



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**



**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ**

**SITUAÇÃO SANITÁRIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO  
BÁSICA EM SALVADOR-BAHIA**

Salvador  
2018

**KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ**

**SITUAÇÃO SANITÁRIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO  
BÁSICA EM SALVADOR-BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Vigilância Sanitária

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Auxiliadora  
Magalhães Costa

Salvador  
2018

Ficha Catalográfica  
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

---

Q114s Queiroz, Karina Luzia Reynaldo.

Situação sanitária em serviços de saúde na Atenção Básica em Salvador- Bahia / Karina Luzia Reynaldo Queiroz. -- Salvador: K.L.R.Queiroz, 2018.

125 f.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Auxiliadora Magalhães Costa.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Básica. 2. Vigilância Sanitária. 3. Distrito Sanitário Cabula-Beiru. I. Título.

CDU 614.3

---



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

Karina Luzia Reynaldo Queiroz

**SITUAÇÃO SANITÁRIA EM SERVIÇOS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA  
EM SALVADOR – BAHIA**

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

Data de defesa: 31 de agosto de 2018

Banca Examinadora:

*Eliana Costa*

\_\_\_\_\_  
Profa. Eliana Auxiliadora Magalhães Costa – UNEB

*Lenice G. de Costa Reis*

\_\_\_\_\_  
Profa. Lenice Gnocchi da Costa Reis – ENSP/RJ

*Maria Enay Neves Gusmão*

\_\_\_\_\_  
Profa. Maria Enay Neves Gusmão – EENF/UFBA

*Ediná Alves Costa*

\_\_\_\_\_  
Profa. Ediná Alves Costa – ISC/UFBA

Salvador  
2018

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, por todos os dias de minha vida, que me deu forças para lutar por minhas conquistas.

Ao meu marido Roberto e meu filho Luca, que são minha razão de viver.

À minha orientadora prof<sup>a</sup> Dra. Eliana A. Magalhães Costa, pelo empenho e tranquilidade.

A todos os colegas, professores, profissionais de saúde, família e amigos que me incentivaram e acreditaram em meu potencial.

Às professoras Dra. Ediná, Lenice e Enoy pelo auxílio e carinho nas contribuições.

À professora Dra. Ediná que me trouxe confiança no meu trabalho e me acolheu de uma forma especial. Obrigado pela sensibilidade!! Não tenho palavras.....Deus te conserve esta pessoa tão especial!!

## RESUMO

A organização do Sistema Único de Saúde (SUS) define a atenção básica como porta de entrada para o sistema de saúde. As ações de vigilância sanitária sobre produtos e serviços relacionados à saúde associadas às inadequações são imprescindíveis para a proteção à saúde da população e defesa dos usuários, dos profissionais de saúde e ambiente, como forma de prevenção e controle de riscos e eventos adversos relacionados à prestação de serviços de saúde de um modo geral, assim como na Atenção Básica. As inadequações nas condições técnicas e de gestão para promover a qualidade do atendimento minimamente necessária ao funcionamento dos serviços de saúde podem representar riscos à saúde. O objetivo geral deste estudo é descrever a situação sanitária dos serviços de saúde na atenção básica no SUS. Trata-se de um estudo exploratório descritivo qualitativo com uma amostra de três unidades básicas do Distrito Sanitário do Cabula-Beiru. Este estudo utilizou três fontes de dados: observação dos serviços nas Unidades Básicas de Saúde mediante roteiro, entrevistas com profissionais e análise de documentos emitidos pela vigilância sanitária. As inadequações observadas nas unidades foram referentes às não conformidades aos requisitos técnicos, sanitários e jurídicos de vigilância sanitária para o funcionamento dos serviços de saúde e foram classificadas em seis dimensões: infraestrutura, itens relacionados a processos de trabalho, insumos, equipamentos, documentação e gestão de qualidade. Os resultados apresentaram inadequações em todas as dimensões com variações entre elas e entre as unidades estudadas. Apesar das sucessivas visitas de inspeção e reinspeção às UBS e concessão de licença sanitária pela vigilância nesses locais, grande parte dessas inadequações permaneceram, destacando-se os itens relevantes relacionados às áreas de Central de Material de Esterilização (CME) e de farmácia.

**Palavras-chave:** Atenção Básica. Vigilância Sanitária. Distrito Sanitário do Cabula-Beiru.

## ABSTRACT

The organization of the Unified Health System (SUS) defines basic care as a gateway to the health system. Health surveillance actions on health-related products and services associated with inadequacies are essential for the protection of the population's health and for the protection of users, health professionals and the environment, as a means of preventing and controlling risks and adverse events related to the provision of health services in general, as well as in Primary Care. The inadequacies in the technical and management conditions to promote the quality of care minimally required to run health services can pose health risks. The general objective of this study is to describe the health situation of the health services in basic care in SUS. This is a descriptive exploratory qualitative study with a sample of three basic units of the Cabula-Beiru Sanitary District. This study used three sources of data: observation of the services in the Basics Health Units through script, interview with professionals and analysis of documents issued by health surveillance. The inadequacies observed in the units were related to noncompliance with the technical, sanitary and legal requirements of health surveillance for the functioning of health services and were classified into six dimensions: infrastructure, items related to work processes, inputs, equipment, documentation and management Of Quality. The results present inadequacies in all dimensions with variations between them and between the studied units. Despite successive inspection and reinspection visits at these UBS and the concession of sanitary license at these sites, a large part of these inadequacies remained, including the relevant items related to the areas of Sterilization Material Center (CME) and pharmacy.

**Keywords:** Primary health care. Sanitary Surveillance. Cabula-Beiru Sanitary District.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização das condições de estrutura física das UBS Cabula-Beiru (Salvador, 2017).....	37
Quadro 2 - Itens relacionados a processos de trabalho observados em UBS estudadas no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017).....	38
Quadro 3 - Inadequações de itens comuns relacionados a processos de trabalho em UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017).....	40
Quadro 4 - Documentação das UBS I, II e III no Distrito Sanitário Cabula-Beiru (Salvador, 2017).....	41
Quadro 5 - Inadequações comuns das documentações das UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017) .....	43
Quadro 6 - Gestão de qualidade em UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017) .....	44
Quadro 7 - Equipamentos das UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017) .....	45
Quadro 8 - Insumos das UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017).....	46
Quadro 9 - Profissionais entrevistados do Distrito do Cabula-Beiru e V.S. (Salvador, 2017).47	
Quadro 10 - Posicionamentos do Gestor do Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017) .....	48
Quadro 11 - Posicionamentos dos profissionais das UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017).....	49
Quadro 12 -Posicionamentos dos profissionais da V.S. nas UBS do Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017) .....	52
Quadro 13 - Inadequações na UBS I do Distrito Cabula-Beiru registradas pela V.S. (Salvador, 2016-2017).....	55
Quadro 14 - Inadequações na UBS II do Distrito Cabula-Beiru registradas pela V.S. (Salvador, 2016-2017).....	56
Quadro 15 - Inadequações na UBS III do Distrito Cabula-Beiru registradas pela V.S. (Salvador, 2016-2017).....	57

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CDRH	Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CME	Central de Material e Esterilização
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DML	Depósito de Material de Limpeza
DS	Distrito Sanitário
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
EMBASA	Empresa Baiana de Águas e Saneamento
EPC	Equipamentos de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGH	Instituto de Gestão e Humanização
INCQS	Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
MS	Ministério da Saúde
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PA	Pronto-atendimento

PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
PGRSS	Plano de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Salvador
POP	Procedimentos Operacionais Padrões
PPNE	Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RH	Recursos Humanos
RSS	Resíduos Sólidos de Saúde
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SISFARMA	Sistema de Controle de Farmácia
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
V.S.	Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	10
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 OBJETIVOS .....	17
<b>2 MARCO REFERENCIAL</b> .....	18
2.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA .....	18
2.2 RISCO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA .....	22
2.3 SERVIÇOS DE SAÚDE .....	26
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	29
<b>4 RESULTADOS</b> .....	37
4.1 SITUAÇÃO SANITÁRIA DE UBS DO DISTRITO CABULA-BEIRU.....	37
<b>4.1.1 Dimensão: Infraestrutura</b> .....	37
<b>4.1.2 Dimensão: Itens relacionados a Processos de Trabalho</b> .....	38
<b>4.1.3 Dimensão: Documentação</b> .....	41
<b>4.1.4 Dimensão Gestão de Qualidade</b> .....	44
<b>4.1.5 Dimensão Equipamentos</b> .....	45
<b>4.1.6 Dimensão Insumos</b> .....	46
4.2 PERCEPÇÕES DOS ENTREVISTADOS SOBRE AS AÇÕES DE V.S. NAS UBS ...	47
<b>4.2.1 Posicionamentos do Gestor</b> .....	48
<b>4.2.2 Posicionamentos dos Profissionais das UBS</b> .....	49
<b>4.2.3 Posicionamentos dos profissionais da V.S.</b> .....	52
4.3 AÇÕES REALIZADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS UBS .....	53
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	58
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	74
<b>APÊNDICES</b> .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	106

## APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar vigilância sanitária e serviços na atenção básica surgiu da leitura do Plano Municipal 2014-2017 da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, mais especificamente no que tange ao componente da “atenção básica” como um dos eixos orientadores e coordenadores das práticas de cuidados através da concepção de vigilância da saúde<sup>1</sup> como modelo<sup>2</sup> de atenção à saúde. Além disso, através da prática profissional e cotidiana do trabalho de vigilância sanitária no município de Salvador que identifica diversas inadequações nos serviços de saúde que podem ocasionar danos à saúde destes usuários, profissionais e meio ambiente.

---

<sup>1</sup> Vigilância da Saúde consiste em uma prática sanitária que contempla, além da integração das ações da vigilância e assistência, também a dimensão técnico-assistencial e gerencial. (TEXEIRA, 2001).

<sup>2</sup> Modelo de Atenção à Saúde diz respeito às combinações tecnológicas (conhecimento/saberes e equipamentos), dispostas no meio de trabalho para intervir sobre os problemas e necessidades de saúde de uma dada população. (PAIM, 2008).

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde tem diversas dimensões e distintas facetas. Autores como Almeida-Filho e Paim (2014) apresentam a questão conceitual de saúde, sob diversos enfoques: como fenômeno natural, “fato, evento, estado, situação, condição ou processo” (p. 15); equilíbrio; funcionalidade; ausência de doença, como medida. Outra dimensão desse conceito é o “valor da saúde”, “tanto sob a forma de procedimentos, serviços e atos regulados e legitimados, indevidamente apropriados como mercadoria, quanto como direito social, serviço público ou bem comum, parte da cidadania global contemporânea” (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014, p.14). Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde “vai além da mera ausência de doenças. Na verdade, só é possível ter saúde quando há um completo bem-estar físico, mental e social de uma pessoa” (OPAS/OMS, 2016). Apesar desta definição, existem controvérsias e noções de discursos comuns sobre o termo que pode constar no ramo da filosofia do conhecimento, epidemiologia, ciências sociais e humanas e transitar em diversas outras áreas. A Constituição Federal, no art. 196, reitera a saúde como:

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Cabe ao Estado, para garantir o direito à saúde, a responsabilidade da organização de serviços públicos que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde do cidadão, devendo esta rede de serviços públicos estar apta a oferecer diversos serviços com complexidades variadas, por rede própria ou parcerias com os serviços privados de saúde (AITH, 2010).

No papel social de proteger a saúde da população, é conferida à vigilância sanitária, como integrante das ações do SUS, uma conceituação ampla e bastante complexa prevista na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº. 8.080 de 1990) em seu artigo 6º, parágrafo primeiro:

Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL, 1990).

Costa e Souto (2014, p. 327-328) citam a importância dessas ações preventivas sobre os “meios de vida”, ou meios de satisfação de necessidades fundamentais, principalmente no setor saúde. Reiteram a sua “complexidade na proteção da saúde contra riscos de diversas naturezas, congregando um conjunto de intervenções do sistema de saúde para promover qualidade, segurança, eficácia e efetividade de produtos, processos e serviços e qualidade dos ambientes”. As ações e práticas de saúde também podem gerar problemas, doença e morte em decorrência da multiplicidade de riscos, de origens e naturezas diversas que incidem sobre os serviços de saúde, tecnologias e produtos utilizados. Os serviços de saúde congregam, em sua quase totalidade, objetos de cuidado da vigilância sanitária e revelam a sua importância no controle sanitário contra iatrogenias – doenças relacionadas com os serviços de saúde – nos serviços direta ou indiretamente relacionados com a saúde dos usuários, trabalhadores de saúde e circunstâncias (COSTA, 2004).

Os objetos da ação da vigilância sanitária “portam tanto benefícios como também riscos para a saúde, o que justifica a regulação sanitária” (COSTA; SOUTO, 2014, p. 332). A vigilância sanitária, para controlar estes riscos, detém o denominado poder de polícia, o que permite ao Estado limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público e executar ações de caráter preventivo ou coercitivo, visando à segurança sanitária. Costa ressalta que “[...] cabe ao sistema regulatório avaliar riscos e desenvolver um conjunto de ações – que devem estar lastreadas em conhecimento técnico-científico e informações atualizadas – para prevenir, minimizar e eliminar riscos, proteger e promover a saúde da população”, por meio de regulamentos técnico-sanitários ou normas jurídicas que fixam regras relacionadas a estes objetos (COSTA, 2009, p. 15).

O objeto do estudo trata da problemática do controle sanitário em serviços de saúde, especificamente na Atenção Básica (AB), área com poucos estudos sobre o assunto, na perspectiva da vigilância sanitária. O descumprimento das normas sanitárias nesses serviços pode representar riscos à saúde dos usuários e profissionais associados aos procedimentos e serviços prestados nestes locais. Rezende (2011) declara que as funções desenvolvidas pelos profissionais da atenção básica se desdobram em diversos tipos de riscos e cita os procedimentos: exames colpocitológico ou teste de Papanicolau, vacinação, curativos e outros.

O modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo discutido internacionalmente desde a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde,

realizada na cidade de Alma-Ata, em 1978 (OMS/OPAS, 1978)<sup>3</sup>. Na Declaração de Alma-Ata, em seu art. VI, a APS representa “o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.” (OMS/UNICEF, 1979, p. 3).

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a denominar a APS como atenção básica e porta de entrada dos usuários:

a atenção ambulatorial foi incluída no primeiro nível, ou seja, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população (APS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 493).

Nesta concepção, as unidades básicas de saúde (UBS) tornam-se a preferência de atendimento dos usuários e centro de comunicação com a rede de atenção à saúde. Os serviços rotineiramente prestados são consultas médicas, vacinação, aplicação de medicamentos, inalacões, curativos, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, assistência farmacêutica e encaminhamentos a especialidades (PAC/PORTAL BRASIL)<sup>4</sup>, desenvolvimento dos programas de saúde do homem, criança (teste do pezinho etc.), idoso e mulher (pré-natal, prevenção do câncer de colo de útero, doenças sexualmente transmissíveis etc.), controle da hipertensão e do diabetes, saúde bucal, hanseníase, tuberculose e saúde mental.

A vigilância sanitária tem papel primordial na proteção da saúde e regulação dos seus objetos de atuação. Neste campo, o conceito de risco lida tanto com as dimensões probabilísticas (conceito de risco epidemiológico) quanto com a dimensão possibilística, ou seja, da “possibilidade de ocorrência de eventos que poderão provocar danos à saúde, sem que

---

<sup>3</sup> OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde, um organismo internacional de saúde pública. A OPAS/OMS também faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU). OMS é a sigla para Organização Mundial da Saúde, que é uma agência especializada em saúde, fundada no ano de 1948 e é subordinada à ONU. A Declaração na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos 12/09/1978, expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

<sup>4</sup> PAC é o Programa de Aceleração do Crescimento que promoveu a retomada do planejamento e execução de grandes obras de infraestrutura social, urbana, logística e energética do país, dos projetos e obras de infraestrutura em todos os setores. O portal brasileiro de dados abertos traz as informações do Ministério da Saúde sobre as Unidades Básicas de saúde.

se possa muitas vezes precisar qual o evento, e até mesmo se algum ocorrerá” (COSTA, 2009, p. 14).

A vigilância sanitária, entendida como um conjunto de “ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde”, tem no seu âmbito de atuação a “regulação como uma função mediadora entre os interesses da saúde e os interesses econômicos, ou seja, constitui uma instância social de mediação entre a produção de bens e serviços e a saúde da população”. (COSTA, 2009, p. 15)

Leite e Navarro (2009) acrescentam que as ações de vigilância sanitária nas tecnologias para a saúde estão voltadas ao processo de gerenciamento de riscos, sua avaliação e controle:

As normas sanitárias geralmente não regulamentam a ação das substâncias químicas, físicas ou biológicas, regulamentam ações, procedimentos, produtos e equipamentos que devem ser utilizados, para que as tecnologias para a saúde produzam o máximo de benefício com o mínimo de riscos, considerando as questões científicas, éticas, econômicas, políticas e sociais. As ações de controle não estão relacionadas, necessariamente, às fontes de riscos. Podem estar relacionadas às condições ambientais, de procedimentos, de recursos humanos ou gerenciais do próprio sistema de controle de riscos. Como as ações da vigilância sanitária estão voltadas, geralmente, para o controle de riscos e não para os riscos em si, torna-se difícil o estabelecimento da relação causa-efeito (LEITE; NAVARRO, 2009, p. 76).

Aith e Dallari (2009) informam que, para garantir o direito à saúde e a redução dos riscos de doenças e outros agravos à saúde, entre os deveres do Estado estão a proteção e defesa da saúde estabelecida por mecanismos de identificação, controle, fiscalização e adotando medidas de proteção e prevenção contra esses riscos, garantindo a segurança sanitária, seja no meio ambiente, nas atividades humanas ou na possibilidade do risco estar em qualquer lugar e apresentar-se das mais diversas formas.

Englobam-se, portanto, no âmbito de competências da vigilância em saúde, a vigilância das mais diversas atividades humanas, tais como os atos médicos (clínicos, cirúrgicos, terapêuticos etc.); os movimentos populacionais de fronteiras; a produção, comercialização, dispensação e consumo de medicamentos; o meio ambiente do trabalho; o uso de equipamentos de saúde em estabelecimentos de saúde (máquinas, material cirúrgico, materiais descartáveis etc.); o uso de drogas pela população; a violência, enfim, a vigilância sobre todos os fenômenos, ações, procedimentos, produtos e substâncias de interesse à saúde. (AITH, DALLARI, 2009, p. 107)

Padoveze e Figueiredo (2014, p. 1140) afirmam que “os riscos associados aos procedimentos mais comuns” realizados na Atenção Básica “são pouco conhecidos, com exceção daqueles referentes à imunização”; no entanto, os autores afirmam que, a depender

do tipo de procedimento e do grau de invasividade, a exemplo da “coleta de exames colpocitológico, inserção de dispositivo intrauterino (DIU), cauterização de colo de útero, glicemia capilar, inalações, curativos, administração de injetáveis e atendimentos odontológicos”, torna-se passível de acarretar eventos adversos.

Discacciati et al. (1998) pontuam que, dentre os vários riscos aos quais estão expostos os profissionais de saúde e seus pacientes dos serviços de odontologia, está o risco de infecção cruzada, ou seja, transmissão de agentes infecciosos dentro do ambiente clínico. A formação de aerossóis ocorre com mais frequência na utilização de turbinas de alta rotação, raspadores ultrassônicos e seringas de ar/água que podem provocar transmissões através de contato pessoa a pessoa, pelo ar ou através de objetos contaminados.

Vieira, Costa e Soler (2016) identificaram, nos serviços farmacêuticos das farmácias comunitárias (públicas, filantrópicas e privadas) inspecionadas, uma percentagem de estabelecimentos que atendem ao “preconizado” pelo “arcabouço legal” relacionada nos itens a seguir: estrutura física impermeável e em condições satisfatórias de higiene (na pública, 55,5% e nas privadas, 25%), medicamentos devidamente armazenados (na pública, 44,4% e nas privadas, 60%), adotam procedimentos sobre a validade de produtos (na pública, 22,2% e nas privadas, 20%) e local adequado para acondicionamento dos medicamentos vencidos ou reprovados (pública, 23,3% e privadas, 50%). Simão e Batista (2012), por sua vez, avaliaram o armazenamento de medicamentos nas unidades básicas de saúde do município de Macaíba/Rio Grande do Norte e concluíram que a não existência de registro do controle de umidade e temperatura, pode comprometer a estabilidade dos medicamentos na sua vida útil.

Vasconcelos, Rocha e Ayres (2012) constataram nas salas de vacinas da rede pública de saúde do município de Marília que, apesar dos aspectos gerais da sala de vacinação e procedimentos técnicos na rede de frio terem um cenário satisfatório, na maior parte existiam vários pontos geradores de riscos nos estabelecimentos: a maioria das salas não era exclusiva para vacinação (82,93%), a temperatura ambiente não estava entre 18 a 20 °C (100%), não possuíam proteção contra luz solar direta na sala de vacina (70,73%), não havia condições ideais de limpeza (53,65%) e conservação (43,90%). Vale ressaltar que as variações de temperatura podem causar uma perda da potência e alterar as características físico-química dos imunobiológicos.

Quanto às UBS, Ascari et al. (2013) realizaram um estudo nas unidades básicas de saúde no município de Chapecó/Santa Catarina sobre o fluxo de materiais na central de produtos e esterilização (CME). Os resultados demonstraram que grande parte das UBS não

está adequada ao fluxo correto dos materiais nas áreas destinadas à esterilização de materiais, principalmente pela estrutura física inadequada e pela falta de capacitação dos profissionais.

Outro ponto importante, referente à gestão de resíduos dos serviços de saúde nas UBS do município de Caicó/RN, recebeu atenção de Santos et al. (2014): o não cumprimento de todas as etapas do gerenciamento dos resíduos, principalmente nos itens de acondicionamento, compromete a sociedade, representando riscos à saúde e ao meio ambiente.

Oliveira (2013) reitera que a maioria dos serviços públicos de saúde no Brasil mostra um conjunto de dificuldades e carências estruturais, de organização e de gestão, que afetam o seu funcionamento, prejudicando ações e resultados e repercutindo numa imagem frágil que os usuários e população têm sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). Estas dificuldades comprometem uma adequada gestão do risco sanitário nos serviços de saúde, começando com:

o planejamento, construção dos estabelecimentos de saúde, até as condições e operacionalização de suas rotinas de atendimento, incluídas aí a qualificação de pessoal, definição e implantação de protocolos, fluxos e processos de rotina e acompanhamento/monitoramento das condições essenciais para a efetiva prevenção e controle dos riscos sanitários próprios dos serviços de saúde (OLIVEIRA, 2013, p. 1).

O'Dwyer Tavares e De Seta (2007) propõem uma articulação dos campos de ação da Estratégia Saúde da Família e Vigilância Sanitária entendendo que esta parceria seria profícua no âmbito da promoção da saúde. Os autores argumentam que “A equipe de saúde da família pode ser o elo entre a comunidade e a equipe de vigilância sanitária” (p. 478). Defendem a capacitação de profissionais de saúde e usuários – ainda incipientes em algumas regiões do país e insuficientes para as demandas – com o investimento em processos educativos/formativos, tendo em vista a humanização no atendimento e um controle social mais efetivo “transformando em prática a comunicação com a população e seu exercício de cidadania.” (p. 480)

Sob outro aspecto, Freitas e Santos (2013) realizaram um estudo que objetivou identificar as irregularidades sanitárias nos serviços ligados a 26 atividades, dentre elas, médica ambulatorial e procedimentos cirúrgicos, de laboratório clínico e de imunização nos estabelecimentos do município de Franca/SP. As irregularidades encontradas dizem respeito a estrutura física, processo de esterilização, resíduos de saúde, manutenção preventiva e calibração dos equipamentos, demonstrando que o não cumprimento das normas sanitárias

“compromete a qualidade do serviço ou do produto oferecido e gera riscos à saúde dos usuários e trabalhadores” (FREITAS; SANTOS, 2013, p. 43).

Os estudos citados acima chamam a atenção da grande diversidade de objetos nos serviços de saúde da atenção básica sujeitos à vigilância sanitária e da sua importância na redução, controle e eliminação dos riscos nestas unidades, seja através da legislação sanitária, do conhecimento científico, tecnológico ou saberes práticos. Nestas situações, é possível pensar que as não adequações dos serviços da atenção básica às normas sanitárias podem favorecer a ocorrência de riscos nos serviços e acarretar eventos aos usuários, profissionais e meio ambiente.

Tecidas estas reflexões, este estudo pretende caracterizar a situação sanitária de unidades de atenção básica do Distrito Sanitário de Salvador, através da identificação e descrição das não conformidades nos serviços prestados nas UBS quanto às normas sanitárias classificadas nas seguintes dimensões: infraestrutura, itens relacionados a processos de trabalho, documentação, gestão de qualidade, equipamentos e insumos.

## 1.1 OBJETIVOS

**Geral:** Descrever a situação sanitária dos serviços de saúde na atenção básica no SUS, em Salvador-Bahia.

**Específicos:**

- Identificar e descrever as não conformidades em UBS, na perspectiva da vigilância sanitária.
- Apresentar e discutir as ações de vigilância sanitária nas UBS estudadas.

## 2 MARCO REFERENCIAL

O marco referencial desse estudo abrange os conceitos de vigilância sanitária, riscos em serviços de saúde e serviços de saúde na atenção básica.

### 2.1 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A definição de vigilância sanitária consta na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, 1990), no seu artigo 6º como:

um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo: I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde. (BRASIL, 1990)

A noção de vigilância sanitária acompanhou o desenvolvimento da saúde pública e, em todas as épocas, as transformações econômicas e sociais. Com a Revolução Industrial, a vigilância sanitária passou a intervir também sobre forças produtivas, na circulação dos meios de transporte, cargas e pessoas, bem como sobre as práticas do mercado. Para o exercício de atividades na sociedade, surgiram regras visando proteger a saúde das pessoas e da coletividade (COSTA; SOUTO, 2014).

As atribuições da vigilância sanitária, como obrigação de Estado, são acolhidas na Constituição Federal de 1988, que foram trazidas nas proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, por um processo social de “democratização da saúde”. A Lei 8.080/90 passa a organizar a abrangência das ações de vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde (SUS) (COSTA; ROZENFELD, 2000). Sobre a referida lei, Costa e Rozenfeld (2000, p. 37), inferem que esta “inaugurou uma nova condição jurídico-formal para a Vigilância Sanitária” com uma vasta abrangência das ações acrescidas do “papel de coordenar a Rede Nacional de Laboratórios para a Qualidade em Saúde”.

Nesta década de 1990, também foram instituídas duas agências reguladoras vinculadas ao Ministério da Saúde: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (COSTA, 2009).

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) passou a ser formalmente instituído mediante à lei 9782/1999 de criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em decorrência de um movimento político que envolveu a participação de diversos atores federais, estaduais e profissionais engajados no movimento de reforma sanitária. Esse período, correspondente à década de 90, foi marcado pelas lutas em prol da reforma do setor saúde e pela crise nessa área, haja visto o acúmulo de epidemias de mortes evitáveis e de “medicamentos falsificados” (COSTA; SOUTO, 2014).

Este sistema compreende um conjunto de ações executadas por instituições da administração pública direta e indireta da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, que exerçam atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária. Estas atribuições são estabelecidas desde a implementação da Lei 8080/90 como competência comum dos três entes federados (federal, estadual e municipal) (COSTA; SOUTO, 2014).

O SNVS é composto na esfera federal pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), laboratório de referência nacional vinculado tecnicamente à Anvisa e administrativamente à Fundação Oswaldo Cruz. Na esfera estadual, existem 27 unidades de federação que têm vigilância sanitária ligadas em cada secretaria de saúde (COSTA; SOUTO, 2014). Já, na esfera municipal, segundo último censo do IBGE, dos 5.570 municípios brasileiros, 5448 municípios possuem estrutura específica para a vigilância sanitária municipal (BRASIL, 2014, p. 100).

A Anvisa, autarquia da administração pública federal, vinculada ao Ministério da Saúde, tem a finalidade institucional de promover a proteção da saúde da população pelo controle sanitário de produtos e serviços, inclusive ambientes, processos, insumos e tecnologias, submetidos à vigilância sanitária, e o controle de portos, aeroportos e fronteiras. As competências são:

regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras, estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e as ações de vigilância sanitária e para aplicar as penalidades aos infratores da legislação sanitária, tendo a atribuição de coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 1999 apud COSTA, 2009, p. 338).

A vigilância sanitária dos estados e Distrito Federal tem a competência de coordenar o sistema, no seu âmbito de atuação, prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e,

complementarmente, normatizar e colaborar com a execução de ações de vigilância de portos, aeroportos e fronteiras. Já, o município tem a missão de coordenar e executar os serviços e ações do sistema municipal de vigilância sanitária, em seu nível local, dependendo do processo de descentralização e capacidade operativa. Para integrar o desenvolvimento destas competências, cabe à Anvisa estabelecer pactuações com estados e municípios para o cumprimento de metas e ações (COSTA; SOUTO, 2014).

Na sociedade contemporânea, as ações da vigilância sanitária têm natureza preventiva e permeiam todas as práticas médico-sanitárias: da promoção à proteção, recuperação e reabilitação da saúde, podendo ser exercidas sobre o meio ambiente e o ambiente de trabalho. Os objetos “de trabalho” são produtos, processos, serviços e ambientes de interesse da saúde. A complexidade da vigilância sanitária engloba também sua atuação sobre produtos e serviços inventados pelo mercado, “objetos socialmente definidos sob vigilância sanitária” (COSTA, 2009).

As categorias de objetos da vigilância sanitária abrangem grande diversidade à medida que se amplia a produção de bens e serviços, quer sejam destinados à satisfação de necessidades fundamentais ou supérfluos, na sua maioria mercadorias e insumos de saúde ou meios de vida, o que reveste suas ações de grande complexidade. No atendimento desta multiplicidade de objetos, a vigilância sanitária detém o poder de polícia, atributo que o Estado tem para proteger a saúde (COSTA, 2009). Apesar destas ações serem de competência do Estado, “as questões de vigilância sanitária são de responsabilidade pública. O exercício de quaisquer atividades de interesse da saúde sob regulação sanitária implica responsabilidades de natureza civil, administrativa, penal e ético-profissional dos distintos atores.” (COSTA; SOUTO, 2014, p. 334).

As suas atribuições e formas de atuar variam desde a fiscalização, inspeção sanitária, licenciamento de estabelecimentos, elaboração de normas sanitárias, aplicação de penalidades, atividades educativas para a ampliação do conhecimento e compreensão das questões sanitárias, por parte da população e dos envolvidos nas atividades sujeitas à vigilância sanitária, bem como, monitoramento de produtos, de serviços e publicidade e propaganda, registro dos produtos, cadastramento de estabelecimentos, investigação de surtos e agravos e atendimento a denúncias (COSTA; SOUTO, 2014).

Para o serviço de saúde, a vigilância sanitária desenvolve “um conjunto de ações estratégicas no sistema de saúde, com a função de regular, sob o ângulo sanitário, as

atividades relacionadas à produção/consumo de bens e serviços de interesse da saúde, seus processos e ambientes, sejam da esfera privada ou pública” (COSTA, 2009).

As contribuições da vigilância sanitária para a qualidade dos serviços de saúde consistem na normatização dos procedimentos ou medidas para que os prestadores cumpram as condições técnicas do atendimento com eficácia e segurança nos procedimentos realizados, fiscalizando as condições sanitárias e de biossegurança dos mesmos, além da estrutura, evitando-se possíveis transmissões de doenças e reduzindo danos iatrogênicos ou infecções aos pacientes e profissionais de saúde (EDUARDO, 1998).

Na compreensão desta área, os conceitos de regulação, poder de polícia, segurança sanitária, responsabilidade pública e risco são primordiais. A primeira “regulação sanitária”, conforme Souza (2007), é entendida como um controle de objetos da vigilância sanitária, cujos riscos podem repercutir na saúde da população e representa a intervenção do Estado sobre as atividades de mercado.

Di Pietro (2001) esclarece que o poder de polícia tem o atributo de restringir o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público, através de atos normativos e administrativos ou operações materiais do executivo.

Segundo Lucchese (2008), o termo regulação sanitária engloba: “toda a parte de estudos de análise do risco, bem como as regulamentações dela decorrentes e as políticas de gerenciamento do risco empreendidas pelo Estado, que configuram sua intervenção na área do risco sanitário” (p. 49).

Já sob a responsabilidade pública da vigilância sanitária, diante da diversidade de serviços e produtos que podem portar riscos (COSTA, 2009), cabe a função de aparelho de Estado “coordenar, planejar e emitir medidas de proteção” nesses processos de consumo-produção na tentativa de “evitar incertezas, riscos e infortúnios” (COSTA; ROZENFELD, 2000). Contudo, nas questões de vigilância sanitária, diversos atores sociais estão envolvidos, desde os meios de comunicação, consumidores, cidadãos aos profissionais de saúde (COSTA, 2009).

A expressão “Segurança Sanitária” é um termo que ganha visibilidade com a criação da Anvisa (1999) e refere-se à necessidade de proteger a população dos riscos difusos advindos do modo de produção da sociedade contemporânea, ou promover o controle sanitário sobre os riscos socialmente construídos (COSTA, 2009).

Barbosa e Costa (2010) analisam a noção de segurança sanitária incorporada na vigilância sanitária com a criação da Anvisa e verificaram coexistir distintos sentidos atribuídos no uso e diversidade de objetos da vigilância sanitária. Na dimensão institucional identifica-se o sentido de segurança sanitária como estratégia institucional para a consecução da proteção e promoção da saúde, revelando os sentidos de estratégia, confiança e legitimidade almejados pela instituição perante a sociedade. Já na dimensão técnica, no sentido de relação risco/benefício aceitável, na perspectiva da proteção e promoção da saúde individual e coletiva, abrange produtos, tecnologias e serviços de saúde, objetos com finalidade diagnóstica e terapêutica, ampliando esta noção para vigilância de infecção hospitalar, fármaco e hemovigilância.

Na opinião de Durand (2001), um modelo de segurança sanitária coerente tem que se pautar na organização da gestão de riscos e compreenderia três vertentes: produtos para saúde, incluindo controle nos estabelecimentos de saúde, alimentos e meio ambiente.

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

Estas ações requerem uma integração do SUS nas três esferas de governo e com os demais níveis de atenção à saúde organizando-se para o controle de risco, reforçando o papel da vigilância sanitária de interventor no processo saúde-doença.

## 2.2 RISCO E VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O termo risco é polissêmico e possui diversos significados. No campo saúde, o risco pode ser considerado como

[...] uma **probabilidade de ocorrência** de um evento, em um determinado período de observação, em população exposta a determinado fator de risco, sendo sempre coletivo (ALMEIDA FILHO, 1997). Este conceito de risco é fundamental, mas insuficiente para a área de vigilância sanitária que também lida com o risco como **possibilidade de ocorrência** de eventos que poderão provocar danos à saúde, sem que se possa muitas vezes precisar qual o evento, e até mesmo se algum ocorrerá. (COSTA, 2014, p. 14)

Almeida Filho e Coutinho (2007, p. 126) apontam os múltiplos significados do conceito de risco, ao identificarem e avaliarem os pressupostos filosóficos das seguintes

formas de apresentação: a) “Risco” como perigo latente ou oculto no discurso social comum; b) “Risco Individual” como conceito da Clínica; c) “Risco Populacional” como conceito epidemiológico senso estrito; d) “Risco Estrutural”, nos campos da Saúde Ambiental/Ocupacional. Contudo, os autores fazem a ressalva da necessidade de atualização desse conceito, no sentido de incorporar a dimensão dos problemas de saúde em populações humanas, sob o enfoque da Saúde Coletiva, face à abordagem de objetos complexos emergentes. “Nesse sentido, propomos incorporar mais uma definição à lista dos conceitos de Risco acima: e) “Risco Contingencial”, operador do recém-constituído campo de práticas da Promoção da Saúde.” (ALMEIDA FILHO; COUTINHO, 2007, p. 126)

A vigilância sanitária tem uma ação de intervir em atividades que podem apresentar riscos, através da sua natureza regulatória no produto, processo, serviço ou ambiente, executando um conjunto de ações para prevenir, minimizar, eliminar riscos à saúde e que visam à proteção da saúde (COSTA, 2009).

Beck (1998) entende o termo risco como histórica e socialmente construído e associado à predição do futuro na busca do cálculo de probabilidade de ocorrência dos fenômenos. Ou seja, como a probabilidade ou possibilidade de ocorrência de um evento com consequências e motivador da criação de ferramentas para o seu controle, prognosticáveis e, por isso, controláveis.

Rangel (2007) define o conceito como um conjunto infinito de “objetos e situações” no cotidiano da sociedade que podem acarretar a probabilidade de danos à saúde coletiva; identifica uma influência com questões sociais, culturais, econômicas, políticas e ideológicas de cada ator social, exercendo percepções distintas no seu uso, aceitação, redução e/ou eliminação do risco.

Ayres (1995, p. 71) declara que o risco serve como um “orientador da intervenção em saúde, ou instrumento discriminador de diferentes probabilidades objetivas de danos em indivíduos, famílias e grupos sociais, fornecendo um critério tecno-científico para a organização à saúde”. Neste contexto, o risco enquanto elemento estratégico é capaz de discriminar e incorporar, nos processos de trabalho dos sujeitos, a mudança das práticas em saúde.

La Mendola (2005) traz a interpretação do risco como sinônimo de perigo, uma condição inerente da vida individual e social e que faz parte do conjunto de fatores que se

interpõem entre as ações dos agentes e a tentativa de alcançar os resultados desejados, implícita ou explicitamente, sendo necessária responsabilidade ao gerir o risco.

Guivant (1998) compreende que as percepções de risco se constroem em função do grau em que as instituições responsáveis pela determinação e administração deste termo são confiáveis ao público. Critica limites das abordagens técnicas e probabilísticas e esclarece a presença de riscos incertos que não possuem controle ou mitigação, desviando-se de qualquer cálculo. No entanto, Porto (2005) pontua que os riscos complexos e incertos são reconhecíveis, ou não, presentes na sociedade moderna, advindos dos avanços tecnológicos, num contexto de ignorância sobre seus efeitos e de como enfrentá-los.

Por fim, Leite e Navarro (2009, p. 77) trazem o risco potencial como a “possibilidade de ocorrência de um agravo à saúde, sem a descrição e quando ocorre a probabilidade do agravo, expressando um juízo de valor sobre a exposição em potencial a um possível risco, representando o risco do risco”.

Segundo Funtowicz e Ravetz (1977, p. 227 apud LEITE, 2007, p. 29), a análise de risco deve estar lastreada na ciência ou nas práticas cotidianas dos profissionais, que também devem estar baseadas nos conhecimentos técnico-científicos para definir níveis de controle sanitário aceitáveis. Nos anos 70, e em 1983, o *Food and Drug Administration* (FDA), através da *National Research Council* (Academia Nacional de Ciências) solicitou um estudo que estruturou um modelo de avaliação de risco em diversas áreas, naquele país, chamando esta obra de “*Risk Assessment in the Government: Managing the Process*”. A partir deste marco referencial, as ações regulatórias sobre riscos, ficam baseadas em dois elementos: avaliação de risco (*risk assessment*) e gerenciamento de riscos (*risk management*) (COSTA, 2011).

Luchese (2001) elucida os elementos da avaliação de risco: identificação do potencial de perigo, substâncias ou outros fatores que são suspeitos de causar danos à saúde, cuja presença significa algum grau de risco, avaliação de dose-resposta em que considera o tempo de exposição à substância e a concentração da substância para o desenho de uma curva de dose resposta; avaliação da exposição, que estima a extensão da exposição humana antes e depois da aplicação dos regulamentos e sua magnitude, e por fim, a caracterização do risco que descreve a natureza, a frequência da magnitude do risco humano, sua dose-resposta e se é possível descrever e categorizar o risco avaliado.

Com base nas informações da avaliação de riscos, o gerenciamento de riscos é realizado pela autoridade reguladora com três etapas: “opções regulatórias e tomada de

decisão, implantação das ações de controle e comunicação dos riscos e avaliação das ações de controle” (NAVARRO, 2009, p. 74). O resultado do juízo de valor será o estabelecimento dos limites de aceitabilidade e das ações de controle necessárias para manter os riscos dentro destes limites (NAVARRO, 2009, p. 74). O gerenciamento de riscos alia os resultados da avaliação de riscos, questões sociais, econômicas e políticas e seleciona a alternativa apropriada à ação reguladora (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1983 apud Navarro, 2009, p. 72).

Costa (2004) elucida também sobre as ações da vigilância sanitária sobre as tecnologias para saúde que portam benefícios e riscos intrínsecos aos serviços de interesse da saúde:

não se pode eliminá-lo sem eliminar o uso do objeto, podendo apenas ser minimizado. Assim, todas as tecnologias para saúde representam, essencialmente, algum tipo de risco e, caso exista alguma que não contenha riscos, provavelmente não será objeto da vigilância sanitária. Por possuírem riscos inerentes à sua natureza, as tecnologias devem ser utilizadas na observância do princípio bioético do benefício. (COSTA, 2004, p. 72)

Na atenção básica à saúde, os riscos existentes nos serviços prestados nessas unidades estão vinculados às atividades, infraestrutura, organização, processos de trabalho e são referidos por alguns autores, a seguir.

Grumach et al. (2007) identificam e discutem questões relacionadas com a dificuldade do uso da penicilina na rede de atenção básica de saúde, tomando como exemplo o caso da sífilis, ou seja, a aplicação de medicamentos à base de penicilina benzantina (benzetacil) para o tratamento de pacientes com sífilis possibilitando reações adversas nestes pacientes.

Oliveira (2009), ao avaliar o grau de qualidade da conservação de vacina nas unidades de atenção primária à saúde da região Centro-Oeste do estado de Minas Gerais, observou que alguns fatores comprometem este processo, tais como a inexistência de profissional atualizado em sala de vacina e a organização do refrigerador quanto à termoestabilidade. Os resultados demonstram que grande parte dos profissionais não cumpre as orientações previstas em caso do imunobiológico sofrer alterações de temperatura nas salas de vacina.

Para Chiodi e Marziale (2006), as evidências científicas da literatura nacional consideram que os trabalhadores das unidades, dentre elas, unidades básicas de saúde (UBS), unidades básicas e distritais de saúde (UBDS) e núcleos de saúde da família (NSF) estão expostos, frequentemente, aos riscos biológicos e, em uma pequena percentagem, aos ocupacionais.

Silva et al. (2002) verificam que o gerenciamento inadequado dos resíduos de serviços de saúde, dentro e fora dos serviços de saúde, possibilita agravos à saúde humana e ambiental associados a diferentes microrganismos patogênicos, ressaltando o risco à exposição biológica.

Fontana et al. (2016) consideram que as práticas inadequadas do reprocessamento de artigos nas UBS e estratégias de saúde da família favorecem infecções relacionadas à assistência na saúde, através da falta de insumos e condições necessárias ao correto processamento de artigos, como produtos apropriados para a desinfecção, uso de produtos incorretos, lavagem e secagem inadequada dos materiais.

Utilizou-se a definição de risco, conforme entendimento de Costa (2009) sobre a possibilidade de um processo, serviço, ambiente ou produto causar um evento à saúde, sem precisar qual e se algum evento ocorrerá.

### 2.3 SERVIÇOS DE SAÚDE

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizam-se os serviços de saúde num sistema, garantido mediante o comando único em cada esfera de governo. As ações de saúde passam a ser responsabilidade do Ministério da Saúde, na esfera federal, das secretarias estaduais ou municipais de saúde, nos estados e municípios (COSTA; SOUTO, 2014).

Serviços de saúde são aqueles destinados ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis (BRASIL, 2013). Definido também apenas como um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes (BRASIL, 2011).

Entre os serviços de saúde, a atenção básica ou atenção primária em saúde é o atendimento inicial (ambulatorial de primeiro nível) do SUS, que estabelece as UBS como as portas de entrada das redes de atenção à saúde, regulamentado pelo Decreto presidencial nº 7508/2011 (BRASIL, 2006, 2011). Esses estabelecimentos, que prestam ações e serviços de Atenção Básica (AB), adotam estratégias que ultrapassam o escopo dos serviços ofertados nas UBS, de forma que seja compatível com as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas e demandas de saúde da população adstrita, seja por meio da Estratégia Saúde da

Família ou outros arranjos de equipes de AB, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios (BRASIL, 2017)

No Brasil, a APS passa a ser chamada de atenção básica com o objetivo de “diferenciar das políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciar-se dos programas de APS seletivos e que eram difundidos pelas agências internacionais” (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 499). A atenção básica é designada como:

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É realizada sob forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que deve resolver os problemas mais frequentes e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e responsabilização (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 525).

A Portaria nº 2.488/2011, que trata da Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). As ações de atenção básica nos municípios e Distrito Federal devem ser realizadas nas UBS.

A Política Nacional de Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, fundamentada nos princípios da universalidade, da acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização e da humanização (BRASIL, 2006).

Quanto à infraestrutura, conforme Portaria 2436/ 2017, a Política Nacional de Atenção Básica recomenda que as UBS apresentem os seguintes ambientes: consultório médico e de enfermagem, consultório de ginecologia com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinas, área para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exames, sala de curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação, sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica, consultório odontológico com equipe odontológico completo, área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, sala de administração

e gerência, banheiro público e de funcionários, entre outros ambientes, de acordo com a necessidade (BRASIL, 2017).

O manual de estrutura física das UBS também prevê áreas de sala de espera, de reuniões e de agentes comunitários de saúde (ACS), escovário, área para compressor e bomba, copa e cozinha, almoxarifado, depósito de material de limpeza (DML), depósito de lixo e abrigo de resíduos (BRASIL, 2006, 2008).

Os programas relacionados à Atenção Básica são a Estratégia de Saúde da Família, que leva serviços multidisciplinares às comunidades, por meio das UBS, equipes de consultórios de rua, que atendem pessoas em situação de rua (grupo populacional, que se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados), o Programa Melhor em Casa, de Atendimento Domiciliar, o Programa Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal), Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), Programa Telessaúde Brasil Redes, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que busca alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades, Programa Saúde na Escola (PSE), Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF), Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), entre outros programas, ações e estratégias etc. As áreas estratégicas para a operacionalização da AB, definidas pelo Ministério da Saúde (MS), são: a eliminação da hanseníase e desnutrição infantil, o controle da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, a saúde da criança, da mulher, e do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Com esta gama de serviços e estratégias da atenção básica, “a vigilância sanitária atua na multiplicidade e diversidade de riscos, ampliando o escopo nas ações de controle sanitário, ao intervir em problemas sanitários relacionados aos objetos” (COSTA; SOUTO, 2014, p. 332).

Por isso, a vigilância sanitária tem um papel fundamental na proteção dos meios de vida e necessidades fundamentais da sociedade, ao regular estrategicamente as atividades de saúde que compõem a atenção em saúde, que são essenciais à integralidade do SUS e têm efeitos na saúde e qualidade de vida da população (COSTA; SOUTO, 2014).

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como objetivo descrever a situação sanitária de serviços de saúde na atenção básica no SUS, de Salvador-Bahia. Este estudo utilizou três fontes de dados: observação dos serviços com o uso de roteiro, entrevistas com profissionais e análise de documentos oficiais da vigilância sanitária, visando ampliar a compreensão do objeto de estudo.

O distrito selecionado foi o Cabula-Beiru, em razão da grande densidade geográfica e populacional e por apresentar o maior número de problemas do sistema de serviços de saúde, diagnosticados pelo Plano Municipal de Salvador (PMS) 2014-2017: a) primeiro lugar no número de óbitos maternos; b) terceira posição no número de casos de esquistossomose por ciclo de vida; c) quarta posição na taxa de mortalidade infantil; d) quarta posição na taxa de incidência de Tuberculose e Varicela; e) quinta posição no número de casos e coeficiente de incidência da doença meningocócica e no perfil epidemiológico de morbimortalidade das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

O Distrito Sanitário Cabula-Beiru insere-se na organização político-administrativa da subprefeitura bairro VIII, entre as 10 regiões administrativas existentes e é um dos 12 distritos sanitários (DS) do município de Salvador. Possui área geográfica de 25,89 km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 14.172,42 habitantes/km<sup>2</sup> e população de 392.542 habitantes, dos quais 184.814 são do sexo masculino e 207.728, do sexo feminino. Sua área de abrangência é composta por 81 bairros.

Esse distrito tem 17 unidades de saúde, representadas por 11 UBS, duas unidades de pronto atendimento (PA), um centro de apoio psicossocial (CAPS) e três unidades de saúde da família (USF). Desses serviços foram selecionados para o estudo, três UBS, escolhidas em decorrência de apresentarem um maior atendimento aos usuários, tamanho de unidade e disponibilizarem um grande e variado número de serviços (PMS, 2017); apenas na UBS II não foi disponibilizado o número de atendimentos da unidade.

As unidades básicas de saúde selecionadas são aqui denominadas de: UBS I, II e III, descritas a seguir.

A UBS I foi construída e inaugurada no ano de 1981 e reformada em 2002. Em 2015, o estabelecimento passou a ter dois tipos de serviços de saúde compartilhados em um mesmo espaço: a UBS e o PA. A média de atendimento/dia na unidade é de 300 pessoas.

Essa UBS é composta pelos seguintes ambientes: recepção; serviço de prontuário do paciente (SAME); administração; copa; três sanitários (um de funcionários, um de pacientes e um de pessoas portadoras de necessidades especiais) (PPNE); sala de imunização; sala de procedimentos; serviço social; sala de curativos; oito consultórios (clínico geral, pediátrico, ginecológico, nutrição, fisiologia, psicologia e de enfermagem); dois consultórios odontológicos (apenas um funcionando), com dois compressores odontológicos nas áreas abertas e farmácia. A unidade compartilha as seguintes estruturas com o PA: almoxarifado, Central de Material e Esterilização (CME) e abrigo de resíduos.

Os serviços ofertados da UBS I são: clínica médica, com atendimento a pacientes com tuberculose pulmonar e especialidades de pediatria e ginecologia; enfermagem com ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e realização de testes rápidos de vírus da imunodeficiência humana (HIV), sífilis e Hepatite B e C; odontologia; nutrição; administração de injeções; curativos; vacinas; fornecimento de medicação básica; administração do soro antirrábico; atividade de educação na atenção básica e para grupos especiais, como hipertensos, diabéticos, entre outros. Os programas disponibilizados são de imunização, controle de hipertensão e diabetes (coleta de glicemia capilar e aplicação de medicamentos para controle da diabetes *mellitus* e hiperdia), planejamento familiar, acompanhamento do pré-natal e de recém-nascidos (triagem neonatal, teste do pezinho, peso e altura de recém-nascidos), saúde da criança, mulher, homem e idosos e é a UBS de referência para atendimento antirrábico humano. As atividades de nebulização, reprocessamento do material odontológico e de curativos, coleta de material biológico, atendimento de paciente de urgência e acondicionamento dos resíduos de serviços de saúde no abrigo de resíduos são realizadas no PA e não na UBS.

A descrição dos recursos humanos das UBS I foi verificada no Plano de Gerenciamento de Serviços de Saúde (PGRSS): um (1) gerente de serviços de saúde; cinco (5) médicos; dois (2) odontólogos; dois (2) farmacêuticos; cinco (5) enfermeiros; três (3) nutricionistas e um (1) técnico de nutrição; dois (2) psicólogos; cinco (5) assistentes sociais; catorze (14) técnicos em enfermagem e dois (2) auxiliares em saúde bucal. O Distrito Sanitário do Cabula-Beiru não disponibilizou o cadastro de servidores das unidades estudadas.

A UBS II também divide um mesmo espaço com o PA, administrada por uma empresa de cogestão, o Instituto de Gestão e Humanização (IGH).

A unidade II tem três andares. O andar térreo contém as seguintes instalações físicas: recepção; serviço de prontuário do paciente; administração; um sanitário; uma sala de imunização; sala de procedimentos; sala de curativos; cinco consultórios – médico, nutrição, pediátrico, de enfermagem e ginecológico (o último consultório divide o espaço para atendimento de pacientes com tuberculose); farmácia. No segundo e no terceiro andar, ficam o PA com as seguintes instalações compartilhadas com a UBS: no térreo – abrigo de resíduos e almoxarifado; segundo andar – consultório de odontologia e CME; terceiro andar – posto de coleta.

Os serviços e programas ofertados na UBS II são os mesmos da unidade I, com exceção de serviços de odontologia e administração do soro antirrábico. O PA realiza atendimento de urgência e emergência 24h por dia e, em virtude da infraestrutura da UBS ser pequena e estar no mesmo espaço do PA, passou a efetuar também os serviços pertinentes à UBS – nebulização, acondicionamento de produtos no almoxarifado, coleta de material biológico, esterilização do material de curativo, atendimento odontológico e de paciente de urgência, acondicionamento de resíduos de serviços de saúde no abrigo de resíduos.

A descrição dos recursos humanos da UBS II também foi verificada no Plano de Gerenciamento de Serviços de Saúde (PGRSS) constando dos seguintes profissionais: um (1) gerente de serviços de saúde; cinco (5) médicos; dois (2) odontólogos; dois (2) farmacêuticos; cinco (5) enfermeiros; três (3) nutricionistas e um (1) técnico de nutrição; dois (2) psicólogos; cinco (5) assistentes sociais; catorze (14) técnicos em enfermagem e dois (2) auxiliares em saúde bucal.

A UBS III tem dois andares. O andar térreo possui as seguintes instalações: dois consultórios médicos; duas salas de ginecologia (com banheiro em anexo); uma de odontologia; uma sala de curativo; uma de enfermagem; uma do serviço social; uma de imunização; uma farmácia; uma sala de procedimentos; serviço de prontuário de paciente; dois banheiros. No primeiro andar há: dois banheiros; uma sala de reunião; copa; administração; almoxarifado; uma Central de Esterilização de Material (CME) com sala de utilidades, antecâmara e área limpa. Essa unidade possui os mesmos serviços e programas das UBS I e II e realiza também coleta de material biológico, tais como exames de sangue, de urina, fezes, etc. e não presta administração de soro antirrábico, nebulização e atendimento de urgência a pacientes.

Os recursos humanos da unidade III incluem: um (1) gerente de serviços de saúde; três (3) médicos; um (1) odontólogo; três (3) enfermeiros; um (1) nutricionista; quatro (4) técnicos

em enfermagem; três (3) auxiliares de enfermagem; um (1) técnico e um (1) auxiliar em saúde bucal; um (1) técnico de patologia clínica; seis (6) assistentes administrativos; dois (2) trabalhadores em serviços limpeza e conservação de áreas públicas; doze (12) agentes comunitários. A média de atendimento/mês é de: 640/mês de clínica médica, 926/mês de serviços de odontologia, 320/mês de enfermagem na atenção à mulher, 360/mês na atenção ao adulto, 85/mês de atendimento à criança, 320/mês de serviços de assistente social, 256/mês do serviço de nutricionista e 256/mês de ginecologia.

A coleta de dados foi realizada pela autora com a utilização dos seguintes instrumentos: um roteiro de observação nas UBS; análise de documentos oficiais (notificação e relatórios) emitidos pela vigilância sanitária, decorrentes do controle sanitário realizado nessas UBS e entrevista semiestruturada com profissionais-chave do distrito sanitário, entre eles, profissionais das unidades administrativas/UBS e da vigilância sanitária, mediante um roteiro.

O roteiro de observação foi adaptado de um roteiro de inspeção originalmente elaborado por um grupo de técnicos da vigilância sanitária de Salvador com formações distintas em enfermagem, odontologia e arquitetura e que utilizaram as normas sanitárias e o conhecimento dos requisitos técnico-sanitários essenciais da vigilância (Anexo A), incluindo: identificação das não conformidades nos serviços, segundo diretrizes da vigilância sanitária, para o desenvolvimento das atividades nas UBS (consultórios médicos, de enfermagem e de odontologia, sala de procedimentos, de imunização, de coleta e curativo, área de dispensação de medicamentos, almoxarifado, sala de utilidades e área limpa da sala de esterilização, depósito de material de limpeza (DML), abrigos de resíduos e área de compressores) (Apêndice A). As ações de controle sanitário foram examinadas através da análise dos documentos emitidos nas visitas técnicas às UBS.

Para a análise dos dados das observações das unidades foram definidas as seguintes categorias: infraestrutura; itens relacionados a processos de trabalho (procedimentos técnicos); documentação (observação e análise do manual de procedimentos operacionais, plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, levantamento radiométrico e testes de controle de qualidade do equipamento de raio-x odontológico, registros de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e análise da água, avaliação do projeto básico arquitetônico, qualificação e carteira de vacinação dos profissionais da equipe); gestão de qualidade (capacitação de profissionais, utilização de indicadores, implementação de POPs, controle de qualidade do processo de esterilização); equipamentos; e insumos.

Itens relacionados à infraestrutura: estrutura física da edificação e fluxos compatíveis com os serviços prestados; conservação; escoamento de água servida e proteção; instalações elétricas; existência de extintores de incêndio, exaustores e torneiras; número de reservatórios de água (duplo); acessibilidade; existência de sanitários em consultórios de ginecologia; pia em diversas áreas; lava-pés na sala de curativos; estrutura do abrigo de compressores odontológicos e de resíduos.

Itens relacionados a processos de trabalho: procedimentos de limpeza e higienização dos arredores, ambiente e equipamentos; reposição e troca de substâncias nas áreas; local de atendimento de pacientes com tuberculose e atividades compartilhadas; armazenamento dos kits de testes rápidos (HIV, Hepatite B e C), vacinas, produtos, saneantes e medicamentos; colocação de barreiras odontológicas no equipamento de odontologia; atendimento a itens da Portaria 453/98; procedimentos de biossegurança nas áreas, inclusive a desinfecção das linhas de água do equipo odontológico; gerenciamento de resíduos de serviço de saúde; controle de temperatura/umidade da farmácia/sala de vacina; manutenção da estabilidade da temperatura dos produtos; avaliação e supervisão dos processos de reprocessamento do material.

Itens relacionados à documentação: documentos e registros como manual de procedimentos operacionais e POP'S; plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS); levantamento radiométrico e testes de controle de qualidade do equipamento de raio-x odontológico (caso tenha equipamento de raio-x); registros de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos; qualidade da água do reservatório e da autoclave; avaliação do projeto básico arquitetônico; qualificação e carteira de vacinação dos profissionais da equipe; documentos que comprovem o controle integrado de pragas; programas e ações da higienização e desinfecção das áreas de imunização, farmácia, consultório de odontologia, curativos e almoxarifado.

Itens relacionados à gestão de qualidade: plano de educação permanente, tais como controle de riscos, implementação de procedimentos de biossegurança, normas e condutas, padronização dos processos de trabalho e periodicidade; de segurança biológica, química, física, ocupacional, ambiental; instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC), procedimentos e protocolos em caso de acidentes; manuseio e transporte de material e amostra biológica; monitoramento físico, químico e biológico e de Bowie & Dick; plano fundamentado na resistência das embalagens; controles escritos e registrados dos processos de esterilização; monitoramento dos resíduos de serviços de saúde gerados e indicadores.

Itens relacionados aos equipamentos: equipamentos e mobiliários básicos por áreas, inclusive mesa para exame ginecológico e equipamento na sala de suporte de urgência dos serviços prestados.

Itens relacionados aos insumos correspondem aos produtos para a saúde, tais como: materiais, artigos ou sistemas de uso ou aplicação médica ou odontológica, caixas de perfurocortantes, detergente enzimático, lixeiras para os resíduos, solução antisséptica, equipamentos de proteção individual, barreiras de proteção odontológica, kits de instrumentais, avental plumbífero e protetor de tireoide, material de suporte de urgência, incubadoras, indicadores biológicos, químicos e físicos, material de lavagem, enxague e secagem do CME, água de qualidade, sabão líquido, papel toalha e lençol descartável, caixas térmicas nas salas de procedimento e vacina.

No roteiro de observação adaptado manteve-se o critério de itens imprescindíveis e necessários aos serviços: o item imprescindível significa aquele que pode influir em grau crítico na qualidade ou segurança do atendimento e na segurança dos trabalhadores nas unidades, em sua interação com os produtos e processos durante o desenvolvimento de suas atividades; e o item necessário é aquele que pode influir em grau menos crítico na qualidade ou segurança do atendimento e na segurança dos trabalhadores nas unidades, em sua interação com os produtos e processos durante o desenvolvimento de suas atividades. Na avaliação de cada item foram consideradas as respostas: a) sim, cumprimento integral do item; b) não, não foram cumpridos; c) parcial, o item não foi cumprido na íntegra; d) NA, não se aplica.

Com o objetivo de examinar as normas sanitárias e aproximar-se ao objeto do estudo sobre as não conformidades, foram analisadas as portarias, resoluções, leis, decretos e manuais relacionados às atividades de vigilância sanitária nos serviços de saúde de atenção básica, tendo sido atualizadas nas páginas eletrônicas da Anvisa. Os documentos pertinentes às inspeções da vigilância sanitária nas UBS foram coletados na V.S./DSCB: notificações, relatórios ou outros similares (termo de viabilidade e localização, ato de designação de responsabilidade técnica e do gestor, documento do setor de recursos humanos, plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS), fichas do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde sobre instalações físicas, serviços de apoio e especializados e profissionais pela classificação brasileira de ocupações (CBO), programação físico-orçamentária das ações e procedimentos da unidade, certidão do conselho de classe de quitação e habilitação do profissional, selecionando as principais informações das visitas técnicas, documentos emitidos e tipos de ações realizadas pela V.S.

As entrevistas (Apêndice B) foram realizadas pela autora, com seis profissionais: um gestor do distrito, três profissionais de saúde (um de cada UBS) e dois técnicos da vigilância sanitária (um da equipe do nível central e outro distrital), com objetivo de captar o entendimento de cada profissional acerca dos itens de relevância no controle de riscos, ações sugeridas à vigilância sanitária para realizar o controle sanitário nas UBS, facilidades e dificuldades no processo de atendimento às solicitações da vigilância sanitária.

A primeira etapa consistiu no envio da carta de anuência pela Secretária Municipal de Saúde ao coordenador distrital sobre o tema, objeto, número de entrevistados, objetivos gerais e específicos e metodologia do estudo. Os profissionais foram escolhidos da seguinte forma: 1) o coordenador do distrito solicitou que fosse designado outro profissional, justificando estar num cargo de confiança, tendo sido indicado o subcoordenador do distrito; 2) os profissionais das UBS entrevistados foram os coordenadores de enfermagem, por indicação do coordenador da unidade; 3) os dois técnicos de vigilância sanitária (um da equipe do nível central e outro, do nível distrital). O profissional do nível central foi responsável pelas inspeções das unidades, conjuntamente com a equipe da vigilância sanitária do distrito; o outro, faz parte da equipe da vigilância sanitária do nível distrital e foram apresentados ao estudo, pela autora. Os entrevistados foram escolhidos entre aqueles que se dispuseram a conceder uma entrevista para este estudo.

Antes da realização das entrevistas foram encaminhados os roteiros da entrevista e da observação para cada participante. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela autora para codificação e análise. Os profissionais estão identificados como 1, 2, 3, 4, 5 e 6 para preservar a confidencialidade e anonimato das falas nas entrevistas.

Os entrevistados estão apresentados conforme sexo, idade, formação e experiência profissional de cada entrevistado; entendimento sobre os itens de relevância no controle sanitário das UBS, ações de controle sanitário consideradas importantes para a atuação da vigilância sanitária nas unidades, facilidades e dificuldades do processo de adequações nas unidades, solicitadas pela vigilância sanitária.

Antes da coleta de dados, foi feito contato com cada UBS participante, informando os objetivos do estudo; solicitou-se permissão da Subcoordenação de Vigilância Sanitária de Salvador para a realização das entrevistas presenciais com os profissionais vinculados às UBS e data definida para a coleta de dados (entrevistas). O período de coleta compreendeu o mês de dezembro de 2017 e janeiro de 2018.

A vigilância sanitária e a coordenação do distrito receberam os seguintes documentos: carta de autorização e consentimento do Subcoordenador da V.S. (Anexo A) para a realização do estudo, carta de anuência da pesquisa, emitida pela Coordenação de Desenvolvimento de Recursos Humanos (CDRH) (Anexo B), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os entrevistados e projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) sob o número 2.416.091 (Anexo C).

Os dados foram sistematizados com a utilização de matrizes, processados com o uso do *software excel* e dispostos em quadros referentes ao atendimento dos itens segundo o cumprimento ou não, ou cumprimento parcial.

## 4 RESULTADOS

A UBS I foi observada mediante aplicação de roteiro no período de três dias e as UBS II e III, num período de dois dias cada, totalizando sete dias de observação nessas unidades de saúde.

### 4.1 SITUAÇÃO SANITÁRIA DE UBS DO DISTRITO CABULA-BEIRU

#### 4.1.1 Dimensão: Infraestrutura

A situação das UBS estudadas quanto à estrutura física é apresentada no Quadro 1.

**Quadro 1 - Caracterização das condições de estrutura física das UBS Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

UBS	ADEQUAÇÕES OBSERVADAS NA ESTRUTURA FÍSICA	INADEQUAÇÕES FÍSICAS ENCONTRADAS
<b>UBS I, II e III</b>	Estrutura permite a higienização e acessibilidade. Corrente elétrica compatível aos equipamentos. Instalações hidráulicas.	<b>Comuns nas UBS I, II e III:</b> fiação exposta e ausência de tampas elétricas nas instalações elétricas; Ausência de exaustores no Depósito do Material de Limpeza (DML) e almoxarifado.
<b>UBS I</b>	Iluminação. Extintores de incêndio identificados. Reservatório de água. Lavatórios nos consultórios. Sala de ginecologia com banheiro. Pia cuba funda. Exaustor na sala de utilidades. Torneira que impede o contato das mãos no CME.	<b>Instalações:</b> edificação apresenta áreas com infiltrações como sala de curativo, consultório e abrigo de resíduos. Na área externa, vegetação alta, próxima a uma feira de hortifrúti e containers de lixo. <b>Consultórios médicos e de enfermagem:</b> sala exclusiva para atendimentos a pacientes com tuberculose, sem renovação adequada de ar. <b>Depósito de Material de Limpeza (DML):</b> não há exaustor ou estrutura de renovação de ar. <b>Abriço de resíduos:</b> azulejos quebrados em alguns pontos.
<b>UBS II</b>	Pia funda no DML. Abrigo de resíduos: fácil higienização, proteção, ponto de luz/água e acesso restrito.	<b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> são compartilhados com o PA. Na sala de utilidades, a torneira não impede o contato com as mãos durante o serviço. Na área limpa, não há exaustor. <b>Abriço de resíduos:</b> não há renovação de ar.
<b>UBS III</b>	<b>Diferencial na UBS III:</b> Coleta de material biológico na sala de procedimentos.	<b>Instalações:</b> ralos comuns não escamoteáveis (diversas áreas) e extintores de incêndio com validade vencida. <b>Compressores odontológicos:</b> sem tomada de ar externa. <b>Abriço de resíduos:</b> com acesso à área externa da unidade e sem ralo escamoteável.

Fonte: Observação mediante roteiro

Conforme o quadro 1 foram encontradas inadequações nas três UBS investigadas no que se refere às instalações, consultórios médicos e de enfermagem, na sala de utilidades e área limpa do CME, área do compressor odontológico, depósito de material de limpeza (DML) e abrigo de resíduos.

#### 4.1.2 Dimensão: Itens relacionados a Processos de Trabalho

A situação quanto a itens relacionados a processos de trabalho das UBS estudadas é apresentada nos quadros 2 e 3.

**Quadro 2 - Itens relacionados a processos de trabalho observados em UBS estudadas no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

UBS	ADEQUAÇÕES OBSERVADAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO	INADEQUAÇÕES DE ITENS RELACIONADOS A PROCESSOS DE TRABALHO
UBS I	<p>Ambiente limpo na unidade.</p> <p>Realiza parcialmente a troca e identificação das substâncias nas almotolias e gerenciamento de resíduos em algumas áreas.</p> <p>Consultórios de odontologia, kits individualizados de instrumentais.</p> <p>Procedimentos de raio-x não se aplicam por falta do equipamento.</p> <p>Vacina, realiza controle de temperatura, com registro em planilha, dos equipamentos que condicionam os imunobiológicos, têm registro de evento adverso (2017, 14 casos) e limpeza do refrigerador.</p> <p>Farmácia, refrigerador dos medicamentos limpo e organizado, sem incidência de luz e faz o controle de temperatura do ambiente e equipamento que condiciona termolábeis.</p> <p>CME realiza adequadamente a selagem da matéria.</p> <p>Almoxarifado, produtos armazenados de acordo com a indicação do fabricante.</p>	<p><b>Farmácia:</b> não mantém os medicamentos afastados da parede, sem empilhamento indicado pelo fabricante, sem controle de rotina de limpeza do refrigerador.</p> <p><b>Consultórios de odontologia:</b> ausência de desinfecção das linhas de água do equipo odontológico e tubulações/atendimento, ausência de água filtrada no reservatório do equipo odontológico, resíduos de amálgama sem identificação, não foi observada limpeza e higienização do ambiente, bancadas, superfícies e equipamentos, e implementação de procedimentos de trabalho em odontologia.</p> <p><b>Sala de curativos:</b> ambiente desorganizado e materiais estranhos no local.</p> <p><b>Depósito de Material de Limpeza (DML):</b> ambiente desorganizado, sujo, e com materiais estranhos (bolsa, caixas de perfurocortante vazias, sapato etc.).</p> <p><b>Abrigo de resíduos:</b> ambiente sujo, desorganizado, contêineres sem identificação e gerenciamento por tipo de resíduos.</p> <p><b>Área de compressores odontológicos:</b> materiais estranhos (vassoura, sacos de linhaça, lata de tinta, lixeira etc.) e no internamento o equipamento contém sujidades.</p>

<p><b>UBS II</b></p>	<p>Ambiente limpo na unidade e arredores.</p> <p>Realiza parcialmente troca e identificação de substâncias nas almotolias e o gerenciamento de resíduos em algumas áreas.</p> <p>Sala de vacina existe controle e registro diário de temperatura dos equipamentos que condicionam os imunobiológicos e do ambiente do local, refrigerador da vacina limpo e organizado.</p> <p>CME, material reprocessado, com identificação no invólucro, data e assinatura do profissional.</p> <p>Farmácia, os medicamentos sem incidência de luz, afastados das paredes e do contato com o chão, respeitando o empilhamento mínimo e prazos de validade dos medicamentos e tem o controle de temperatura do ambiente no local.</p> <p>Almoxarifado, alguns produtos armazenados pela indicação do fabricante.</p> <p>CME realiza adequadamente a selagem do material.</p> <p>Depósito de Material de Limpeza, produtos com registro do MS-Anvisa.</p>	<p><b>Imunização:</b> ausência de procedimentos de: registro de temperatura (entre a mínima e máxima) do equipamento, da vacina sob suspeita (oscilações de temperatura que superam a máxima e mínima de 2°-8° C), evento adverso à vacina aplicada e limpeza dos equipamentos.</p> <p><b>Farmácia:</b> refrigerador desorganizado e ausência de procedimentos para: boas práticas de armazenamento dos medicamentos garantindo a manutenção da sua estabilidade, limpeza do refrigerador, registro do controle diário da umidade do ambiente e da temperatura do refrigerador dos termolábeis.</p> <p><b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> materiais e produtos inadequados também na secagem de instrumentais.</p> <p><b>Sala de curativos:</b> ambiente desorganizado e materiais estranhos no local.</p> <p><b>Depósito de Material de Limpeza (DML):</b> ambiente desorganizado, materiais estranhos (sapatos etc.), não mantém os produtos afastados de parede e teto e no chão e uso inadequado de produto pela indicação do fabricante e ausência de protocolo de higienização.</p> <p><b>Abrigo de resíduos:</b> ambiente com higiene inadequada e sem identificação dos resíduos em todas as bombonas.</p>
<p><b>UBS III</b></p>	<p>Ambiente limpo na unidade e arredores.</p> <p>Observado procedimentos de lavagem das mãos por alguns profissionais.</p> <p>Realiza parcialmente troca e identificação de substâncias nas almotolias e o gerenciamento de resíduos em algumas áreas.</p> <p>Vacina, realiza o controle de temperatura dos equipamentos que condicionam os imunobiológicos e de alguns dias do controle diário do ambiente, limpeza e organização do refrigerador.</p> <p>CME, material reprocessado com identificação do invólucro com registros diversos (data do reprocessamento e assinatura do profissional ou data da validade e reprocessamento).</p> <p>Farmácia, os medicamentos sem incidência de luz, afastados das paredes e do contato com o chão respeitando o empilhamento mínimo dos medicamentos e faz o controle de temperatura do ambiente, apesar de não diariamente.</p> <p>Almoxarifado, alguns produtos armazenados pela indicação do fabricante.</p> <p>Observa-se alguns procedimentos de trabalho nas áreas (consultório de odontologia, de enfermagem, imunização, etc.) como no consultório odontologia, kits de instrumentais individualizados e limpeza da cuspideira após cada procedimento.</p> <p>Sala de procedimento, amostras biológicas com identificação parcial do paciente conforme RDC 302/05.</p> <p>Depósito de Material de Limpeza (DML), produtos afastados do chão e da parede.</p>	<p><b>Imunização:</b> ausência de controle diário de temperatura do ambiente; inexistência de procedimento implementados nas oscilações de temperatura do equipamento que condiciona as vacinas; registros ausentes nos itens de limpeza da geladeira, umidade do ambiente e evento adverso à vacina aplicada.</p> <p><b>Farmácia:</b> refrigerador e ambiente (bolsa, ventilador) desorganizados, ausência de procedimentos de boas práticas de armazenamento dos medicamentos garantindo a manutenção da sua estabilidade, ausência de controle diário da temperatura do ambiente e sem o controle de temperatura do equipamento que condiciona termolábeis, bem como ausência da rotina de limpeza e procedimentos de armazenamento de medicamentos afastados da parede/chão.</p> <p><b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> incluindo também ausência de EPIS completos para o profissional, de seladora no lacre dos pacotes e secagem do material com papel toalha reciclável.</p> <p><b>Sala de procedimentos:</b> ausência de procedimento de trabalho conforme a RDC 302/2005 e controle de temperatura das amostras biológicas até o momento do transporte.</p> <p><b>Depósito de material de limpeza (DML):</b> ambiente desorganizado (sapato) e ausência de segregação e armazenamento dos produtos por tipo e finalidade; ausência de treinamento do uso do produto e como ocorre a higienização.</p> <p><b>Abrigo de resíduos:</b> bombonas com resíduos não identificados.</p> <p><b>Compressores odontológicos:</b> na 1º visita, estava sujo.</p>

Fonte: Observação mediante roteiro

Conforme o quadro 2, na dimensão itens relacionados a processos de trabalho foram encontradas inadequações nas três unidades investigadas quanto a procedimentos de biossegurança, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, armazenamento de medicamentos na área de farmácia, armazenamento dos kits de testes rápidos e registro dos

resultados dos testes nos pacientes atendidos, armazenamento de produtos no almoxarifado e atividades do CME. O quadro 3 descreve inadequações de itens relacionados a processos de trabalho comuns nas unidades estudadas.

Chama a atenção, nas três unidades, na área do CME, inadequações significativas a exemplo da ausência de registros diários dos indicadores biológicos. Nas UBS II e III, na área da farmácia, inexistência do registro diário da temperatura do equipamento que acondiciona termolábeis. Na UBS II, no CME, a secagem dos instrumentais é realizada com compressas que soltam partículas e na UBS III, na sala de procedimentos, não existe o controle de temperatura da amostra biológica coletada, após quatro horas e nem de transporte do material.

**Quadro 3 - Inadequações de itens comuns relacionados a processos de trabalho em UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

<b>Inadequações de itens comuns relacionados a processos de trabalho em UBS no Distrito Sanitário Cabula-Beiru, Salvador, 2017</b>	
<b>UBS I e III</b>	<p><b><u>CONSULTÓRIO DE ODONTOLOGIA</u></b> Ausência de desinfecção das linhas de água do equipo odontológico e tubulações, de água filtrada no reservatório do equipo odontológico e uso de barreiras de proteção.</p> <p>Não foi observada limpeza e higienização do ambiente, bancadas, superfícies e equipamentos (cadeiras odontológicas, refrigeradores, macas etc.). Compressores odontológicos sujos.</p>
<b>UBS I UBS II UBS III</b>	<p>Ausência de implementação dos procedimentos de biossegurança, a exemplo de lavagem das mãos entre os procedimentos, não utilização de EPIs etc.</p> <p>Implementação deficiente do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e no abrigo de resíduos, sem identificação das bombonas por tipo de resíduos.</p> <p>Material reprocessado sem identificação completa na sala de curativo e odontologia (2 Unidades).</p> <p>Procedimentos parciais de troca e identificação de substâncias das almotolias em diversas áreas (curativo etc.).</p> <p>Sala de enfermagem, ausência de armazenamento e de controle de temperatura adequado dos kits de teste rápidos (HIV, sífilis, hepatite B e C) e deficiência da rastreabilidade do paciente atendido ao não identificar no livro de resultados, lote dos kits e informações dos pacientes.</p> <p>Imunização, acondicionamento de resíduos infectantes nas caixas de perfurocortantes.</p> <p>Farmácia, produtos vencidos e/ou avariados no local e ausência de registro do controle de umidade do ambiente.</p> <p>CME, materiais e produtos inadequados na lavagem de instrumentais, água sem registro da qualidade, embalagens dos materiais reprocessados identificados sem as informações completas, uso de produtos na desinfecção química sem atender a indicação do fabricante e a concentração do produto; não disponibiliza o registro diário do indicador biológico; não há protocolo de transporte do material reprocessado e técnico de enfermagem responsável pela área.</p> <p>Almoxarifado, produtos armazenados em desacordo com indicação do fabricante, mas há registro de temperatura e umidade do local.</p>

Fonte: Observação mediante roteiro

### 4.1.3 Dimensão: Documentação

A situação das UBS investigadas quanto à documentação é apresentada nos Quadros 4 e 5.

**Quadro 4 - Documentação das UBS I, II e III no Distrito Sanitário Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

UBS	DOCUMENTOS EXISTENTES	INADEQUAÇÕES
I	<p>Livro de registro/sistema de informação dos atendimentos da sala de procedimento e sala de enfermagem, e registro completo do livro da sala de curativo e imunização.</p> <p>Registro de manutenção preventiva de alguns equipamentos (refrigerador da vacina etc.), POP'S, PGRSS.</p> <p>Registro de limpeza do reservatório de água.</p> <p>Registro de entrada e saída dos medicamentos da farmácia pelo SISFARMA.</p> <p>CME, alguns registros de controle dos indicadores biológicos.</p> <p>Certificado de desinsetização e desratização do ambiente.</p>	<p><b>Imunização:</b> ausência de normas escritas sobre o procedimento operacional de vacinas sob suspeita e sobre limpeza do refrigerador.</p> <p><b>Farmácia:</b> ausência de registros: controle da umidade do ambiente, controle e registros de reações adversas de medicamentos, programas e ações de farmacovigilância implantados ou implementados e verificação de ações de prescrição racional de medicamentos (baseado na RDC 44 de 2009 e Política Nacional de Medicamentos).</p> <p><b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> ausência de registros: controle de qualidade da água; monitoramento de processo de esterilização por indicadores físicos e químicos; limpeza e intervenções da autoclave; dos registros diários do indicador biológico.</p> <p><b>Almoxarifado:</b> ausência de registro de temperatura e umidade do local.</p> <p><b>Área de compressores odontológicos:</b> falta de registro de manutenção e de troca do filtro do compressor.</p>
II	<p>Registro no sistema de informação da área da farmácia e imunização;</p> <p>Registro parcial dos livros de atendimentos aos pacientes no curativo, sala de procedimentos e resultados dos kits dos testes rápidos da sala de enfermagem;</p> <p>Registro de controle parcial dos indicadores biológicos.</p>	<p><b>Imunização:</b> ausência de registro escrito de rotina sobre o procedimento operacional de vacinas sob suspeita e de limpeza dos equipamentos e ambiente.</p> <p><b>Farmácia:</b> ausência de registro: diário de controle de temperatura do equipamento que condiciona termolábeis; controle da umidade do ambiente; controle e registros de reações adversas de medicamentos; programas e ações de farmacovigilância implantados ou implementados; verificação de ações de prescrição racional de medicamento (baseado na RDC 44 de 2009 e Política Nacional de Medicamentos).</p> <p><b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> ausência de registros de controle de qualidade da água e do reservatório da autoclave, do monitoramento e registros de processo de esterilização por indicadores físicos e químicos e limpeza e intervenções da autoclave. Não apresenta registros diários do indicador biológico.</p> <p><b>Curativos:</b> ausência de informações completas no livro de registro dos atendimentos (procedimento realizado e assinatura do profissional responsável pelo atendimento).</p> <p><b>Sala de procedimento:</b> ausência de informações completas no livro de registro de atendimentos aos pacientes (lote do medicamento, prescritor e horário do procedimento).</p> <p><b>Almoxarifado:</b> ausência de registro de temperatura e umidade do local.</p>

<p><b>III</b></p>	<p>Registro no sistema de informação da área da farmácia e imunização;</p> <p>Registro incompleto nos livros de atendimentos aos pacientes no curativo, na sala de procedimentos e na sala de enfermagem referentes aos resultados dos kits dos testes rápidos.</p> <p>Registro de limpeza do reservatório de água</p> <p>Registro de controle parcial dos indicadores biológicos.</p> <p>Manutenção preventiva do refrigerador da vacina.</p>	<p><b>Imunização:</b> ausência de registro de rotina sobre o procedimento operacional de vacinas sob suspeita e de limpeza da geladeira.</p> <p><b>Farmácia:</b> ausência de registro: de controle de temperatura do equipamento que acondiciona termolábeis; do controle da umidade do ambiente; de controle e registros de reações adversas de medicamentos; de programas e ações de farmacovigilância implantados ou implementados; verificação de ações de prescrição racional de medicamento (baseado na RDC 44 de 2009 e Política Nacional de Medicamentos).</p> <p><b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> não apresenta registros diários do indicador biológico.</p> <p><b>Sala de procedimentos:</b> ausência de um livro de ocorrências para as atividades; na coleta de material biológico, ausência de um sistema de dados informatizado ou/ manual e registro de transporte do material biológico coletado; informações incompletas do cadastro dos pacientes, a exemplo, de número de registro de identificação do paciente, nome e contato do responsável em caso de menor de idade ou incapacitado.</p>
-------------------	--	---

Fonte: Observação mediante roteiro

Conforme o quadro 4, na dimensão documentação foram encontradas inadequações nas três unidades investigadas quanto a procedimentos escritos da sala de imunização, farmácia, do CME, da sala de procedimentos, almoxarifado e área do compressor odontológico. O quadro 5 descreve inadequações comuns da documentação nas UBS estudadas relacionadas a procedimentos gerais, manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos; procedimentos escritos de biossegurança, entre outros.

Chama a atenção nas três unidades investigadas, no CME, ausência de monitoramento físico, químico e registros diários do indicador biológico e limpeza e intervenções da autoclave. Nas UBS II e III não foram apresentados os mesmos documentos da UBS I, inclusive o PGRSS, manuais de procedimentos operacionais e na área da farmácia, registro diário de controle da temperatura do equipamento que acondiciona os termolábeis. Na UBS III, na sala da coleta de material biológico, não disponibilizou o cadastro dos pacientes com informações completas e registro de transporte do material biológico coletado.

**Quadro 5 - Inadequações comuns das documentações das UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

<b>INADEQUAÇÕES COMUNS DAS DOCUMENTAÇÕES DAS UBS NO DISTRITO SANITÁRIO CABULA-BEIRU, SALVADOR, 2017</b>	
<b>UBS II e III</b>	<p>Ausência de registro de manutenção preventiva e corretiva de equipamentos, manual, POPS, certificado de desinsetização e desratização do ambiente etc.</p> <p>Ausência de registro de treinamento dos profissionais.</p>
<b>UBS I e III</b>	<p>Ausência de procedimento escrito para acidente de trabalho, de limpeza e higienização do ambiente, bancadas, superfícies e equipamentos e de implementação de procedimentos de trabalho em odontologia.</p> <p>Ausência de registro de manutenção e troca do filtro do compressor odontológico.</p>
<b>UBS I UBS II UBS III</b>	<p>Procedimentos gerais: ausência de atestados de saúde ocupacional e de carteiras de vacinação dos profissionais das UBS; do laudo de análise da água do reservatório e de autoclave.</p> <p>Imunização: ausência de rotina escrita sobre o procedimento operacional de vacinas sob suspeita, de limpeza do refrigerador etc.</p> <p>Farmácia: falta de registro de controle de umidade do ambiente, ausência de controle e registro de reações adversas, programas e ações de farmacovigilância implantados ou implementados e verificação de ações de prescrição racional de medicamentos (baseado na RDC 44 de 2009 e Política Nacional de Medicamentos).</p> <p>CME: Ausência de registros de controle de qualidade da água da autoclave, de monitoramento de processo de esterilização por indicadores físicos e químicos, de registro de limpeza e intervenções da autoclave e não tem os registros diários do indicador biológico.</p> <p>Sala de procedimentos e curativos: ausência de informações completas no livro de registro de atendimentos aos pacientes (lote do medicamento, prescritor, horário do procedimento etc.).</p>

Fonte: Observação mediante roteiro

#### 4.1.4 Dimensão Gestão de Qualidade

A situação quanto à gestão de qualidade das UBS é apresentada no quadro 6.

**Quadro 6 - Gestão de qualidade em UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

UBS	ADEQUAÇÕES	INADEQUAÇÕES
<b>UBS I, II, III</b>	Existência de registros de alguns indicadores biológicos nas três unidades.	<p>Inexistência de plano de educação permanente dos profissionais.</p> <p>Ausência de registro do quantitativo de resíduos gerados/mês, da utilização de indicadores e percentual de reciclagem.</p> <p>Ausência de registro de normas e condutas: de segurança biológica, química, física, ocupacional, ambiental; de instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC), de procedimentos e protocolos em caso de acidentes, procedimentos incompletos de biossegurança.</p> <p>POPS não implementados.</p> <p>Ausência do monitoramento de qualidade da água, de controle de qualidade do processo de esterilização (físico e químico) e de plano de avaliação da integridade das embalagens.</p> <p>Não apresenta monitoramento diário do indicador biológico.</p>
<b>I</b>		<b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> ausência de teste de Bowie & Dick.
<b>II</b>		-
<b>III</b>		-

Fonte: Observação mediante roteiro

No quadro 6, na dimensão gestão de qualidade foram encontradas inadequações nas três unidades investigadas relacionadas a plano de educação permanente dos profissionais, resíduos de serviços de saúde, normas e condutas dos técnicos, procedimentos operacionais padrões (POPs), qualidade da água e processo de esterilização. Chama a atenção nas três unidades apenas alguns registros dos indicadores biológicos do CME e na UBS I, autoclave de bomba de vácuo, não utilizando o teste de Bowie & Dick.

### 4.1.5 Dimensão Equipamentos

A situação quanto aos equipamentos das UBS estudadas é apresentada no Quadro 7.

**Quadro 7 - Equipamentos das UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

UBS	EQUIPAMENTOS EXISTENTES	EQUIPAMENTOS FALTANDO/ DESGASTADOS
<b>I</b>	Equipamentos completos nas áreas, exceto no consultório de odontologia (raio-x).  CME e sala de curativo, sem armários em condições de uso.  Sala de procedimento sem refrigerador.	<b>Sala de imunização:</b> sem maca, contrariando a RDC 197/2017.  <b>Área limpa da CME I:</b> ausência de armários para guarda de material reprocessado.  <b>Consultórios de odontologia:</b> (sem funcionar todas as atividades): Ausência de raio-x, e negatoscópio.  <b>Na sala de curativos:</b> sem mesa auxiliar.
<b>II</b>	Equipamentos completos nas áreas, exceto na sala de procedimentos sem mesa auxiliar.  Sala de vacina, ausência de armário.  Sala de curativo, ausência de cadeira, mesas de escritório e armário vitrine.	<b>Área limpa da CME I:</b> ausência de armários para guarda de material reprocessado.  <b>Sala de curativos:</b> cadeira e mesa tipo escritório auxiliar ausentes.  <b>DML:</b> sem armário.
<b>III</b>	Equipamentos completos, exceto na sala de curativo.  CME sem armários em condições de uso.	<b>Área limpa da CME I:</b> ausência de armário adequado para armazenamento de material reprocessado. Autoclave oxidada na lateral do equipamento.  <b>Consultórios de odontologia:</b> (sem o funcionamento de todas as atividades): ausência de raio-x e megascópio.  <b>Sala de procedimentos:</b> sem maca e com cadeira reclinável quebrada.

Fonte: Observação mediante utilização de roteiro

No quadro 7, na dimensão equipamentos, as três UBS estudadas apresentam, na maioria das áreas, equipamentos básicos para as atividades existentes, com exceção de maca na sala de imunização. Nas UBS I, II e III verifica-se inexistência de armários adequados para diversas áreas como CME e na sala de vacina.

#### 4.1.6 Dimensão Insumos

A situação das UBS estudadas quanto aos insumos é apresentada no quadro 8.

**Quadro 8 - Insumos das UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

UBS	EXISTENTES	INSUMOS FALTANDO
<b>UBS I, II e III</b>	Lixeiras para os resíduos, sabão líquido, incubadoras e indicadores biológicos.	<p><b>Comuns:</b> produtos de uso contínuo, tais como sabão líquido, caixas de perfurocortante, infectantes e químicos em todas as áreas, termo-higrômetro, materiais e produtos adequados à lavagem e secagem de instrumentais, EPIs para funcionários (luva de proteção térmica), água de qualidade para lavagem dos instrumentais, lençol descartável.</p> <p><b>Nas UBS I e II:</b> caixas térmicas para o acondicionamento do material coletado (teste do pezinho).</p> <p><b>Nas UBS I e II:</b> insumos de barreiras do equipo odontológico na haste de mesa auxiliar, ponta de mangueira do sugador, base de rotores e pontas descartáveis para seringa tríplice.</p>
<b>I</b>	Lixeiras para os resíduos, solução antisséptica, sabão líquido e EPI parcialmente em algumas áreas.  Incubadoras e indicadores biológicos.	<p><b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> O enxágue dos produtos é feito com água da torneira e a do reservatório da autoclave com osmose reversa.</p> <p><b>Consultórios de odontologia (sem funcionamento de todas as atividades):</b> kits de instrumentais aparentava ser antigo e embalagens eram pouco íntegras.</p>
<b>II</b>	Lixeiras para os resíduos, com exceção de algumas de perfurocortantes nas áreas, papel toalha e sabão líquido, parcialmente em todas as áreas.  Incubadoras e indicadores biológicos.	<p><b>Imunização:</b> Não se verificou maca fixa para administração de vacinas.</p> <p><b>Sala de utilidades e área limpa da CME I:</b> O enxágue dos produtos é feito com água da torneira e a do reservatório da autoclave com filtro.</p>
<b>III</b>	Lixeiras para os resíduos, solução antisséptica e sabão líquido.  Parcialmente em todas as áreas, EPI no consultório de odontologia, presença de incubadoras, de indicadores biológicos e torpedo de oxigênio (sala de curativo).	<p><b>Imunização:</b> Não se verificou maca fixa para administração de vacinas.</p> <p><b>Sala de procedimentos:</b> Ausência de insumos de atendimento de urgência.</p>

Fonte: observação mediante utilização de roteiro

No quadro 8, na dimensão insumos, foram encontradas inadequações nas três UBS estudadas referentes à quantidade insuficiente ou indisponível de insumos em todas as áreas. Chama a atenção, a inexistência de termo-higrômetro, materiais e produtos na secagem de instrumentais da CME; e na unidade III, não foi visualizado material de atendimento de urgência.

## 4.2 PERCEPÇÕES DOS ENTREVISTADOS SOBRE AS AÇÕES DE V.S. NAS UBS

Os dados apresentados a seguir são resultantes das entrevistas com os profissionais do Distrito Sanitário do Cabula-Beiru e com os técnicos de vigilância sanitária.

**Quadro 9 - Profissionais entrevistados do Distrito do Cabula-Beiru e V.S. (Salvador, 2017)**

PROFISSIONAIS	GRADUAÇÃO	FAIXA ETÁRIA/SEXO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA
Profissional 1 (V.S.)	Enfermagem	30-40 anos Feminino	3 anos e 5 meses
Profissional 2 (V.S.)	Farmácia	50-60 anos Feminino	21 anos
Profissional 3 (UBS I)	Enfermagem	30-40 anos Feminino	12 anos
Profissional 4 (UBS II)	Enfermagem	30-40 anos Feminino	4 anos
Profissional 5 (UBS III)	Enfermagem	50-60 anos Feminino	23 anos
Profissional 6 (Gestor)	Enfermagem	40-50 anos Masculino	7 anos

Fonte: Entrevistas

Dos seis profissionais entrevistados, cinco são enfermeiros e um é farmacêutico. Possuem experiência profissional entre 3 e 23 anos, dois num período de 3-4 anos, um de sete anos, um de 12 anos e dois de 21-23 anos. Em relação à idade, três deles têm entre 30-40 anos, um deles entre 40-50 anos e dois deles entre 50-60 anos, conforme Quadro 9.

Nos Quadros 10, 11 e 12 apresentam-se os posicionamentos dos entrevistados a respeito de quais os itens considerados de relevância para o controle de risco, as ações que devem ser realizadas pela V.S. para este controle e facilidades e dificuldades no processo de adequações solicitadas pela vigilância sanitária.

#### 4.2.1 Posicionamentos do Gestor

**Quadro 10 - Posicionamentos do Gestor do Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

ENTREVISTADO	ITENS DE RELEVÂNCIA NO CONTROLE DE RISCOS	AÇÕES SUGERIDAS PARA A V.S. REALIZAR NO CONTROLE SANITÁRIO DAS UBS	FACILIDADES E DIFICULDADES NO ATENDIMENTO ÀS SOLICITAÇÕES DA V.S.
<p><b>Profissional 6 (Gestor)</b></p>	<p>Riscos ergonômicos.</p> <p>Riscos no fornecimento e administração de medicamentos, nas salas de vacina, nos consultórios e de procedimento.</p> <p>Infraestrutura inadequada e falta de manutenção na unidade.</p> <p>Armazenamento e controle inadequado dos imunobiológicos na sala de vacina.</p> <p>Falta de insumos na sala de curativo, em consultórios, vacinas e enfermagem, a exemplo de material para coleta de preventivo e realização de testes rápidos de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.</p> <p>Transporte inadequado de imunobiológicos do nível Central às unidades, principalmente em função do clima de Salvador e logística complexa no monitoramento da temperatura destes imunobiológicos.</p>	<p>Melhor planejamento das ações da V.S.</p> <p>Unidades só recebem a visita da V.S. numa denúncia ou processo de de licença sanitária.</p>	<p><b>Facilidades</b></p> <p>Empenho e motivação da equipe.</p> <p>Planejamento diretamente com os gestores das unidades e junto com as chefias de enfermagem, responsáveis dos setores (antecipar os problemas).</p> <p>Melhoria da relação de comunicação com as unidades entre gestores das unidades e chefias de enfermagem.</p> <p>Parceria com diversos atores sociais.</p> <p><b>Dificuldades</b></p> <p>Número de profissionais reduzido.</p> <p>Demandas grandes.</p> <p>Infraestrutura deficiente quanto ao espaço físico.</p> <p>Ausência dos equipamentos ou sua deficiente manutenção.</p>

Fonte: Entrevista com profissional gestor

O gestor compreende que os itens de relevância indicados para o controle de riscos nas UBS são: ausência de insumos nas salas de procedimento, imunização, curativo e enfermagem; transporte dos imunobiológicos do nível central aos distritos e unidades, bem como o monitoramento da temperatura dos imunobiológicos neste processo; armazenamento inadequado dos imunobiológicos na sala de vacina; infraestrutura inadequada existente na unidade e os riscos ergonômicos para os profissionais.

A ação sugerida para a vigilância realizar no controle sanitário das UBS foi melhorar o planejamento das ações e fazer suas visitas não só por denúncia ou processo de licenciamento sanitário.

Entre as facilidades estão “empenho e motivação da equipe de profissionais”; planejamento dos problemas existentes com os gestores das unidades e chefias de

enfermagem; melhoria da relação de comunicação com as unidades e parceria com diversos “atores sociais”. Quanto às dificuldades citadas pelo entrevistado foram ressaltadas a ausência de equipamentos ou de manutenção dos mesmos; infraestrutura física deficiente da unidade; grande número de serviços existentes; o excesso de serviço e número reduzido de profissionais.

#### 4.2.2 Posicionamentos dos Profissionais das UBS

**Quadro 11 - Posicionamentos dos profissionais das UBS no Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

ENTREVISTADOS	ITENS DE RELEVÂNCIA NO CONTROLE DE RISCOS	AÇÕES SUGERIDAS PARA A V.S. NO CONTROLE SANITÁRIO NAS UBS	FACILIDADES/ DIFICULDADES NO ATENDIMENTO ÀS SOLICITAÇÕES DA V.S.
<b>P3 da unidade I</b>	<p>A entrevistada, como enfermeira, considera que todas as atividades/serviços trazem um risco em maior ou menor grau, não são isentos de risco.</p> <p>Ausência de implementação dos manuais e POPs.</p> <p>Gerenciamento deficiente de resíduos de serviços de saúde, inclusive podendo acarretar acidentes com perfurocortante.</p> <p>Ausência de higienização e desinfecção do ambiente de trabalho.</p> <p>Não adequação aos processos de trabalho e infraestrutura, entre eles os serviços dos consultórios de odontologia e sala de procedimento.</p> <p>Acondicionamento inadequado de material e medicamentos no almoxarifado.</p> <p>Inadequação do acondicionamento dos imunobiológicos e do controle da temperatura de refrigeradores e câmaras (vacina e farmácia).</p> <p>Inadequação do registro de temperatura dos produtos da farmácia.</p>	<p>Atualização, capacitação e reciclagem dos profissionais de saúde e da V.S.</p> <p>Periodicidade das inspeções e acompanhamento permanente das unidades, não só visitas pontuais e direcionadas para liberação do alvará de saúde.</p> <p>Discussão com o profissional sobre os riscos e o que poderia ser feito, construindo estratégias conjuntas.</p> <p>Informações e comunicação integrada da V.S. para todas as áreas competentes da gestão.</p>	<p><b>Facilidades</b></p> <p>Recomendações da V.S. diretas e linguagem de fácil entendimento.</p> <p><b>Dificuldades</b></p> <p>Demandas grandes, sobrecarga de atividades e número reduzido de profissionais prejudicando uma ação reflexiva sobre as atividades realizadas na prática e controle de riscos.</p> <p>Infraestrutura da unidade pequena, principalmente nos casos de compartilhamento de CME no PA e número elevado de serviços.</p>

<p><b>P4 da unidade II</b></p>	<p>Riscos na sala de imunização e curativo.</p> <p>Ausência de procedimentos de biossegurança na sala de curativo, a exemplo da higienização do ambiente e equipamentos.</p> <p>Não adequação a protocolos de acidentes com perfurocortante, principalmente na sala de imunização.</p> <p>Sala inadequada para atendimento ao paciente com tuberculose, inclusive com exposição do profissional e pacientes no corredor.</p>	<p>Inspeções e monitoramento das unidades, não só visita da V.S. pela licença sanitária.</p> <p>Visitas dos profissionais da V.S., duas ou três vezes no ano.</p>	<p><b>Facilidades</b></p> <p>Boa vontade dos profissionais</p> <p>Gestão aderindo às solicitações da V.S.</p> <p><b>Dificuldades</b></p> <p>Questão estrutural das unidades.</p> <p>Custo elevado por ser uma empresa de cogestão, ter profissionais terceirizados e realizar a compra de diversos materiais, inclusive de testes biológicos (realizado todos os dias nas duas autoclaves e que antes era usado uma vez por semana).</p>
<p><b>P5 da unidade III</b></p>	<p>Riscos nas atividades de pré-natal, realização de testes rápidos nos pacientes, atendimento a pacientes com tuberculose e vacinação.</p> <p>Inadequação do uso do EPI, tais como na realização do pré-natal, coleta de preventivo, testes rápidos e sala de curativos.</p> <p>Infraestrutura inadequada da UBS.</p> <p>Inexistência de equipamentos de conforto térmico para o desempenho das atividades nas salas.</p> <p>Gerenciamento inadequado dos resíduos, principalmente perfurocortantes.</p> <p>Não implementação de protocolos de acidentes com perfuro na sala de vacina.</p> <p>Não realização do procedimento de lavagem de mãos pelos profissionais.</p> <p>Inadequação dos procedimentos de trabalho, a exemplo de falta de atenção nos procedimentos de trabalho e normas do programa de imunização, inclusive com o monitoramento da temperatura da geladeira que condiciona imunobiológicos.</p> <p>Inadequação da limpeza dos ambientes como dos consultórios de ginecologia.</p> <p>Falta de insumos, tais como caixas de perfurocortantes, principalmente nas salas de curativo, de enfermagem e de procedimento.</p> <p>Acondicionamento inadequado das lâminas de preventivo.</p> <p>Sala inadequada ao atendimento de pacientes de tuberculose e trânsito de pacientes nas unidades.</p>	<p>Capacitação, qualificação e atualizações dos profissionais de saúde das UBS.</p> <p>Manter um fluxo de informação com a gestão para manutenção de equipamentos e insumos.</p> <p>Questão de infraestrutura, especificando a análise e validação do projeto básico arquitetônico.</p>	<p><b>Facilidades</b></p> <p>Boa vontade dos profissionais no trabalho.</p> <p>Espirito de equipe.</p> <p><b>Dificuldades</b></p> <p>Recursos humanos insuficientes e sobrecarga dos profissionais, nas atividades, demanda grande nos períodos de férias e licença prêmio prejudicando o desenvolvimento do trabalho no controle de riscos.</p> <p>Falta material básico como insumos e água para beber.</p>

Fonte: Entrevistas com profissionais de saúde das UBS

No quadro 11, os profissionais das UBS compreendem que os itens de relevância para o controle de riscos são: gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (P3 e P5), procedimentos de biossegurança das áreas (P4 e P5); compartilhamento de salas para atendimento de clínica médica e pacientes com tuberculose pulmonar (P4 e P5); sala de vacina (P3, P4 e P5); acondicionamento de imunobiológicos na sala de vacina (P3 e P5); suprimento deficiente de insumos (P5); coleta dos testes rápidos (HIV, Hepatite B e C e sífilis) de pacientes nas consultas de enfermagem (P5). P3 considera que todas as atividades e serviços trazem um risco em maior ou menor grau e não são isentos de risco.

P3 e P5 mencionam que as ações de controle sanitário deveriam estar pautadas na atualização e capacitação dos profissionais das UBS e que um fluxo de informação integrada da gestão e unidades poderia auxiliar neste processo nas unidades. Conforme o referido no Quadro 11, P3 e P4 referem que as visitas da V.S. estão planejadas dentro de um contexto específico, ou seja, de licença sanitária e consideram a frequência de visitas técnicas pouco frequente nas unidades.

No entendimento de P4 e P5, a “boa vontade” dos profissionais compensa as dificuldades no compartilhamento de atividades das UBS e PA, carga excessiva de trabalho e quadro reduzido de profissionais. Outra dificuldade apontada é a questão da infraestrutura.

### 4.2.3 Posicionamentos dos profissionais da V.S.

**Quadro 12 -Posicionamentos dos profissionais da V.S. nas UBS do Distrito Cabula-Beiru (Salvador, 2017)**

ENTREVISTADO	ITENS DE RELEVÂNCIA NO CONTROLE DE RISCOS	AÇÕES SUGERIDAS PARA A V.S. REALIZAR O CONTROLE SANITÁRIO NAS UBS	FACILIDADES E DIFICULDADES NO PROCESSO DE ATENDIMENTO ÀS SOLICITAÇÕES DA V.S.
<p><b>P1</b> (V.S.)</p>	<p>Ausência de gerenciamento de resíduos.</p> <p>Ausência de barreiras de proteção em odontologia.</p> <p>Preparo inadequado dos kits de instrumentos e falta de individualização.</p> <p>Inadequação da desinfecção das linhas de água do equipo dos consultórios de odontologia.</p> <p>Ausência de suporte de Urgência.</p> <p>Inadequação do acondicionamento dos imunobiológicos e do controle da temperatura de refrigeradores e câmaras da vacina e farmácia.</p> <p>Infraestrutura inadequada da unidade, principalmente na estrutura física do CME.</p> <p>Inadequação no uso do EPI na radiação ionizante (avental plumbífero e protetor de tireoide).</p> <p>Inadequação dos processos de limpeza dos materiais no CME.</p> <p>Ausência de monitoramento biológico da autoclave.</p>	<p>Rotina de fiscalização e de inspeção.</p> <p>Elaboração de um diagnóstico situacional (Situação sanitária da unidade).</p> <p>Rotina em educação sanitária na qualificação e de profissionais de saúde.</p> <p>Periodicidade nos treinamentos dos profissionais das UBS e V.S.</p>	<p><b>Facilidades</b></p> <p>Atuação do Ministério Público sobre as unidades de saúde.</p> <p>Profissionais comprometidos.</p> <p>Profissionais solicitando a adequação das condições estruturais, sanitárias e legais das UBS.</p> <p>Engajamento da vigilância sanitária com os profissionais das UBS nas solicitações da V.S.</p> <p>Formação de grupo específico com a V.S., gestão e profissionais das unidades para avançar no atendimento das solicitações da V.S e esclarecendo sobre os riscos (antes desconhecidos).</p> <p><b>Dificuldades</b></p> <p>Falta de insumos e de materiais para as atividades.</p> <p>Ausência de rotina de manutenção preventiva das instalações físicas e dos equipamentos.</p> <p>Resistência da gestão para realizar as adequações necessárias, desde a compra de material até mudanças nas práticas de trabalho dos profissionais.</p> <p>Infraestrutura física deficiente.</p>
<p><b>P2</b> (V.S.)</p>	<p>Inadequação dos processos de esterilização.</p> <p>Inadequação do controle da temperatura de refrigeradores, câmaras (vacina e farmácia) e almoxarifado.</p>	<p>Orientação e sensibilização dos gestores.</p>	<p>O entrevistado, como técnico da V.S., considera que não existem facilidades neste processo.</p> <p><b>Dificuldades</b></p> <p>Burocracia do processo de licitação (compra de material, insumos e de equipamentos).</p> <p>Resistência dos profissionais.</p>

Fonte: Entrevistas com profissionais da V.S.

Para os entrevistados P1 e P2 da V.S., os itens de relevância para o controle de riscos são referentes às áreas do CME, na sala de imunização e farmácia, a exemplo no acondicionamento de imunobiológicos e medicamentos. P1 pontua nos itens de relevância do controle de risco: a infraestrutura da unidade, o gerenciamento de resíduos, suprimento de insumos e procedimentos de biossegurança do consultório de odontologia.

Entre as ações sugeridas por P1, para realizar o controle sanitário nas UBS, estão: educação continuada e treinamento aos profissionais, elaboração de um diagnóstico situacional e monitoramento nas UBS. Já P2 aponta apenas orientação e sensibilização dos gestores.

No que tange à facilidade no atendimento às solicitações da V.S. P1 cita o comprometimento dos profissionais e P2 não apontou facilidades, apenas dificuldades, inclusive com resistência dos profissionais neste processo. Entre as dificuldades foram referidas: a ausência de insumos e de manutenção preventiva dos equipamentos e instalações (P1), resistência da gestão para atender às adequações da V.S. (P1), a burocratização dos processos de compra de material, insumos e equipamentos (P2).

#### 4.3 AÇÕES REALIZADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS UBS

As três unidades do Distrito receberam visitas técnicas de inspeção e reinspeção com emissão de notificações (Quadro 13, 14 e 15).

Na UBS I foram realizadas duas inspeções iniciais em 2016 e três visitas de reinspeção (uma em 2016 e duas em 2017), totalizando cinco visitas técnicas com emissão de quatro notificações. As inadequações registradas dizem respeito a um conjunto de itens relativos à infraestrutura, insumos, equipamentos, itens relacionados a processos de trabalho e documentação. Contudo, a V.S. concedeu a licença sanitária, condicionando o seu funcionamento ao cumprimento dos requisitos apresentados e não permitiu o serviço de radiodiagnóstico odontológico. Destaca-se a persistência de inadequações significativas relativas aos itens relacionados a processos de trabalho no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (Quadro 13).

Na UBS II, a V.S. realizou duas inspeções iniciais e uma reinspeção em 2016, totalizando três visitas técnicas com emissão de duas notificações. A V.S. registrou a persistência do conjunto de inadequações nas mesmas variáveis assinaladas, mas concedeu a

licença sanitária condicionando o funcionamento ao cumprimento dos requisitos apresentados e não permitiu o serviço de radiodiagnóstico odontológico. Registra-se a continuidade de inadequações relevantes relativas aos itens relacionados a processos de trabalho no acondicionamento dos imunobiológicos e medicamentos e no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (Quadro 14).

Na UBS III, a vigilância sanitária realizou duas inspeções iniciais, em 2016, e cinco reinspeções (uma em 2016 e quatro em 2017), totalizando sete visitas técnicas com emissão de seis notificações. A vigilância sanitária também registrou a persistência da quase totalidade das inadequações acima assinaladas, semelhantes as UBS I e II, e igualmente concedeu a licença sanitária permitindo o serviço médico restrito a consultas e assistência social, sem atividade de serviço de raio-x odontológico (Quadro 15).

Após a concessão das licenças sanitárias das UBS, não houve o acompanhamento pela vigilância sanitária para cobrar o atendimento dos itens pendentes de adequações nas unidades (Quadro 13, 14 e 15).

Quadro 13 - Inadequações na UBS I do Distrito Cabula-Beiru registradas pela V.S. (Salvador, 2016-2017)

UNIDADES	VISITAS TÉCNICAS/ NOTIFICAÇÕES	INADEQUAÇÕES REGISTRADAS PELA V.S.	RESULTADO DO CONTROLE SANITÁRIO	INADEQUAÇÕES PERSISTENTES
UBS I	5 visitas técnicas com emissão de quatro notificações	<p><b>Infraestrutura:</b> Infiltrações em diversas áreas.</p> <p>Instalações elétricas defeituosas ou expostas.</p> <p>Ausência-deficiência de ventilação ou climatização em áreas como almoxarifado.</p> <p>Ausência de exaustão em determinadas áreas.</p> <p>Ausência de estrutura adequada como ralos escamoteáveis e torneiras que impeçam o contato das mãos, entre outros.</p> <p><b>Insumos:</b> deficiência ou ausência de sabonete líquido, lençóis descartáveis, papel toalha, lixeiras para resíduos comuns e infectantes, barreiras de proteção, colchões desgastados entre outros.</p> <p><b>Equipamentos:</b> quebrados ou ausentes, negastoscópio, tensiômetro, maca da sala de vacina e armários para guarda de materiais, entre outros.</p> <p><b>Itens relacionados a processos de trabalhos:</b> Identificação inadequada do material reprocessado, não disponibilizou o registro de indicadores biológicos e kits individualizados de instrumentais.</p> <p>Não observado a troca de água do reservatório do equipamento odontológico.</p> <p>Registro incompleto dos pacientes atendidos nos serviços.</p> <p>Acondicionamento inadequado nos kits de testes rápidos e produtos médicos no almoxarifado.</p> <p>Etapas deficientes nos resíduos de serviços de saúde gerados, a exemplo do acondicionamento inadequado amálgama e outros resíduos</p> <p>Desorganização de ambientes, higienização deficiente e presença de material inservível em diversas áreas como farmácia.</p> <p>Controle ausente da temperatura do ambiente equipamentos e medicamentos encostados nas paredes da área do almoxarifado, refrigerador do consultório de odontologia e farmácia, entre outros.</p> <p><b>Documentação:</b> ausência de POPs das atividades diversas como limpeza das linhas d'água e limpeza do refrigerador, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde atualizado, levantamento radiométrico, teste de conformidade e calibração do equipamento de raio-x odontológico, laudo de análise da água (análise físico-química e microbiológica) do reservatório de água e certificado de controle de pragas.</p>	Licença sanitária para UBS sem serviços de radiodiagnóstico odontológico	<p><b>Infraestrutura:</b> Infiltração em diversas áreas.</p> <p>Ausência de local adequado do armazenamento externo de resíduos, entre outros.</p> <p><b>Insumos:</b> ausência de solução antisséptica, lixeira de resíduos comuns e infectantes, termômetro, entre outros.</p> <p><b>Equipamentos:</b> ausência ou manutenção deficiente dos negatocopios, extintores de incêndio, armários, refrigerador entre outros.</p> <p><b>Itens relacionados a processos de trabalho:</b> Desorganização dos ambientes na unidade.</p> <p>Ausência de registro de temperatura do almoxarifado.</p> <p>Deficiência na identificação e acondicionamento de resíduos e higienização do abrigo destes.</p> <p><b>Documentação:</b> inexistência de documentos de raio-x e laudo de análise da água do reservatório.</p>

Fonte: Notificações e relatórios da Vigilância Sanitária

Quadro 14 - Inadequações na UBS II do Distrito Cabula-Beiru registradas pela V.S. (Salvador, 2016-2017)

UNIDADES	VISITAS TÉCNICAS/ NOTIFICAÇÕES	INADEQUAÇÕES REGISTRADAS PELA V.S	RESULTADO DO CONTROLE SANITÁRIO	INADEQUAÇÕES PERSISTENTES
UBS II	3 visitas técnicas com emissão de duas notificações	<p><b>Infraestrutura:</b> Deficiência de manutenção.</p> <p>Áreas com infiltrações.</p> <p>Instalações elétricas expostas.</p> <p>Torneiras quebradas, entre outros.</p> <p><b>Insumos:</b> suprimento deficiente ou ausente de sabonete líquido, lixeira para resíduos comuns e infectantes, entre outros.</p> <p><b>Equipamentos:</b> quebrados, sem condição de uso ou ausentes: negastoscópio, maca oxidada, câmara de refrigeração na sala de vacina, armários para guarda de materiais e extintores de incêndio descarregados, entre outros.</p> <p><b>Itens relacionados à processos de trabalhos:</b></p> <p>Higienização deficiente da unidade.</p> <p>Identificação incompleta do material reprocessado e almotolias.</p> <p>Registro incompleto dos pacientes atendidos nos serviços.</p> <p>Acondicionamento inadequado por tipo de produto no almoxarifado.</p> <p>Etapas deficientes nos resíduos de serviços de saúde gerados.</p> <p>Desorganização de ambientes e presença de material inservível em diversas áreas como DML e sala de atendimento domiciliar.</p> <p>Controle ausente da temperatura do ambiente -equipamentos da área de farmácia, vacina e sala de procedimentos, entre outros.</p> <p><b>Documentação:</b> ausência de POPs das atividades realizadas, limpeza do refrigerador, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde atualizado, laudo de análise da água (análise físico-química e microbiológica) do reservatório de água e certificado de controle de pragas.</p>	Licença sanitária para UBS sem serviços de radiodiagnóstico odontológico	<p><b>Infraestrutura:</b> Infiltração em diversas áreas.</p> <p>Estruturas mal instaladas.</p> <p>Instalações elétricas expostas, entre outros.</p> <p><b>Insumos:</b> ausentes lençol descartável e lixeira com tampa e pedal.</p> <p><b>Equipamento:</b> ausência ou deficiência de manutenção de armários em condições de uso, extintores de incêndio, dispensadores de sabão líquido, iluminação do negatoscópio quebrada, maca, entre outros.</p> <p><b>Itens relacionados à processos de trabalho:</b></p> <p>Desorganização dos ambientes e presença de material inservível.</p> <p>Armazenamento inadequado por tipo de produto no almoxarifado.</p> <p>Identificação incompleta das soluções nas almotolias e material reprocessado.</p> <p>Acondicionamento inadequado do teste do pezinho na sala de procedimento.</p> <p>Controle de temperatura deficiente no frigobar na sala de procedimento, vacina e farmácia.</p> <p>Higienização deficiente em diversas áreas.</p> <p>Material sujo exposto sem segregação e identificação adequada da sala de ginecologia.</p> <p>Etapas do gerenciamento de resíduos deficientes.</p> <p><b>Documentação:</b> ausência de POPs, de PGRSS atualizado, laudo de análise da água (análise físico-química e microbiológica) do reservatório de água, certificado de controle de pragas e manutenção preventiva dos equipamentos.</p>

Fonte: Notificações e relatórios da Vigilância Sanitária

**Quadro 15 - Inadequações na UBS III do Distrito Cabula-Beiru registradas pela V.S. (Salvador, 2016-2017)**

UNIDADES	VISITAS TÉCNICAS/ NOTIFICAÇÕES	INADEQUAÇÕES REGISTRADAS PELA V.S	RESULTADO DO CONTROLE SANITÁRIO	INADEQUAÇÕES PERSISTENTES
UBS III	7 visitas técnicas com emissão de seis notificações	<p><b>Infraestrutura:</b> Áreas encontradas com infiltrações e fluxos inadequados.</p> <p>Pia e ralos inadequados em diversas áreas como sala de utilidades, curativos e abrigo de resíduos.</p> <p>Instalações elétricas danificadas e expostas.</p> <p><b>Insumos:</b> deficiência ou ausência de dispensador de sabonete líquido, papel toalha, solução antisséptica, lixeira e sacos para resíduos gerados, produtos para lavagem e secagem do material a ser reprocessado, EPIs, barreiras de proteção, entre outros.</p> <p><b>Equipamentos:</b> quebrados, sem condição de uso ou ausentes: câmara para sala de vacina, armários para guarda de materiais, negatoscópio, extintores de incêndio descarregados, maca na sala de vacinação, termômetro, balança oxidada, entre outros.</p> <p><b>Itens relacionados à processos de trabalhos:</b></p> <p>Higienização deficiente da unidade.</p> <p>Identificação incompleta do material reprocessado e almotolias.</p> <p>Registro incompleto dos pacientes atendidos nos serviços.</p> <p>Não disponibilizou o registro de transporte do material biológico.</p> <p>Acondicionamento inadequado por tipo de produto no almoxarifado, inclusive com produtos no chão e encostados nas paredes.</p> <p>Etapas deficientes no manejo dos resíduos de serviços de saúde gerados, a exemplo do inadequado acondicionamento do resíduo de amálgama e identificação do local de armazenamento temporário.</p> <p>Desorganização de ambientes, presença de material inservível e estranho ao local em diversas áreas como CME.</p> <p>Ausência de controle de temperatura e umidade do ambiente e equipamentos da área de farmácia, frigobar do consultório de odontologia, sala de vacina, entre outros.</p> <p>Produtos vencidos misturados aos medicamentos na farmácia.</p> <p>Não apresentou o registro do monitoramento biológico, de limpeza e intervenções da autoclave no CME, nem kits individualizados do consultório de odontologia.</p> <p><b>Documentação:</b> ausência de POPs das atividades realizadas, entre elas, limpeza do refrigerador, higienização da centrífuga e desinfecção da linha d'água e reservatório do equipamento odontológico; manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos; plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde atualizado; laudo de análise da água (análise físico-química e microbiológica) do reservatório de água, certificado de controle de pragas, e registro dos indicadores biológicos.</p>	Licença sanitária para UBS com serviço a consultas sem assistência social	<p><b>Infraestrutura:</b> Infiltração em diversas áreas. Estruturas mal instaladas. Instalações elétricas expostas. Piso danificado, entre outros.</p> <p><b>Insumos:</b> ausência de lençol descartável, lixeira com tampa e pedal, caixa de perfurocortante, entre outros.</p> <p><b>Equipamento:</b> ausência ou deficiência de manutenção de: armários e condições de uso de extintores de incêndio, dispensadores de sabão líquido e negatoscópio com iluminação quebrada, balança, entre outros.</p> <p><b>Itens relacionados à processos de trabalhos:</b></p> <p>Desorganização dos ambientes e presença de material inservível.</p> <p>Armazenamento inadequado por tipo de produto no almoxarifado, inclusive com produtos no chão e colados nas paredes.</p> <p>Identificação incompleta das soluções nas almotolias e material reprocessado.</p> <p>Controle de temperatura deficiente no frigobar na sala de procedimento e farmácia.</p> <p>Higienização deficiente em diversas áreas</p> <p>Etapas do gerenciamento de resíduos deficientes.</p> <p>Não disponibilizado o registro do monitoramento biológico.</p> <p>Não apresentou kits individualizados nos consultórios odontológicos.</p> <p><b>Documentação:</b> ausência de POPs das atividades realizadas, PGRSS atualizado, laudo de análise da água (análise físico-química e microbiológica) do reservatório de água, certificado de controle de pragas e manutenção preventiva dos equipamentos e registro do uso do indicador biológico.</p>

Fonte: Notificações e relatórios da Vigilância Sanitária

## 5 DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo permitem caracterizar a situação sanitária das UBS investigadas como muito desfavoráveis, tendo-se encontrado um conjunto amplo de inadequações ou irregularidades quanto aos requisitos técnico-sanitários e legais para o funcionamento de um serviço de saúde desta natureza.

A observação, mediante a utilização de um roteiro, revelou inadequações em todas as dimensões, ou seja: infraestrutura, insumos, equipamentos, itens relacionados a processos de trabalho, documentação e gestão de qualidade, com pequenas variações entre tais dimensões e entre as três UBS. É possível considerar que as áreas mais problemáticas eram a CME, a farmácia e as áreas relacionadas aos procedimentos de biossegurança e gerenciamento de resíduos nas unidades.

Na dimensão infraestrutura, apesar do pequeno número de inadequações nas três unidades, principalmente relacionadas à ausência e deficiência na manutenção predial das unidades, foram verificados mais itens inadequados na UBS I e menos na UBS II e III. Nenhuma das unidades possuía estruturas físicas adequadas previstas na Política Nacional de Atenção Básica e no manual de estrutura das UBS. As unidades I e II compartilhavam a estrutura física com o Pronto Atendimento (PA) e apenas a UBS III possuía a maioria das áreas. Estas situações propiciam diversos serviços condensados numa área e uma equipe despreparada de forma organizacional, administrativa e sanitária.

Para garantir estas ações de manutenção nas unidades são necessárias ações de gestão de planejamento e dotação orçamentária, o que está em consonância com alguns autores que relatam a infraestrutura como um problema e apontam para a necessidade de estruturação física adequada, especificamente em determinados serviços como farmacêuticos (LEITE et al., 2017), salas de curativos (GOMES et al., 2016), salas de imunização (LUNA et al., 2011) e Centro de Material e Esterilização (CME) (VITAL et al., 2014). Sob a ótica de Vital et al (2014), o processo de esterilização dos materiais e a qualidade da assistência prestada à comunidade ficam comprometidos ao não estar fisicamente compatível com as normas sanitárias.

Samoto (2013) avaliou a qualidade dos serviços de atenção básica na Região de Saúde do Rio Pardo. Este estudo ratificou achados de outros autores: “não é rara a constatação de deficiência das instalações dos imóveis, sendo insuficientes as condições de trabalho” (p. 89). Tal como Moura et al. (2010) Samoto (2013) constatou que “as unidades de saúde funcionam

em imóveis alugados, com características domiciliares, mesmo diante da existência de recomendações ministeriais como o manual de estrutura física das unidades básicas de saúde (MS, 2008) e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 (ANVISA, 2002)” (SAMOTO, 2013, p. 89). Os resultados, no que tange à estrutura física, indicam “a necessidade de melhoria das estruturas físicas e da ambiência das unidades [...] para garantir condições de trabalho aos profissionais e adequado atendimento aos usuários. (p. 89). A precariedade na ambiência também foi apontada por Medeiros et al. (2010, p. 411): “Serviços públicos de saúde, palco desse estudo, apresentam-se, muitas vezes, com infra- estruturas [*sic*] precárias, colocando em risco todo o processo de trabalho e desestimulando não somente os usuários, mas também os profissionais que neles atuam”. Estes itens influenciam o cumprimento de normas padrões da V.S., qualidade do serviço prestado, condições de trabalho dos profissionais e adequado atendimento aos usuários corroborando os achados encontrados e a percepção dos entrevistados.

O manual da unidade básica de saúde recomenda as seguintes estruturas: consultórios, sala de procedimentos, vacina, lavagem, descontaminação e esterilização de materiais e instrumentais, curativo, nebulização, farmácia, consultório de odontologia, estruturas anexas de recepção, sanitários, copa, cozinha, lavanderia, almoxarifado e depósito de material de limpeza (DML) (BRASIL, 2006). Freitas, Almeida e Fonseca (2011) apontam que as características estruturais das UBS não seguem o que está normatizado no manual, apesar de os centros de saúde serem adaptáveis à realidade do município, às normas gerais e à qualidade dos serviços. Cavalcante e Lima (2013) reforçam que a “precarização do trabalho” se deve a uma estrutura física inadequada que não obedece aos padrões contidos no manual de estrutura física das UBS do Ministério da Saúde.

A dimensão itens relacionados a processos de trabalho apresentou o maior número de inadequações que, em linhas gerais, podem representar riscos à saúde dos usuários e dos profissionais que atuam nas UBS. Os itens mais significativos e encontrados em todas as unidades dizem respeito a deficiências na área da CME, entre outras, aquelas relacionadas a sequências de etapas do reprocessamento, uso de produtos e EPIs, registros de monitoramento, registro diário do indicador biológico e qualidade do material reprocessado. Essas inadequações podem influenciar na qualidade e segurança do material reprocessado e também podem denotar ausência de planejamento, supervisão, avaliação, monitoramento, implementação das medidas de controle de risco nesta área.

Tendo encontrado resultados semelhantes em seu estudo, Fontana et al. (2016) sustentam que deficiências no conhecimento dos profissionais e práticas inadequadas de processamento de artigos nas unidades básicas de saúde e de estratégias de saúde da família, tais como falta de produtos apropriados para a desinfecção, uso de produtos incorretos, inadequações no que se refere à validação das embalagens, lavagem e secagem inadequada dos materiais, expurgo impróprio e higienização de mãos de forma incorreta podem favorecer infecções relacionadas à assistência à saúde.

Aith (2006) destaca o princípio da segurança sanitária nas atividades humanas de interesse da saúde, visando a redução dos riscos inerentes à execução dos atos dos profissionais de saúde envolvidos na prestação de serviços de saúde, ou seja, cabe ao profissional, por exemplo, responsabilidade em reduzir falhas no reprocessamento inadequado de instrumentais e mesmo manter a temperatura adequada na área de farmácia.

Os achados da observação revelaram que instrumentais do CME apresentavam manchas e oxidações, o que sugere falhas da limpeza mecânica dos artigos, que impede a correta esterilização, pois a sujeira e gordura atuam como fatores de proteção dos microrganismos e agem como barreiras para o contato com agentes esterilizantes químicos, físicos ou físico-químicos (BRASIL, 2001). Outra inadequação diz respeito à falta de controle da qualidade da água nos CME, utilizada nesses processos, podendo provocar oxidação no instrumental cirúrgico, contaminação com pirogênios e endotoxinas, oxidação na câmara das lavadoras e manchas nos instrumentais (SÃO PAULO, 2006). Costa e Costa (2012), num estudo sobre o reprocessamento de produtos para a saúde em hospitais, concluíram que o trabalho do CME é delicado, requer planejamento e gerenciamento de riscos.

Berlet et al. (2014) também enfatizam os cuidados necessários neste assunto e destacam que as falhas na escolha dos invólucros para os tipos de esterilização praticados, ausência de monitoramento e registros em diferentes fases deste processo e o não emprego de testes físicos, químicos e biológicos conjuntamente são fatores que influenciam a garantia da qualidade do processo de esterilização, a segurança ao paciente e dos profissionais nas unidades. Tais falhas foram observadas nas unidades investigadas, amplo da falta de registros diários do uso do indicador biológico no processo de esterilização e ausência do registro físico e químicos, contrapondo-se à norma sanitária (RDC da Anvisa 15/2012) que estabelece: o “monitoramento do processo de esterilização com o indicador biológico deve ser feito diariamente, pelo CME” (BRASIL, 2012).

Situações observadas nas UBS podem influenciar negativamente no reprocessamento de material, tais como: o excesso de atividades dos profissionais nas unidades, a falta de avaliação das práticas, a falta de qualificação profissional no assunto, confirmados pela ausência de registros das práticas de reprocessamento do material. Assim, considera-se necessário que a vigilância sanitária desenvolva estratégias de monitoramento desses processos pois estas práticas, quando inadequadas, podem resultar em riscos à saúde e propagar infecções aos pacientes e profissionais.

Na farmácia, foi encontrado um conjunto de irregularidades que implicam no descumprimento de diversas responsabilidades nesta área e podem comprometer a conservação e qualidade dos medicamentos; observou-se diversas inadequações nas três unidades, tais como aquelas referentes às condições de armazenamento, medicamentos vencidos num mesmo espaço físico da farmácia, quando deveriam ser segregados adequadamente (BRASIL, RDC 222, 2018), entre outras. Essas e outras irregularidades podem influenciar tanto na qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos armazenados, como também poderão comprometer outras etapas do ciclo da assistência farmacêutica (BRASIL, 2001, 2014).

O farmacêutico é fundamental para a prevenção de problemas relacionados às práticas com medicamentos e sua presença na farmácia é uma exigência legal, também para realizar um conjunto de atividades relativas à farmacovigilância e voltadas ao uso correto e racional de medicamentos. Este profissional não constava na equipe de uma das UBS investigadas (BRASIL, 2009, 2010). Simão e Batista (2012) alegam que, ao garantir os aspectos físico-estruturais e o ambiente dessas áreas no processo de armazenamento de medicamentos, propicia-se a conservação das características físico-químicas e farmacológicas dos medicamentos nos seus respectivos prazos de validade, protegendo a saúde de funcionários e pacientes.

O farmacêutico deve atuar para que sejam criadas e mantidas as condições necessárias à conservação dos medicamentos. Leite (2006) esclarece que certos fatores exercem grande influência na estabilidade dos produtos farmacêuticos, como temperatura, umidade relativa do ar e luz. A temperatura aumentada acelera a velocidade da degradação química, ocasionando a decomposição dos produtos e alterando os prazos de validade; a umidade pode promover reações de hidrólise e afeta a cinética de degradação de fármacos como aspirina, ácido ascórbico, vitamina A e cloridrato de ranitidina. Já a luz desencadeia reações de degradação como oxidação e redução. Outros autores, como Marin (2003), destacam que as não

conformidades aos requisitos básicos do armazenamento de medicamentos elevam a insalubridade do ambiente, sobretudo nos processos de limpeza e de desinfecção; ou seja, ocorre comprometimento da manutenção das condições de higiene. Medicamentos dispostos em contato direto com paredes, teto e chão podem sofrer alterações de consistência, sabor, odor e tempo de desintegração e, se aliado a temperaturas elevadas e/ou incidência direta de raios solares sobre os produtos, é possível que se acelere a velocidade das reações químicas.

Nas diversas áreas que apresentaram inadequações relacionadas aos processos de trabalho nos procedimentos de biossegurança, tais como nos consultórios de odontologia das UBS I e III, faltam procedimentos que podem auxiliar na redução de riscos no contato dos profissionais com as superfícies de equipamentos contaminadas por gotículas, aerossóis e formação de microrganismos, incluindo bactérias, fungos e protozoários nas superfícies internas das tubulações de água (BRASIL, 2006).

O manual de serviços odontológicos para prevenção e controle de riscos recomenda a avaliação dos seguintes elementos: estrutura física da área, aspectos relacionados à saúde do trabalhador, procedimentos de biossegurança, como, por exemplo, o uso de equipamentos de proteção individual e higienização das mãos entre os procedimentos, registros relacionados ao controle de infecção e gerenciamento de resíduos de saúde, da qualidade da água, do reprocessamento do material, da validade de produtos odontológicos, de medicamentos e de artigos esterilizados, de registros de manutenção dos equipamentos, entre outros (BRASIL, 2006).

Galvão, Motta e Alvarez-Leite (2006) ressaltam a necessidade do procedimento de descontaminação por cloração para minimizar a carga microbiana do biofilme nas tubulações da água dos equipamentos odontológicos e reduzir o número de microrganismos aeróbios presentes na tubulação, tornando a água adequada para a utilização no atendimento odontológico sem, no entanto, eliminar sua formação de biofilme microbiano nas tubulações.

Outro procedimento de biossegurança, não identificado na observação das unidades, foi a troca periódica da água e limpeza nas torneiras que abastecem os reservatórios, das mangueiras dos aparelhos de alta-rotação e das seringas triplices dos equipamentos odontológicos. Alvarez-Leite (2005), ao avaliar a contaminação da água das tubulações dos equipamentos odontológicos e a eficácia do sistema de descontaminação por cloração, utilizada nas clínicas de odontologia de Minas Gerais, verificou a existência de bactérias heterotróficas na água dos reservatórios em uso para os tratamentos odontológicos e que esta quantidade de bactérias, muito superior à encontrada nas torneiras, indica falta de limpeza e desinfecção dos ditos

reservatórios. Entretanto, na tubulação das mangueiras dos aparelhos de alta-rotação não foram encontradas bactérias anaeróbicas e em nenhum dos equipos avaliados estavam presentes bactérias do gênero *Streptococcus*.

Nos consultórios de enfermagem dessas unidades, o compartilhamento da sala de ginecologia e atendimento de pacientes com tuberculose pulmonar é uma situação que pode expor profissionais e pacientes a riscos, com a possibilidade de transmissão de infecção por *Mycobacterium tuberculosis*. Apesar das recomendações de manuais e planos do Ministério da Saúde, as medidas administrativas para a prevenção da transmissão da tuberculose nas unidades estudadas ainda não são adotadas, a exemplo de orientações para os profissionais de saúde que atuam em atendimento ambulatorial de portadores de tuberculose ativa (confirmada ou não), capacitações dos profissionais, mudanças na reorganização do serviço e procedimentos de biossegurança (BRASIL, 2002, 2011).

Gonçalves (2001) enfatiza a importância da implantação das diversas medidas de controle de natureza administrativa, de controle ambiental e de proteção respiratória da transmissão nosocomial da tuberculose, não encontradas nas UBS estudadas, onde também se observou falta de uso de EPI, práticas inadequadas de higienização das mãos, ausência de registros dos procedimentos de biossegurança provocando preocupações relacionadas aos possíveis riscos associados à contaminação e transmissão de microrganismos aos profissionais e usuários.

O Manual de biossegurança para serviços de saúde apresenta as precauções padrões para impedir a transmissão de microrganismos, evitando a contaminação dos pacientes, dos profissionais e do ambiente de trabalho (OPPERMANN; PIRES, 2003). Para os consultórios de odontologia, também são descritos os procedimentos de biossegurança, fundamentais ao controle de riscos (BRASIL, 2001, 2006; CRO, 2013), entre os quais a antissepsia das mãos com álcool, como preconiza a norma (BRASIL, 2009, 2010, 2015).

Szczerbowski e Morais (2017) sinalizam a importância da preocupação dos profissionais de saúde quanto à legislação vigente e métodos de biossegurança e conscientização das consequências da manipulação incorreta dos resíduos gerados nos serviços de saúde. Noro e Ribeiro (2005) apontam alguns riscos nos serviços odontológicos das UBS, sobre a não lavagem das mãos entre um paciente e outro e a não utilização de invólucro protetor nos equipamentos odontológicos. Esses mesmos autores recomendam uma avaliação da atuação da vigilância sanitária no controle de riscos relacionados aos processos de trabalho e não apenas aqueles relacionados à estrutura dos serviços.

Rezende et al. (2011) afirmam que os profissionais têm dificuldade em aderir às práticas contínuas de higienização das mãos. Enquanto Noro e Ribeiro (2005) chamam a atenção de que o uso contínuo de luvas nos procedimentos, sem a retirada do EPI nas anotações das fichas clínicas pela auxiliar de saúde bucal, indica um comportamento inadequado dos profissionais de saúde, risco ao trabalhador e ao usuário, e reafirmam a necessidade de ações educativas quanto às precauções padrões pelos profissionais.

Nesse sentido, a implantação do procedimento de biossegurança nos serviços das unidades auxiliares nas práticas de trabalho e no processo de gerenciamento de resíduos, ao inserir na rotina do profissional precauções sobre manipulação de instrumentos e materiais, inclusive cortantes e de punção, uso de EPIs, higienização das mãos, uso de álcool e higienização dos ambientes e equipamentos. Esses protocolos promovem não só uma política de prevenção e controle de acidentes ocupacionais, especialmente aqueles relacionados aos acidentes com materiais biológicos, ao estimular ações de capacitação de profissionais da saúde para realização de processos de trabalho mais seguros (BRASIL, 2009).

No referente ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde das unidades, foram observadas inadequações diversas que indicam a possibilidade de riscos de infecção no manejo destes resíduos, sem avaliação de sua composição quanto à inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, por serem tratados sem planejamento e supervisão de profissionais em todas as etapas do gerenciamento, principalmente nas salas de vacina, na farmácia, nos consultórios de odontologia, na sala de curativo e procedimentos.

Santos et al. (2014) comentam a respeito de os riscos se relacionarem a falhas nas etapas do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, principalmente no acondicionamento. Os autores reiteram a necessidade de ações nos ambientes de trabalho, na saúde pública e no meio ambiente, resguardando a população de possíveis danos. Sales et al. (2009) afirmam que os resíduos do grupo B, a exemplo da amálgama, também não são acondicionados conforme a compatibilidade química e o tipo de material, o que representa risco ambiental e sanitário nos serviços das unidades de saúde. Segundo o autor, embora as unidades possuam o documento PGRSS, ainda assim as etapas da geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, reciclagem, tratamento e disposição final, não são compatíveis com a realidade, o que se equipara ao entendimento de Silva (2009) sobre unidades de saúde em Olinda, cujo estudo identificou a existência do PGRSS e falha em sua implementação, em pelo menos algum aspecto da legislação, mas, principalmente no acondicionamento, segregação e armazenamento dos resíduos.

As instituições de saúde de atenção básica possuem o documento PGRSS, mas não o adequam à prática ou não o reestruturam para o manejo correto dos resíduos, conforme recomendação (Silva et al., 2017). Segundo os autores a falha na identificação e o manejo inadequado do grupo de resíduos, confirmam que a ausência de treino e conhecimento das enfermeiras e a falta de material adequado prejudicam todas as etapas do gerenciamento e repercutem num elevado número de acidentes laborais. Ademais, que a falta de uma política de atualização e educação continuada para os trabalhadores limita o conhecimento acerca das normas preconizadas e influenciam o gerenciamento e a supervisão nas práticas das empresas e profissionais que prestam tal assistência.

A falta de capacitação dos profissionais no manejo dos resíduos de serviços de saúde, segundo Santos (2014) pode comprometer o gerenciamento dos resíduos também na sala de vacinação, favorecendo a ocorrência de acidentes de trabalho, de risco ao meio ambiente e à saúde pública, devido à periculosidade desses resíduos, o que também foi observado no acondicionamento dos resíduos perfurocortantes e infectantes da sala de imunização nas UBS investigadas, onde os resíduos do grupo E e A estavam juntos no recipiente.

Na observação das UBS, os resíduos infectantes e perfurocortantes estavam sendo descartados em um mesmo recipiente adequado, sem nenhum processo de inativação destes resíduos, contrariando o preconizado pela legislação sanitária que estabelece a obrigatoriedade de segregação por tipo de resíduo, e que resíduos biológicos resultantes de atividades de vacinação devem ser submetidos ao tratamento antes da disposição final (BRASIL, 2004, 2018). Almeida et al. (2009, p. 103) também identificaram dificuldade na coleta específica de perfurocortantes e resíduos contaminados, encontrando frascos contendo as referidas vacinas descartados no recipiente de perfurocortantes, sem processo de inativação. Os autores inferem que os procedimentos em locais sem segregação adequada e tratamento especial dos resíduos biológicos antes da destinação final tornam todos os resíduos potencialmente infectantes ao estarem juntos, conforme NBR 12.12.807 (ABNT, 1993).

Gessner et al. (2013) questionam a ideia de que os RSS produzidos em menor quantidade, nos serviços de atenção básica, não são tão perigosos quanto nos serviços de maior complexidade tecnológica, podendo evidenciar a imprescindibilidade de um maior investimento em treinamento e capacitação dos profissionais sobre o tema, tal como foi encontrado nas UBS investigadas, a inexistência de qualificação dos trabalhadores. Nesse sentido, identifica-se a necessidade de revisão do PGRSS elaborado pela SMS, de modo a contemplar a realidade de cada unidade.

Nazar, Pordeus e Werneck (2005) realizaram um estudo sobre os serviços odontológicos e constataram que o não cumprimento das normas sanitárias em sua totalidade, no referente ao gerenciamento de resíduos, deve-se à ausência de um responsável técnico para a elaboração dos PGRSS e acompanhamento das etapas de gerenciamento dos resíduos, situação semelhante à observada nas UBS investigadas, que não contam com profissional para a supervisão para acompanhar tal processo. Em seu estudo, Hidalgo et al. (2013) ao analisarem o processo de gerenciamento dos resíduos odontológicos do serviço público de saúde em 11 municípios brasileiros, verificaram que nenhuma das 50 unidades de saúde examinadas apresentou cópia do PGRSS, embora 62% delas realizavam a correta segregação dos resíduos no momento de sua geração.

No tocante à área de almoxarifado das UBS deste estudo, foram identificadas irregularidades em itens relacionados à processos de trabalho, acondicionamento inadequado dos medicamentos e materiais, a existência de produtos para os quais não foram respeitadas as indicações do fabricante no armazenamento e ainda estrutura física pequena em relação à quantidade de produtos, considerados elementos que podem influir na estabilidade dos produtos/medicamentos. Valery (1989) pontua que, para reduzir estas inadequações na área de almoxarifado, são necessárias instalações projetadas para o volume operacional, ambiente limpo, estoque sobre estrados e produtos organizados pela sua natureza, respeitando a indicação do fabricante, sob registro do MS/Anvisa, com o objetivo de manter suas características originais.

Quanto à documentação, foram detectadas deficiências ou inexistência de registros que se espera encontrar. Estavam mais presentes na UBS I e menos nas UBS II e III. Entre as inadequações mais problemáticas e presentes em todas as unidades, constatou-se a falta de registros diversos, do controle de qualidade da água da autoclave, do monitoramento de processo de esterilização por indicadores físicos e químicos do CME e diversos registros e controles deficientes na área da farmácia e do monitoramento biológico diário do CME.

Silva et al. (2013) reforçam no seu estudo que a falta de registro de diversas ações e a falta de documentos das unidades influenciam na oferta de qualidade da execução das ações, dos serviços prestados aos usuários e condições de trabalho dos profissionais. Por seu lado, Azevedo (2004) pontua que, nas inadequações relacionadas à inexistência de documentos, identifica-se a possibilidade de riscos na ausência da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e reitera que os mesmos estão sujeitos às seguintes situações: fim da vida útil tornar-se um equipamento obsoleto, estar num estado de conservação insatisfatório, ter o

desgaste dos componentes, aquisição e instalação de equipamentos médicos, necessitar de rotinas de teste de desempenho e calibração, número de manutenção corretiva acima da média anual, entre outros. Em consonância com os citados autores Ribeiro et al. (2010) sintetizam que a falta de manutenção dos equipamentos implica comprometer o funcionamento das unidades.

Na dimensão gestão de qualidade, as inadequações nessas unidades podem comprometer a implementação de procedimentos de trabalho dos profissionais, o seu desempenho nos serviços e influenciar na qualidade das unidades. O investimento numa gestão de qualidade possibilita o estímulo as ações de gestão, planejamento e implantação/implementação de práticas de trabalho, o que se assemelha ao entendimento de Silva (2011) ao considerar que a gestão de qualidade desenvolve os pressupostos básicos de atitudes proativas de prevenção de riscos e da ênfase na melhoria contínua dos processos, tendo em vista melhores práticas e resultados na assistência. Neste sentido faz-se mister estabelecer a cultura da qualidade, a fim de oferecer o máximo de qualidade e o mínimo de risco para o paciente.

Quanto à dimensão equipamentos, as inadequações relacionadas à ausência ou deficiência de equipamentos e manutenção dos mesmos nas três UBS, corroboram com o estudo de Guimarães, Amaral e Simões (2002). Na pesquisa desses autores, todos os municípios brasileiros apresentaram informações sobre equipamentos, instalação física e recursos humanos na área da saúde. Os resultados revelaram “[...] a existência de grandes vazios na oferta de serviços de saúde, além da total ausência de determinados tipos de equipamentos, instalações físicas e recursos humanos, necessários ao atendimento básico, em muitos municípios do Brasil.” (GUIMARÃES; AMARAL; SIMÕES, 2002, p. 17)

Em relação à dimensão insumos, o suprimento dos produtos e materiais nas três unidades é um elemento fundamental para o desenvolvimento do serviço e da segurança de profissionais e pacientes, o que é endossado por Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011) que esta situação impede o desenvolvimento de cuidados clínicos adequados na assistência à saúde da população. Barba, Coelho e Ferla (2014) endossam que uma pequena parte das unidades dispõem de insumos sempre disponíveis, incluindo os de materiais imprescindíveis. Brasil e Borges (2011) apontam que não só dos insumos depende à realização adequada da prática segura e de biossegurança dos profissionais, mas da infraestrutura e do processo de trabalho, principalmente em áreas específicas como a sala de curativos.

No tocante aos itens de relevância para o controle de risco, os entrevistados indicaram itens, em sua maioria relacionados ao gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (RSS) (três); à infraestrutura (três); ao acondicionamento de medicamentos (quatro) e de imunobiológicos (seis). Três profissionais entrevistados apontam também os gerados dos derivados de acidentes com perfurocortante na sala de vacina, no gerenciamento dos RSS e procedimentos de limpeza do ambiente. Já, os profissionais da V. S. elencam o processo de esterilização no CME, acondicionamento dos produtos nas salas de vacina, farmácia e almoxarifado. Ascari et al. (2013) destacam a necessidade de um olhar mais atento dos profissionais envolvidos no reprocessamento de materiais, visando maior segurança aos pacientes, profissionais e serviços de saúde, principalmente acerca dos testes e registros do processo de esterilização praticados.

Silva (2014, p. 6) reitera que o profissional de V.S. deve integrar “conhecimento técnico e o arcabouço legal para controlar os seus objetos que possuem múltiplas dimensões e propriedades” e que existe uma lacuna precariamente no que se refere ao “entendimento do risco” para suas ações. Este estudo, conclui que o profissional realiza sua ação baseado nos significados que o risco tem para ele que passa pela descrição técnica e por aspectos subjetivos, ligados às representações e sistemas de valores dos profissionais, ou seja, “crenças, normas, valores e pelas formas de pensar socialmente produzidas”, emergindo da interação que ele estabelece com o seu serviço, o setor regulado, população e consigo mesmo. (SILVA, 2014, p. 24)

Segundo Costa (2009, p. 22), os serviços de saúde constituem “objeto de grande complexidade quanto aos riscos, quanto maior a densidade tecnológica e a diversidade de serviços que prestam, o que constituem espaços de sobreposição de riscos pela quantidade dos produtos, processos” e atividades e que envolvem distintos profissionais e suas subjetividades. Outrossim, cabe ressaltar que as percepções dos profissionais variam, sendo possível verificar um “senso comum” referente aos itens de controle sanitário previsto nas normas sanitárias. Além disso, a dimensão que mais se revela é concernente aos itens relacionados a processos de trabalho, na área do CME, referentes aos procedimentos e métodos empregados (físicos, químicos e biológicos); equipamentos, insumos e produtos e utilizados nesta área; e gestão de qualidade, no controle de qualidade do processo.

Além disso, cabe ressaltar que, entre as ações sugeridas pelos profissionais para o controle de riscos, foram mencionadas, por dois entrevistados, atualização e capacitação dos profissionais e troca de informações e comunicação entre a vigilância sanitária e áreas afins

da SMS para auxiliar neste processo. Roschke, Brito e Palacios (2002) corroboram com o pensamento dos entrevistados, com a afirmativa de que as capacitações refletem no desempenho dos atores sociais em todos os níveis de atenção; contribuem no desenvolvimento de novas competências, a exemplo da gestão de qualidade, e servem na origem de práticas desejáveis de gestão em saúde. Consequentemente, ações planejadas de educação poderiam fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas dos profissionais, seja em nível de atenção em saúde ou itens para o controle de riscos nas unidades.

Seria importante que a vigilância sanitária pudesse investir também em ações direcionadas à qualificação dos profissionais de saúde, pois o reconhecimento, pela equipe, dos itens de controle de riscos tem influência na proteção da saúde dos usuários e profissionais dos serviços de saúde.

Não menos importante é a ação sugerida pelo entrevistado da vigilância sanitária da necessidade de orientação e sensibilização dos gestores, com o objetivo de estabelecer um fluxo de comunicação e priorização no planejamento das necessidades das UBS. Tal assertiva foi constatada por Silveira et al. (2010) em seu estudo sobre as dificuldades na comunicação com a gestão, visto que esta depende de uma complexa hierarquia para sua difusão, passando por diversos níveis, do secretário até os profissionais de saúde.

A comunicação deficiente entre os profissionais, áreas afins da Secretaria Municipal de Saúde e os serviços de vigilância sanitária é percebida pelos entrevistados também como uma dificuldade. A definição de um fluxo de informações entre os profissionais poderia auxiliar no planejamento das unidades, com subsídios para o planejamento e a programação orçamentária da SMS, em assegurar recursos financeiros a para a compra de insumos e equipamentos, contratos de manutenção dos equipamentos e infraestrutura das unidades e desburocratização nos processos de compra. Isto possibilitaria que os materiais necessários à realização das atividades estivessem disponíveis e diminuiria o número de inadequações nas UBS. A burocratização dos processos de compra também foi percebida por um dos profissionais da vigilância sanitária como uma dificuldade para o atendimento das solicitações às UBS.

Outras dificuldades, referidas por alguns dos entrevistados, têm a ver com a estrutura das unidades – que implica no compartilhamento de atividades de PA e UBS – e com a gestão do trabalho, cujas deficiências resultam no excesso de trabalho, quadro reduzido de profissionais; neste caso, compensadas pela “boa vontade” dos profissionais, segundo dois

entrevistados; para um deles, é “comprometimento” e para o outro é “empenho e motivação” da equipe. Schrader et al. (2012), em estudo realizado em unidades básicas de saúde de Pelotas/RS, encontrou um resultado indicando que, em decorrência da grande demanda, o trabalho passa a ser focado no número de atendimentos e não na qualidade da atenção dispensada e que os enfermeiros sentem que vão realizando suas obrigações automaticamente e acabam por não desenvolver o cuidado como desejado e segundo as prerrogativas do SUS, do atendimento integral e humanizado. No entanto, os autores enfatizam que a alavanca principal para o desempenho positivo e desenvolvimento profissional do trabalho nas unidades está vinculada às relações interpessoais, o compromisso e companheirismo entre colegas.

Por seu lado, Cavalcante e Lima (2013) ressaltam em seu estudo realizado na atenção básica, que as dificuldades na sobrecarga de trabalho, funções dos profissionais e a falta de uma gestão participativa tornam as condições de trabalho precarizadas, trazendo outras variáveis materiais que comprometem o desenvolvimento dessas atividades, como a insuficiência de espaço físico e insumos, por exemplo.

A análise dos documentos oficiais, resultantes das inspeções sanitárias realizadas nas UBS investigadas, revelou que foram encontradas, pelos técnicos do serviço de vigilância sanitária, diversificadas inadequações ou irregularidades em todas as dimensões deste estudo, que evidenciavam uma situação sanitária muito desfavorável, em flagrante descon sideração aos requisitos técnico-sanitários e legais para a prestação de serviços de saúde.

Também foi possível constatar o uso restrito dos instrumentos ou tecnologias de que a vigilância sanitária dispõe para o exercício de suas funções de proteção da saúde da população e também dos trabalhadores de saúde e do meio ambiente. Os instrumentos ficaram resumidos à inspeção sanitária e ao uso de normativas, evidenciando o modelo de vigilância sanitária restritivo e limitado em sua capacidade de ação. Conforme Costa (2009), a complexidade dos objetos da ação de vigilância sanitária e dos riscos reais e potenciais que portam, que podem ser agregados ao longo do ciclo produção consumo desses objetos é necessário o uso do conjunto das tecnologias de intervenção disponíveis, que se intercomplementam num conjunto organizado de práticas desenvolvidas nas três esferas de gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Em que pese a multiplicidade de inadequações nas UBS, encontradas nas inspeções sanitárias e registradas nos documentos oficiais analisados, com apenas algumas melhorias pontuais, especialmente em uma das unidades investigadas, as licenças sanitárias foram

concedidas, como um instrumento quase que meramente cartorial, pois as restrições se resumiram à proibição do uso de raio-x nos consultórios odontológicos.

As três unidades permaneceram com inadequações significativas em todas as dimensões investigadas, conquanto o alerta da vigilância sanitária de que a licença se dava em caráter condicional. É possível que assim permaneçam pois não foram encontrados indicativos de mudanças, especialmente levando em conta o contexto atual de extremas dificuldades e ameaças aos SUS.

Contudo, é importante ressaltar que nem sempre as inadequações identificadas nos serviços geram riscos à saúde dos envolvidos, e que alguns dos requisitos integram o sistema de controle sanitário no âmbito da vigilância sanitária, por isto mesmo são também relevantes. Explica-se: é possível que um estabelecimento sujeito à vigilância sanitária não esteja com licença atualizada, mas se encontre em condições sanitárias adequadas. Como também a exemplo do encontrado neste estudo, realizado em serviços públicos, é possível encontrar-se serviços de saúde com licença sanitária, mas em condições sanitárias inadequadas e até mesmo deploráveis, em desconsideração aos requisitos de saúde pública.

A análise documental revela que as ações de vigilância sanitária não foram suficientes para operar as mudanças necessárias nas unidades de saúde estudadas. A permanência das inadequações, indicam a baixa capacidade política da vigilância sanitária em exercer suas funções, mais visível em sua atuação sobre os serviços públicos de saúde, sem poder contribuir para a redução de riscos nas práticas de saúde na atenção básica e melhoria dos serviços ofertados à população.

É possível refletir que no modelo de controle sanitário das UBS, repassado do nível central aos distritos sanitários, não se observa as inadequações significativas, podendo ser necessário reavaliar o processo de trabalho e o conjunto de “tecnologias de intervenção” utilizadas pela V.S.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo, é possível afirmar que os objetivos gerais e específicos foram alcançados ao caracterizar a situação sanitária, identificar as inadequações dos serviços de saúde, na perspectiva da V.S. e discutir suas ações nas UBS.

Os resultados deste estudo revelam um conjunto de inadequações nas UBS, sendo que todas as dimensões foram afetadas com variações entre elas e entre as unidades investigadas, permanecendo significativas as inadequações na dimensão itens relacionados a processos de trabalho, principalmente nas áreas do CME e farmácia.

Evidenciamos assim, o comprometimento do papel da V.S. quanto ao controle sanitário sobre os serviços públicos de saúde, o que revela uma situação sanitária desfavorável nas unidades investigadas e práticas de saúde comprometidas na atenção básica nos serviços ofertados à população. Entre os pontos positivos ressalta-se a identificação das condições sanitárias nas UBS, além da realização de um estudo sob o enfoque da vigilância sanitária e atenção básica, no intuito de se refletir sobre os requisitos técnico-sanitários e legais para a prestação de serviços de saúde.

Quanto aos entrevistados, verificou-se distintas percepções sobre o controle sanitário dos serviços prestados nas UBS. Isto pode ser constatado na análise documental que revela a permanência de um conjunto de inadequações significativas nas UBS, mesmo após concessão das licenças sanitárias das unidades.

Entre as sugestões propostas pelos profissionais estão: estimular uma política de educação continuada e comunicação entre os profissionais; viabilizar a desburocratização da compra de insumos, equipamento e contratos de manutenção pela gestão e reavaliar os processos de construção e reforma das unidades de saúde.

Frente ao contexto analisado e tendo em vista a proteção de meios de vida – dos meios de satisfação de necessidades fundamentais da população – recomenda-se refletir com mais acuidade sobre a incorporação de registros nos serviços, programas de controle e garantia de qualidade pelos profissionais e acompanhamento do controle sanitário nos serviços das UBS.

Não obstante, é importante ainda considerar as limitações deste estudo, devido ao número de entrevistados e UBS visitadas, às questões formuladas nas entrevistas, às percepções dos entrevistados sobre controle sanitário dos serviços. Nessa perspectiva, sugerimos novas pesquisas sobre o assunto “unidades básicas de saúde e vigilância sanitária”.

Por fim consideramos que colaboração deste estudo possa instigar pesquisas para disponibilizar mais evidências sobre o tema investigado, bem como identificar lacunas nas práticas cotidianas de trabalho nos serviços de saúde, mediante a realização de capacitação, formação de profissionais. Além disso, recomenda-se a atualização através de um fluxo contínuo de comunicação entre os técnicos, por meio de fóruns de discussões específicos.

*“Quem nunca cometeu um erro, nunca tentou algo novo”*

(Albert Einstein)

## REFERÊNCIAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 12.12.807**. Resíduos de Serviços de Saúde: terminologia. São Paulo: ABNT, 1993.

AITH, F. **A saúde como direito de todos e dever do Estado: o papel dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário na efetivação do direito à saúde no Brasil**. 2006. 458 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. **Curso de direito sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil**. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

AITH, F. et al. (org.). **Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2010. v. I. cap. IV. p. 73-80.

AITH, F.; DALLARI, S. G. Vigilância em saúde no Brasil: os desafios dos riscos sanitários do século XXI e a necessidade de criação de um sistema nacional de vigilância em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 94-125, ago./nov. 2009.

ALMEIDA FILHO, N. **A clínica e a epidemiologia**. 2. ed. Salvador: APCEABRASCO, 1997.

ALMEIDA-FILHO; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 95-137, abr. 2007.

ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM, J. S. Conceitos de saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. M. de. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. Cap. 2. p. 13-27.

ALMEIDA, V. C. F. et al. Gerenciamento dos resíduos sólidos em unidades de saúde da família. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 2, p.103-112, 2009.

ALVAREZ-LEITE, M. E. Infecções relacionadas à Odontologia. In: OLIVEIRA, A. C. **Infecções hospitalares: epidemiologia, prevenção e controle**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 613-35.

ASCARI, R et al. O processo de esterilização de materiais em serviços de saúde: uma revisão integrativa. Ensaio. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Paraná, v. 4, n. 2, p. 33-38, set-nov. 2013.

\_\_\_\_\_. et al. Fluxo de materiais odonto-médico-hospitalares durante o seu processamento em unidades básicas de saúde. **Cidadania em Ação: Revista de Extensão e Cultura**, [S.l.], v. 6, n. 1, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.udesc.br/index.php/cidadaniaemacao/article/view/2486>>. Acesso em: 27 ago. 2018 Acesso em: 22 mar. 2017.

AYRES, J. R. C. M. O enfoque de risco na programação em saúde: fundamentos e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 1-2, p. 71-74, 1995.

AZEVEDO, G. F. C. **Proposta de modelo de gerenciamento de risco aplicado ao desempenho dos equipamentos eletromédicos em estabelecimentos assistenciais de saúde**. 2004. 155 f. Tese (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Faculdade de Engenharia elétrica e de Computação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2004.

Disponível em:

<[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/261840/1/Azevedo\\_GersonFlorenceCarvalhoheirade\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/261840/1/Azevedo_GersonFlorenceCarvalhoheirade_M.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2017.

BAHIA. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Ciências da Saúde, Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Controle Sanitário. **Manual de Biossegurança**. Salvador. 2001.

BARBA, M. L. F; COELHO, C.; FERLA, A. O PMAQ e a gestão da atenção básica: infraestrutura e recursos materiais das UBS do Rio Grande do Sul. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11, 2014, Botucatu, São Paulo. Anais... Botucatu: **Suplemento Revista Interface**, v. 3 - Comunicação, Saúde, Educação, 2014. p. 1807-5762.

BARBOSA, A. O; COSTA, E. A. Os sentidos de segurança sanitária no discurso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3361-3370, nov. 2010.

BECK, U. **La sociedad mundial del riesgo**. Buenos Aires: Paidós, 1998. p. 47-66.

BERLET, L. J. et al. Fatores que influenciam a qualidade do processo de esterilização. Ensaio: **Revista de enfermagem da UFPE**, Recife, v. 8, n. 7, p. 1997-2003, jul. 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: Higienização das mãos**. Brasília: Anvisa, 2009. 105p. p.42-46. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca\\_paciente\\_servicos\\_saude\\_higienizacao\\_maos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seguranca_paciente_servicos_saude_higienizacao_maos.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: limpeza e desinfecção de superfícies**. Brasília: Anvisa, 2012. 118p. p.65-80. Disponível em:

<<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/manuais>>.

Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de segurança do paciente - higienização das mãos**. Brasília: Anvisa, 2015. p. 75-88.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil – 1988. **D.O.U. 191-A de 05 out.** 1988, p. 1. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm)>. Acesso em 04 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508**, 28 jun. 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Acesso

21 de março de 2018. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em: 02 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 08 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.782**, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/CCivil\\_03/leis/L9782compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/L9782compilado.htm)>. Acesso em: 21 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.021**, de 8 de agosto de 2014. Estabelece a nova regulamentação do exercício e da fiscalização das atividades farmacêuticas, caracterizando as farmácias comunitárias como estabelecimentos de saúde. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf)>. Acesso em: 30 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.

\_\_\_\_\_. **Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.** Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 182 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Manual de normas e procedimentos para vacinação.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284 p. p.113-118.

\_\_\_\_\_. **Manual técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. 6. ed. Rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica:** instruções técnicas para a sua organização. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf)>. Acesso em: 01 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral das Unidades Hospitalares Próprias do Rio de Janeiro. Divisão de controle de infecção hospitalar. **Orientações gerais para central de esterilização**. Ministério da Saúde: Brasília; 2001. p. 26-49. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoesgeraiscentralesterilizacao2.pdf>>. Acesso :20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p (Série Pactos pela Saúde). Quadro de Metas das Ações em Áreas Estratégicas. 2018. Disponível em: <[http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006)>. Acesso em: 08 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Serviços odontológicos**: prevenção e controle de riscos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 156p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais /manual \\_odonto.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/manual_odonto.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose na atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 131 p. Capítulo 11.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). p.38.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC (Resolução de Diretoria Colegiada) nº 50** de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre regulamento teórico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC nº 44** de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC nº 44** de 26 de outubro de 2010. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC n° 42** de 25 de outubro de 2010. Dispõe sobre a obrigatoriedade de disponibilização de preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos. Disponível em: <file:///www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-42-de-25de-outubro-de-2010>

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC n° 20** de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC n° 63** de 25 novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Seção III. Definições Art. 4º, item XII- Serviço de saúde.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC n° 15** de 15 de março de 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RE n° 55** de 14 de novembro de 2012. Dispõe sobre os detergentes enzimáticos de uso restrito em estabelecimentos de assistência à saúde com indicação para limpeza de dispositivos médicos e dá outras providências. Art.23º.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC n° 36** de 26 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2013. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC\\_36\\_2013\\_COMP.pdf/36d809a4e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e). Acesso em: 13 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Resolução – **RDC n° 222** de 29 de março de 2018. Regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. Acesso em: 15 abr. 2018. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/rdc%20anvisa%20n%c2%ba%20222%20de%2028032018%20requisitos%20de%20boas%20pr%c3%81ticas%20de%20gerenciamento%20dos%20res%c3%8dduos%20de%20servi%c3%87os%20de%20sa%c3%9ade.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2017.

CAVALCANTE, M. V. S.; LIMA, T. C. S. A precarização do trabalho na atenção básica em saúde: relato de experiência. **Argumentum**, Vitória, v. 5, n. 1, p. 235-256, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/argumentum/article/view/3585/4109>. Acesso em: 05 fev. 2018.

CHIODI, M. B.; MARZIALE, M. H. P. Riscos ocupacionais para trabalhadores de unidades básicas de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 19, abr./jun. 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articul.oa?id=307023806014> ISSN 0103-2100. Acesso em: 17 mar. 2018.

COSTA, E. A. Vigilância sanitária e proteção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p.179-206.

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

\_\_\_\_\_. (Org.). **Vigilância Sanitária: temas para debate**. Salvador: EDUFBA, 2009.

\_\_\_\_\_. Regulação e vigilância sanitária. In: VIEIRA, Fernanda P.; REDIGUIERE, Camila F.; REDIGUIERE, Carolina F. (Org.). **A regulação de medicamentos no Brasil**. Porto Alegre: ABDR, 2013. Cap. 1, p. 21-35.

\_\_\_\_\_; ROZENFELD, S. Constituição da vigilância sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 15-40.

\_\_\_\_\_; SOUTO, A. C. Área temática da Vigilância Sanitária. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. M. de (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbookn, 2014. cap. 23. p.327-34.

COSTA, E. A. M. **Risco e proteção da saúde: reprocessamento de produtos médicos em hospitais de Salvador- BA**. 2011, 213f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011a.

\_\_\_\_\_. Reprocessamento de produtos médicos: da política regulatória à prática operacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4787-4794, 2011b.

\_\_\_\_\_; COSTA, E. A. Risco e segurança sanitária: análise do reprocessamento de produtos médicos em hospitais de Salvador, BA. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 800-7, 2012.

CRO/PR. Conselho Regional de Odontologia do Paraná. **Manual de controle de infecção e biossegurança** – procedimentos operacionais padrão dos serviços odontológicos. Curitiba: CRO, 2013. 76 p.

DATASUS. **Informações de Saúde**. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi /cnes/tipo\_estabelecimento.htm>. Acesso em: 08 dez. 2016.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesse em: 23 jan. 2017.

DI PIETRO, M. S. Z. **Direito administrativo**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

DISCACCIATI et al. Verificação da dispersão de respingos durante o trabalho do cirurgião-dentista. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan Am J/ Public Health**, v. 3, n. 2, p. 84-87, 1998.

DURAND, C. A segurança sanitária num mundo global: os aspectos legais. O sistema de segurança sanitária na França. **Revista de direito sanitário**, v.2, n.1, p.59-78, março de 2001.

EDUARDO, M. B. P. A vigilância sanitária como prática do SUS e a municipalização/Inspeção de clínicas ambulatoriais. **Vigilância Sanitária**, v. 8. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

FONTANA, R. T. et al. A prática do processamento de artigos em unidades básicas. Ensaio: **Revista Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 45-51, 2016.

FREITAS, F. P.; SANTOS, B. M. O. Irregularidades sanitárias como marcador de risco à saúde: um desafio para a vigilância sanitária. **Vigilância Sanitária em Debate**, v. 1, n. 1, p. 43-51, 2013.

FREITAS, L. A. O.; ALMEIDA, M. J.; FONSECA, L. N. Estrutura física e funcionamento dos centros de saúde de Montes Claros-MG: divergência entre norma e realidade, p.1-22, 2009. In: CONGRESSO NORTE-MINEIRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO. **Anais...** Minas Gerais: Universidade Estadual de Montes Claros, 2011, v.3, 2011.

FUNTOWICZ, S.; RAVETZ, J. Ciência pós-normal e comunidades ampliadas de pares face aos desafios ambientais. **Hist. Cienc. Saúde**, Manginhos/RJ, 1997, v. 4, n. 2, p. 219-230.

GALVÃO, C. F.; MOTTA, G. F.; ALVAREZ-LEITE, M. E. Análise quantitativa da contaminação da água das tubulações de equipamentos odontológicos. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, Minas Gerais, p. 3-9, 2006. Disponível em: <[http://www.2.pucminas.br/imagdb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20070530170043.pdf](http://www.2.pucminas.br/imagdb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20070530170043.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

GESSNER, R. et al. O manejo dos resíduos dos serviços de saúde: um problema a ser enfrentado. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 18, n. 1, p. 117-23, jan./mar. 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Cap. 16. p. 575-625.

GOMES, R. N. S. et al. Condições físicas e infraestruturais de salas de curativos. **Revista enfermagem UFPE**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3329-34, set. 2016.

GONÇALVES, M. L. C. Transmissão nosocomial da tuberculose: diminuindo o risco. Ensaio. **Bol. Pneumol. Sanit.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 21-26, dez. 2001.

GRUMACH, A. S. et al. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. Ensaio. **DST – Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 120-127, 2007.

GUIMARÃES, C.; AMARAL, P.; SIMÕES, R. Rede urbana da oferta de serviços de saúde: uma análise multivariada macro regional - Brasil, 2002. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 15, 2002, Caxambú/MG. **Anais eletrônicos**.

Caxambú: ABEP, 2002. Disponível em:

<<http://www.abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1567/1530>>.

Acesso em: 01 jul. 2017.

GUIVANT, J. Trajetórias das análises de risco: da periferia ao centro da teoria social. **BIB – Rev. Bras. Ci. Soc.** v. 46, n. 2, p. 3-38, 1998.

HIDALGO, L. R. C. et al. Gerenciamento de resíduos odontológicos no serviço público. Ensaio: **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 243-250, 2013.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos estados e dos municípios brasileiros, 2014**. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 126p.
- LA MENDOLA, S. O sentido do risco. **Tempo Soc.**, v. 17, n. 2, p. 59-91, 2005.
- LEITE, E. G. **Estabilidade importante parâmetro para avaliar a qualidade, segurança e eficácia de fármacos e medicamentos**. 2006. 178 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2006.
- LEITE, H. J. D. **Vigilância sanitária em serviços de saúde: risco e proteção da saúde em serviços de hemodiálise**. 2007, 128 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- LEITE, S. N. F. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51 (Sup. 2), p. 1-13s, 2017.
- LUCCHESE, G. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. 2001. 245 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo, 2001.
- \_\_\_\_\_. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. Brasília: Anvisa, 2008. p. 60-86.
- LUNA, G. L. M. et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Manguinhos/RJ, v. 16, n. 2, p. 513-521, 2011.
- MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
- MEDEIROS, F. A. et al. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud Publica** [online], v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** [online]. Recife, v. 10 (Supl.1), p. S69-S81, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/07.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- NAVARRO, M. V. T. **Risco, radiodiagnóstico e vigilância sanitária**. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 37-75.
- NAZAR, M. W.; PORDEUS, I. A.; WERNECK, M. A. F. Gerenciamento de resíduos sólidos de odontologia em postos de saúde da rede municipal de Belo Horizonte, Brasil. Ensaio. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 17, n. 4, p. 237-42, 2005.

NORO, L. R. A.; RIBEIRO, J. S. A vigilância sanitária e as condições de atendimento odontológico em unidades de saúde municipais de Fortaleza, Ceará. Ensaio: **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde (RBPS)**, Espírito Santo, v. 18, n. 1, p. 17-23, 2005.

O'DWYER, G.; TAVARES, M. de F. L.; DE SETA, M. H. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, p. 467-484, dez. 2007.

OLIVEIRA, A. N. Vigilância sanitária de serviços de saúde: um dilema e urgente desafio da VISA e dos gestores. **Instituto de Direito Sanitário Aplicado**, São Paulo, p. 1, 19 abr. 2013.

OLIVEIRA, V. C. Avaliação da qualidade da conservação de vacina nas unidades de atenção primária à saúde da região Centro-Oeste de Minas Gerais. **Digital Library USP**, Ribeirão Preto, 2009.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados em Saúde Alma-Ata**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasil: OMS/UNICEF, 1979.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde. Conceito de saúde. In: **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_joomlabook&view=topic&id=210&Itemid=232](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=210&Itemid=232)>. Acesso em: 12 mai.2017.

OPPERMANN, C. M.; PIRES, L. C. Manual de biossegurança para serviços de saúde. Porto Alegre: PMPA/SMS/CGVS, 2003. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manual\\_biossegurancaservicos\\_saude.pdf](http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/biosseguranca/manual_biossegurancaservicos_saude.pdf)>. Acesso em:17 fev. 2018.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

PADOVEZE, M. C.; FIGUEIREDO, R. O papel da atenção primária na prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Estudo teórico. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 48, n. 66, p. 1137-44, set. 2014.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 10, n. 1, p. 58-65, jan./mar. 2011.

PENSE SUS. **Atenção Básica**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

PREFEITURA DE SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde**, 2014-2017 Disponível em: <[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms\\_2014\\_2017\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf)>. Acesso em: 01 mar. 2017.

RANGEL-S, L. M. Risco, cultura e comunicação na proteção e promoção da saúde. In: COSTA, E. A.; RANGEL-S, M. L. (Org.). **Comunicação em vigilância sanitária: princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: EDUFBA, 2007.

REZENDE, K. C. A. D. **Risco biológico e medidas de prevenção na prática da atenção básica**. 2011. f. 114. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia/GO, 2011.

\_\_\_\_\_. et al. Adesão à higienização das mãos e ao uso de equipamentos de proteção pessoal por profissionais de enfermagem na atenção básica em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 343-351, abr./jun. 2012.

RIBEIRO, D. O. et al. Qualidade da conservação e armazenamento dos imunobiológicos da rede básica do Distrito Sul de Campinas. **J. Health Sci Inst.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 21-8, 2010.

ROSCHKE, M. A.; BRITO, P.; PALACIOS, M. A. **Gestão de projetos de educação permanente nos serviços de saúde: manual do educador**. Washington: OPS/ OMS, 2002. (Série Paltex, n. 44).

SALES, C. C. L. et al. Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde: aspectos do manejo interno no município de Marituba, Pará, Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Manguinhos/RJ, v. 14, n. 6, p. 2231-2239, 2009.

SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de atenção básica, segundo modelo de atenção, na região de Saúde do Rio Pardo-SP**. 2013. 147 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Programa de Mestrado Profissional da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTOS, T. R. et al. Acondicionamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde nas unidades básicas de saúde (UBS) do município de Caicó/RN. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e Saúde**, Uberlândia, v. 10, n. 18, p. 46-57. jun, 2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Divisão de Infecção Hospitalar. Centro de Vigilância Epidemiológica. **Manual de avaliação da qualidade de práticas de controle de infecção hospitalar**. Projeto de parceria multiprofissional e multi-institucional de política pública de saúde na área de controle de infecção hospitalar. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2006. p.149-203. Disponível em: <<http://www.osteos.com.br/arquivos/manuais/avalicao-qualidade-praticas-controle-infecaohospitar.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. **Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo**. Manual de estruturação de almoxarifados de medicamentos e produtos para a saúde, e de boas práticas de armazenamento e distribuição. São Paulo: SMSSP, p. 41, 2003.

SCHRADER, G. et al. Trabalho na unidade básica de saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 222-8, mar./abr. 2012.

SILVA, A. A. et al. Avaliação das condições higiênicas e sanitárias de uma unidade básica de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12, 2013, Belém. **Anais...** Belém: CBMFC, 2013. p. 1457.

- SILVA, A. C. N. et al. Critérios adotados para seleção de indicadores de contaminação ambiental relacionados aos resíduos dos serviços de saúde: uma proposta de avaliação. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1401-9, 2002. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v18n5/11\\_013.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v18n5/11_013.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2018.
- SILVA, A. V. F. G. **Concepções sobre riscos na concepção dos profissionais da vigilância sanitária**. 2014, 233f. II. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014.
- SILVA, C. A. **Avaliação da implantação do plano de gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde nas unidades de saúde do Distrito Sanitário II do município de Olinda**. 2009. 42 f. Dissertação (Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.
- SILVA, L. et al. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: atenção básica e hospitalar. Ensaio: **Rev. Gestão & Saúde**, Brasília, v. 08, n. 02, p. 318-336, mai. 2017.
- SILVA, S. C. Gestão da qualidade nos serviços de saúde. **Nursing**, São Paulo, v. 13, n. 155, p. 219-226, 2011.
- SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, set. 2010.
- SIMÃO, R. W. T. S.; BATISTA, A. M. Armazenamento de medicamentos em unidades básicas de saúde de Macaíba, RN, Brasil. **Informa ciências farmacêuticas**, Rio Grande do Norte, v. 28, e. 1, p. 40-46, 2012.
- SOUZA, M. C. D. **Regulação sanitária de produtos para a saúde no Brasil e no Reino Unido: o caso dos equipamentos eletromédicos**. 2007. 290 p. Tese. (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2007.
- SZCZERBOWSKI, A. C.; MORAIS, C. R. Manejo de resíduos sólidos em unidade básica de saúde da cidade de Estrela do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Getec**, v. 6, n. 11, p. 29-40, 2017.
- TEIXEIRA, C. F. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador, Bahia: CEPS/ISC, 2001. 80p.
- VALERY, P. P. T. **Boas práticas para estocagem de medicamentos**. Brasília: Central de Medicamentos, VI 66b, 1989.
- VASCONCELOS, K. C. E.; ROCHA, S. A.; AYRES, J. A. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21 n. 1, mar. 2012.
- VIEIRA, C. R. A.; COSTA, R. J. M.; SOLER, O. Vigilância Sanitária: perfil dos estabelecimentos farmacêuticos públicos, privados e filantrópicos em Piraí, RJ. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, v. 20, n. 3, p.175-187, 2016.

VITAL, J. S. et al. Estrutura física de centro de material e esterilização em unidades de atenção básica de saúde. **Rev. Enf. UFPE**, Recife, v. 8, n. 5, p. 1192-200, mai. 2014.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A Classificação dos itens do roteiro de observação está dividida em:

- 1) infraestrutura: refere-se à estrutura física com os fluxos compatíveis aos serviços prestados, incluindo a estrutura hidráulica e elétrica
- 2) equipamentos: corresponde aos mobiliários e equipamentos de cada serviço
- 3) insumos: corresponde a produtos para a saúde, tais como, materiais, artigos ou sistemas de uso ou aplicação médica ou odontológica (lixreira, caixas de perfuro cortantes, detergente enzimático, etc.)
- 4) documentação :corresponde a documentos e registros como manual de procedimentos operacionais, plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, levantamento radiométrico e testes de controle de qualidade do equipamento de raio-x odontológico, registros de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos (refrigerador, autoclave, etc.) e análise da água, avaliação do projeto básico arquitetônico, qualificação e carteira de vacinação dos profissionais da equipe
- 5) itens relacionados à processos de trabalho (corresponde aos procedimentos técnicos observados nas visitas como limpeza do ambiente, superfícies e equipamentos, limpeza da cuspideira entre os procedimentos odontológicos, procedimentos de lavagem de mãos, etc.). A comprovação dos processos de trabalho é confirmada pela apresentação dos registros existentes.
- 6) gestão de qualidade (capacitação de profissionais, utilização de indicadores, implementação de POPS, controle de qualidade do processo de esterilização, absorção).1) infraestrutura: refere-se a estrutura física com os fluxos compatíveis aos serviços prestados, incluindo a estrutura hidráulica e elétrica.

Os itens utilizados serão os itens imprescindíveis e necessários:

1. Considera-se item IMPRESCINDÍVEL (I) aquele que pode influir em grau crítico na qualidade ou segurança do atendimento e na segurança dos trabalhadores nas unidades em sua interação com os produtos e processos durante o desenvolvimento de suas atividades.

2. Considera-se item NECESSÁRIO (N) aquele que pode influir em grau menos crítico na qualidade ou segurança do atendimento e na segurança dos trabalhadores nas unidades em sua interação com os produtos e processos durante o desenvolvimento de suas atividades.

**1 – INFORMAÇÕES GERAIS**

<b>N°</b>	<b>Class.</b>	<b>Itens</b>
1.1	<b>INF</b>	Razão social: Secretaria Municipal de Saúde
1.2	<b>INF</b>	Denominação da Unidade Básica de Saúde:
1.3	<b>INF</b>	CNPJ: 13.927.801/0005-72
1.4	<b>INF</b>	Número do Processo de análise de projeto: deferido: (sim) (não) Número do processo de licença inicial ou renovação:
1.5	<b>INF</b>	Endereço:
		Bairro:
		Telefone:
		E-mail:
1.6	<b>INF</b>	Gerente:
1.7	<b>INF</b>	Coordenador do Distrito:
1.8	<b>INF</b>	Responsável Técnico:
1.9	<b>INF</b>	Número de Equipes de Saúde da Família:
1.10	<b>INF</b>	Número de Equipes de Saúde Bucal:
1.11	<b>INF</b>	Existe(m) Serviço(s) terceirizado(s)? <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
1.12	<b>INF</b>	Se sim, os contratos de terceirização dos serviços e cópia do Alvará de Saúde estão disponibilizados à inspeção? <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
1.13	<b>INF</b>	Número de funcionários da Unidade: Quantidade de higienizadores:

**2 – DADOS DA INSPEÇÃO:**➤ **DATA:**➤ **FUNCIONÁRIO:****3 – INSTALAÇÕES – CONDIÇÕES GERAIS**

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
3.1	<b>N</b> <b>Processo de trabalho</b>	Os arredores da edificação estão limpos?				
3.2	<b>N</b> <b>Infraestrutura</b>	1. A edificação apresenta rachaduras ou infiltrações?				
		2. Qual?				
		3. A estrutura permite a higienização com utilização de saneantes para as atividades desenvolvidas?				
		4. As instalações elétricas estão expostas?				
		5. A corrente elétrica está compatível com os equipamentos?				
		6. As instalações hidráulicas estão sem vazamentos?				
		7. A iluminação atende à necessidade do serviço?				
		8. A edificação dispõe de exaustores no				
		• DML, • ALMOXARIFADO • CME I				
		9. Possui extintores sinalizados e recarga válida?				
		10. Possui reservatório de água potável?				
11. Quantos?						

## 4- PROCEDIMENTOS GERAIS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
4.1	<b>I</b> <b>Insumos</b>	1. Possui lixeiras com tampa ou bombonas para o gerenciamento de resíduos?				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comum</li> <li>• Infectantes</li> <li>• Perfurocortante</li> <li>• Químicos</li> </ul>				
		2. Possui caixa para pérfurocortantes?				
		3. Possui: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sabão líquido no dispensador</li> <li>• Suporte com papel toalha</li> </ul>				
4.2	<b>N</b> <b>Insumos</b>	1. É disponibilizada solução antisséptica para as mãos (álcool gel 70%) nos ambientes? Onde não se observou?				
4.3	<b>I</b> <b>Processos de trabalho</b>	1. Os ambientes estão limpos e organizados? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpos</li> <li>• Organizados</li> </ul>				
		2. O profissional realiza o procedimento de lavagem das mãos entre a realização dos serviços?				
		3. Ocorre reposição de sabonete líquido durante o dia de trabalho?				
		4. Identifica-se o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde nos procedimentos?				
4.4	<b>N</b> <b>Processos de trabalho</b>	1. As almotolias estão identificadas com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome do produto</li> <li>• Data de envase</li> <li>• Data de troca das soluções</li> </ul> 2. Estão higienizadas e vedadas?				
4.5	<b>I</b> <b>Infraestrutura</b>	1. Possui lavatório exclusivo para lavagem das mãos nos locais de atendimento? <ul style="list-style-type: none"> <li>• É acionada sem o comando das mãos?</li> </ul>				
4.6	<b>N</b> <b>Documentação</b>	1. Existe registro de treinamento sobre as atividades no serviço de saúde? 2. Quais os treinamentos realizados?				
4.7	<b>N</b> <b>Gestão de qualidade</b>	1. Existe um Plano de educação permanente? _____				

**5 – CONSULTÓRIOS (MÉDICO, ENFERMAGEM E OUTROS, EXCETO ODONTOLOGIA)**

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC
5.1	<b>N</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. Número de consultórios: _____ 2. Onde são realizados os atendimentos à pacientes com tuberculose. 3. Possui atividades compartilhadas que não sejam compatíveis? Se sim, quais? _____				
5.2	<b>N</b> <b>Equipamentos</b>	Possui Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa tipo escritório</li> <li>• Cadeiras</li> <li>• Negatoscópico</li> <li>• Balança pediátrica</li> <li>• Balança antropométrica</li> <li>• Régua antropométrica</li> <li>• Esfigmomanômetro (tensiômetro)</li> <li>• Estetoscópico</li> <li>• Otoscópico</li> <li>• Foco de luz</li> <li>• Colposcópico</li> <li>• Armário vitrine</li> <li>• Biombo</li> <li>• Escada de dois degraus</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Mesa para exames</li> </ul>				
5.3	<b>I</b> <b>Infraestrutura</b>	1. O consultório de uso ginecológico – possui sanitário privativo anexo?				
5.4	<b>I</b> <b>Equipamentos</b>	1.O consultório de uso ginecológico – possui mesa para exames ginecológicos em bom estado de conservação?				
5.5	<b>I</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. Realiza a leitura dos testes rápidos (HIV, sífilis, etc.) durante a consulta de enfermagem? 2. A temperatura de armazenamento do material coletado entre 2-8 C?				

## 6 – CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC
6.1	INF	Número de consultórios odontológicos: _____				
6.2	I Equipamentos	Equipamentos e mobiliários básicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa tipo escritório</li> <li>• Negatoscópio</li> <li>• Armário vitrine</li> <li>• Refrigerador</li> <li>• Mocho (cadeira do dentista)</li> <li>• Equipo odontológico (seringa triplice e instrumentos rotatórios)</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Cadeira odontológica</li> <li>• Possui aparelho de raios-x intraoral?</li> <li>• Possui número de série?</li> </ul>				
6.3	I Infraestrutura	Possui lavatório exclusivo para lavagem das mãos? _____				
6.4	I Insumos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possui para toda a equipe? EPI completo, Possui:</li> <li>• Avental plumbífero</li> <li>• Sacos de 1º uso para serem utilizados como barreiras no equipo odontológico</li> <li>• Kits instrumentais (incluindo brocas)</li> <li>• Condições de preparo dos kits</li> <li>• Protetor de tireoide em suporte, em número equivalente a quantidade de aparelhos?</li> <li>• Condições de integridade dos materiais (instrumentais, aventais, protetor de tireoide, etc.)</li> </ul>				
6.5	I Processo de trabalho	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realiza a colocação de material de barreira para o equipo odontológico – filme PVC, apropriados para proteção de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alças e interruptor de refletor,</li> <li>• Tubo-alça e disparador de raio-x,</li> <li>• Haste de mesa auxiliar,</li> <li>• Ponta de mangueira do sugador</li> <li>• Ponta do aparelho ultrassônico e jato de bicarbonato,</li> <li>• Base de rotores e pontas descartáveis para seringa triplice?</li> </ul> </li> <li>2. Verifica a utilização de água filtrada no reservatório do equipo odontológico?</li> <li>3. Os kits de instrumentais (incluindo brocas) são individualizados por paciente e procedimento?</li> <li>4. Verifica a desinfecção das linhas de água do equipo odontológico?</li> <li>5. Qual produto utilizado</li> <li>6. Nas radiografias intraorais utilizam-se, preferencialmente:</li> </ol>				

		<p>7. Prendedores de filme e de “bite-wing”, de modo a evitar que o paciente tenha que segurar o filme.</p> <p>8. Usa-se vestimenta de proteção individual para proteção de tireoide, o tronco e as gônadas dos pacientes durante as exposições.</p> <p>9. Os aventais plumbíferos estão acondicionados sobre superfície horizontal ou em suporte apropriado.</p> <p>10. Os filmes estão armazenados em local protegido do calor, umidade, radiação e vapores químicos?</p> <p>11. Existe um procedimento de limpeza e higienização:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Do ambiente</li> <li>• Bancadas</li> <li>• Superfícies</li> <li>• Equipamentos</li> </ul> <p>12. Verifica a desinfecção das tubulações do equipamento odontológico após cada atendimento?</p> <p>13. Os procedimentos de trabalho estão implementados?</p>				
6.6	<b>N</b> <b>Processo de trabalho</b>	<p>1. Os resíduos de amálgama estão acondicionados em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasilhames rígidos em lâmina d’água,</li> <li>• Com tampa e identificados,</li> <li>• Em ambiente segregado dos produtos de saúde?</li> <li>• Os resíduos de reveladores, fixadores e película de chumbo estão: Acondicionados em vasilhames,</li> <li>• Com tampa e identificados,</li> </ul> <p>2. Em ambiente segregado dos produtos de saúde</p> <p>3. Possui sinalização interna e externa do consultório com Raio X, de acordo com a Portaria 453/1998 (ou outra que venha a substituí-la)?</p>				
6.7	<b>I</b> <b>Documentação</b>	<p>1. Existe procedimento escrito para acidente de trabalho?</p> <p>2. Existe registro, especificamente, do procedimento de limpeza e higienização da cuspeira?</p> <p>3. Os procedimentos radiológicos estão registrados, constando de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Data do exame, nome e endereço completo do paciente, sexo, idade, indicação do exame, tipo de procedimento radiológico realizado, quantidade de filmes utilizados.</li> <li>• Peso e técnica radiológica (kVp, mAs, distância fonte-receptor de imagem, tela-filme), quando justificável.</li> </ul> <p>4. Existe o registro de limpeza e higienização da câmara de revelação?</p>				

## 7 – SALA DE PROCEDIMENTOS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
7.1	<b>N</b> <b>Equipamentos</b>	Equipamentos e mobiliários básicos: 1. Mesa tipo escritório 2. Cadeiras 3. Armário vitrine 4. Mesa auxiliar 5. Refrigerador e/ou caixas térmicas 6. Pia com bancada 7. Maca 8. Nebulizador 9. Balança pediátrica 10. Balança antropométrica 11. Esfigmomanômetro 12. Estetoscópio 13. Glicosímetro				
7.2	<b>N</b> <b>Documentação</b>	1. Livro de registro de ocorrências e de atendimento com a data, nome do paciente, idade, procedimento realizado, (se administração de medicamentos, incluir nome do medicamento, via de administração, lote, horário, prescritor, profissional responsável pela administração/atendimento.				
7.3	<b>N</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. Quais as atividades realizadas neste local? • Coleta de material (sangue, etc.)? • Aplicação de medicamentos? • Atendimento de urgência? • Nebulização?  2. Guarda de material coletado?				
7.4	<b>I</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. As máscaras de nebulização estão individualizadas e prontas para uso?				

## 8 – SUPORTE PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC
8.1	<b>I</b> <b>Insumos</b>	<p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Máscaras (montado e pronto para uso)</li> <li>Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)</li> <li>Oxigênio (montado – fluxômetro e manômetro – pronto para uso e com dispositivo que ofereça segurança)</li> <li>Material para punção venosa</li> <li>No suporte de urgência existe medicamentos de controle especial? Se sim, onde os medicamentos são armazenados possui lacre?</li> </ul> <p>Medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Atropina, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Ringer Lactato, Soro Glicosado, Soro fisiológico.</li> </ul> <p>Tabela padrão utilizada pela SMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>AAS 100mg (5 cp)</li> <li>Adrenalina 1mg/ml (10 amp)</li> <li>Clonidina 100mg(10cp) (anti hiertensivo)</li> <li>Brometo de ipatrópico (1 fr) (subst-inalatoria)</li> <li>Captopril 25mg (10 cp) –subst. angina,,hipertensivo)</li> <li>Cloreto de lidocaína 2% (2 fr)</li> <li>Nacl 0,9% (10 amp)</li> <li>Dexametasona 4 mg/ml (5 amp)</li> <li>Dipirona 500 mg/ml (10 amp)</li> <li>Fenoterol (1 fr) (broncodilatador)</li> <li>Glicose 50% (10 amp)</li> <li>Hidrocortisona 100 mg (2 un)</li> <li>Hidrocortisona 500 mg (2 un)</li> <li>Hioscina 200mg/ml (5 amp) (tratamento da cólica)</li> <li>Isossorbida 5mg (5 cp) (angina, edema agudo insuficiência cardíaca congestiva)</li> </ul>				
8.2	<b>I</b> <b>Equipamentos</b>	1. Possui suporte para soro? Possui maca no local destinado para atendimento de urgência?				
8.3	<b>N</b> <b>Documentação</b>	1. Apresenta livro de registro dos atendimentos realizados com data, nome do paciente, idade, procedimento realizado, profissional responsável pelo atendimento.				
8.4	<b>I</b> <b>Documentação</b>	1. Existe o sistema de registro da entrada e saída dos medicamentos controlados? Qual _____				

## 9 – SALA DE VACINAS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
9.1	<b>N Equipamentos</b>	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refrigerador</li> <li>• Câmara</li> <li>• Caixas térmicas</li> <li>• Termômetros com cabo extensor</li> </ul> Equipamentos de informática para o sistema de informação. Mesa tipo escrivaninha com gavetas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadeiras</li> <li>• Armário com porta para a guarda de material</li> <li>• Maca fixa para a administração dos imunobiológicos</li> </ul>				
9.2	<b>I Processo de trabalho</b>	<p>1 Incide luz solar sobre o equipamento?</p> <p>2 Realiza controle de temperatura, com registro em planilha, dos equipamentos que acondicionam os imunobiológicos?</p> <p>3 Registros do equipamento entre 2-8 C (mínima e máxima)?</p> <p>4 Mantém-se no ideal(5C)?</p> <p>5 Qual o procedimento utilizado na vacina sob suspeita que foram identificados registros de temperatura mínima e máxima oscilante em diversos dias?</p> <p>6 Apresentou a manutenção corretiva do equipamento?</p> <p>7 Possui registro de evento adverso à vacina aplicada? Qual? Data?</p> <p>8 Possui rotina de limpeza do refrigerador e/ou câmara?</p> <p>9 Qual a periodicidade? Semanal ( ) Quinzenal ( ) Mensal( ) Outros ( )</p> <p>10 Qual o produto utilizado? _____</p> <p>11 Mantém o refrigerador e/ou câmara organizados?</p> <p>12 Nos refrigeradores domésticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os imunobiológicos estão acondicionados por tipo (viral ou bacteriano) nas 2ª e 3ª prateleiras, colocando-se na frente os produtos com prazo de validade mais curto para que sejam utilizados antes dos demais? (sim) (não)</li> <li>• Os imunobiológicos estão acondicionados na 1ª prateleira ou no compartimento inferior (gaveta)desses equipamentos)? (sim) (não)</li> </ul> <p>13 Existem garrafas preenchidas com água misturada a um corante (azul de metileno, anil, violeta genciana) na gaveta da parte de baixo do refrigerador, ocupando todo o espaço)? (sim) (não)</p> <p>14 Realiza o transporte do resíduo da sala de vacina para o local de armazenamento temporário?</p> <p>15 O responsável da sala de vacina realiza o monitoramento do local?</p> <p>16 Os resíduos gerados na sala de vacina (A1) e lixo comum são segregados?</p> <p>17 Estão acondicionados e identificados adequadamente?</p>				
9.3	<b>N Documentação</b>	<p>1. Apresentou o registro da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpeza do equipamento</li> <li>• Ambiente</li> </ul> <p>2. Tem livro de registro dos atendimentos realizados com data, nome do paciente, vacina administrada, assinatura do profissional responsável pela administração da vacina.</p> <p>3. Registro do monitoramento do responsável da sala de vacina?</p>				

## 10 – SALA DE CURATIVO

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
10.1	<b>N Equipamentos</b>	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa tipo escritório</li> <li>• Cadeiras</li> <li>• Armário vitrine</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Pia com bancada</li> <li>• Mesa para exame clínico – com estofado</li> </ul>				
10.2	<b>I Processo de trabalho</b>	1. Realiza organização do fluxo de atendimento (curativos limpos e contaminados)?				
		2. O material reprocessado está identificado com data, material, validade e profissional responsável pelo procedimento?				
		3. A identificação das almotolias está com a data, validade e assinatura do responsável?				
10.3	<b>N Infraestrutura</b>	1. Utiliza o lava-pés?				
10.4	<b>N Documentação</b>	1. Possui livro de registro dos atendimentos realizados com data, nome do paciente, idade, procedimento realizado, profissional responsável pelo atendimento.				

## 11 – SALA DE COLETA

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
11.1	<b>INF Infraestrutura</b>	A sala de coleta é dividida em cabinas? A coleta é realizada na sala de procedimentos?				
11.2	<b>I Equipamentos</b>	1. Existe centrífuga? 2. Possui maca ou poltrona reclinável?				
11.3	<b>I Insumos</b>	1. Usam-se caixas térmicas com gelo reciclável para o transporte externo de amostras?				
11.4	<b>INF Documentação</b>	1. O sistema de entrada de dados é informatizado ou é manual em livro de protocolo?				
11.5	<b>I Documentação</b>	1. O cadastro do paciente inclui as seguintes informações: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) número de registro de identificação do paciente gerado pelo laboratório;</li> <li>b) nome do paciente;</li> <li>c) idade, sexo e procedência do paciente;</li> <li>d) telefone e/ou endereço do paciente, quando aplicável;</li> <li>e) nome e contato do responsável em caso de menor de idade ou incapacitado; nome do solicitante;</li> <li>f) data e hora do atendimento;</li> <li>g) horário da coleta, quando aplicável;</li> <li>h) exames solicitados e tipo de amostra;</li> <li>i) quando necessário: informações adicionais, em conformidade com o exame (medicamento em uso, dados do ciclo menstrual, indicação/observação clínica, dentre outros de relevância);</li> <li>j) data prevista para a entrega do laudo;</li> <li>k) indicação de urgência, quando aplicável.</li> </ul>				

11.6	<b>N Documentação</b>	1. Possui registro do transporte de amostras?				
11.7	<b>I Processo de trabalho</b>	1. Após a coleta, quanto tempo para o envio da amostra ao laboratório? Caso ultrapasse o tempo previsto para envio da amostra, qual o procedimento a ser implementado?				
		2. Existe controle de temperatura das amostras até o momento do transporte? 3. As amostras são devidamente organizadas para o transporte? 4. Caso ocorra um acidente com a amostra coletada, qual o procedimento a ser seguido?  5. No procedimento de coleta, os tubos são identificados adequadamente, de modo a evitar a troca de amostras? 6. Existe procedimento de limpeza e descontaminação da centrífuga? 7. As amostras são acondicionadas em refrigerador/caixas térmicas?				
11.8	<b>I Gestão de qualidade</b>	1. Existe procedimentos de biossegurança implementados? 2. Existem normas e condutas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De Segurança Biológica, Química, Física, Ocupacional</li> <li>• Ambiental;</li> <li>• Instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC)</li> <li>• Procedimentos em caso de acidentes</li> <li>• Manuseio e Transporte de Material e Amostra Biológica</li> </ul> 3. Existe protocolo para acidentes com funcionários?				

## 12 – FARMÁCIA

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC
12.1	<b>N Equipamentos</b>	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refrigerador</li> <li>• Mesa de escritório</li> <li>• Cadeira</li> <li>• Estantes e/ou armários</li> </ul>				
12.2	<b>N Processo de trabalho</b>	1. O refrigerador é mantido organizado? 2. Possui local segregado e identificado para acondicionamento de produtos vencidos e/ou avariados?				
12.3	<b>I Processo de trabalho</b>	1. Possui rotina de limpeza do refrigerador? 2. Os medicamentos estão sendo monitorados nos seus prazos de validade?				
		3. Mantêm os produtos afastados de parede e teto, bem como do contato direto com o chão?				
		4. As caixas de medicamentos estão empilhadas respeitando a indicação do fabricante?				
		5. Existem procedimentos para a manutenção da estabilidade dos medicamentos?				
		6. Produtos estão estocados em local que não incide luz solar?				
		7. Realiza controle de temperatura com registro em planilha do equipamento que condiciona os termolábeis				
12.4	<b>I Documentação</b>	1. Realiza controle de temperatura e umidade com registro em planilha do ambiente? 2. Possui o registro do controle de temperatura dos termolábeis acondicionados? 3. Registra-se a entrada (notas de entrada) e saída de medicamentos(receitas)? 4. Durante o processo de dispensação de medicamentos dos pacientes registra-se o nome dos pacientes, medicamento, lote, indicação, posologia e médico que receitou, podendo proceder a rastreabilidade? 5. Registra-se reações adversas de medicamentos? 6.Existem programas de farmacovigilância implantados ou implementados? 6. Apresentou as ações de farmacovigilância são feitas ou deveriam estar sendo realizadas? 7. Existe prescrição racional de medicamentos?				

## 13 – ALMOXARIFADO

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC
13.1	<b>N</b> <b>Processo de trabalho</b>	1.Mantem os produtos afastados de parede e teto, bem como do contato direto com o chão?				
		2.Os produtos e materiais estão organizados e segregados por tipo e finalidade?				
		3.Os materiais e produtos estão sob condições ambientais determinadas pelo fabricante?				
13.2	<b>N</b> <b>Infraestrutura</b>	1.Há renovação de ar no ambiente?				
13.3	<b>I</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. Existem produtos armazenados numa temperatura diferente do previsto pelo fabricante? 2. Qual o procedimento adotado para sanar a oscilação de temperatura e umidade?				
13.4	<b>I</b> <b>Documentação</b>	1. Existe registro de temperatura e umidade no local?				

## 14 – SALA DE UTILIDADES

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
14.1	<b>I</b> <b>Equipamentos</b>	1. Equipamentos e mobiliários básicos: • Pia de cuba funda com bancada de material de fácil higienização?				
14.2	<b>I</b> <b>Infraestrutura</b>	1. Possui sistema de exaustão e/ou renovação de ar?				
14.3	<b>I</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. Utiliza materiais adequados durante a lavagem do instrumental (produtos que não liberem partículas e não-abrasivos, como escovas com cerdas macias)?				
		2. Utiliza produtos adequados para a lavagem dos instrumentais (detergentes neutros e/ou enzimáticos)?				
		3. Utiliza materiais adequados para secagem dos instrumentais (não utiliza papel reciclado, lençol descartável e panos que liberem partículas e tinturas)?				
		4. Existem produtos estranhos a atividade no local?				
14.4	<b>I</b> <b>Insumos</b>	1. Possui lixeiras com tampa e acionamento por pedal, devidamente identificadas, com saco plástico para resíduo biológico?				
		2. Possui caixa para perfuro-cortantes, em suporte exclusivo e em tamanho compatível com a mesma?				
14.5	<b>N</b> <b>Processo de trabalho</b>	A responsável do CME monitora a limpeza e remoção de sujidades pela técnica?				

## 15 – SALA DE ESTERILIZAÇÃO

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC
15.1	<b>I Equipamentos</b>	1. Equipamentos e mobiliários básicos: • Bancada seca • Cadeiras • Autoclave • Armários • Incubadora e tubetes 2. A autoclave está em boas condições de uso (observar inclusive, se há oxidação)?				
15.2	<b>I Infraestrutura</b>	1. Possui sistema de exaustão?				
15.3	<b>I Gestão da qualidade</b>	1. Realiza monitoramento físico, químico e biológico de acordo com a RDC 15/2012 (ou outra que venha a substituí-la) (a cada ciclo)? 2. 3. Os indicadores biológicos estão armazenados numa temperatura adequada? 4. 5. Existe um plano que avalie a integridade das embalagens, fundamentado na resistência das embalagens, eventos relacionados ao seu manuseio (estocagem em gavetas, empilhamento de pacotes, dobras das embalagens), condições de umidade e temperatura, segurança da selagem e rotatividade do estoque armazenado? 6. Realiza o teste para avaliar o desempenho do sistema de remoção de ar (Bowie & Dick) da autoclave assistida por bomba de vácuo, no primeiro ciclo do dia?				
15.4	<b>I Documentação</b>	1. Possui registros, disponíveis no local, dos monitoramentos, limpeza e intervenções realizados na autoclave? 2. Possui laudo da água (análise físico-química e microbiológica) do ponto de lavagem do material e local de captação de água para a autoclave?				
15.5	<b>I Insumos</b>	1. Possui luva de proteção térmica? 2. A água utilizada atende às recomendações do fabricante da autoclave? 3. A água utilizada é? • Destilada • Deionizada • Estéril • Outras				

15.6	<b>I Processo de trabalho</b>	<p>1. A secagem do material é realizada com pano branco, limpo e exclusivo para a atividade, secadora de ar quente-frio ou ar comprimido medicinal?</p> <p>2. Realiza fechamento das embalagens de acordo com o tipo do material das mesmas (a selagem de embalagens tipo envelope em grau cirúrgico é feita por termo seladora ou conforme orientação do fabricante)?</p> <p>3. Possui protocolo para realização de transporte nas unidades que não realizam a esterilização?</p> <p>4. Realiza desinfecção química?</p> <p>5. O enxague dos produtos para a saúde é realizado com água que atenda ao padrão de potabilidade?</p> <p>6. Existem elementos que comprometem a integridade da embalagem? Quais?</p> <p>7. As embalagens dos instrumentais estão identificadas com, no mínimo, nome do material, data do processamento, método de esterilização, data limite de uso e assinatura do profissional?</p> <p>8. Existe oxidação nos instrumentais?</p>				
15.7	<b>N Infraestrutura</b>	1. Possui lavatório exclusivo para as mãos com torneira de acionamento sem o comando das mãos em antessala?				
15.8	<b>N Processo de trabalho</b>	<p>1. Algum profissional supervisiona que a limpeza dos instrumentais foi feita adequadamente e não existem resíduos?</p> <p>2. Identifica o material não crítico, semicríticos e não-críticos a ser reprocessado?</p>				

#### 16 – DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA – DML

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
16.1	<b>N Equipamentos</b>	<p>1. Mobiliário básico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pia tipo tanque</li> <li>• Armário e/ou estante para guarda dos produtos e materiais de limpeza</li> </ul>				
16.2	<b>N Processo de trabalho</b>	<p>1. Mantem os produtos afastados de parede e teto, bem como do contato direto com o chão?</p> <p>2. Os produtos e materiais estão organizados e segregados por tipo e finalidade?</p> <p>3. Os produtos existentes possuem registro no MS/Anvisa?</p>				
16.3	<b>N Infraestrutura</b>	1. Há renovação de ar no ambiente?				
16.4	<b>N Insumos</b>	2. Possui acessório para sabão líquido e papel toalha?				

## 17 – ABRIGO DE RESÍDUOS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
17.1	<b>I</b> <b>Insumos</b>	1. Possui contêineres para resíduos infectantes e resíduos comuns?				
17.2	<b>N</b> <b>Infraestrutura</b>	1. Possui renovação de ar?				
		2. Possui telas milimétricas nas aberturas e frestas?				
		3. O piso, teto e paredes são de material que permita higienização e utilização de saneantes?				
		4. Possui ponto de água no local ou próximo?				
		5. Possui ralo com tampa escamoteável dentro do abrigo?				
		6. Possui ponto de luz?				
		7. Possui acesso restrito?				
17.3	<b>N</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. Possui identificação? 2. Os resíduos estão gerenciados adequadamente no local?				
17.4	<b>I</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. O ambiente é mantido limpo?				

## 18 – COMPRESSORES ODONTOLÓGICOS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
18.1	<b>I</b> <b>Infraestrutura</b>	1. O compressor possui tomada de ar externa?				
		2. O abrigo possui elementos que impedem a entrada de pragas (telas milimétricas nas aberturas e frestas)?				
18.2	<b>I</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. O abrigo é mantido livre de sujidades?				
18.3	<b>N</b> <b>Processo de trabalho</b>	1. É realizada a manutenção e troca do filtro do compressor?				

## 19 – DOCUMENTOS PADRÕES

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA	PARC.
19.1	N Documentação	1. Possui registro de manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos (seladora, autoclave, câmara de imunobiológicos, centrífuga, bebedouros, refrigerador, negatoscópios, equipamentos odontológicos, aparelhos de ar condicionado, esfigmomanômetro, dentre outros)				
		2. Possui Procedimento Operacional Padrão – POP compatível com as atividades realizadas?				
		Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS compatível com as atividades desenvolvidas no serviço?				
		1. Possui levantamento radiométrico, teste de conformidade e calibração dos equipamentos de raios-x atualizados e compatíveis com os mesmos? Em equipamento novo teste de aceitação?				
		2. Possui laudo de análise da água (análise físicoquímica e microbiológica) do reservatório de água?				
		3. Apresentou o atestado de saúde ocupacional e carteira de vacinação dos profissionais?				
19.2	N Gestão de qualidade	1.Existe o monitoramento do quantitativo de resíduos gerados/mês?				
		2.Existe a utilização de indicadores de acordo com a legislação de resíduos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxa de acidentes com resíduo perfuro cortante</li> <li>• Variação da geração de resíduos</li> <li>• Variação da proporção de resíduos do Grupo A</li> <li>• Variação da proporção de resíduos do Grupo B</li> <li>• Variação da proporção de resíduos do Grupo D</li> <li>• Variação da proporção de resíduos do Grupo E</li> <li>• Variação do percentual de reciclagem</li> </ul> 3. Os POPS estão implementados? 4. Os controles de qualidade do processo de esterilização estão registrados (físico, químico e biológico)?				

Obs.:

---



---

## **APÊNDICE B –ROTEIRO DE ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS**

### PARTE I – IDENTIFICAÇÃO/CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

UBS \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Telefone, Fax, e-mail \_\_\_\_\_

Situação hierárquica função exercida na UBS

Nome \_\_\_\_\_

Formação \_\_\_\_\_

Tempo no cargo \_\_\_\_\_

Experiências anteriores com a V.S. \_\_\_\_\_

Existe periodicidade da visita ou inspeção de Vigilância Sanitária na

Unidade \_\_\_\_\_

O planejamento das inspeções da V.S. na Atenção Básica é conhecido pela equipe da

UBS/VISA/Coordenador Distrital \_\_\_\_\_

Quais são as atividades de risco nos serviços prestados pela UBS para o

entrevistado \_\_\_\_\_

#### 1.1 QUESTÕES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Informe os itens que tem relevância no controle de risco?
2. Quais ações deverão ser realizadas pela V.S. para o controle de risco nos serviços da UBS?
3. Quais as dificuldades e facilidades encontradas no atendimento às solicitações da V.S.?

#### 1.2 QUESTÕES AOS TÉCNICOS DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

1. Informe os itens que tem relevância no controle de risco?
2. Quais ações deveriam ser realizadas pela V.S. para o controle de risco nos serviços da UBS?
3. Quais as dificuldades e facilidades encontradas no processo de atendimento às solicitações da V.S. nas UBS?

#### 1.3 QUESTÕES AO GESTOR

1. Informe os itens que tem relevância no controle de risco
2. Quais ações deverão ser realizadas pela V.S. para o controle de risco nos serviços da UBS?
3. Quais as dificuldades e facilidades encontradas no atendimento às solicitações da V.S.?

**ANEXOS**

**ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**Secretaria  
da Saúde**DIRETORIA GERAL DE VIGILÂNCIA DA SAÚDE**

Salvador, 05 de dezembro de 2017

**AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a mestranda Karina Luzia Reynaldo Queiroz a realizar a sua pesquisa/investigação em 03(três) unidades básicas do Distrito Sanitário Cabula/Beiru em virtude do seu projeto intitulado como "Análise das Ações de Vigilância Sanitária nos Serviços de Saúde de Atenção Básica: um estudo em Salvador-Ba", projeto que faz parte do Programa de Mestrado Profissionalizante do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora, através da aplicação de um roteiro, adaptado, nas UBS e aplicação de formulário a ser preenchido com dados de entrevista semiestruturada. Serão entrevistados os seguintes profissionais: Coordenador do Distrito, Profissionais ou Gerente da UBS e técnicos da vigilância sanitária.

  
André Luis T. Pereira  
Subcoordenador / VISA / DVIS / SMS  
Mat 980865  
André Luis Tavares Pereira  
Subcoordenador de Vigilância Sanitária

Complexo Municipal de Vigilância da saúde  
Avenida Vasco da Gama, nº. 4.209, Brotas, CEP. 40.285-900  
Tel.: 3202-1751. E-mail: [dvis.saude@gmail.com](mailto:dvis.saude@gmail.com)

**ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA SMS PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE  
SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 18 de setembro de 2017.

**Carta de Anuência - Parecer N° 60/2017**

A Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, através do Distrito Sanitário Cabula / Beirú, declara-se co-participante e ciente da realização do projeto de pesquisa intitulado “ANALISE DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO EM SALVADOR - BAHIA”, que tem como objetivo geral analisar a contribuição da Vigilância Sanitária no controle de riscos nas Unidades de Atenção Básica.

Este estudo tem como pesquisadora responsável a mestranda Karina Luzia Reynaldo Queiroz, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, sob orientação do Profª. Eliana Auxiliadora M. Costa.

A pesquisadora apresentou o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após submissão e aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Esta Carta não permite acesso ao lócus de pesquisa para coleta de dados. A ação só poderá acontecer após recebimento do Parecer favorável emitido pelo CEP avaliador e envio de Ofício por esta Subcoordenação para o Distrito Sanitário de referência.

Atenciosamente,

*Melícia Silva Reis Góes*

Melícia Silva Reis Góes  
SMS/ CGPS/ Subcoordenadoria de Desenvolvimento de Pessoas

*Ana Maria Oliveira*  
Ana Maria Oliveira  
Técnica da SCDP / SMS

**ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE  
COLETIVA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA BAHIA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise das ações de Vigilância Sanitária nos Serviços de Saúde de Atenção Básica: um estudo em Salvador-Bahia

**Pesquisador:** KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ **Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79544117.6.0000.5030

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.416.091

**Apresentação do Projeto:**

Nos serviços de saúde a prestação de uma multiplicidade de ações por diferentes profissionais envolve um número importante de riscos. A VISA-Vigilância Sanitária é imprescindível pelo seu papel de regulação na função mediadora entre os interesses da saúde e os interesses econômicos da sociedade. Para tanto estabelece práticas de normatização dos procedimentos e adota medidas de monitoramento das condições técnicas necessárias ao funcionamento dos serviços para o controle dos riscos à saúde envolvidos. Estes riscos são poucos conhecidos na literatura científica, com exceção daqueles referentes à imunização. O presente estudo busca contribuir para superar esta lacuna, investigando a ação da Vigilância Sanitária no controle de riscos em UBS- Unidades de Atenção Básica de Saúde, identificando e descrevendo as situações de riscos nestas unidades e discutindo a contribuição da VISA para seu controle. Trata-se de um estudo exploratório a ser desenvolvido em 3 UBS do Distrito Sanitário do Cabula Beiru, em Salvador, Bahia. A coleta de dados envolverá a observação “in loco” nas UBS, a análise dos relatórios emitidos pela VISA do controle sanitário realizado nas UBS do referido Distrito e entrevista semiestruturada com profissionais chaves. Nas UBS a serem estudadas, será analisada a situação sanitária, as recomendações e exigências técnicas feitas nos monitoramentos realizados pela VISA. Todos os aspectos éticos serão considerados. Os resultados serão apresentados às instâncias municipais de gestão.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário:

Analisar a contribuição da Vigilância Sanitária no controle de riscos nos serviços de saúde das Unidades de Atenção Básica.

Objetivos secundários:

Identificar e descrever as situações de riscos nas unidades básicas de saúde (UBS) e apresentar a situação sanitária das mesmas; Discutir a contribuição da VISA no controle de riscos nos serviços de saúde de atenção básica.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O estudo será desenvolvido em consonância com os princípios da Resolução Nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

A VISA receberá os seguintes documentos: uma carta ratificando os objetivos da pesquisa e um impresso de consentimento para a realização da mesma. Antes da coleta de dados, está previsto contato com cada UBS participante, ocasião em que serão informados os objetivos da pesquisa e formalizada a solicitação para a realização das entrevistas presenciais com os profissionais das UBS, definindo-se data para entrevistas. Cada unidade receberá também, no momento da visita, uma carta destinada ao coordenador distrital, gerentes ou profissionais das unidades básicas de saúde. Para entrevista, os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhes sendo fornecidos esclarecimentos sobre os objetivos, desenvolvimento da técnica a ser aplicada, benefícios e assegurada garantia de sigilo, confidencialidade e anonimato.

As lacunas no conhecimento científico sobre a atenção básica e a vigilância sanitária conferem relevância à realização do estudo em unidades básicas de saúde, buscando-se subsidiar ações de controle de riscos e a reorientação das ações de VISA na atenção básica.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O interesse em estudar vigilância sanitária e atenção básica de saúde surgiu da prática da pesquisadora, como profissional da Vigilância Sanitária no município de Salvador e do aprendizado prático com as inspeções em unidades de saúde públicas.

O cotidiano do trabalho nas UBS envolve riscos distintos, quer seja nos consultórios médicos, de enfermagem e de odontologia, nas salas de procedimentos; na área de dispensação de medicamentos; nas salas de utilidades e esterilização; no almoxarifado; no depósito de material de limpeza; abrigos de resíduos e área de compressores. Tem se identificado como problemas de estrutura das unidades, precariedade na manutenção dos equipamentos e não adoção das normas sanitárias, deficiência em registros interferem no controle sanitário e geram situações de risco, o que aponta para a necessidade do controle destes riscos nas atividades prestadas nas UBS para sua prevenção com intervenções por meio de ações educativas, sua diminuição ou mesmo eliminação. Trata-se de um estudo exploratório a ser desenvolvido em Unidades Básicas ou Centros de Saúde do Distrito Sanitário do Cabula Beiru, área de grande densidade populacional que se destaca pelos inúmeros problemas de saúde diagnosticados no Plano Municipal de Salvador de 2014-2017. Serão investigadas 3 das 17UBS, selecionadas pelo maior tamanho, número de serviços disponibilizados e atendimento a usuários. A coleta de dados será realizada por meio dos seguintes instrumentos: 1) Roteiro de observação “in loco” nas UBS; 2) Análise dos relatórios emitidos pela VISA decorrente do controle sanitário realizado nas UBS do Distrito; 3) Entrevista semiestruturada com 6 profissionais chaves - Coordenador distrital, profissionais das UBS e dois técnicos da vigilância sanitária, no intuito de compreender seu entendimento sobre os riscos e as ações necessárias pela VISA para controle destes riscos, bem como as dificuldades e facilidades encontradas neste processo. O roteiro de observação foi originalmente adaptado de um instrumento utilizado para inspeção, elaborado por um grupo de especialistas da Vigilância Sanitária de Salvador, à luz dos requisitos técnico-sanitários essenciais da VISA. Na observação será analisada a situação sanitária das UBS quanto à infraestrutura; equipamentos e insumos; recursos humanos; documentação pertinente (manual de procedimentos operacionais, plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, levantamento

radiométrico e testes de controle de qualidade do equipamento de raio-x odontológico, registros de manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e análise da água, avaliação do projeto básico arquitetônico, qualificação e carteira de vacinação dos profissionais da equipe. Também serão observados processos de trabalho/procedimentos técnicos adotados e aspectos da gestão de qualidade (capacitação de profissionais, utilização de indicadores, implementação de Procedimentos Operacionais Padrão-POP'S, controle de qualidade do processo de esterilização, absorção. Serão também analisadas as recomendações e exigências técnicas feitas pela VISA nas UBS a serem estudadas. A análise dos relatórios e termos emitidos pela VISA serão divididos pela periodicidade das visitas técnicas, documentos emitidos e tipos de monitoramento realizados pela VISA. Todos os instrumentos de coleta de dados são anexados.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O protocolo de pesquisa apresenta os seguintes itens necessários à apreciação do Comitê de Ética: folha de rosto devidamente preenchida e assinada, projeto com descrição da pesquisa, indicação de curriculum lattes das pesquisadoras, orçamento e declaração quanto ao financiamento próprio para a investigação.

### **Recomendações:**

- Recomenda-se rever o texto do TCLE, o mesmo é excessivamente longo, com trechos desnecessários (a exemplo da função do CEP e missão da instância no ISC), sugerindo-se uma síntese e correção dos pequenos erros de concordância verbal;
- Adequar texto do formulário “Informações básicas do projeto”. Ali no tópico “riscos e benefícios” autora repete trecho sobre riscos presentes nos serviços de saúde que irá estudar e não, como corretamente consta no projeto, os riscos potenciais e os benefícios envolvidos na pesquisa.
- Rever definição do tipo de estudo. Pelo descrito, trata-se de estudo qualitativo, envolvendo técnicas qualitativas de produção de dados.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Solicita-se a atualização do cronograma e o envio da autorização do subcoordenador da Vigilância Sanitária de Salvador para a investigação, sendo anexado Termo de Anuência Institucional com o compromisso de garantia da devolutiva dos resultados para a gestão.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 28 de novembro de 2017, o processo nº 073/17 referente ao projeto de pesquisa em tela.

As pendências referentes à atualização do Cronograma e a incorporação de Termo de Anuência foram respondidas de forma adequada e satisfatoriamente conforme as exigências da Resolução nº 466 de 12 /12/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD ROM.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Cronograma	cronogramaatualizado.pdf	05/12/2017 13:45:51	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Outros	cartasubcoordenadorkarina.pdf	05/12/2017 13:45:02	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Outros	autorizacaovisakarina.pdf	05/12/2017 13:44:49	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Outros	anuenciakarina.docx	05/12/2017 13:43:03	Alcione Brasileiro Oliveira Cunha	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1002206.pdf	31/10/2017 22:45:06		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/10/2017 22:43:07	KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	31/10/2017 22:41:25	KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhado.pdf	18/10/2017 11:30:03	KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ	Aceito
Outros	Lates_Karina.pdf	18/10/2017 11:29:30	KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ	Aceito
Outros	Lates_Eliana_Costa.pdf	18/10/2017 11:28:58	KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ	Aceito
Outros	financiamento.jpeg	02/10/2017 13:04:33	KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/10/2017 13:03:46	KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	25/09/2017 14:56:31	KARINA LUZIA REYNALDO QUEIROZ	Aceito

**Situação do Parecer:** Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 05 de dezembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Alcione Brasileiro Oliveira Cunha**  
**(Coordenador)**

## ANEXO D – ROTEIRO ORIGINAL DE INSPEÇÃO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

### 1. INFORMAÇÕES GERAIS

N°	Class	Itens
1.1	<b>INF</b>	Razão social: Secretaria Municipal de Saúde
1.2	<b>INF</b>	Denominação:
1.3	<b>INF</b>	CNPJ: 13.927.801/0005-72
1.4	<b>INF</b>	Número do Processo:
1.5	<b>INF</b>	Endereço:
		Bairro:
		Telefone:
		E-mail:
1.6	<b>INF</b>	Gerente:
1.7	<b>INF</b>	Coordenador do Distrito:
1.8	<b>INF</b>	Responsável Técnico:
1.9	<b>INF</b>	Número de Equipes de Saúde da Família:
1.10	<b>INF</b>	Número de Equipes de Saúde Bucal:
1.11	<b>INF</b>	Existe(m) Serviço(s) terceirizado(s)? <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
1.12	<b>INF</b>	Se sim, os contratos de terceirização dos serviços e cópia do Alvará de Saúde estão disponibilizados à inspeção? <b>Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>Não</b> <input type="checkbox"/>
1.13	<b>INF</b>	Número de funcionários da Unidade:

### 2. DADOS DA INSPEÇÃO

N°	Class.	Itens	
2.1	<b>INF</b>	Data da inspeção:	
2.2	<b>INF</b>	Motivo da inspeção:	
2.3	<b>INF</b>	Pessoas contactadas:	
2.4	<b>INF</b>	Equipe de inspeção:	

## 3. INSTALAÇÕES – CONDIÇÕES GERAIS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
3.1	INF	Existem fontes de poluição ou contaminação ambiental próximo à unidade? Se sim, quais? _____			
3.2	N	Os arredores da edificação estão limpos?			
3.3	N	A edificação apresenta boa conservação (isento de rachaduras, infiltrações, etc.)? Se não, indicar o local: _____			
3.4	N	Os pisos, paredes e tetos são apropriados às atividades desenvolvidas na área (material que permita higienização e utilização de saneantes)? Se não, indicar o local: _____			
3.5	N	Existem barreiras de proteção que impedem a entrada de insetos e outros animais? Se não, descrever: _____			
3.6	N	As instalações elétricas estão adequadas (sem fiação exposta, possui tampas para passagem de fiação elétrica, corrente elétrica compatível com os equipamentos)? Se não, indicar o local: _____			
3.7	N	As instalações hidráulicas estão adequadas (sem vazamentos, possui tampas escamoteáveis para ralos)? Se não, indicar o local: _____			
3.8	N	A iluminação atende a necessidade do serviço para realização das atividades (iluminação suficiente, inclusive nas escadas e áreas de circulação)? Se não, descrever: _____			
3.9	N	A edificação dispõe de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar? Se não, descrever: _____			
3.10	N	As janelas são de materiais que propiciem segurança e privacidade aos ambientes, bem como proteção da incidência solar – caso haja incidência direta de raios solares? Se não, descrever: _____			
3.11	N	Há sinalização horizontal nos desníveis?			
3.12	N	Os aparelhos de ar condicionado possuem vedação adequada (sem frestas e aberturas e de material que permita higienização)? Se não, indicar o local: _____			
3.13	N	Possui extintores sinalizados, em local de fácil acesso, em suporte com carga e/ou recarga válida?			
3.14	N	A unidade possui acessibilidade?			
3.15	N	As escadas são providas de corrimão?			
3.16	R	Possui reservatórios duplos destinados à água potável de forma a permitir o uso de um enquanto o outro estiver interditado para reparos ou limpeza?			

## 4. INSTALAÇÕES AUXILIARES

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
4.1	<b>R</b>	Existem vestiários em quantidade suficiente para os funcionários, separados por sexo (relacionar com a área e a quantidade de funcionários)?			
4.2	<b>N</b>	Estão em condições higiênicas satisfatórias?			
4.3	<b>R</b>	Existem sanitários em quantidade suficientes para os funcionários, separados por sexo (relacionar com a área e a quantidade de funcionários)?			
4.4	<b>N</b>	Estão em condições higiênicas satisfatórias?			
4.5	<b>N</b>	Possui sanitário para PNE, com acessórios e barras de apoio?			

## 5. PROCEDIMENTOS GERAIS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
5.1	I	Possui lixeiras com tampa e acionamento por pedal, devidamente identificadas, com saco plástico para resíduo comum? Se não, indicar onde falta: _____			
5.2	I	Possui lixeiras com tampa e acionamento por pedal, devidamente identificadas, com saco plástico para resíduo biológico? Se não, indicar onde falta: _____ _____			
5.3	I	Possui caixa para perfuro-cortantes, em suporte exclusivo e em tamanho compatível com a mesma? Se não, indicar onde falta: _____			
5.4	I	Os ambientes se encontram devidamente limpos e organizados?			
5.5	I	Possui lavatório exclusivo para lavagem das mãos nos locais de atendimento? Se não, indicar onde falta: _____ _____			
5.6	I	A torneira nos locais de atendimento é acionada sem o comando das mãos? Se não, indicar onde falta: _____ _____			
5.7	I	Possui dispensador com sabão líquido e suporte com papel toalha? Se não, indicar onde falta: _____ _____			
5.8	N	As almotolias estão identificadas com: nome do produto, data de envase e data de troca das soluções e estão higienizadas e vedadas? Se não, indicar onde falta: _____ _____			
5.9	N	É disponibilizada solução antisséptica para as mãos (álcool gel 70%) em todos os ambientes de atendimento? Se não, indicar onde falta: _____			

6. CONSULTÓRIOS (MÉDICO, ENFERMAGEM E OUTROS, EXCETO ODONTOLOGIA)					
Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
6.1	INF	Número de consultórios: _____			
		Obs.: atentar para o local onde são realizados os atendimentos à pacientes com tuberculose.			
6.2	INF	Possui atividades compartilhadas que não sejam compatíveis? Se sim, quais? _____ _____			
6.3	N	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa tipo escritório</li> <li>• Cadeiras</li> <li>• Negatoscópio</li> <li>• Balança pediátrica</li> <li>• Balança antropométrica</li> <li>• Régua antropométrica</li> <li>• Esfigmomanômetro (tensiômetro)</li> <li>• Estetoscópio</li> <li>• Otoscópio</li> <li>• Foco de luz</li> <li>• Colposcópio</li> <li>• Armário vitrine</li> <li>• Biombo</li> <li>• Escada de dois degraus</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Mesa para exames</li> </ul>			
6.4	I	Quando o consultório for para uso ginecológico – possui mesa para exames ginecológicos e em bom estado de conservação?			
6.5	I	Quando o consultório for para uso ginecológico – possui sanitário privativo anexo com acessórios adequados?			

7. CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS					
Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
7.1	INF	Número de consultórios odontológicos: _____			
7.2	N	Equipamentos e mobiliários básicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa tipo escritório</li> <li>• Negatoscópio</li> <li>• Armário vitrine</li> <li>• Refrigerador</li> </ul>			
7.3	I	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mocho (cadeira do dentista)</li> <li>• Equipo odontológico (seringa tríplice e instrumentos rotatórios)</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Cadeira odontológica</li> </ul>			
7.4	I	Possui lavatório exclusivo para lavagem das mãos? Se não, indicar onde falta: _____ _____			
7.5	I	Possui material de barreira para o equipo odontológico – filme PVC, sacos de 1º uso apropriados para proteção de base de rotores e pontas descartáveis para seringa tríplice?			
7.6	I	Utiliza água filtrada no reservatório do equipo odontológico?			
7.7	I	Os kits de instrumentais (incluindo brocas) são individualizados por paciente e procedimento?			
7.8	I	Realiza desinfecção das linhas de água do equipo odontológico? Descrever produto utilizado _____ _____			
7.9	N	Os resíduos de amálgama são acondicionados em vasilhames rígidos em lâmina d'água, com tampa e identificados, em ambiente segregado dos produtos de saúde?			
7.10	INF	Possui aparelho de raios-x intraoral?			
7.11	I	Possui avental plumbífero e protetor de tireóide em suporte, em número equivalente a quantidade de aparelhos? (Verificar integridade). Se não, indicar onde falta: _____			
7.12	N	Os resíduos de reveladores, fixadores e película de chumbo são acondicionados em vasilhames, com tampa e identificados, em ambiente segregado dos produtos de saúde?			
7.13	N	Possui sinalização interna e externa do consultório com Raio X, de acordo com a Portaria 453/1998 (ou outra que venha a substituí-la)? Se não, indicar onde falta: _____ _____			

## 8. SALA DE PROCEDIMENTOS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
8.1	N	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa tipo escritório</li> <li>• Cadeiras</li> <li>• Armário vitrine</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Refrigerador e/ou caixas térmicas</li> <li>• Pia com bancada</li> <li>• Maca</li> <li>• Nebulizador</li> <li>• Balança pediátrica</li> <li>• Balança antropométrica</li> <li>• Esfigmomanômetro</li> <li>• Estetoscópio</li> <li>• Glicosímetro</li> </ul>			
8.2	N	Possui livro de registro de ocorrências e de atendimento? Recomendação: constar data, nome do paciente, idade, procedimento realizado, (se a administração de medicamentos, incluir nome do medicamento, via de administração, lote, horário, prescriptor), profissional responsável pela administração/atendimento.			
8.3	I	As máscaras de nebulização estão individualizadas e prontas para uso?			
8.4	INF	Realiza triagem neonatal (teste do Pezinho) e pré-natal?			

## 9. SUPORTE PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
9.1	I	Materiais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambú adulto e infantil com máscaras (montado e pronto para uso)</li> <li>• Jogo de cânulas de Guedel (adulto e infantil)</li> <li>• Oxigênio (montado – fluxômetro e manômetro – pronto para uso e com dispositivo que ofereça segurança)</li> <li>• Material para punção venosa</li> </ul>			
9.2	I	Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adrenalina, Água destilada, Aminofilina, Atropina, Dexametasona, Diazepam, Diclofenaco de Sódio, Dipirona, Escopolamina (hioscina), Fenitoína, Fenobarbital, Furosemida, Glicose, Haloperidol, Hidrocortisona, Insulina, Isossorbida, Lidocaína, Ringer Lactato, Soro Glicosado, Soro fisiológico.</li> </ul>			
9.3	I	Possui suporte para soro?			
9.4	I	O local destinado para atendimento de urgência possui maca?			
9.5	N	Possui livro de registro dos atendimentos realizados? Recomendação: constar data, nome do paciente, idade, procedimento realizado, profissional responsável pelo atendimento.			

## 10. SALA DE VACINAS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
10.1	N	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refrigerador</li> <li>• Câmara</li> <li>• Caixas térmicas</li> <li>• Termômetros com cabo extensor</li> <li>• Equipamentos de informática para o sistema de informação</li> <li>• Mesa tipo escrivaninha com gavetas</li> <li>• Cadeiras</li> <li>• Armário com porta para a guarda de material</li> <li>• Maca fixa para a administração dos imunobiológicos</li> </ul>			
10.2	I	Realiza controle de temperatura, com registro em planilha, dos equipamentos que condicionam os imunobiológicos?			
10.3	I	Possui rotina de limpeza do refrigerador e/ou câmara?			
10.4	I	Mantém o refrigerador e/ou câmara organizados?			
10.5	N	Possui livro de registro dos atendimentos realizados? Recomendação: constar data, nome do paciente, vacina administrada, assinatura do profissional responsável pela administração da vacina.			

## 11. SALA DE CURATIVO

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
11.1	N	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mesa tipo escritório</li> <li>• Cadeiras</li> <li>• Armário vitrine</li> <li>• Mesa auxiliar</li> <li>• Pia com bancada</li> <li>• Mesa para exame clínico – com estofado</li> </ul>			
11.2	I	Realiza organização do fluxo de atendimento (curativos limpos e contaminados)?			
11.3	N	Se utilizar o lava-pés (opcional), o caimento da água está adequado?			
11.4	N	Possui livro de registro dos atendimentos realizados? Recomendação: constar data, nome do paciente, idade, procedimento realizado, profissional responsável pelo atendimento.			

## 12. SALA DE COLETA

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
12.1	INF	A Sala de Coleta é dividida em cabinas?			
12.2	I	Existe centrífuga?			
12.3	I	Existe procedimento de limpeza e descontaminação da centrífuga?			
12.4	I	As amostras são acondicionadas em refrigerador/caixas térmicas?			
12.5	I	No procedimento de coleta, os tubos são identificados adequadamente, de modo a evitar a troca de amostras?			
12.6	INF	O sistema de entrada de dados é informatizado ou é manual em livro de protocolo?			
12.7	I	Existe controle de temperatura das amostras até o momento do transporte?			
12.8	I	As amostras são devidamente organizadas para o transporte?			
12.9	I	Usam-se caixas térmicas com gelo reciclável para o transporte externo de amostras?			
12.10	I	Possui maca ou poltrona reclinável?			
12.11	N	Possui registro do transporte de amostras?			

## 13. FARMÁCIA

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
13.1	N	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Refrigerador</li> <li>• Mesa de escritório</li> <li>• Cadeira</li> <li>• Estantes e/ou armários</li> </ul>			
13.2	I	Realiza controle de temperatura com registro em planilha do equipamento que condiciona os termolábeis?			
13.3	N	O refrigerador é mantido organizado?			
13.4	I	Possui rotina de limpeza do refrigerador?			
13.5	I	Realiza controle de temperatura e umidade com registro em planilha do ambiente?			
13.6	N	Possui local segregado e identificado para acondicionamento de produtos vencidos e/ou avariados?			
13.7	N	Mantém os produtos afastados de parede e teto, bem como do contato direto com o chão?			

## 14. ALMOXARIFADO

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
14.1	N	Mantém os produtos afastados de parede e teto, bem como do contato direto com o chão?			
14.2	N	Os produtos e materiais estão organizados e segregados por tipo e finalidade?			
14.3	N	Há renovação de ar no ambiente?			
14.4	N	Todos os materiais e produtos estão sob condições ambientais determinadas pelo fabricante?			

## 15. SALA DE UTILIDADES

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
15.1	I	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pia de cuba funda com bancada de material de fácil higienização?</li> </ul>			
15.2	I	Possui sistema de exaustão e/ou renovação de ar?			
15.3	I	Utiliza materiais adequados durante a lavagem do instrumental (produtos que não liberem partículas e não-abrasivos, como escovas com cerdas macias)?			
15.4	I	Utiliza produtos adequados para a lavagem dos instrumentais (detergentes neutros e/ou enzimáticos)?			
15.5	I	Utiliza materiais adequados para secagem dos instrumentais (não utiliza papel reciclado, lençol descartável e panos que liberem partículas e tinturas)?			
15.6	I	Possui lixeiras com tampa e acionamento por pedal, devidamente identificadas, com saco plástico para resíduo biológico?			
15.7	I	Possui caixa para perfurocortantes, em suporte exclusivo e em tamanho compatível com a mesma?			

## 16. SALA DE ESTERILIZAÇÃO

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
16.1	I	Equipamentos e mobiliários básicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bancada seca</li> <li>• Cadeiras</li> <li>• Autoclave</li> <li>• Armários</li> <li>• Incubadora e tubetes</li> </ul>			
16.2	I	Possui sistema de exaustão?			
16.3	I	As embalagens dos instrumentais estão identificadas com, no mínimo, nome do material, data do processamento, data limite de uso e assinatura do profissional?			
16.4	I	Realiza monitoramento físico, químico e biológico de acordo com a RDC 15/2012 (ou outra que venha a substituí-la)? Se não, descrever: _____			
16.5	I	Possui registros, disponíveis no local, dos monitoramentos, limpeza e intervenções realizados na autoclave?			
16.6	I	Possui luva de proteção térmica?			
16.7	I	A autoclave está em boas condições de uso (observar inclusive, se há oxidação)?			
16.8	I	A água utilizada atende às recomendações do fabricante da autoclave?			
16.9	N	Possui lavatório exclusivo para as mãos com torneira de acionamento sem o comando das mãos em antessala (quando houver este ambiente destinado a paramentação)?			
16.10	I	Possui laudo da água (análise físico-química e microbiológica) do ponto de lavagem do material e local de captação de água para a autoclave?			
16.11	I	Realiza fechamento das embalagens de acordo com o tipo do material das mesmas (a selagem de embalagens tipo envelope em grau cirúrgico é feita por termoseladora ou conforme orientação do fabricante)?			
16.12	I	Se não realiza a esterilização, possui protocolo para realização desta atividade em outra unidade, com registro do transporte?			

## 17. DEPÓSITO DE MATERIAL DE LIMPEZA – DML

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
17.1	N	Mobiliário básico: Pia tipo tanque • Armário e/ou estante para guarda dos produtos e materiais de limpeza			
17.2	N	Mantém os produtos afastados de parede e teto, bem como do contato direto com o chão?			
17.3	N	Os produtos e materiais estão organizados e segregados por tipo e finalidade?			
17.4	N	Há renovação de ar no ambiente?			
17.5	N	Possui acessório para sabão líquido e papel toalha?			

## 18. ABRIGO DE RESÍDUOS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
18.1	I	Possui contêineres para resíduos infectantes e resíduos comuns?			
18.2	N	Possui renovação de ar?			
18.3	N	Possui telas milimétricas nas aberturas e frestas?			
18.4	N	O piso, teto e paredes são de material que permita higienização e utilização de saneantes?			
18.5	N	Possui ponto de água no local ou próximo?			
18.6	N	Possui ralo com tampa escamoteável dentro do abrigo?			
18.7	N	Possui ponto de luz?			
18.8	N	Possui identificação?			
18.9	N	Possui acesso restrito?			
18.10	I	O ambiente é mantido limpo?			

## 19. COMPRESSORES ODONTOLÓGICOS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
19.1	I	O compressor possui tomada de ar externa?			
19.2	N	O abrigo possui telas milimétricas nas aberturas e frestas?			
19.3	I	O abrigo é mantido livre de sujidades?			
19.4	N	É realizada a manutenção e troca do filtro do compressor?			

## 20. DOCUMENTOS

Nº	Class.	Itens	SIM	NÃO	NA
20.1	N	Possui registro de manutenção preventiva/corretiva dos equipamentos (seladora, autoclave, câmara de imunobiológicos, centrífuga, bebedouros, refrigerador, negatoscópios, equipamentos odontológicos, aparelhos de ar condicionado, dentre outros). Se não, descrever: _____ _____			
20.2	N	Possui Procedimento Operacional Padrão – POP compatível com as atividades realizadas? Se não, descrever: _____ _____			
20.3	N	Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS compatível com as atividades desenvolvidas no serviço?			
20.4	N	Possui levantamento radiométrico, teste de conformidade e calibração dos equipamentos de raios-x atualizados e compatíveis com os mesmos?			
20.5	N	Possui laudo de análise da água (análise físicoquímica e microbiológica) do reservatório de água?			

Obs.:

---



---