaço físico por parte dos pesquisadores ou da coordenação do NEC;

XVII - definir diretrizes para realização de cursos de capacitação permanente relacionados ao NEC;

XVIII - reavaliar anualmente as regras para destinação dos recursos gerados pelo NEC;

XIX - fazer cumprir este Regulamento.

Art. 17. As reuniões do Comitê Gestor serão bimestrais com registro em ata dos assuntos discutidos e deliberados.

§ 1.º Após cada reunião será elaborado relatório circunstanciado para o Superintendente do HC-UFTM.

§ 2.º As reuniões extraordinárias serão realizadas sempre que o presidente julgar necessário e/ou a pedido de qualquer membro do Comitê.

Título V

Do gerenciamento financeiro

Art. 18. Ao Diretor Científico compete executar os serviços de apoio contábil e financeiro do NEC, sobre repasses de pagamentos, tabelas para cobrança de exames e manutenção de um Fundo de Reserva.

Art. 19. Serão destinados valores referentes às taxas administrativas:

I - máximo de 10% (dez por cento) para a Fundação de Pesquisa interveniente;

II - 5% (cinco por cento) para o HC-UFTM;

III - 5% (cinco por cento) para a GEP;

IV - 80% (oitenta e cinco por cento) restante:

a) 50% (cinquenta por cento) será destinado ao pagamento dos custos operacionais mensais, exames diagnósticos e manutenção do NEC;

b) 50% (cinquenta por cento) ao pagamento dos investigadores, a critério do investigador responsável.

§ 1.º Os repasses tratados no caput serão feitos após o recebimento de cada parcela do estudo em questão, em geral a cada 3 (três) meses ou de acordo com o contrato.

§ 2.º São considerados custos operacionais (fixos e variáveis) mensais do NEC a compra e manutenção de equipamentos, móveis e utensílios para o adequado aparelhamento da unidade e despesas gerais.

§ 3.º Os bens destinados à manutenção do NEC, adquiridos ou utilizados por ele, serão patrimoniados como bens do HC-UFTM.

§ 4.º Os exames diagnósticos incluídos na taxa de 50% são aqueles realizados no HC-UFTM, estabelecidos no protocolo da pesquisa, desde que haja disponibilidade de reagentes/material no Laboratório.

Art. 20. Na cobrança de exames diagnósticos realizados no HC-UFTM para estudos científicos que não pertençam ao NEC, será utilizada uma tabela padrão de ressarcimento, a saber:

I – o pagamento dos exames financiados pela indústria ou pelo poder público processados no HC-UFTM serão ressarcidos de acordo com a tabela do convênio HB Saúde;

II – em estudos comprovadamente sem patrocínio, utiliza-se como referência a tabela do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Casos omissos ou controversos referentes aos valores cobrados serão avaliados pelo Comitê Gestor.

Art. 21. O montante de 50% do NEC será destinado, preferencialmente, ao financiamento de pesquisa científica.

Parágrafo único. As regras e critérios para utilização dessa verba serão definidos pelo Comitê Gestor do NEC e em manuais de POPs específicos, seguindo diretrizes determinadas pela GEP e legislação vigente, após parecer do Setor Jurídico do HC.

Art. 22. O fundo de reserva constituído a partir de disponibilidade financeira autorizada pelo Comitê Gestor será gerido por este.

Título VI

Da divulgação de informações

Art. 23. A divulgação das atividades referentes ao NEC é de competência da unidade de comunicação do HC-UFTM, em conformidade com informações exclusivamente fornecidas pela GEP.

Art. 24. Os prontuários referentes a protocolo de pesquisa aceito para execução no NEC ficam à disposição da Comissão de Revisão de Prontuários do HC-UFTM, sempre que a mesma os requerer para supervisão.

Título VII

Da representação jurídica

Art. 25. À Assessoria Jurídica do HC-UFTM compete supervisionar as atividades relacionadas ao assessoramento jurídico do NEC.

Art. 26. Ao Assessor Jurídico compete, especificamente no que diz respeito às atividades do NEC:

- I - planejar, organizar, dirigir, coordenar e controlar as atividades relacionadas com o assessoramento jurídico em geral do NEC;
- II - exarar e aprovar pareceres de natureza jurídica;
- III - propor ações judiciais e todos os atos de defesa dos interesses do NEC - em juízo ou fora dele;
- IV - desenvolver outras atividades de natureza jurídica solicitadas pela Superintendência do HC.

Título VIII

Das disposições finais e transitórias

Art. 27. Se extinto o NEC do complexo HC-UFTM, seu patrimônio deverá ser incorporado ao HC, sob responsabilidade da GEP.

Art. 28. Este Regulamento entra em vigor a partir de sua aprovação pelo Colegiado executivo do HC-UFTM.

APROVAÇÃO DE PLANO

Resolução n.º 61, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 05 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS 2016) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º Esta Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	3
RESPONSABILIDADES	4
1. INTRODUÇÃO	5
2. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO HC	6
3. PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DA SAÚDE	10
4. COMPOSIÇÃO DOS RESÍDUOS	17
5. FASE INTRA-ESTABELECIMENTO	23
6. CUIDADOS/MINIMIZAÇÃO NA GERAÇÃO DE RESÍDUOS	26
7. SEGREGAÇÃO DE ORIGEM	27
8. TRATAMENTO PRÉVIO	28
9. ACONDICIONAMENTO	28
10. CRITÉRIOS PARA ACONDICIONAMENTO DE RSS	30
11. ARMAZENAMENTO EXTERNO (DEPÓSITO DE RESÍDUOS)	33
12. FLUXO DE RESÍDUOS	34
13. PROGRAMAS	36
14. INDICADORES	42
15. PLANO DE MONITORAMENTO E QUALIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS	43
16. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
17. BIBLIOGRAFIA	44

Apresentação

Por volta de 1967, iniciou-se a ideia da incorporação da Santa Casa de Misericórdia pela então Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, sendo concretizada em abril de 1968. Em 1973 lança-se a pedra fundamental visando à construção daquele que seria de fato o Hospital Escola da UFTM, inaugurado em agosto de 1982, em modernas e amplas instalações. Atualmente, ampliado e renomeado como Hospital de Clínicas, a partir da transformação da Faculdade em Universidade.

Com localização estratégica, confere ampla abertura regional envolvendo os 27 municípios que compõem a Macrorregião do Triângulo Sul, como único hospital público que oferece atendimento terceirizado de alta complexidade. Abrangendo também outras macrorregiões de Minas Gerais e também de outros estados da federação.

Atualmente possui 296 leitos de internação ativos, sendo 20 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Infantil, 10 UTI Adulto e 10 UTI Coronariano. Possui também 6 leitos de Hospital Dia. Certificado como Hospital de Ensino, disponibiliza campo de estágio para os cursos técnicos, em especial os de saúde, de graduação da UFTM, além de atender às demandas de formação profissional no tocante a residência médica e pós-graduação (*lato sensu e stricto sensu*).

A pesquisa acadêmica encontra no HC favorável campo de investigação científica, pela densidade de casos implicados e face à infraestrutura operacional e tecnológica disponível. O corpo clínico é composto por 364 médicos com diferentes especializações que atuam tanto na área acadêmica quanto assistencial, bem como 196 médicos residentes em diversas especialidades.

A área física do HC, constantemente em evolução tanto na sua estrutura quanto na aquisição de equipamentos de última geração, mede 34.525,93 m² de área construída, que compreende o prédio do HC, os anexos assistenciais e administrativos (unidades de internação hospitalar, ambulatorial, pronto socorro, serviços de diagnóstico, tratamentos especializados, prédios de Recursos Humanos, Almoxarifado e Divisão Administrativa).

Responsabilidades

Responsável Legal pelo empreendimento

Luiz Antônio Pertili R. de Resende

Superintendente HC-UFTM-Filial Ebserh

Responsável Técnico pela elaboração/atualização do PGRSS

Luciano Henrique de Paiva

Gerente de Resíduos do HC-UFTM-Filial Ebserh

Biólogo, especialista em Gestão Ambiental e Saneamento Ambiental

CRBio: 49172/04-D

Siape: 2241886

Hélida Rosa Silva

Chefe do Setor de Hotelaria do HC-UFTM-Filial Ebserh

Siape: 1445157

1. Introdução

O Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde (PGRSS) é um documento, baseado nos princípios da não geração e da minimização da geração de resíduos, que aponta e descreve as ações relativas ao seu manejo, propondo medidas de adequação para que o empreendimento esteja em conformidade com a Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei n.º. 12.305/2010) e demais legislações vigentes.

A aplicação e a sustentação de um programa de gerenciamento de resíduos são imprescindíveis, uma vez que o sucesso do programa está fortemente centrado na mudança de atitudes de todos os atores da unidade geradora. A divulgação do PGRSS é fundamental para a conscientização e difusão das ideias e atitudes que o sustentarão e, trabalhando com metas reais, deve-se sempre reavaliar os êxitos (ou insucessos) obtidos, redirecionando-os, se preciso, para que o programa seja factível.

Assim, além da elaboração/atualização, foi realizado treinamento com os colaboradores de cada setor que deverão atuar como multiplicadores. Este treinamento teve por objetivo

apresentar os princípios de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde, visando atingir as metas de minimização, reutilização e segregação dos resíduos na origem.

O PGRSS foi elaborado por meio da observação do gerenciamento atual dos resíduos e as inadequações relacionadas nestes procedimentos. As informações obtidas foram relacionadas às todas as etapas do manejo dos resíduos: geração, acondicionamento, armazenamento, coleta, transporte, destinação e disposição final. Para facilitar o entendimento será apresentado no decorrer de estudos futuros, em anexo, utilizando esquemas na forma de fluxogramas, tabelas e fotos, informações que serão diagnosticadas setorialmente, bem como também as medidas de adequação.

2. Identificação e caracterização do HC

2.1 Identificação

Razão social:	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Nome Fantasia:	Hospital de Clínicas da UFTM
CNPJ:	25.437.484/0002-42
Atividade principal:	85.31-7 - 00 – Educação Superior – Graduação.
Código e descrição das atividades econômicas secundárias:	86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências; 86.10-1-02 - Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências; 86.30-5-01 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos; 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares; 86.30-5-04 - Atividade odontológica; 86.40-2-01 - Laboratórios de anatomia patológica e citológica; 86.40-2-02 - Laboratórios clínicos; 86.40-2-03 - Serviços de diálise e nefrologia; 86.40-2-04 - Serviços de tomografia; 86.40-2-05 - Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, exceto tomografia.
Natureza jurídica:	110-4 - Autarquia Federal

Data de abertura:	26/5/2008
Data da situação cadastral:	26/5/2008
Situação cadastral:	Ativa
Área total do terreno:	59.261,21m ²
Área construída:	46.773,39m ²
Área útil do HC:	28.828,14 m ²
Número de trabalhadores:	2872 (atualizado em 19/5/2016)
Endereço:	Rua Getúlio Guaritá, 130
Bairro:	Nossa Senhora da Abadia
CEP:	38.025-440
Cidade:	Uberaba-MG
Fone:	(34) 3318.5000 / (34) 3318.5112

2.2 Localização

Para localização geográfica da empresa foi obtido um ponto central, de acordo com os dados abaixo:

DATUM: WGS 84 (Fig. 1):

Latitude: 19°75'57,52"S

Longitude: 47°93'27,63"O

Fuso ou Meridiano para formato UTM: 22

Meridiano central: 45°

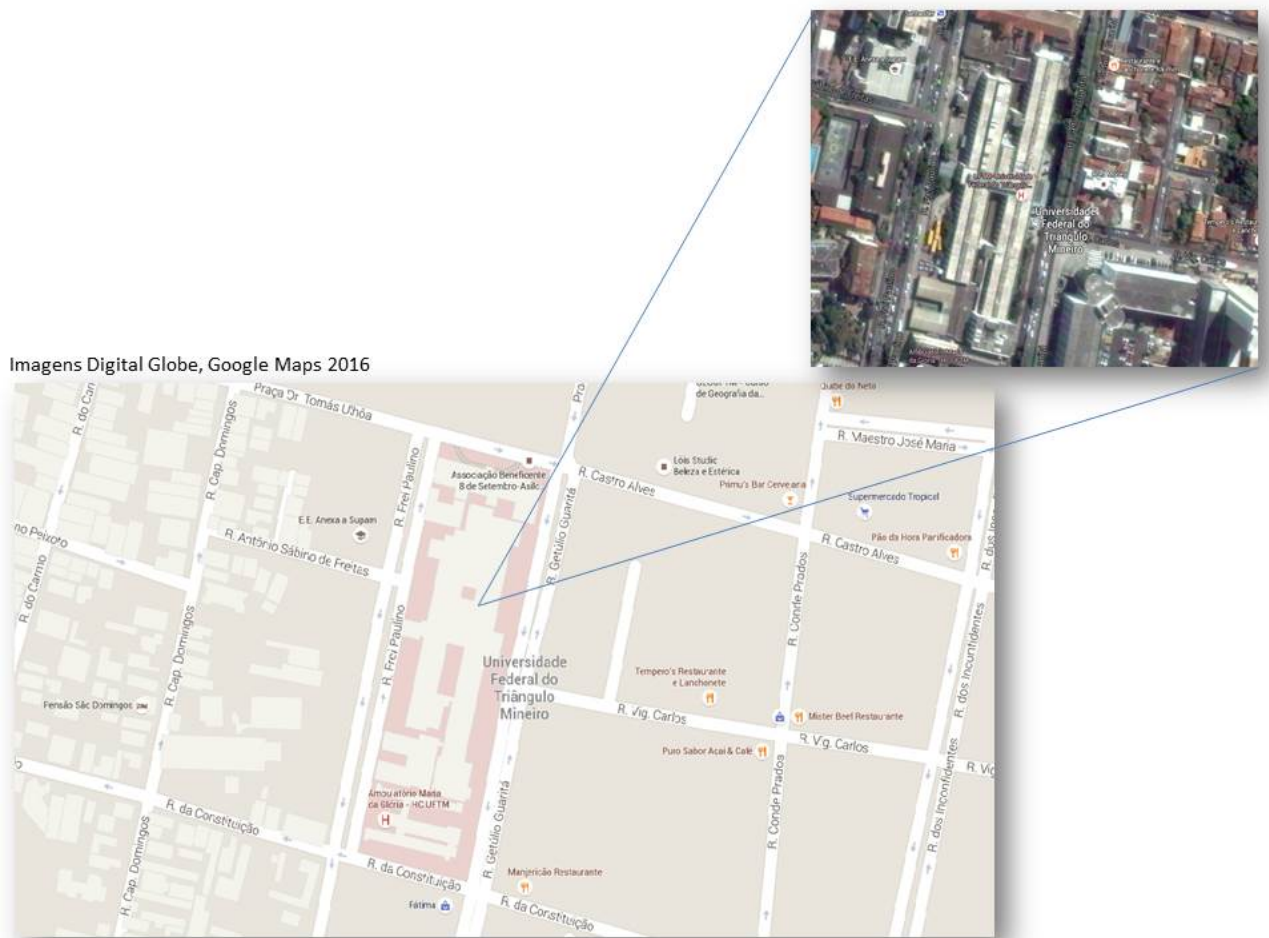


Figura 1. Localização do Hospital de Clínicas.

2.3 Descrições Básicas dos Atendimentos

- Na condição de hospital geral e de ensino, atende as mais diversas especialidades médicas, como:

- Clínica médica (alergia, nutrologia, cardiologia, clínica de dor, dermatologia, doenças infecciosas e parasitárias, endocrinologia, fisioterapia, genética, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, neurologia, pneumologia, reumatologia, e outras);
- Clínica cirúrgica (cabeça e pescoço, aparelho digestivo, hérnia, plástica, torácica, proctologia, oftalmologia, neurologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, oncologia, urologia, vascular e outras);
- Clínica ginecológia/obstétrica;

- Clínica pediátrica e outras especialidades de nível superior, como enfermagem, assistência social, nutrição e dietética, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e psicologia.
- Possui serviços próprios de diagnóstico e terapia como:
 - Hemodinâmica;
 - Tomografia computadorizada;
 - Endoscopia;
 - Patologia clínica e radiologia.
- É habilitado pelo Ministério da Saúde para a realização de procedimentos de alta complexidade como:
 - Captação, retirada, transplante e acompanhamento pós-transplante de rins e de córneas;
 - Terapias renais substitutivas;
 - Tratamentos ortopédicos;
 - Tratamentos oftalmológicos;
 - Neurocirurgias;
 - Tratamentos oncológicos;
 - Procedimentos cardiovasculares (cirurgias cardíacas, implantes de marcapassos definitivos, stents, radiologias intervencionistas);
 - Urgências e emergências;

- Medicina física e reabilitação;
 - Terapias intensivas (neonatal, adulta e especializada);
 - Tratamento da AIDS;
 - Serviços de hemoterapia e combate ao câncer de colo interino.
 - Transplante autólogo de medula óssea
- O funcionamento e atendimento do HC da Universidade Federal do Triângulo Mineiro são diários e contínuos nas 24 horas:
- Possui 296 leitos para internação e 6 leitos de Hospital Dia
 - O funcionamento e atendimento dos ambulatórios é de segunda à sexta-feira, das 7 horas às 18 horas.
- O HC-UFTM possui profissionais com vínculo direto e com vínculo terceirizado, colaborando para uma média mensal de 18.839 consultas (urgência e ambulatório), 1023 internações e 826 cirurgias.

- Composição e Força de Trabalho:

O HC-UFTM possui em torno de 2.870 trabalhadores, contemplando os serviços especializados, de apoio técnico e administrativos

3. Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde (PGRSS)

Os resíduos sólidos, de acordo com a Norma Brasileira (NBR) 10004/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), são resíduos nos estados sólido e semissólido, que resultam de atividades de origem industrial, doméstica, hospitalar, comercial, agrícola, de serviços e de varrição. Ficam incluídos nesta definição os lodos provenientes de sistemas de tratamento de água, aqueles gerados em equipamentos e instalações de controle de poluição, bem como determinados líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu

lançamento na rede pública de esgotos ou corpos de água, ou exijam para isso soluções técnicas e economicamente inviáveis em face à melhor tecnologia disponível.

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama), n.º 358, de 29 de abril de 2005, resíduos de saúde, são todos resíduos gerados relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, inclusive os serviços de assistência domiciliar e de trabalhos de campo; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos; importadores, distribuidores e produtores de materiais e controles para diagnóstico *in vitro*; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de tatuagem, entre outros similares. O gerenciamento de resíduos deve basear-se em ações preventivas, preferencialmente às ações corretivas, e ter uma abordagem multidisciplinar, considerando que os problemas ambientais e suas soluções são determinados não apenas por fatores tecnológicos, mas também por questões econômicas, físicas, sociais, culturais e políticas. Um programa de gerenciamento de resíduos deve utilizar o princípio da responsabilidade objetiva, na qual o gerador do resíduo é o responsável pelo seu correto tratamento e descarte (individual ou coletivo), mesmo após sua saída do local onde é gerado.

Após a obtenção e sistematização de dados e informações, é possível realizar um diagnóstico em que sejam identificados os problemas, as deficiências e as lacunas existentes e suas prováveis causas. Esta primeira fase subsidiou a elaboração do diagnóstico, que contém a concepção e o desenvolvimento do plano de gerenciamento, de acordo com a legislação vigente.

No entanto, não é necessário que ocorra uma revolução nos procedimentos e processos do HC para obter a qualidade da prestação de serviços e garantir a proteção do meio ambiente. Os resultados advêm de processos evolutivos contínuos, envolvendo todos os colaboradores, sendo fundamental para maximizar as oportunidades e reduzir custos e riscos associados à gestão de resíduos, o que significa adotar os passos apresentados na figura 2.



Figura 2. Sistema de Gerenciamento de Resíduos Sólidos.

Diante disso, para a elaboração do PGRSS foi realizado um diagnóstico em todas as etapas, analisando a situação atual de cada setor (*in loco*) e em seguida, levantadas propostas medidas de adequação, que serão monitoradas no decorrer do ano de 2016.

3.1 Objetivos

O PGRSS tem como objetivos minimizar a geração de resíduos na fonte, adequar à segregação na origem, controlar e reduzir riscos ao meio ambiente e assegurar o correto manuseio e disposição final, em conformidade com a legislação vigente.

3.2 Classificação dos Resíduos Sólidos

Os resíduos sólidos podem ser classificados de várias formas. Com relação aos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, a NBR 10004/2004 classifica os resíduos sólidos em:

- **Resíduos classe I**, denominados perigosos, são aqueles que, em função de suas propriedades físicas, químicas ou biológicas, podem apresentar riscos à saúde e ao meio ambiente. São caracterizados por possuírem uma ou mais das seguintes propriedades: inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e patogenicidade.

- **Resíduos classe II** denominados não perigosos são subdivididos em duas classes: classe II-A e classe II-B.

Os resíduos classe II-A-não inertes podem ter as seguintes propriedades: biodegradabilidade, combustibilidade ou solubilidade em água, enquanto que os resíduos classe II-B-inertes não apresentam nenhum de seus constituintes solubilizados a concentrações superiores aos padrões de potabilidade de água, com exceção dos aspectos cor, turbidez, dureza e sabor.

Quanto à origem e natureza, os resíduos sólidos são classificados em: domiciliar, comercial, varrição e feiras livres, serviços de saúde, portos, aeroportos e terminais rodoviários e ferroviários, industriais, agrícolas e resíduos de construção civil.

Entretanto, de acordo com a responsabilidade pelo gerenciamento dos resíduos, pode-se agrupá-los em dois grandes grupos. O primeiro grupo refere-se aos resíduos sólidos urbanos, compreendido pelos resíduos domésticos ou residenciais; resíduos comerciais; resíduos públicos.

O segundo grupo, dos resíduos de fontes especiais, abrange: resíduos industriais; resíduos da construção civil; rejeitos radioativos; resíduos de portos, aeroportos e terminais rodoferroviários; resíduos agrícolas; resíduos de serviços de saúde.

Além disso, os resíduos podem ser classificados ainda por sua natureza física (seco ou molhado) e por sua composição química (matéria orgânica e inorgânica).

3.3 Aspectos de Geração, Classificação e Quantificação dos Resíduos







A caracterização e classificação dos resíduos de serviços de saúde (RSS) consistiram na formação de grupos e subgrupos de resíduos, conforme disposições das resoluções vigentes, em função das suas características e dos riscos potenciais à saúde pública e ao meio ambiente, tendo como objetivos principais:

- O conhecimento das atividades desenvolvidas no estabelecimento de saúde e os resíduos nele gerados;
- A identificação dos resíduos de serviços de saúde gerados em cada setor do estabelecimento de saúde;
- A possibilidade da segregação dos resíduos na origem visando aos processos e instalações disponíveis para tratamento e as vias possíveis de minimização.

Foram adotados como critérios para classificar e identificar as fontes de geração e quantificar os RSS:

- O conhecimento e adoção da classificação dos RSS proposta pelas Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e do CONAMA;
- Foi adotada a classificação dos resíduos sólidos gerados de acordo com as disposições da Resolução CONAMA n.º 358 de 29/4/2005 e Anvisa RDC n.º 306 de 7/12/2004;
- A identificação dos tipos de RSS gerados em cada setor;
- A adoção da quantificação dos RSS, como parâmetro para previsão do número suficiente de recipientes para acondicionamento por estabelecimento gerador e por grupo e subgrupo de RSS e para o dimensionamento dos abrigos internos e do abrigo externo de armazenamento.

3.3.1 - Classificação dos Resíduos

Infectante					Químico	Radioativo	Reciclável	Resíduo Comum	Perfuro cortante
									
A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	D	E

3.4 Etapas do Manejo dos Resíduos Sólidos

Geração e segregação: a separação correta e criteriosa permite o tratamento diferenciado, a racionalização de recursos despendidos, além de facilitar a reciclagem. Caso haja mistura de resíduos de classes diferentes, um resíduo não perigoso pode ser contaminado e tornar-se perigoso, dificultando seu gerenciamento, bem como um aumento dos custos a ele associados.

Manuseio, acondicionamento e armazenamento: o manuseio e o acondicionamento correto dos resíduos possibilitam a maximização das oportunidades com a reutilização e a reciclagem, já que determinados resíduos podem ficar irrecuperáveis no caso de serem acondicionados de forma incorreta.

Coleta, transporte, destinação e disposição final: são etapas que requerem muita atenção no processo de gerenciamento por apresentarem riscos quanto à alteração da qualidade do resíduo gerado, podendo ser alterada a classe, caso os resíduos sejam misturados. É preciso estabelecer mecanismos de controle para permitir a rastreabilidade e monitoramento das quantidades geradas, podendo influenciar nos custos para tratamento e disposição final.

3.5 Metodologia de Trabalho

A elaboração do PGRSS foi precedida de duas fases fundamentais para conhecimento dos aspectos ambientais relacionados ao gerenciamento dos resíduos do HC-UFTM. Na primeira fase buscou-se conhecer as atividades desenvolvidas em cada setor, bem como as pessoas vinculadas a cada um deles, sendo realizados questionamentos e observações sobre os procedimentos de geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento temporário e destinação final dos resíduos.

A obtenção dos dados nos setores foi realizada através da observação dos coletores de resíduos para identificação da geração, segregação e acondicionamento dos resíduos. A observação da coleta e do armazenamento temporário foi realizada apenas para os setores que atuam neste aspecto do gerenciamento.

Nesta fase do diagnóstico foi realizada paralelamente junto aos setores, a orientação/treinamento dos colaboradores sobre as práticas e os atos adequados de gerenciamento que permitirão a não geração, redução na fonte, reutilização e reciclagem no caso dos resíduos comuns. Foram destacados os procedimentos passíveis de serem adotados antes da atualização do PGRSS e que permitirão a obtenção de resultados imediatos, tais como a separação dos papéis para destinação a cada uma das finalidades possíveis descritas abaixo:










- **Reutilizáveis:** aqueles que podem ser usados para impressão de arquivos no verso de papéis usados ou encaminhados para confecção de blocos de anotação/rascunho;
- **Recicláveis:** aqueles que tiveram uso do verso e frente e que não permitem a reutilização, mas podem ser direcionados para reciclagem.

Além desta abordagem foram esclarecidos alguns aspectos que fazem com que o gerenciamento de resíduos seja importante para a economia de recursos naturais e financeiros e para tornar o trabalho dos seus colegas, que atuam diretamente ou indiretamente na higienização da estrutura física do HC, um trabalho menos insalubre se a segregação for realizada na fonte, além também de ser fator importante na redução de acidentes de trabalho e infecção hospitalar vertical.

Após a obtenção dos dados da geração de resíduos setorialmente, foi realizada a segunda etapa de trabalho, que consistiu na elaboração de relatórios que contemplaram as informações sobre o gerenciamento de resíduos, desde a geração até a destinação final.

Os resultados dos relatórios foram avaliados, gerando as informações apresentadas a seguir, tanto do diagnóstico quanto do prognóstico de cada setor.

3.6 Tipos de Resíduos Gerados por Local de Geração (Tabela 1)

SETORES	A1	A2	A3	A4	A5	B	C	D	E
									
PS Adulto	X		X	X		X		X	X
PS Infantil	X		X	X		X		X	X
UTR	X			X		X		X	X
Neurologia	X			X		X		X	X
Ortopedia	X			X		X		X	X
UTI Adulto	X			X		X		X	X
UTI Coronariana	X			X		X		X	X
UTI-Neo Pediátrica	X			X		X		X	X
Pediatria Clínica	X			X		X		X	X
UDIP	X			X		X		X	X
Bloco Cirúrgico	X		X	X		X		X	X
Central de Materiais	X			X		X		X	X
Berçário	X			X		X		X	X
Hospital da Mulher	X		X	X		X		X	X
Hospital Dia	X			X		X		X	X
Ambulatórios	X			X		X		X	X
Farmácia	X			X		X		X	X
Laboratório Clínico	X			X		X		X	X
Laboratório de Pesquisa	X	X		X		X		X	X

Setor de Imagenologia	X		X		X		X	X
Central de Quimioter.	X		X		X		X	X
Sala de Vacina	X				X		X	X
Patologia Cirúrgica			X		X		X	X
Proces. de Roupas					X		X	
Manutenção					X		X	
Engenharia					X		X	
Nutrição e Dietética							X	
Administrativo							X	
Patologia Cirúrgica			X		X		X	X

Tabela 1: Grupos de Resíduos gerados por setor

4. Composição dos resíduos

A) Unidades de Internação, Bloco Cirúrgico, Central de Materiais, Hospital Dia e Hospital da Mulher

GRUPO A1	SETORES
1. Resíduos sólidos contendo sangue e líquidos corpóreos na forma livre.	Pronto socorro adulto e infantil, UTR, neurologia, ortopedia, UTI adulto, UTI coronariana, UTI neonatal/pediátrica, hemodinâmica, pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, UDIP, Hospital da Mulher, berçário, hospital dia, bloco cirúrgico, central de materiais e hospital-dia.
2. Bolsas transfusionais contendo sangue	Todas as unidades acima exceto central de

com volume superior a 50 ml. materiais

3. Sobras de amostras de laboratório contendo sangue e líquido corpóreo na forma livre.

4. Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microorganismos vivos ou atenuados, ou frascos vencidos, com conteúdo inutilizado, vazio ou com restos do produto. Berçário, Sala de vacina e Hospital da Mulher

GRUPO A3

SETORES

1. Fetos humanos sem sinais vitais com menos de 20 semanas ou menos de 500 gramas ou menos de 25 cm de estatura. Pronto socorro adulto e infantil, bloco cirúrgico, Hospital da Mulher

2. Membros humanos. Bloco Cirúrgico e Patologia Cirúrgica

GRUPO A4

SETORES

1. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue e líquidos corpóreos na forma livre. Pronto socorro adulto e infantil, UTR, neurologia, ortopedia, UTI adulto, UTI coronariana, UTI neonatal/pediátrica, hemodinâmica, pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica, UDIP, Hospital da Mulher, berçário, bloco cirúrgico, central de materiais, hospital dia.

2. Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores com presença ou ausência de sangue. Todas as unidades

3. Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções. Todas as unidades exceto central de materiais

4. Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão. Todas as unidades exceto central de materiais

5. Resíduos provenientes de cirurgia plástica e peças anatômicas (órgãos e tecidos) quando não Bloco cirúrgico

enviados para estudo anátomo-patológico.

6. Os filtros de ar e gases.

7. Os filtros de ar e gases aspirados de área contaminada ou não, membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa.

GRUPO B

SETORES

1. Produtos hormonais, antimicrobianos, imunossuppressores, imunomoduladores, digitálicos, antirretrovirais e medicamentos controlados pela portaria MS 344/98.

Todas as unidades exceto central de materiais

2. Resíduos de citostáticos e antineoplásicos.

Pediatria, Hospital da mulher, ambulatório, hospital dia, central de quimioterapia e neurologia.

3. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos (recipientes de glutaraldeído).

Central de materiais e central de equipamentos.

4. Resíduos contendo metais pesados (termômetro)

Todas as unidades

5. Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfestantes (glutaraldeído).

Central de materiais e central de equipamentos.

6. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora

Todas as unidades

7. Pilhas e baterias alcalinas.

Todas as unidades exceto central de materiais

GRUPO D

SETORES

Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.

Todas as unidades

Resíduos provenientes das áreas administrativas

Todas as unidades

Fralda, absorventes higiênicos, peças

Todas as unidades exceto central de

descartáveis, resto alimentar de pacientes, materiais material utilizados em antisepsia, e equipo de soro e outros similares classificados como A1.

Sobras de alimentos. Todas as unidades

Resíduos de gesso provenientes de Todas as unidades exceto central de assistência à saúde materiais

GRUPO E

SETORES

Resíduos perfurocortantes- agulha de sutura (inox), agulhas e vacuteiner, agulha descartável (gengival), agulha para irrigação, ampola de vidro, aparelho de tricotomia descartável / lâmina de barbear, artigos de vidro, quebrados (com presença de material infectante), cateter intravenoso agulhado, dispositivo para infusão intravenosa. Todas as unidades

B) Ambulatórios de Pediatria, Maria da Glória, Especialidades, Centro de Reabilitação, Sala de Vacina e Setor de Imagenologia.

GRUPO A1

SETORES

1. Resíduos sólidos contendo sangue e Líquidos corpóreos na forma livre Ambulatórios de Pediatria, Maria da Glória, Especialidades, Centro de Reabilitação, Sala de Vacina e Setor de Imagenologia.

2. Resíduos resultantes de atividades de vacinação com microorganismos vivos ou atenuados, ou frascos vencidos, com conteúdo inutilizado, vazio ou com restos do produto. Sala de vacina

GRUPO A4

SETORES

1. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não Todas as unidades

contenham sangue e líquidos corpóreos na forma livre.

GRUPO B	SETORES
1. Medicamentos antirretrovirais.	Ambulatório de Especialidades (farmácia satélite)
2. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos.	Setor de Imagenologia
3. Resíduos contendo metais pesados (termômetro e amálgama de consultório dentário).	Ambulatório Maria da Glória
4. Efluentes de processadores de imagem, de equipamentos automatizados utilizados em análise clínica e demais resíduos perigosos.	Setor de Imagenologia
5. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora.	Todas as unidades

GRUPO D	SETORES
Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.	Todas as unidades
Resíduos provenientes das áreas administrativas.	Todas as unidades
Papel, absorventes higiênicos, peças descartáveis, resto alimentar de pacientes, material utilizados em antissepsia, e equipo de soro e outros similares classificados como A1.	Todas as unidades
Sobras de alimentos.	Todas as unidades
Resíduos de varrição.	Ambulatórios (área externa)

GRUPO E	SETORES
Resíduos perfurocortantes.	Todas as unidades

C) Farmácia

GRUPO B

1. Produtos hormonais, antimicrobianos, imunossupressores, imunomoduladores, digitálicos, antirretrovirais e medicamentos controlados pela portaria MS 344/98.
2. Resíduos de citostáticos e antineoplásicos.
3. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos (recipientes de manipulação dos antineoplásicos).
4. Resíduos contendo metais pesados (termômetro).
5. Resíduos químicos líquidos (fenol).
6. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora.
7. Pilhas e baterias alcalinas.

GRUPO D

Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.

Resíduos provenientes das áreas administrativas.

Papel, absorventes higiênicos, peças descartáveis.

Sobras de alimentos.

GRUPO E

Resíduos perfurocortantes.

D) Laboratório Clínico, Laboratórios de Pesquisa e Patologia Cirúrgica.

GRUPO A1

SETORES

1. Resíduos sólidos contendo sangue e líquidos corpóreos na forma livre e Laboratório clínico, laboratórios de pesquisa e patologia cirúrgica.
2. Sobras de amostras de laboratório contendo sangue e líquido corpóreo na forma livre. Todas as unidades

GRUPO A2	SETORES
1. Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microorganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, bem como suas forrações.	Laboratórios de pesquisa

GRUPO A4	SETORES
1. Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenham sangue e líquidos corpóreos na forma livre.	Todas as unidades
2. Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções.	Laboratório clínico
3. Os filtros de ar e gases aspirados de área contaminada ou não, membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa.	Todas as unidades

GRUPO B	SETORES
1. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos.	Todas as unidades
2. Efluentes de processadores de imagem, de equipamentos automatizados utilizados em análise clínica e demais resíduos perigosos.	Laboratórios clínicos e de pesquisa
3. Reagentes para laboratório.	Laboratórios clínicos e de pesquisa
4. Resíduos químicos líquidos (formol, ácido sulfúrico, ácido clorídrico, Xilol).	Todas as unidades
5. Resíduos químicos sólidos (Xilol)	Todas as unidades
6. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora.	Todas as unidades

GRUPO D	SETORES
Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.	Todas as unidades
Resíduos provenientes das áreas administrativas.	Todas as unidades
Sobras de alimentos.	Todas as unidades

GRUPO E	SETORES
Resíduos perfurocortantes	Todas as unidades

E) Nutrição, Engenharia e Manutenção Clínica, Engenharia e Lavanderia

GRUPO B	SETORES
1. Resíduos contendo metais pesados (lâmpadas e baterias não alcalinas)	Engenharia e Manutenção Clínica
2. Resíduos de saneantes, desinfetantes e desinfestantes (Cloro).	Lavanderia
3. Recipientes contaminados por resíduos químicos líquidos.	Lavanderia
4. Lâmpada fluorescente e cartucho de impressora.	Todas as unidades
5. Óleo usado	Nutrição

GRUPO D	SETORES
Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente.	Todas as unidades
Resíduos provenientes das áreas administrativas.	Todas as unidades
Sobras de alimentos.	Todas as unidades

4.1 Taxa de Geração

A taxa de geração de resíduos no HC é variável, pois sofre influencia direta pelo número de atendimentos e procedimentos realizados, sendo uma média aproximada de 200 a 300 kg/dia de resíduo infectante, 1.300 kg/dia de resíduos comuns, 200 a 300 litros/semana de resíduos líquidos (tóxico químico) e uma média de 600 lâmpadas fluorescentes por mês.

5. Fase intra-estabelecimento

5.1 Manuseio

- Utilizar equipamentos de proteção individual (EPIs) como uniforme, luvas, avental impermeável, máscara, óculos e botas, para recolhimento destes resíduos;
- Realizar a higienização das mãos antes de calçar as luvas e depois de retirá-las e após o manuseio dos RSS;
- Capacitar todos os funcionários para segregar adequadamente os RSS e reconhecer o sistema de identificação e a forma de acondicionamento;
- Remover os RSS acondicionados na unidade geradora para o expurgo (armazenamento intermediário) e deste para o depósito de resíduos, respeitando frequência, horário e demais exigências deste serviço;
- Os sacos plásticos e os recipientes de perfurocortantes são fechados e recolhidos quando seu preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou quando necessário;
- Não apertar os sacos plásticos com intuito de diminuir o volume para facilitar seu fechamento, a fim de evitar acidentes de trabalho;
- Manipular e transportar os sacos plásticos distantes do corpo do funcionário a fim de evitar contaminação de seu uniforme;
- Os sacos plásticos recolhidos das unidades geradoras serão acondicionados em containers específicos para armazenamento temporário, impedindo que os sacos plásticos com resíduos sejam dispostos no chão do expurgo;
- Remover cuidadosamente os resíduos de forma a não permitir o rompimento dos sacos plásticos e no caso de acidentes ou derramamentos realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultânea do local, notificando a chefia do local (ou da unidade);
- Remover as embalagens das unidades geradoras até o depósito de resíduos para armazenamento, sem esforço excessivo ou risco de acidente para o funcionário.

5.2 Manuseio de resíduos infectantes

- Os infectantes serão acondicionados em saco branco com simbologia infectante e encaminhados para tratamento e destinação final por firma terceirizada;
- Os resíduos infectantes classificados no grupo A2, carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos de animais submetidos à inoculação de microrganismos provenientes dos laboratórios de pesquisa serão acondicionados em saco plástico vermelho e encaminhados a tratamento destinação final por firma terceirizada;
- Os resíduos infectantes do grupo A3 (peças anatômicas do ser humano; produto de fecundação com peso menor que 500g, IG menor que 20 semanas e estatura menor que 25cm) serão acondicionados em saco vermelho com inscrição "Peças anatômicas". Estes resíduos, em sua maioria, são encaminhados do Bloco Cirúrgico à patologia. Após a análise patológica são encaminhados para tratamento e destinação final para firma terceirizada. Por se tratar de resíduo que não permanece acondicionado nos setores, não serão necessários recipientes próprios para acondicionamento dos mesmos. A empresa responsável pelo tratamento deste resíduo deverá encaminhar a certificação de tratamento;
- Os resíduos perfurocortantes não necessitam de tratamento, porém realizar-se-á tratamento (empresa terceirizada) de autoclavação antes da disposição final, devido à complexidade do serviço, por conterem seringas e tubos com sangue, frascos de vacinas e tubos de coleta de exames contendo líquidos corpóreos na forma livre, podendo apresentar ou não, microrganismos de relevância epidemiológica;
- No processo de utilização de seringas com agulhas, as mesmas não devem ser reencapadas, desconectadas das seringas e/ou desprezadas em locais não específicos a fim de evitar acidentes ocupacionais com os servidores;
- Os materiais perfurocortantes devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, em recipientes rígidos resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, e identificado como lixo infectante, conforme norma ABNT;
- Os recipientes serão encaminhados para o abrigo externo, para destinação final, quando seu preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou nível de preenchimento atingir 5 (cinco) cm de distância da boca do recipiente.

5.3 Manuseios de resíduos químicos

- Descartar os resíduos sólidos contendo quimioterápico, separadamente, no recipiente com três sacos plásticos na cor laranja, identificado como "resíduo tóxico";

- Descartar os resíduos perfurocortantes em recipientes rígidos e resistentes à punctura, ruptura e vazamentos, com tampa e devidamente identificados como resíduos tóxicos;
- Os resíduos químicos contidos dentro dos sacos plásticos de cor laranja com simbologia de resíduo tóxico serão encaminhados para tratamento de incineração antes da disposição final na vala séptica municipal;
- Todo resíduo químico deve conter em sua embalagem a identificação do local de origem, bem como o nome do resíduo a ser descartado; pois devido a um volume grande de produtos químicos manipulados no HC, os mesmos necessitam de inativação química específica, conforme a Ficha de Informação de Segurança de Produtos Químicos (FISPQ) do produto, emitida por fabricante;
- Os medicamentos como os produtos hormonais, antimicrobianos, imunossuppressores, imunomoduladores, digitálicos, antirretrovirais e medicamentos controlados pela portaria da Ministério da Saúde (MS) 344/98 são controlados pela farmácia, assim, esses medicamentos, em caso de validade vencida, deverão ser encaminhados para as farmácias satélites, que se encarregarão de encaminhar tais medicamentos vencidos para descarte na farmácia central;
- Os frascos ampola com pequenas quantidades de resíduos de medicamento devem ser descartados separadamente, no local de sua geração, imediatamente após o uso ou necessidade de descarte, em recipientes rígidos resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, e identificado como lixo infectante perfurocortante;
- Resíduos químicos sólidos tais como, Xilol, devem ser descartados em recipientes rígidos e após em sacos plásticos de cor laranja com simbologia de resíduo tóxico;
- Os resíduos químicos sólidos contidos dentro dos sacos plásticos de cor laranja serão encaminhados para tratamento de incineração, antes da disposição final na vala séptica municipal;
- Os resíduos de medicamentos líquidos devem permanecer, sempre que possível, nas embalagens primárias dos produtos originais, evitando o descarte de líquidos na forma livre;
- Os locais de geração dos resíduos químicos, como os resíduos de saneantes, desinfetantes, reagentes para laboratório, efluentes de processadores de imagem, de equipamentos automatizados utilizados em análise clínica e demais resíduos perigosos, conforme NBR 10004 da ABNT, irão acondicioná-los em recipiente rígido e estanque, com tampa de fechamento hermético, compatível com as características físico-químicas da substância a ser descartada identificada como “resíduo tóxico”;
- Os recipientes contendo resíduos tóxicos líquidos serão recolhidos por um funcionário dos serviços gerais, devidamente paramentado e serão transportados até o depósito do HC-UFTM e encaminhados para tratamento por firma terceirizada;

- A frequência para tal recolhimento é baseada na demanda de produção do resíduo tóxico em cada setor;
- O desinfetante a base de cloro é utilizado pela lavanderia para lavagem das roupas e seu recipiente é devolvido para o fabricante, a fim de reutilizá-lo na nova aquisição da substância;
- O glutaraldeído será descartado na rede de esgoto. Porém a política institucional prevê a substituição deste produto por desinfetantes termos sensíveis.

5.4 Manuseio de resíduo comum

- Manusear os resíduos comuns separadamente com seleção prévia dos componentes inertes recicláveis (quando implantado programa de reciclagem de resíduos sólidos) de modo a evitar qualquer possibilidade de contaminação;
- Descartar os resíduos comuns nos recipientes especificados por cor e identificação, respeitando o grupo de resíduo, como papel, plástico, vidro e metal, e de assistência ao cliente, a fim de facilitar o a destinação para reciclagem através de cooperativa de catadores;
- Descartar os resíduos comuns não recicláveis e de assistência ao cliente nos recipientes com sacos plásticos de cor preta, não sendo necessário tratamento prévio para disposição final no aterro municipal.

6. Cuidados / minimização na geração de resíduos

- Não reutilizar ou reciclar resíduo infectante;
- Adotar procedimentos de aquisição de produtos com previsão de redução de RSS ou com possibilidade da aplicação da Logística Reversa (Lei 12.305/10), que foi instituída pela Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), definindo princípios, objetivos e instrumentos, bem como diretrizes, relativas à gestão e ao gerenciamento de resíduos sólidos, incluídos os perigosos, em âmbito nacional;
- Reutilizar sempre que possível o resíduo químico perigoso produtivo ou ainda substituir o processo gerador por outro que gere resíduos menos perigosos ou reaproveitáveis;
- Reduzir sempre que possível a toxicidade e a quantidade de resíduo químico;
- Evitar a alteração das características do resíduo químico por solução, dissolução ou mistura com outros resíduos que venha a comprometer seu tratamento, sua recuperação ou sua reutilização;

- Segregar, para fins de reciclagem, alguns componentes inertes de resíduos comuns que não tenham entrado em contato com pacientes ou ambientes considerados endêmicos;
- Manter para resíduo comum reciclável a característica de componente inerte, tanto na fase intra-estabelecimento de saúde, separando os componentes recicláveis na origem com manipulação correta e segura;
- Separar, transportar e armazenar os componentes recicláveis conforme instruções da RDC Anvisa n.º 306 e Resolução Conama n.º 358.

7. SEGREGAÇÃO DE ORIGEM

- Segregar os RSS, conforme classificação vigente no momento e local de sua geração, acondicionando-os de acordo com as instruções da RDC Anvisa n.º 306 e do Conama, n.º 358;
- Classificar e separar em recipientes ou embalagens recomendadas pelas normas técnicas, cada grupo de RSS gerado;
- Considerar como resíduo infectante na sua totalidade os resíduos sólidos que contenham sangue e líquidos corpóreos, assegurando a sua devida segregação;
- Separar os resíduos infectantes em recipientes identificados como “resíduo infectante”;
- Separar o resíduo químico, identificando cada embalagem como “resíduo tóxico”, e outros RSS que necessitem de tratamentos diferenciados;
- Separar na origem os componentes inertes de resíduos comuns com possibilidade de reciclagem, em recipientes apropriados e identificados, transportando-os de forma segura e estocando-os corretamente no abrigo de recicláveis;
- Capacitar os funcionários responsáveis pela limpeza e higienização quanto aos procedimentos de identificação, classificação e manuseio dos RSS, bem como o uso de EPI's ao manusearem qualquer grupo de RSS, conforme especificações da RDC Anvisa n.º 306, da Resolução n.º 358 do Conama e NBR ABNT 12010.

8. Tratamento prévio

8.1 Tratamento prévio de resíduo infectante

- Os resíduos infectantes serão encaminhados para tratamento em empresa terceirizada devidamente licenciada para a atividade, que emitirá o certificado de tratamento e destinação final;

- O material biológico proveniente de bolsa de sangue e hemoderivados que tiverem volume residual maior que 50 ml serão devolvidos ao hemocentro, conforme rotina já estabelecida;
- Os resíduos líquidos como sangue e líquidos corpóreos na forma livre, além de secreções, excreções e outros líquidos orgânicos não são submetidos a tratamento prévio na unidade geradora, sendo lançados na rede de esgoto.

8.2 Tratamento prévio de resíduo químico







- Os resíduos químicos sólidos e líquidos não são submetidos a tratamento prévio nas unidades geradoras, sendo encaminhados para tratamento por empresa terceirizada devidamente licenciada.
- As excretas, são encaminhadas para a rede de esgoto sem tratamento prévio.

9. Acondicionamento

9.1 Descrição do acondicionamento dos Resíduos Gerados

Os resíduos gerados são previamente embalados em sacos plásticos, colocados em abrigos temporários/expurgos, dentro de recipientes apropriados e estanques, em condições regulares de higiene, para sua posterior coleta direcionada ao abrigo externo até que seja coletado pela empresa responsável pelo tratamento e destinação final.

9.2 Descrição do acondicionamento dos Resíduos Gerados (Tabela 2):

Acondicionamento	Infectante					Químico	Radioativo	Reciclável	Resíduo Comum	Perfurante
										
Grupo de resíduos	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	B	C	D	D	E
Saco de lixo branco leitoso	X	X		X						

Saco de lixo vermelho	X		X		X				
Saco de lixo preto								X	
Saco de lixo laranja					X				
Coletor perfurocortante									X
Coletor plástico para resíduo químico					X				
Containers 120 l / bombonas de 200l, Container 1000 l - abrigo externo	X	X	X	X	X	X		X	X
Lixeira comum								X	X
Coletor Reciclagem de Papel								X	
Coletor Reciclagem de Plástico								X	
Coletor Reciclagem de Vidro								X	
Coletor Reciclagem de Metal								X	
Coletor Rejeitos									
Não se aplica						X			

10. Critérios para acondicionamento de rss:

- Acondicionar os RSS de acordo com cada classe e com segregação na origem, em sacos plásticos, em recipientes ou em embalagens apropriadas a cada grupo de resíduo, conforme disposições do RGRSS do HC-UFTM, referenciado nas normas técnicas da ABNT e nas RDCs da Anvisa e Conama, n.ºs 306/2004 e 358/2005;
- Utilizar recipiente de material rígido com pedal para abertura de tampa, superfície interna lisa e cantos arredondados, resistente, lavável, que não apresente vazamento com capacidade entre 60 (sessenta) litros, com saco plástico de cor branca para resíduos comuns e recipientes de capacidade de 20(vinte) e 30 (trinta) litros para os infectantes e químicos com utilização de saco plástico de cor branca com simbologia infectante e laranja com identificação de “resíduo infectante ou químico”, respectivamente;
- Manter em toda unidade geradora o número suficiente de recipientes para cada grupo de RSS, alocando-os em locais estratégicos para descarte como expurgos, isolamentos, salas de procedimento e urgência e outros locais que facilitem o descarte;
- Fechar totalmente os sacos plásticos, ao final de cada jornada, ou quando estiver com 2/3 de seu volume preenchido. No caso de RSS de alta densidade, utilizar apenas volume compatível com a resistência da embalagem para evitar seu rompimento e mantê-la intacta até o armazenamento final e as fases subsequentes de gerenciamento;
- Adotar as técnicas de acondicionamento por grupo de RSS, de forma a manter todo o recipiente identificado e bem fechado, de modo a não possibilitar vazamento de resíduo;
- Conter o resíduo líquido em frasco ou recipiente resistente e, no caso de recipiente de vidro ou quebrável, protegê-lo dentro de outra embalagem como caixa de papelão e acondicioná-los dentro do saco plástico de cor apropriada e identificação externa de “vidros”;
- Fechar previamente o saco plástico e removê-lo imediatamente da unidade geradora até o expurgo para armazenamento intermediário, proibindo expressamente sua abertura ou esvaziamento ou reaproveitamento, bem como sua compactação;
- Acondicionar os sacos plásticos nos expurgos em containers específicos para armazenamento temporário, evitando contato dos sacos plástico com o piso;
- Apresentar os resíduos acondicionados à coleta externa em contenedores, conforme normas técnicas da ABNT, da Anvisa (RDC 306) e do Conama (Resolução 358)

10.1 Armazenamento Temporário (Sala de Utilidades ou Expurgo)

- Permite a guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento, otimizando o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado para coleta externa;
- Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos mesmos em recipientes de acondicionamento;
- O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifique;
- A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes (containers) coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como "Sala de resíduos";
- Nos locais onde a sala de armazenamento temporário é compartilhada com a sala de utilidades, o local deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m²;
- No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos containers estacionados;
- Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento, devem ser conservados sob refrigeração, e quando não for possível, submetidos a outro método de conservação;
- A desinfecção dos expurgos (salas de utilidades) é realizada duas vezes ao dia (manhã e tarde) pelos funcionários da limpeza e higienização, e/ou em outros horários, caso julgue necessário;
- A desinfecção é realizada mediante a utilização de EPIs como uniforme, luvas e botas plásticas.

10.2 Coleta Interna do Ponto de Geração até o Armazenamento Intermediário

- Os sacos plásticos são fechados e recolhidos quando seu preenchimento atingir 2/3 de sua capacidade ou quando necessário;
- Os sacos plásticos são recolhidos manualmente pelos funcionários da empresa de higienização, e transportados por carrinhos específicos para tal finalidade;

- Os sacos plásticos recolhidos das unidades geradoras serão acondicionados em containers específicos para armazenamento temporário, impedindo que resíduos sejam dispostos diretamente no chão do expurgo;
- A remoção manual é realizada de forma cuidadosa para evitar o rompimento dos sacos plásticos e no caso de acidentes ou derramamentos, realizar imediatamente a limpeza e desinfecção simultânea do local, notificando a chefia do local (ou da unidade);
- A remoção manual é realizada com a utilização de EPIs como uniforme, luvas e sapatos fechados;
- A higienização das mãos é imprescindível para evitar infecções cruzadas e para a saúde ocupacional do funcionário.

10.3 Coleta e Transporte Interno

A coleta e transporte de resíduos do abrigo intermediário até o abrigo central de resíduos, é realizada pela equipe de higienização em horários alternativos, obedecendo a rotas de transporte específicas afim de não coincidir com o horário de visita, refeições e visitas.

10.4 Coleta Interna do Armazenamento Intermediário até o Depósito de Resíduos

- Os resíduos são acondicionados em sacos plásticos de acordo com cada grupo, e estes em recipientes de armazenamento temporário nos expurgos e/ou nas salas de utilidades das unidades geradoras;
- Os resíduos são coletados nos abrigos temporários pelos funcionários da higienização e limpeza, e encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carro para transporte interno, devidamente fechado, identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos;
- A coleta interna é realizada 05 vezes ao dia:

6h30 às 7 horas

8h30 às 9 horas

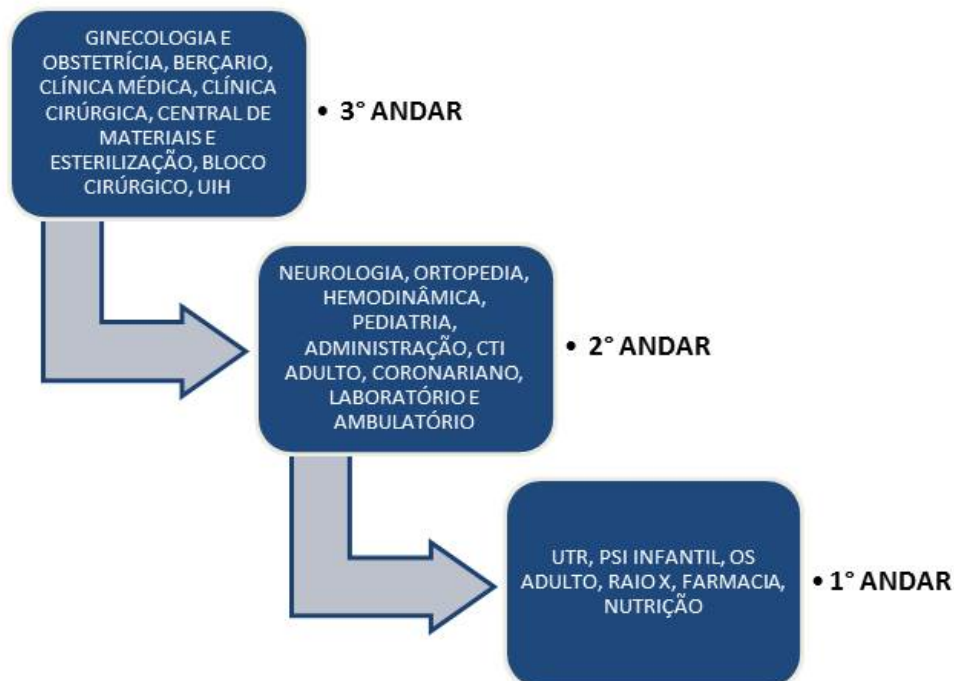
12h30 às 13h45

15 horas às 16h45

18h30 às 20 horas

- A coleta interna é realizada de acordo com os horários estipulados acima, evitando coincidir com horário de recolhimento de roupas sujas, fornecimento de refeições e roupas limpas;

- O recolhimento dos resíduos inicia-se pelo terceiro andar, e posteriormente para o segundo e primeiro andar respectivamente, conforme esquema abaixo:



- Após o traslado, os resíduos são armazenados no depósito externo de resíduos, os com características biológicas e ou perfurocortantes são dispostos nos containers específicos para infectantes e os tóxicos no container de resíduo tóxico. Esses são pesados e coletados diariamente às 7 horas, pela empresa contratada, devidamente licenciada;
- Os resíduos comuns dispostos em seus containers específicos são coletados diariamente às 7h30 por empresa terceirizada.

11. Armazenamento externo (depósito de resíduos)

- Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores;
- No armazenamento externo não é permitida a disposição e manutenção dos sacos e recipientes de resíduos diretamente sobre o piso, sendo acondicionados em containers específicos para cada tipo de resíduo;
- O armazenamento externo possui um ambiente exclusivo, com acesso externo facilitado à coleta, com containers específicos para cada resíduo;

- O abrigo é identificado como “Depósito de Resíduos”, sendo restrito aos funcionários do gerenciamento de resíduos;
- Os recipientes de transporte interno não podem transitar pela via pública para ter acesso ao abrigo de resíduos;
- O dimensionamento do abrigo de resíduos está de acordo com o volume de resíduos gerados, com capacidade de armazenamento compatível com a periodicidade de coleta do sistema de limpeza urbana local.
- O piso e as paredes são azulejados, de fácil higienização, com aberturas para ventilação;
- O depósito de resíduos é provido de porta com largura compatível com as dimensões dos containers de coleta externa, pontos de iluminação e de água, tomada elétrica, canaletas de escoamento de águas servidas direcionadas para a rede de esgoto do estabelecimento;
- Os resíduos químicos são armazenados em local exclusivo com dimensionamento compatível com as características quantitativas e qualitativas dos resíduos gerados, em local específico e identificado.
- O depósito de resíduos possui área específica de higienização para limpeza e desinfecção simultânea dos recipientes (containers) coletores e demais equipamentos utilizados no manejo dos resíduos. A área possui cobertura, dimensões compatíveis com os equipamentos que serão submetidos à limpeza e higienização, piso e paredes lisas, impermeáveis, laváveis;
- A desinfecção do depósito de resíduos é realizada diariamente após a coleta dos resíduos pelos funcionários da equipe de higienização e limpeza, utilizando detergente neutro e hipoclorito de sódio 1%;
- A desinfecção é realizada mediante a utilização de EPIs, como uniforme, luvas e botas plásticas.

12. Fluxo dos resíduos

- Os resíduos são coletados no expurgo das unidades geradoras pelos funcionários dos serviços gerais e encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carro para transporte fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos. Os mesmos possuem rodas emborrachadas, para evitar ruídos de movimentação e possui capacidade de carga de 400 litros, com dispositivo de válvula de dreno de fundo;
- O transporte interno é realizado respeitando frequência e horários estipulados, evitando “cruzamento” com horário de recolhimento de roupas sujas e de fornecimento de refeições e roupas limpas, bem como o horário de visitas aos pacientes;

12.1 Fluxo dos Resíduos Extra Estabelecimento

12.2 Coleta e Transporte Externo

- A empresa Stericycle é responsável pelo recolhimento, tratamento e disposição final dos resíduos infectantes e tóxicos (grupo A, B, C e E) e a Soma Ambiental pelo recolhimento e disposição final dos resíduos comuns (grupo D);
- É importante ressaltar que as empresas acima citadas, atendem as exigências ambientais para desenvolvimento da prestação de serviço na qual foram contratadas;
- A coleta, transporte externo e destinação final, são realizados com definição de itinerários, frequência, horário de coleta, jornada de trabalho, equipe de coleta, tipo de veículo e contenedores necessários, conforme acordado em contrato com cada empresa;
- No momento da coleta para destinação final, os resíduos são pesados;
- A coleta é realizada diariamente por cada empresa, em horários diferentes sendo:
 - Stericycle às 7 horas
 - Soma Ambiental às 8 horas

12.3 Transbordo dos Resíduos

As empresas deverão:

- Realizar o transbordo somente em instalações apropriadas exclusivas, licenciadas pelos órgãos de saúde e pela Secretaria do Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (Semad), em conformidade com a legislação vigente;
- Executar a transferência dos RSS mantendo-se a integridade do acondicionamento que deve ser feita em embalagens rígidas resistentes à punção e a vazamentos, impermeáveis à umidade e resistente o suficiente para evitar rompimento durante o transbordo;
- Não permitir acumulação de RSS nas instalações que devem funcionar apenas para a transferência imediata de um sistema de transporte para outro.

12.4 Tratamento dos Resíduos

- Os resíduos comuns serão encaminhados dos depósitos do HC-UFTM, seguindo o manejo de resíduos domiciliares, sem tratamento, diretamente para disposição final;

- Os resíduos sólidos infectantes são encaminhados para autoclavação e os resíduos infectantes do grupo A3, membros humanos e fetos, para incineração e posterior disposição final;
- É importante frisar que a disposição de resíduo infectante em vala séptica, somente poderá ser realizada quando os resíduos forem submetidos a tratamento prévio que assegure a eliminação das características de periculosidade do resíduo tornando-o com características de resíduo comum;
- Os resíduos químicos serão encaminhados para tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade, inflamabilidade, corrosividade e capacidade de bioacumulação; inflamabilidade, corrosividade, capacidade de bioacumulação e posterior disposição final;
- Os resíduos químicos sólidos serão encaminhados para incineração e posterior disposição final;
- Os resíduos químicos líquidos serão encaminhados para reaproveitamento ou tratamento e/ou envelopamento por processos de acordo com as características de toxicidade;
- Manter monitoramento permanente do processo de tratamento de forma a garantir a segurança dos resultados conforme condicionantes exibidos no licenciamento.

12.5 Disposição Final

- Os RSS infectantes são dispostos em vala séptica após tratamento prévio em autoclave ou incinerador;
- Os resíduos comuns serão dispostos na vala séptica, segundo processo sanitário correto, previsto para resíduos domiciliares ou similares, desde que garantidas às condições previstas na legislação em vigor.

13. Programas

13.1 Segurança e Saúde do Trabalhador

- A elaboração e implementação do programa de controle médico de saúde ocupacional, de medidas preventivas da saúde e de integridade física dos trabalhadores e controle da ocorrência de riscos ocupacionais são realizados pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), Saúde Ocupacional e Segurança do

Trabalho (Sost), Núcleo de Atenção à Saúde do Servidor (Nass) e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

- A conscientização para higienização das mãos é imprescindível a fim de evitar infecção cruzada, preservando também a saúde ocupacional do funcionário;
- Levantar anualmente, os programas de conscientização junto às chefias e departamentos fiscalizadores para utilização de equipamentos de proteção individual como uniforme, luvas, aventais impermeáveis ou de pano, máscara, óculos e botas (de acordo com cada necessidade) para o manuseio, acondicionamento e recolhimento destes resíduos pelas equipes de saúde e limpeza;
- Cobrar e submeter toda a equipe de saúde e de coleta para realização de exames médico pré-admissional, exame médico periódico, pelo menos duas vezes ao ano, e vacinação adequada incluindo-se as vacinas contra tétano e difteria, hepatite B e tuberculose;
- A realização de treinamentos e aperfeiçoamento dos colaboradores sobre o manejo correto dos resíduos em todas as suas etapas de produção.

13.2 Programa de Minimização de Risco

Os estudos de análise do Plano de Minimização de Risco são considerados como importantes “ferramentas” de gerenciamento, tanto sob o ponto de vista ambiental, como de segurança de processo, uma vez que esses estudos fornecem, entre outros, os seguintes resultados:

- conhecimento detalhado dos riscos de cada saneante;
- avaliação dos possíveis danos às instalações e a saúde dos trabalhadores, à população externa e ao meio ambiente;
- subsídios para a implementação de medidas para a redução e gerenciamento dos riscos direto pelo uso do produto.

13.3 Programa de Capacitação e Treinamento

Para implantação do PGRSS é necessário à capacitação e treinamento contínuo de todos os colaboradores, abordando os mais variados temas, tais como:

- Noções gerais sobre o ciclo da vida dos materiais;
- Conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS;
- Definições, tipo e classificação dos resíduos e potencial de risco do resíduo;
- Sistema de gerenciamento adotado internamente no HC;

- Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais e outros;
- Conhecer brevemente o histórico da geração e do tratamento de resíduos sólidos da saúde;
- Compreender os conceitos de classificação e as características dos diferentes tipos de resíduos;
- Entender o caminho para o gerenciamento adequado dos resíduos sólidos;
- Buscar o seu papel enquanto gerador de resíduos, bem como sua responsabilidade na minimização do mesmo;

O gerenciamento de resíduos vai além da simples segregação e separação dos resíduos comuns e infectantes, está diretamente ligado a todos os fatores que integram a qualidade hospitalar.

É importante frisar que qualidade no âmbito hospitalar não tem o mesmo sentido que na indústria, onde expressa a conformidade de uma peça ou produto a uma norma ou especificação pré-estabelecida. O hospital está sujeito ao humano, à imprevisibilidade das situações, à particularidade das ocorrências e exigências, o que não invalida as normas, apenas exige maior atenção para observar, escutar, imaginar e antecipar ajustamentos e adaptações.

Assim, o diagnóstico dos resíduos gerados, o correto gerenciamento, juntamente com os outros programas a serem implantados no HC, integram o processo educativo trabalhado, visando o desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações pontuais, estruturadas e contínuas.

Um dos fatores importantes dessas capacitações no processo de gestão dos Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (RSSS) são os treinamentos dos profissionais para uma segregação correta (Imagens abaixo). De acordo com a RDC nº 306/2004 da Anvisa, é obrigatório treinar os funcionários dos estabelecimentos de serviços de saúde para uma correta manipulação e gestão desses resíduos. Um gerenciamento adequado dos RSSS é fundamental para a manutenção da saúde dos trabalhadores, assim como para evitar contaminação ambiental gerada por substâncias perigosas bem como o processo de infecção hospitalar.

Nessa direção e, em busca de processos educativos contínuos, é preciso pensar em interação, não apenas entre campos de saberes técnicos, mas entre os profissionais das

diversas áreas de conhecimento, com uma visão multidisciplinar, com práticas usuais de descarte de resíduos que objetivam mudanças pontuais nos modelos de formação e atenção à saúde, proporcionando ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja um desenvolvimento pessoal, considerando a realidade institucional e “demandas ambientais vigentes”, empregando os acontecimentos do trabalho, o ambiente normal das atividades e suas particularidades quanto ao manejo dos resíduos (comuns e infectantes), os estudos dos problemas reais e situações mais apropriadas para atingir uma aprendizagem significativa e participativa.

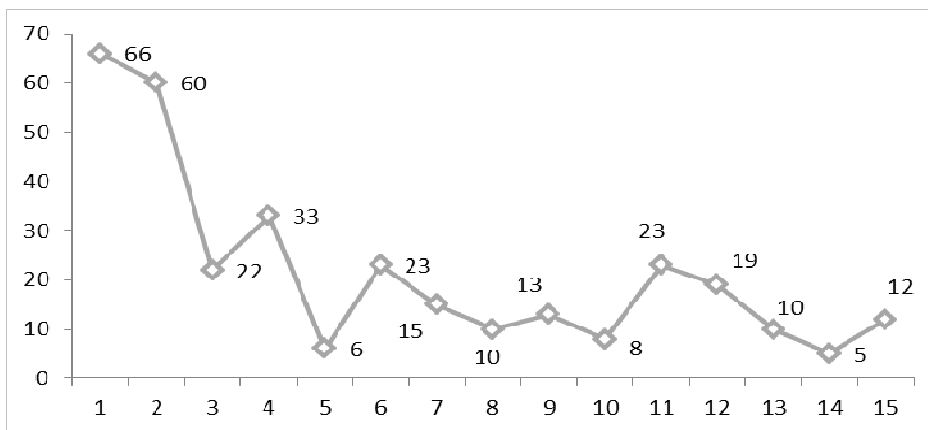
Os treinamentos aqui apresentados foram realizados entre 25 de agosto a 25 de novembro de 2015, totalizando 93 dias corridos, em 15 encontros, conforme apresentados nas tabelas abaixo, com os respectivos setores participantes:

13.4 Tabela 3: Datas e setores participantes dos treinamentos sobre Gerenciamento de Resíduos da Saúde 2015:

	Data	Participantes	Setor
1	25/8/2015	66	Higienização
2	26/8/2015	60	Higienização
3	21/9/2015	22	Berçário, GO, Pediatria, PSI, CTI Neo
4	22/9/2015	33	Berçário, GO, Pediatria, PSI, CTI Neo
5	23/9/2015	6	Berçário, GO, Pediatria, PSI, CTI Neo
6	29/9/2015	23	Bloco Cirúrgico
7	30/9/2015	15	Bloco Cirúrgico
8	5/10/2015	10	UTI neonatal, UTI adulto, UTI coronariana, Pronto Socorro Adulto e Infantil
9	19/10/2015	13	UTI neonatal, UTI adulto, UTI coronariana, Pronto Socorro Adulto e Infantil
10	28/10/2015	8	UTI neonatal, UTI adulto, UTI coronariana, Pronto Socorro Adulto e Infantil
11	11/11/2015	23	Alunos de graduação do curso de Biomedicina
12	17/11/2015	19	Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ortopedia
13	19/11/2015	10	UDIP, TMO, NEURO

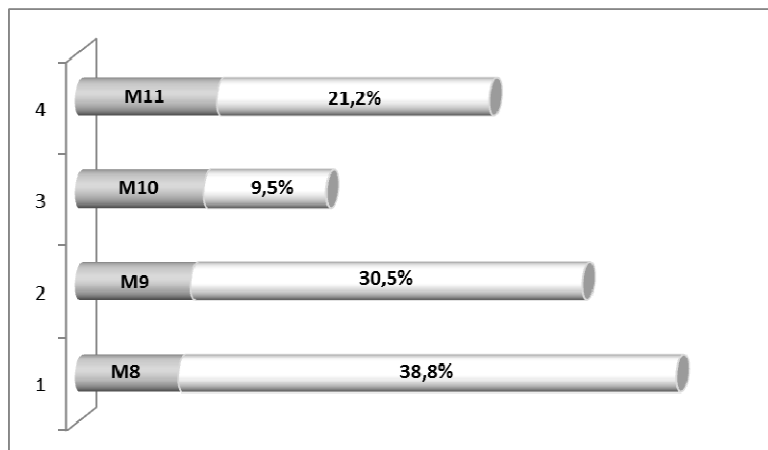
14	24/11/2015	5	Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Ortopedia
15	25/11/2015	12	Alunos de graduação do curso de Enfermagem
TOTAL		325	

Gráfico 1: Número de participantes em dia de treinamento.



M: Mês de Treinamentos.

Gráfico 2 – Ano 2015: Participação (%) em cada mês de treinamento.



13.5 Tabela 3: Datas e setores participantes dos treinamentos sobre Gerenciamento de Resíduos da Saúde 2016:

Data	Participantes	Setor
1 29/2/2016	78	Colaboradores Empresa Calseng, Rezende e Segurar
2 3/3/2016	70	Colaboradores Empresa Calseng, Rezende e Segurar
3 10/3/2016	7	Enfermeiros e técnicos da GO-Ambulatório Maria da Glória
4 14/3/2016	69	Colaboradores Empresa Calseng, Rezende, Segurar e Pós Graduandos da Medicina Tropical
5 15/3/2016	12	Colaboradores Empresa Calseng, Rezende e Segurar
6 13/4/2016	14	Discente do curso de Biomedicina da UFTM
TOTAL	250	

É importante ressaltar que os treinamentos fazem parte de um processo de Educação Continuada, sendo realizados de acordo com a necessidade e demanda de cada setor, levantada através do diagnóstico de geração de resíduos (de forma contínua) e ou necessidade do setor.

Abaixo apresentamos algumas imagens tiradas dos colaboradores durante alguns treinamentos.





14. Indicadores 2015/2016 (em anexo)

Serão utilizados indicadores abaixo para monitorar e avaliar o PGRRS com o objetivo de acompanhar a eficácia do PGRSS implantado.

Taxa de Acidentes de Trabalho (TAT)

Objetivo: avaliar o percentual de acidentes de trabalho em relação ao número de funcionários em um dado período.

Frequência de medição: mensal

Taxa de Acidentes de Trabalho Relacionado a RSS

Objetivo: verificar a relação entre os acidentes de trabalhados relacionados com o RSS

Frequência de medição: mensal

Taxa de acidentes de trabalho relacionados aos resíduos perfurocortantes

Objetivo: verificar a relação entre os acidentes de trabalhadores relacionados com os resíduos perfurocortantes

Frequência de medição: mensal

Taxa de pessoal treinado em Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (GRSS)

Objetivo: verificar o índice de abrangência do PGRSS entre os funcionários da instituição

Frequência de medição: anual

Volume de RSS

Objetivo: verificar o montante de RSS gerado pela instituição.

Frequência de medição: diário/mensal/anual

15. Plano de monitoramento e quantificação dos resíduos

Será realizado o acompanhamento da evolução do sistema de gerenciamento, através do monitoramento das ações planejadas, bem como da quantificação dos resíduos sólidos gerados no HC-UFTM.

A quantificação deverá ser estabelecida por meio de procedimentos de pesagem dos resíduos gerados em cada setor do HC. A melhor forma de pesagem será definida na implementação e monitoramento de cada setor.

16. Considerações finais

Neste PGRSS foram verificados os procedimentos adotados na geração, segregação, acondicionamento, coleta, transporte, destinação e disposição final de resíduos. Considerando que a atualização deste documento deva ocorrer com frequência anual, é importante que todos os envolvidos estejam atentos às normalizações que venham a ser publicadas pelos órgãos de controle ambiental.

Em função da complexidade inerente à elaboração de um PGRSS que envolve atividades com geração de resíduos dos mais diversos tipos e classes, alguns aspectos podem não ter

sido contemplados. Porém, isto não representa um impasse na implementação e medidas de monitoramento. Ao contrário, à medida que tais aspectos forem sendo identificados, será denotada maior maturidade da equipe de trabalho e mais passos serão dados para o correto gerenciamento dos resíduos gerados.

17. Bibliografia

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 10004:2004. Resíduos Sólidos – Classificação. 71 p.

BRASIL. Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei no 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências.

CONSELHO NACIONAL DO MEIO AMBIENTE-CONAMA. Resolução nº. 275 de 25 de abril de 2001. Estabelece o código de cores para os diferentes tipos de resíduos, a ser adotado na identificação de coletores e transportadores, bem como nas campanhas informativas para a coleta seletiva.

FONSECA, J. C. L.; MARCHY, M. R. R. Manual para gerenciamento de resíduos perigosos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 92 p.

MONTEIRO, J. H. P. *et al.* Manual de Gerenciamento Integrado de resíduos. Rio de Janeiro: IBAM, 2001. 200 p.

NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-7 - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional. 2009.

NR, Norma Regulamentadora Ministério do Trabalho e Emprego. NR-9 - Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. 2009.

PIVA, H. L.; FILHO, A. A. Coleta seletiva e reciclagem de excedentes industriais. São Paulo: FIESP/CIESP, 2003.

SISTEMA FIRJAN. Manual de Gerenciamento de Resíduos: guia de procedimento passo a passo. Rio de Janeiro: GMA, 2006. 27 p.

APROVAÇÃO DE POP'S

Resolução n.º 62, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Aprovar os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) da Unidade de Reabilitação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, partes integrantes desta Resolução:

- I - Fisioterapia em Oncologia Pediátrica;
- II - Fisioterapia Ambulatorial na Reabilitação de Lesões dos Membros Superiores;
- III - Avaliação Fisioterapêutica do Paciente Crítico Adulto;
- IV - Fisioterapia no Infarto Agudo do Miocárdio: abordagem hospitalar;
- V - Avaliação da Prontidão para Transição da Dieta para Via Oral em Recém-Nascido Pré-Termo;

Art. 2.º Esta Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Resolução n.º 66, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Procedimento Operacional Padrão (POP) "Regras de Segurança para Empresas Prestadoras de Serviços" da Unidade de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º Esta Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Resolução n.º 67, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Procedimento Operacional Padrão (POP) "Serviço Social no Centro de Reabilitação" da Unidade Psicossocial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º Esta Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

APROVAÇÃO DE REGIMENTO

Resolução n.º 58, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Alterar o nome do Comitê de Tecnologia da Informação para Comitê Gestor de Tecnologia da Informação (CGTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Aprovar o Regimento do CGTI do HC-UFTM, parte integrante desta Resolução.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Regimento do Comitê Gestor de Tecnologia da Informação (CGTI) do HC-UFTM

Capítulo I

Da natureza e finalidade

Art. 1.º O Comitê Gestor de Tecnologia da Informação (CGTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro é um órgão colegiado, de natureza consultiva e deliberativa, de caráter permanente, instituído pela Portaria n.º 44, de 17 de março de 2015, com o nome de Comitê de Tecnologia da Informação, em conformidade com as orientações emanadas pela Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação (SLTI) do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG) e pelo Sistema de Administração e Recursos de Informação e Informática (SISP).

Art. 2.º O funcionamento e a organização do CGTI do HC-UFTM são regidos pelos dispositivos deste Regimento Interno e tem por finalidade formular a política de Tecnologia da Informação (TI) no âmbito do HC-UFTM.

Art. 3.º Os objetivos do CGTI do HC-UFTM são:

- I - elaborar o Regimento Interno do Comitê bem como aprovar possíveis alterações no mesmo;
- II - estabelecer, em consonância com as definições da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) Sede, a política e as diretrizes de TI para a melhoria da gestão dos processos de trabalho, pesquisas, ensino e prestação de serviços, em alinhamento à missão, às estratégias e às metas do HC;
- III - propor ao Superintendente do HC-UFTM o Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI), observadas as diretrizes estabelecidas nas Políticas Institucionais da Ebserh, respeitadas as peculiaridades técnicas, regionais e funcionais do HC-UFTM, bem como suas atualizações;
- IV - analisar e acompanhar a execução do Plano de Metas de TI;
- V - analisar e aprovar o Plano de Ações e de Investimentos em TI;
- VI - acompanhar, supervisionar e priorizar a contratação de bens e de serviços de TI;
- VII - Analisar projetos que envolvam a TI, propostos após a publicação do PDTI e, caso aprovados, determinar sua inclusão na próxima revisão do PDTI;

VIII - propor ao Superintendente do HC-UFTM a criação de grupos de trabalho e/ou câmaras técnicas para auxiliarem nas decisões do Comitê, definindo seus objetivos, composição, regimento e prazo para conclusão de seus trabalhos, quando for o caso.

Capítulo II

Da composição

Art. 4.º O CGTI será constituído por portaria do Superintendente com os seguintes membros:

I - chefe do Setor de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI), a quem caberá a presidência;

II - pelos titulares e suplentes, representantes da Superintendência e de cada uma das Gerências do HC-UFTM, indicados pelas respectivas chefias;

§1.º Na ausência do Presidente, presidirá o CGTI o Superintendente do HC-UFTM e, na ausência deste, será designado pelo Comitê um coordenador *pro tempore* dentre os seus membros;

§2.º Na ausência de um ou mais membros citados neste artigo, os mesmos serão representados pelos seus substitutos legais (suplentes).

§3.º A vigência da titularidade de cada uma das Gerências bem como do SGPTI está vinculada à nomeação de cada titular, sendo a substituição automática quando da nomeação de novos titulares pela Superintendência do HC-UFTM.

§4.º O SGPTI prestará o suporte técnico necessário à realização das reuniões, inclusive atribuindo a um funcionário do seu setor o encargo de secretariar os trabalhos do Comitê e organizar o seu expediente.

Capítulo III

Das competências e atribuições

Art. 5.º São competências CGTI do HC-UFTM:

I - propor a política e as diretrizes de TI para a melhoria contínua da gestão, em alinhamento à missão, às estratégias e às metas da Instituição;

II - propor ao Superintendente do HC-UFTM o PDTI, observadas as diretrizes estabelecidas na política de TI, definidas pela SLTI no âmbito do SISP e as diretrizes estabelecidas pelo Comitê Executivo do Governo Eletrônico, respeitadas as peculiaridades técnicas e funcionais do HC-UFTM;

- III - analisar, supervisionar e priorizar, em conformidade com as políticas do HC-UFTM e do PDTI, o planejamento anual de aquisições, contratações e serviços de TI;
- IV - propor estratégias e normas relacionadas à gestão dos recursos de informação e tecnologias associadas, promover a sua implementação e zelar pelo seu cumprimento;
- V - propor a criação de grupos de trabalho, comissões e/ou câmaras técnicas para auxiliarem nas decisões do Comitê, definindo seus objetivos, composição, regimento e prazo para conclusão de seus trabalhos, quando for o caso;
- VI - propor alterações em seu regimento interno;
- VII - analisar e acompanhar a execução do plano de metas de TI;
- VIII - analisar e aprovar o plano de ações e de investimentos em TI;
- IX - analisar projetos que envolvam TI, propostos após a publicação do PDTI e, caso aprovados, determinar sua inclusão na próxima revisão do PDTI.

Art. 6.º São atribuições do Presidente do CGTI:

- I - coordenar, orientar e supervisionar as atividades do CTI;
- II - convocar, conduzir, presidir, suspender, prorrogar e encerrar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- III - convidar para participação nas reuniões pessoas físicas ou jurídicas que possam contribuir para esclarecimentos de assuntos;
- IV - instituir grupos de trabalho para tratar de assuntos específicos de TI;
- V - proferir voto de desempate em processo decisório;
- VI - assinar resoluções deliberadas no Comitê;
- VII - apresentar as decisões tomadas *ad referendum* ao CGTI na primeira reunião subsequente;
- VIII - reportar ao Superintendente documentos oficiais, relatórios e ações desenvolvidas no âmbito do CGTI;
- IX - designar secretário(a) para lavrar as atas das reuniões e encaminhá-las ao presidente e demais representantes.

Art. 7.º São atribuições do secretário:

- I - auxiliar o presidente na coordenação, orientação e supervisão das atividades do CGTI;
- II - secretariar as reuniões;
- III - fazer as convocações determinadas pelo presidente;
- IV - distribuir previamente a pauta das reuniões, com cópias dos respectivos temas a serem tratados;

V - redigir e providenciar as devidas assinaturas e divulgar as atas das reuniões;

VI - organizar e distribuir documentos correlatos à pauta da reunião;

VII - organizar os processos e seu trâmite;

VIII - organizar, manter e disponibilizar os documentos correlatos ao Comitê.

Art. 8.º São atribuições dos demais membros do Comitê:

I - participar das reuniões ordinárias e extraordinárias do CGTI, contribuindo no estudo, nas discussões e na busca de soluções de consenso dos membros;

II - aprovar o calendário de reuniões;

III - analisar, debater e votar as matérias em deliberações;

IV - revisar as minutas de documentos apresentadas ao CGTI;

V - cumprir e fazer cumprir as decisões do CGTI;

VI - propor inclusão de matérias de interesse da área na pauta de reunião;

VII - solicitar ao secretário do CGTI informações e documentos necessários ao desempenho das atividades junto ao Comitê;

VIII - assinar as resoluções e as atas das reuniões;

IX - propor a realização de reunião extraordinárias;

X - realizar estudos e pesquisas necessários ao desenvolvimento das atividades do Comitê;

XI - participar das comissões especiais designadas pelo Presidente.

Parágrafo único. Aos representantes suplentes, cabe substituir os seus titulares em suas ausências e impedimentos, com os mesmos poderes para tomada de decisões.

Capítulo IV

Do funcionamento

Art. 9.º As reuniões serão realizadas na Sala de Reuniões da Superintendência do HC-UFTM ou, eventualmente, em outro local por deliberação do Comitê.

Art. 10. O CGTI reúne-se ordinariamente quatro vezes por ano, conforme calendário por ele definido e, extraordinariamente, mediante convocação do seu presidente e/ou do Superintendente, com no mínimo a presença de metade mais um dos seus membros.

§ 1.º Os membros titulares deverão informar sua ausência ao presidente do Comitê com antecedência mínima de 5 dias úteis.

§ 2.º Os suplentes convocados deverão informar sua ausência ao presidente do Comitê com antecedência mínima de 3 dias úteis.

§ 3.º Constatada a falta de quórum, a reunião iniciará após quinze minutos do horário previsto com qualquer número de presentes.

§ 4.º As decisões do CGTI serão tomadas por maioria simples, cabendo ao Presidente o voto de desempate.

Art. 11. Perderá o mandato o membro que faltar, sem apresentar justificativa, a duas reuniões durante o ano.

Art. 12. A data das reuniões extraordinárias deverá ser informada aos membros do comitê com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 13. De acordo com as circunstâncias, será facultada a realização de reuniões por meio de videoconferência.

Art. 14. Poderão fazer parte das reuniões, convidados técnicos, colaboradores ou representantes de outros setores do HC-UFTM que possam subsidiar esclarecimentos dos assuntos constantes da pauta para o bom desenvolvimento das atividades do Comitê.

Parágrafo único. A indicação de técnicos, colaboradores ou representantes de outros setores, deverá ser comunicada com antecedência.

Art. 15. Somente os membros (titulares e suplentes) terão direito a voto nas eventuais votações envolvidas nas reuniões do CGTI, excluindo-se da votação pessoas físicas e jurídicas convidadas.

Art. 16. Ao final de cada reunião deverá ser lavrada uma ata sucinta ou súmula acerca do assunto tratado, conclusões e encaminhamentos do CGTI.

Capítulo V

Dos grupos de trabalho

Art. 17. Os coordenadores de Grupos de Trabalho deverão ser membros do CGTI (titulares ou suplentes) e indicados pelo Presidente do Comitê.

Art. 18. Os integrantes (pessoas físicas ou jurídicas), a abrangência dos trabalhos do grupo, bem como o prazo de conclusão serão definidos pelo CGTI.

Art. 19. A participação de pessoas (físicas ou jurídicas), externas ao CGTI, se dará mediante convite do Presidente do Comitê.

Capítulo VI

Das disposições finais

Art. 20. Os casos omissos serão apreciados e decididos em plenária do Comitê.

Art. 21. O presente regulamento entrará em vigor na data de sua publicação, revogando todas e quaisquer disposições em contrário.

Art. 22. Os atos do CGTI serão publicados no Portal Institucional e no Boletim de Serviços do HC-UFTM.

Art. 23. Este Regimento somente poderá ser alterado por decisão de metade mais um dos membros do CGTI, em reunião especialmente convocada para tal, e entrará em vigor após homologação do Colegiado Executivo do HC-UFTM.

APROVAÇÃO DE REGULAMENTO

Resolução n.º 59, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Administrado Pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Aprovar o Regulamento do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º Esta Resolução entra em vigor a partir de sua publicação.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

**Regulamento Interno Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação –
SGPTI**

SUMÁRIO

Capítulo I – Das Finalidades

Capítulo II – Dos Órgãos

Capítulo III – Das Competências

Seção I – SGPTI

Seção II – Chefe do SGPTI

Seção III – Núcleo de Hardware

Seção IV – Núcleo de Redes

Seção V – Núcleo de Salas Seguras

Seção VI – Núcleo de Softwares

Seção VII – Núcleo de Segurança da Informação

Seção VIII – Núcleo de Governança

Seção IX – Núcleo de Suporte ao Usuário

Seção X – Núcleo de Capacitação

Seção XI – Núcleo de Comunicação

Seção XII – Escritório de Projetos e Processos

Capítulo IV – Disposições Finais

Regulamento Interno do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação

Art. 1.º O Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, unidade de assessoria ligada diretamente à Superintendência, regido pelo presente regulamento, visa apoiar as estratégias e atividades definidas pelo Comitê Gestor de Tecnologia da Informação (CGTI) do HC-UFTM, no âmbito da Instituição, alinhadas às estratégias definidas pela Diretoria de Gestão de Processos e de Tecnologia da Informação (DGPTI) da Ebserh Sede.

Capítulo I

Das finalidades

Art. 2.º O SGPTI tem as seguintes finalidades:

- I - planejar a execução da política de informática do HC-UFTM;
- II - realizar a manutenção e o desenvolvimento de sistemas de informação nas áreas administrativa, científica e tecnológica do HC-UFTM;
- III - solucionar problemas administrativos, científicos e tecnológicos de sistemas de informação do HC-UFTM;
- IV - prover e gerenciar toda a infraestrutura corporativa de softwares e hardwares do HC-UFTM;
- V - promover apoio aos usuários e garantir o funcionamento de softwares e hardware do HC-UFTM;
- VI - garantir o funcionamento da rede digital e de comunicações do HC-UFTM.

Capítulo II

Dos órgãos

Art. 3.º O SGPTI tem a seguinte estrutura organizacional:

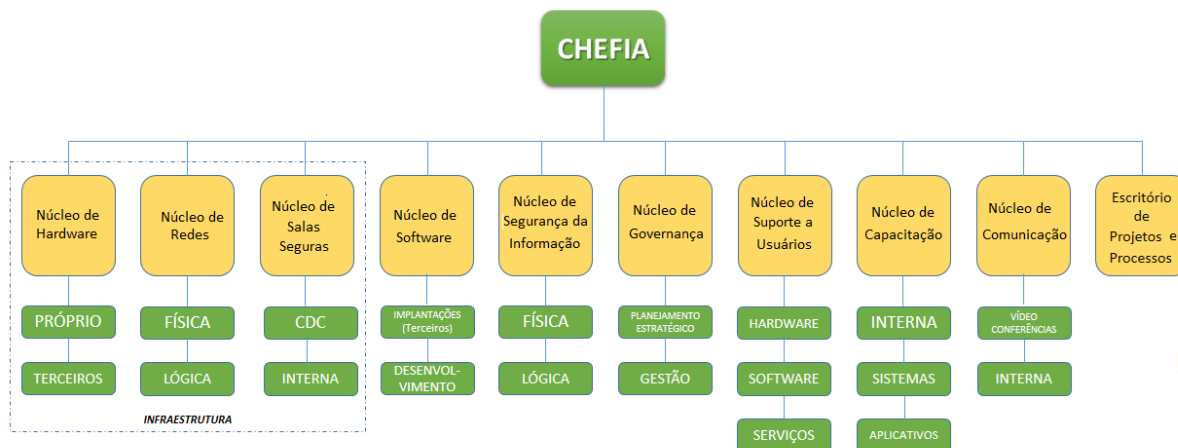
- I - chefia;
- II - Núcleo de Hardware;
- III - Núcleo de Redes;
- IV - Núcleo de Salas Seguras ;
- V - Núcleo de Softwares;
- VI - Núcleo de Segurança da Informação;
- VII - Núcleo de Governança;

VIII - Núcleo de Suporte ao Usuário;

IX - Núcleo de Capacitação;

X - Núcleo de Comunicação;

XI - Escritório de Projetos e Processos.



Capítulo III

Das competências

Seção I

Do SGPTI

Art. 4.º Compete ao SGPTI:

I - propor e gerir a Política de Gestão de Processos, Segurança e Tecnologia da Informação do HC-UFTM, em articulação com as demais diretorias e órgãos de assessoramento;

II - elaborar e submeter o Plano Estratégico de Tecnologia da Informação (PETI) e o Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI) à aprovação do CGTI do HC-UFTM, em consonância com o planejamento institucional;

III - implementar, monitorar, avaliar e aperfeiçoar as características e a execução do PETI e do PDTI no HC-UFTM, de acordo com o planejamento institucional;

IV - mapear, propor, avaliar e aperfeiçoar os fluxos de processos de atenção à saúde e administrativos, em articulação com as respectivas Gerências e demais unidades do HC-UFTM;

- V - coordenar, planejar, desenvolver ou propor a contratação de infraestrutura tecnológica e de sistemas de informação necessários para auxiliar os processos de trabalho no HC-UFTM;
- VI - coordenar o desenvolvimento, implantação e manutenção dos sistemas informatizados com foco nos processos de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão para o campo da saúde;
- VII - criar e manter a padronização dos ativos de TI a serem utilizados no HC-UFTM;
- VIII - efetuar e controlar os pedidos de aquisição de equipamentos, materiais de consumo e serviços, bem como os contratos relativos aos mesmos;
- IX - avaliar e autorizar a aquisição e implantação de soluções tecnológicas, equipamentos ou sistemas informatizados, no âmbito do HC-UFTM;
- X - desenvolver procedimentos operacionais informatizados no HC-UFTM para o monitoramento prévio e efetivo dos serviços e da gestão da instituição;
- XI - propor e implementar, nas unidades descentralizadas do HC-UFTM, soluções informatizadas que possibilitem monitorar e avaliar, pelas várias instâncias de gestão da instituição, os serviços de saúde prestados por essas unidades à população, por meio dos contratos firmados com o Sistema Único de Saúde (SUS);
- XII - integrar as redes de dados e sistemas de telecomunicações entre unidades descentralizadas e o HC-UFTM;
- XIII - integrar os sistemas informatizados do HC-UFTM;
- XIV - integrar, quando couber, os sistemas de informações do HC-UFTM com os sistemas de informações congêneres federais, de forma a qualificar os sistemas internos da instituição;
- XV - assessorar e prestar suporte nas questões tecnológicas que envolverem telessaúde e telemedicina, no âmbito da Unidade e-saúde da Gerência de Ensino e Pesquisa do HC-UFTM;
- XVI - planejar, implementar e monitorar a logística de equipamentos de informática, a infraestrutura de TI e Telecomunicações, as tecnologias das redes e os sistemas de informação do HC-UFTM;
- XVII - assessorar o desenvolvimento e a capacitação de pessoal para a implementação de mudanças ou aperfeiçoamentos necessários nos meios e processos de informatização do HC-UFTM;
- XVIII - desenvolver, implantar e sustentar os Sistemas de Gestão Hospitalar do HC-UFTM, com as Gerências das áreas pertinentes, no que tange às responsabilidades de negócio envolvidas;
- XIX - exercer outras atribuições determinadas pela Superintendência do HC-UFTM.

Seção II

Da chefia

Art. 5.º Compete à chefia do SGPTI:

- I - participar da elaboração e da atualização da política de informática do HC-UFTM em conjunto com o CGTI;
- II - planejar, dirigir, coordenar e supervisionar as atividades do SGPTI à luz da política de informática do HC-UFTM;
- III - executar a política de informática no âmbito do HC-UFTM;
- IV - formular e propor diretrizes e planos relativos aos recursos da área de tecnologia da informação, com exposição das tendências tecnológicas;
- V - corrigir e supervisionar a execução dos planos aprovados, relativos aos recursos da área de TI;
- VI - julgar a pertinência das ações estratégicas adotadas dentro da área de TI, com a atualização dos procedimentos cabíveis;
- VII - convocar e presidir as reuniões com os núcleos internos do SGPTI;
- VIII - participar de negociações relativas a contratos e convênios referentes à realização das atividades do SGPTI, com o fornecimento de informações;
- IX - buscar as autorizações administrativas superiores necessárias para o trâmite e a aprovação dos contratos e convênios referentes à realização das atividades do SGPTI;
- X - promover parcerias tecnológicas com outros órgãos, universidades e institutos de pesquisa, para fomentar a criação e o desenvolvimento de novos projetos de base tecnológica, bem como a transferência de tecnologias;
- XI - representar o SGPTI em todas as instâncias administrativas do HC-UFTM;
- XII - assessorar o Superintendente do HC-UFTM nas questões relativas à TI.

Seção III

Do núcleo de *hardware*

Art. 6.º Compete ao Núcleo de Hardware:

- I - análise de propostas de ativos de TI nos processos licitatórios;
- II - manutenção de primeiro nível em hardware (equipamentos) ligados diretamente ao HC-UFTM;
- III - gestão de ativos de TI próprios junto à Unidade de Patrimônio do HC-UFTM;
- IV - administração, coordenação e orientação de estagiários.

Seção IV

Do núcleo de redes

Art. 7.º Compete ao Núcleo de Redes:

- I - Definição da rede de dados (física e lógica) e infraestrutura de TI;
- II - manutenção, expansão e atualização da rede de dados do HC-UFTM;
- III - execução de projetos de rede de TI;
- IV - administração e gerência de redes de computadores, compreendendo seus ativos (equipamentos de transmissão de dados, tais como, roteadores e switches), passivos (equipamentos que suportam os ativos, tais como racks) e usuários;
- V - definição e implantação de políticas de segurança de acesso à rede interna alinhadas à Política de Segurança da Informação e Comunicações (POSIC) do HC-UFTM;
- VI - análise de propostas de ativos de TI nos processos licitatórios;
- VII - administração, coordenação e orientação de estagiários.

Seção V

Do núcleo de salas seguras

Art. 8.º Compete ao Núcleo de Salas Seguras:

- I - segurança das informações pertinentes ao HC-UFTM;
- II - garantia de alta disponibilidade e performance dos sistemas informatizados;
- III - definição e Gestão de Sistemas de Contingência;
- IV - segurança física e lógica dos ativos de TI;
- V - gestão do controle de acesso.

Seção VI

Do núcleo de *softwares*

Art. 9.º Compete ao Núcleo de Softwares:

- I - elaboração, gerenciamento e desenvolvimento de projetos de software;
- II - definição de ferramentas de desenvolvimento de aplicações;
- III - definição de sistemas de gerenciamento de bancos de dados;
- IV - melhoria contínua da arquitetura, metodologia e padrões utilizados no desenvolvimento de software;

V - avaliação de aquisição de soluções de terceiros (propostas técnicas de empresas fornecedoras na área de softwares);

VI - gestão dos aplicativos implantados;

VII - atualizações e adequações tecnológicas em conformidade às normas de órgãos reguladores;

VIII - administração, coordenação e orientação de estagiários.

Seção VII

Do núcleo de segurança da informação

Art. 10. Compete ao Núcleo de Segurança da Informação:

I - gestão da segurança física e lógica dos ativos de TI;

II - garantia da aplicação das políticas de segurança de TI definidas na POSIC do HC-UFTM e de acordo com órgãos reguladores;

III - gestão das normas e políticas de segurança da informação;

IV - gerenciamento do perfil de acesso aos sistemas;

V - gestão do licenciamento e auditoria dos softwares utilizados;

VI - gerenciamento do acesso aos bancos de dados corporativos;

VII - planejamento da contingência da infraestrutura dos projetos em andamento.

Seção VII

Do núcleo de governança

Art. 11. Compete ao Núcleo de Governança:

I - elaboração, acompanhamento e gestão do planejamento de TI do HC-UFTM;

II - desenvolvimento de projetos, considerando aplicativos (*softwares*), infraestrutura (*hardware*) e recursos humanos;

III - gestão das demandas de TI;

IV - gerência e organização de pessoal por demanda;

V - coordenação das respostas a incidentes com potencial de comprometimento das operações;

VI - padronização de ativos de TI para aquisição;

VII - aquisição de ativos de TI para uso no HC-UFTM;

VIII - análise de propostas de ativos de TI nos processos licitatórios;

IX - gestão de equipamentos e insumos;

X - gestão de contratos;

XI - administração, coordenação e orientação de estagiários.

Seção IX

Do núcleo de suporte ao usuário

Art. 12. Compete ao Núcleo de Suporte ao Usuário:

I - suporte ao parque instalado de ativos de TI;

II - gestão do Sistema de Atendimento de Chamados;

III - manutenções permanentes (corretiva e preventiva) da infraestrutura de TI;

IV - execução de projetos de infraestrutura de TI;

V - consultoria e suporte técnico;

VI - suporte a videoconferências;

VII - administração, coordenação e orientação de estagiários.

Seção X

Do núcleo de capacitação

Art. 13. Compete ao Núcleo de Capacitação:

I - capacitações técnicas para o corpo técnico da SGPTI;

II - capacitações técnicas para os corpos administrativo e assistencial do HC-UFTM.

Seção XI

Do núcleo de comunicação

Art. 14. Compete ao Núcleo de Comunicação:

I - instalação, operação e manutenção de equipamentos de videoconferência;

II - elaboração de projetos de implantação de infraestrutura de comunicação interna;

III - divulgação contínua de ações e projetos de TI;

IV - suporte aos usuários dos sistemas de comunicação interna.

Seção XII

Do escritório de projetos e processos

Art. 15. Compete ao Escritório de Projetos e Processos:

- I - colaboração no desdobramento da visão estratégica do HC-UFTM;
- II - fomento à inovação e criatividade nas ações de processo;
- III - coordenação das atividades de melhoria e inovação de processos por meio da gestão de projetos, utilizando a metodologia de gerenciamento de projetos PMBOK® (*Project Management Body of Knowledge*, 5.ª edição);
- IV - promoção da melhoria contínua dos processos de negócio;
- V - definição e manutenção dos métodos e ferramentas de apoio para as iniciativas de gerenciamento de processos de negócio (BPM - *Business Process Management*);
- VI - apoio ao uso de sistemas e outras tecnologias de BPM;
- VII - acompanhamento dos benefícios gerados a partir da gestão do dia a dia;
- VIII - disseminação e compartilhamento de conhecimentos relacionados a BPM.

Capítulo IV

Disposições finais

Art. 16. O presente regulamento entra em vigor na data da publicação da respectiva resolução de aprovação do Colegiado Executivo do HC-UFTM.

Art. 17. Ficam revogados os atos normativos internos do HC-UFTM em sentido contrário.

INSTITUIÇÃO DE CONSELHOS

Resolução n.º 63, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.^a revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Instituir o Conselho Gestor do Setor de Urgência e Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º O Conselho será composto pelos seguintes membros:

I - o chefe do Setor de Urgência e Emergência, como presidente e responsável pelo Centro de Custo;

II - o chefe da Unidade de Pronto Socorro, como vice-presidente;

III - duas referências técnicas da equipe de enfermagem;

IV - um representante da equipe médica;

V - um representante do Núcleo Interno de Regulação;

VI - um fisioterapeuta;

VII - um assistente social;

VIII - um representante da Gerência de Ensino e Pesquisa.

IX - um representante administrativo da Divisão de Gestão do Cuidado;

Art. 3.º Determinar o prazo de noventa (90) dias para a apresentação do Regulamento do Setor de Urgência e Emergência e Unidade de Pronto Socorro (Norma Operacional n.º 7, de 21 de setembro de 2015, publicada no Boletim de Serviço HC-UFTM, n.º 60, de 23 de outubro de 2015, p. 14-31).

Art. 4.º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Resolução n.º 64, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Instituir o Conselho Gestor da Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º O Conselho será composto pelos seguintes membros:

I - o chefe da Unidade de Clínica Médica e responsável pela Subunidade Clínica Médica, como presidente;

II - o responsável pelo Subunidade Endocrinologia;

III - o responsável pelo Subunidade Doenças Infecciosas e Parasitárias;

IV - o responsável pela Subunidade Nutrologia/Geriatria;

V - o responsável pela Subunidade Genética Médica;

VI - o responsável pela Subunidade Pneumologia/Espirometria;

VII - o responsável pela Subunidade Gastroenterologia;

VIII - o responsável pela Subunidade Endoscopia;

IX - o responsável pela Subunidade Dermatologia;

X - um assistente social;

XI - um psicólogo;

XII - um enfermeiro;

XIII - um terapeuta ocupacional;

XIV - um fisioterapeuta.

Art. 3.º Determinar o prazo de noventa (90) dias para a apresentação do Regulamento da Unidade de Clínica Médica (Norma Operacional n.º 7, de 21 de setembro de 2015, publicada no Boletim de Serviço HC-UFTM, n.º 60, de 23 de outubro de 2015, p. 14-31).

Art. 4.º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Resolução n.º 65, de 5 de agosto de 2016

O Colegiado Executivo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, composto pelo Superintendente e os Gerentes de Atenção à Saúde, de Ensino e Pesquisa e Administrativo, no uso de suas competências delegadas pelos artigos 53 e 54 do Regimento da Ebserh (2.ª revisão), em reunião extraordinária, realizada em 5 de agosto de 2016, resolve:

Art. 1.º Instituir o Conselho Gestor da Unidade de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º O Conselho será composto pelos seguintes membros:

I - o chefe da Unidade de Atenção Psicossocial, como presidente;

II - o responsável pela Subunidade Serviço Social e um suplente;

III - o responsável pela Subunidade Psicologia e um suplente;

IV - o responsável pela Subunidade Psiquiatria e um suplente;

Art. 3.º Determinar o prazo de noventa (90) dias para a apresentação do Regulamento da Unidade de Atenção Psicossocial (Norma Operacional n.º 7, de 21 de setembro de 2015, publicada no Boletim de Serviço HC-UFTM, n.º 60, de 23 de outubro de 2015, p. 14-31).

Art. 4.º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

SUPERINTENDÊNCIA

DESIGNAÇÕES

Portaria n.º 101, de 3 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebserh - resolve:

Art. 1.º Designar Mirtes Helena dos Reis, Siape 1116468, para atuar como Coordenadora substituta da Unidade do HC-UFTM - Lar da Caridade "Hospital do Pênfigo".

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 102, de 4 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebsers - , resolve:

Art. 1.º Designar Jane Monteiro de Godoi Bernardes - CRM 17988 -, como Responsável Técnico do setor de oncologia cirúrgica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 103, de 4 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebsers -, resolve:

Art. 1.º Designar Luzia Beatriz Ribeiro Zago - CRM 45093 -, como Responsável Técnico do setor de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e altera a Portaria n.º 89, de 29 de maio de 2015.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 104, de 4 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebsers -, resolve:

Art. 1.º Designar Karen Bento Ribeiro - CRM 45.252 -, como Responsável Técnico do setor de Oncologia Clínica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e altera a Portaria n.º 88, de 29 de maio de 2015.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 105, de 4 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebsers -, resolve:

Art. 1.º Designar Luzia Beatriz Ribeiro Zago - CRM 45093 -, como Responsável Técnico do setor de Oncologia Clínica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura e altera a Portaria n.º 88, de 29 de maio de 2015.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

N.º 92, segunda-feira, 8 de agosto de 2016

Portaria n.º 106, de 4 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh -, resolve:

Art. 1.º Designar Flora Margarida Barra Bisinotto - CRM 21.026 -, como Responsável Técnico do setor de Anestesiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua assinatura.

Luiz Antonio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 107, de 4 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebsers -, resolve:

Art. 1.º Designar os servidores abaixo indicados para atuar como fiscal titular e suplente do contrato relacionado, com a função de efetuar a medição de parcelas/etapas e atestá-las para pagamentos no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG.

Fiscais	Contrato	Objeto	Contratada	Processo
<p><u>Titular:</u> Juliano Carvalho da Silva Siape: 1424971</p> <p><u>Suplente:</u> Renata Margarida Etchebehere Siape: 2186580</p>	50/2016	<p>Aquisição de equipamentos para o laboratório do Serviço de Patologia Cirúrgica (Micrótomo rotativo, Placa refrigerada e Dispensador de parafina)</p>	Lupe Indústria Tecnológica de Equipamentos para Laboratório Ltda.-ME	23127.000046/15- 92

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à data de assinatura do Contrato acima especificado.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 108, de 4 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ebsers -, resolve:

Art. 1.º Designar os servidores abaixo indicados para atuar como fiscal titular e suplente do contrato relacionado, com a função de efetuar a medição de parcelas/etapas e atestá-las para pagamentos no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG.

Fiscais	Contrato	Objeto	Contratada	Processo
Titular: Lúcia Helena Ribeiro da Fonseca Siape: 0389411 Suplente: Lucas Lombardi de Oliveira Siape: 2159184	46/2016	Fornecimento, em consignação, de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) para atender ao serviço de cirurgia cardíaca do Hospital de Clínicas da UFTM.	Braile Biomédica Indústria, Comércio e Representações Ltda.	23127.000527/ 15-06

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à data de assinatura do Contrato acima especificado.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

Portaria n.º 109, de 4 de agosto de 2016

O Superintendente do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, no uso de sua competência que lhe foi subdelegada pela Portaria n.º 23 de 26/4/2013, do Presidente da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Ebserh -, resolve:

Art. 1º Designar os servidores abaixo indicados para atuar como fiscal titular e suplente do contrato relacionado, com a função de efetuar a medição de parcelas/etapas e atestá-las para pagamentos no Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais – SIASG.

Fiscais	Contrato	Objeto	Contratada	Processo
Titular: Marcelo Perrella Siape: 2101438 Suplente: Cássio Vilela Komatsu Siape: 2101564	53/2016	Contratação de empresa especializada para realizar manutenção técnica preventiva e corretiva, com reposição de peças para o aparelho de ressonância magnética marca Siemens modelo Magnetom Avanto, número de série 27925	Siemens Healthcare Diagnósticos S.A.	23127.00016 2/16-92

Art. 2.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à data de assinatura do Contrato acima especificado.

Luiz Antônio Pertili Rodrigues de Resende

DEPARTAMENTO DE COMPRAS, LICITAÇÕES E CONTRATOS

EXTRATOS DE CONTRATOS

Extrato de Contrato n.º 47/2016 - UASG 150221

Processo: 23127000273/16-07. Pregão SRP n.º 119/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 61374161000130. Contratado: Baumer S. A. Objeto: Aquisição de 1 (uma) autoclave com prestação de serviço de instalação, garantia de 12 (doze) meses, assistência técnica em rede autorizada, com manutenção preventiva e corretiva incluindo reposição de todas as peças que apresentarem defeito enquanto durar a garantia. Fundamento Legal: Lei 8.666/93. Vigência: 5/7/2016 a 4/7/2017. Valor Total: R\$359.922,00. Fonte: 100000000 - 2016NE801705. Data de Assinatura: 5/7/2016. (Sicon - 22/7/2016) 150221-15242-2016NE800053

Extrato de Contrato n.º 48/2016 - UASG 150221

Processo: 23127000138/16-53. Dispensa n.º 22/2016. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 00939446000186. Contratado: Copy Art Digital Eireli - ME. Objeto: Aquisição de impressão e fornecimento de banners e faixas. Fundamento Legal: Lei 8.666/93. Vigência: 25/7/2016 a 24/7/2017. Valor Total: R\$4.332,50. Fonte: 6153000000 - 2016NE801723. Data de Assinatura: 7/7/2016. (Sicon - 22/7/2016) 150221-15242-2016NE800053

Extrato de Contrato n.º 49/2016 - UASG 150221

Processo: 23127000246/16-26. Pregão SRP n.º 16/2015. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 92664028000656. Contratado: Ferramentas Gerais Comercio e Importação de Ferramentas. Objeto: Aquisição de materiais permanentes (paleteira e empilhadeira elétrica). Fundamento Legal: Lei 8.666/93. Vigência: 7/7/2016 a 4/10/2016. Valor Total: R\$42.840,00. Fonte: 100000000 - 2016NE801716. Data de Assinatura: 7/7/2016. (Sicon - 22/7/2016) 150221-15242-2016NE800053

Extrato de Contrato n.º 51/2016 - UASG 150221

Processo: 23127000066/16-44. Pregão SRP n.º 15/2016. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 20902434000194. Contratado: Spoljaric Comercial do Brasil - Eireli - EPP. Objeto: Aquisição de gêneros alimentícios perecíveis (carne de frango e carne suína). Fundamento Legal: Lei 8.666/93 . Vigência: 25/7/2016 a 24/7/2017. Valor Total: R\$112.638,00. Fonte: 6153000000 - 2016NE801739. Data de Assinatura: 12/7/2016. (Sicon - 22/7/2016) 150221-15242-2016NE800053

EXTRATOS DE TERMOS ADITIVOS

Extrato de Termo Aditivo n.º 4/2016 - UASG 150221

Número do Contrato: 41/2012. No-Processo: 23127000228/12-11. Dispensa n.º 567/2012. Contratante: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. CNPJ Contratado: 11675038000180. Contratado: Deived Ferreira- ME. Objeto: Prorrogar o prazo de vigência por mais 12(doze)meses, bem como promover o reajuste com base no IGPM. Fundamento Legal: Lei 8.666/93 . Vigência: 6/7/2016 a 5/7/2017. Valor Total: R\$1.284,60. Fonte: 6153000000 - 2016NE801017. Data de Assinatura: 05/07/2016. (SICON - 22/07/2016) 150221-15242-2016NE800053