

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
(CEPPAD)**

Projeto De Implantação Do Programa 5'S Na Clínica Cajuru S/C Ltda.

Trabalho realizado pela aluna Luzia Catori Iglesias para finalização do curso de Pós-graduação Em Administração De Pessoas com fim de avaliação.

Orientador. Prof. Dr. João Carlos da Cunha.

**CURITIBA
ABRIL / 2.004**

ÍNDICE

CAPA -	P. S/N
ÍNDICE -	1
AGRADECIMENTOS -	2
INTRODUÇÃO -	3
DESCRIÇÃO GERAL DA EMPRESA -	5
SITUAÇÃO ANTERIOR -	8
SITUAÇÃO ATUAL -	9
PRINCIPAIS RESULTADOS A SEREM ATINGIDOS -	14
REFERENCIAL TEÓRICO -	16
DIFICULDADES E PROPOSTAS -	25
FASE PREPARATÓRIA -	27
PROJETO DE IMPLANTAÇÃO -	28
IMPLANTAÇÃO DOS TRÊS PRIMEIROS SENSOS -	31
CONCLUSÃO -	32
ANEXOS -	33
BIBLIOGRAFIA -	34

Meus agradecimentos estão direcionados primeiro a Deus. Depois à minha Mãe e meu Pai que sempre propiciaram condições Psicológicas, Físicas e Financeiras para Minha Realização Pessoal e Profissional. Agradeço Também a Daisy Doris Pasqual, Supervisora, Área de Enfermagem Da Clínica Cajuru Ltda., que muito ajudou-me na pesquisa, elaboração e levantamento das condições de funcionamento e operacionalidade da clinica.

1. INTRODUÇÃO.

Que o mundo está em constante mudança não é novidade, o problema é a rapidez como estão acontecendo as mudanças. As empresas buscam um diferencial, num mercado cada vez mais competitivo. No avanço da tecnologia, produtos e máquinas equiparam-se à qualidade. A diferença cai sobre o Atendimento Ao Cliente. Para acompanhar a evolução, cabe às empresas, Embasarem Procedimentos; Conduta Funcional e Finalidade Principal, dentro de normas que possam criar condições necessárias à realização das proposituras evidenciadas. Para que hajam possibilidades de atingirem, tais objetivos, é de suma importância que o Ser Humano não se contamine pelo vírus das mudanças negativas, que causa a velocidade desenfreada, de um mundo sem qualidade de vida.

Havendo como efetivamente há equiparação dos dotes físicos das empresas, o diferencial aponta à mão de obra e prestação de serviços. Nesse mister a Qualificação Profissional surge como solução plausível para resolução de problemas. Em pouco tempo, as empresas Identificam outras incongruências, que Atrapalham O Desenvolvimento De Atividades e dificilmente conseguem encontrar o polo gerador de incorrências, por estarem tão envolvidas no processo da velocidade produtora de lucros, que qualquer coisa de pequena monta, passa despercebida. É nesse ponto que aparece A Versatilidade Dos Programas De Qualidade, oferecendo uma gama de opções práticas, baratas e válidas para solucionar definitivamente qualquer situação que não se encontre dentro das normas.

Este projeto foi elaborado para apresentar uma proposta. Implantação de um programa direcionado a transformar para melhor, as condições físicas operacionais da área de trabalho, em exemplos de Uso; Organização; Limpeza; Saúde e Disciplina. Como propósito, visa melhorar a Situação Administrativa; Atendimento Médico, Condições De Trabalho Do Pessoal, Corpo Clínico e Atendimento ao Cliente Renal Crônico da Clínica Cajuru, tornando os Departamentos, Setores e Procedimentos, Mais Seguros para Funcionários e Clientes; Reduzir Desperdícios; Evitar Retrabalho; Melhorar O Moral Do Empregado e Incentivar A Criatividade.

2. DESCRIÇÃO GERAL DA EMPRESA.

A Clínica Cajuru, foi fundada no ano de 1.984 e faz parte das dependências do Hospital Cajuru, Hospital Universitário da PUC, Pontifícia Universidade Católica De Curitiba. Baseia a atuação clínica em normas específicas, como por exemplo, a Resolução - RDC Nº 154, de 15 de junho de 2.004, emitida pelo Ministério Da Saúde, que à p. 1, "Estabelece O Regulamento Técnico Para O Funcionamento Dos Serviços De Diálise", ramo de atividade da clínica. A especificidade do atendimento mostra que a Qualidade Dos Serviços, Materiais, Equipamentos e até Água, Não Podem Apresentar Nenhuma Irregularidade, pois, colocaria em risco, A Vida Do Paciente que depende daquele atendimento. Com o passar do tempo, Materiais Foram Aprimorados, Equipamento Foi Modernizado e a Água recebeu um tratamento mais técnico que o anterior. Do ano de 1.990 para 2.000, houve grande avanço no tratamento da água para hemodiálise, passando o processo da Técnica De Ionização, para um Sistema De Limpeza Mais Complexo, conhecido como Osmose Reversa. Foust, à p. 14, informa que,

"..., o processo utiliza membranas submetidas a diferença de pressão que força a molécula do solvente, a passar através da membrana enquanto a do soluto, (sais pesados, minerais e toxinas), ficam retidas. Esse processo é semelhante a filtração em que a partícula sólida suspensa, é separada de um líquido por meio da passagem forçada da mistura, através de um meio filtrante poroso, de modo que o líquido passe mas, o sólido permaneça retido. O uso da membrana possibilita fil-

tragem análoga de soluções homogêneas, que não podem ser separadas por um filtro comum. Por essa razão, o Processo é denominado de Ultrafiltração. A pressão aplicada, deve ser maior que a pressão osmótica. O processo por isso, é as vezes denominado, osmose reversa".

Tal procedimento foi bem aceito, pela eficiência comprovada e praticidade de operação. Qualquer idéia que possa garantir melhora substancial da ministração dos serviços, será sempre bem vista e integrada aos procedimentos. Há uma observação feita por Mezomo, p.7, onde ele diz que, "Lamentavelmente a área de saúde ainda não foi "contaminada" pelo "vírus" da qualidade e o quadro que temos indica a necessidade de um urgente tratamento de choque".

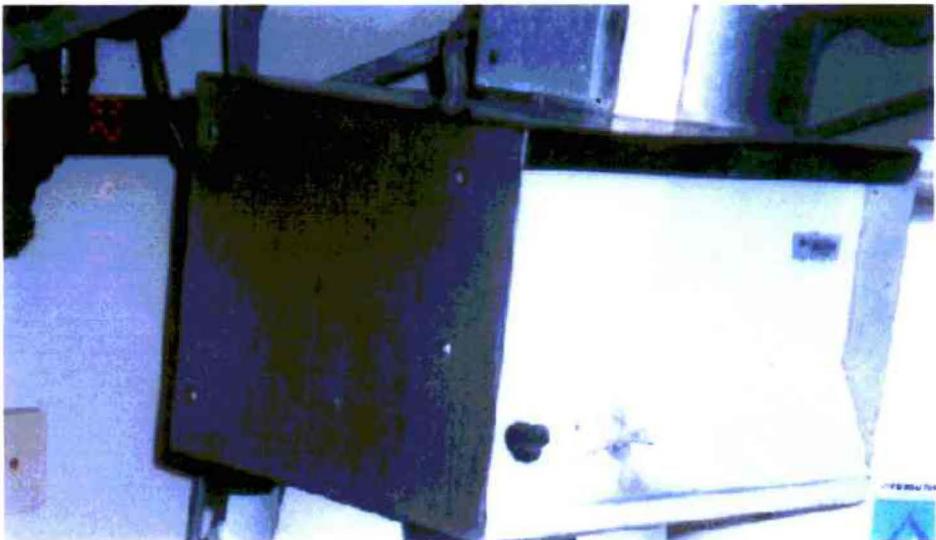


Fig. Nº 01

O tratamento de choque deve começar nos próprios da Clínica, seguir nos funcionários e ao chegar no cliente fazê-lo em forma de resultados.

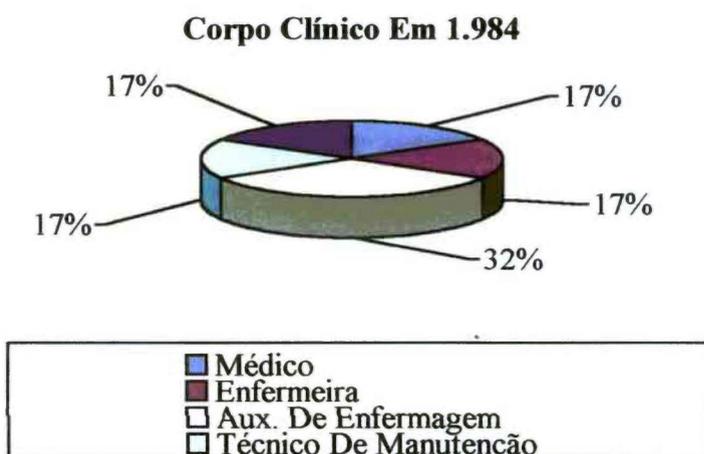
Mexer em móveis e utensílios é fácil, difícil será convencer A Pessoa Do Funcionário Acostumado A Vícios Solidificados, criados na Convivência com absurdos plantados dia-a-dia, que gerou colheita de incoerências contemporâneas. A melhoria a ser implantada, beneficiará primeiro a ele próprio que terá melhores condições de exercer o trabalho, correndo menos riscos e com mais Realização. "Parece-nos que muitos profissionais se transformam e se comportam como simples burocratas, operadores de equipamentos, absolutamente distantes do sentimento, da lágrima, emoção, dor e dúvida, que traumatiza a alma e a mente dos que já têm os corpos golpeados". Mezomo, p. 7. A Razão e Inteligência pedem que seja revisto o proceder vivido por entidades que tratam a saúde humana. Isso não é opinião isolada. Mezomo, p. 8, diz que "Sem um repensamento geral da estrutura das ações, sobretudo sem compromisso real dos administradores profissionais do sistema, a saúde não conseguirá melhorar os resultados que vem obtendo, poucos e maus, por sinal, e não terá por que merecer o respeito de sua clientela".



Fig. N ° 02

3. SITUAÇÃO ANTERIOR.

Avaliando criteriosamente o exposto, a Clínica em questão, ao ser fundada tinha um quadro que oferecia Quatro Pontos Para Máquinas De Hemodiálise. O Corpo Clínico englobava Um Médico Nefrologista, Uma Enfermeira e Dois Auxiliares De Enfermagem. Não tinha Secretaria. Havia apenas Um Técnico De Manutenção para Atendimento Plural de mais duas unidades e Um Auxiliar Para Serviços De Limpeza.



O Atendimento era de 16, (dezesesseis), pacientes e chegava a um total de 192, (cento e noventa e duas), sessões por mês.

4. SITUAÇÃO ATUAL.

Vinte anos passaram. A Clínica apresenta crescimento de 500 %, (quinhentos por cento), nas instalações. A comprovação disso é que nesse tempo, instalou mais 16, (dezesesseis), máquinas, passando para o total de 20, (vinte), Máquinas De Hemodiálise. Desenvolveu Capacidade De Atender 843 %, (oitocentos e quarenta e três por cento), a mais, que em 1.984. Atende 135, (cento e trinta e cinco), pacientes e chega a 1.620, (mil, seiscentas e vinte), sessões por mês. Mantém reserva técnica de 128, (cento e vinte e oito), atendimentos para as emergências do hospital onde está instalada. O Acréscimo Das Atividades correspondeu em demais setores. No Corpo Clínico, Quatro Médicos; Enfermeiras, Três; Auxiliares De Enfermagem, Vinte E Um. Completam a equipe, Uma Nutricionista, Uma Psicóloga e Uma Assistente Social. A Administração tem Uma Administradora e manteve Duas Secretárias. Mesmo com considerável aumento de sujeira, na limpeza são só, Três Auxiliares. A Manutenção, permanece com Um Técnico.

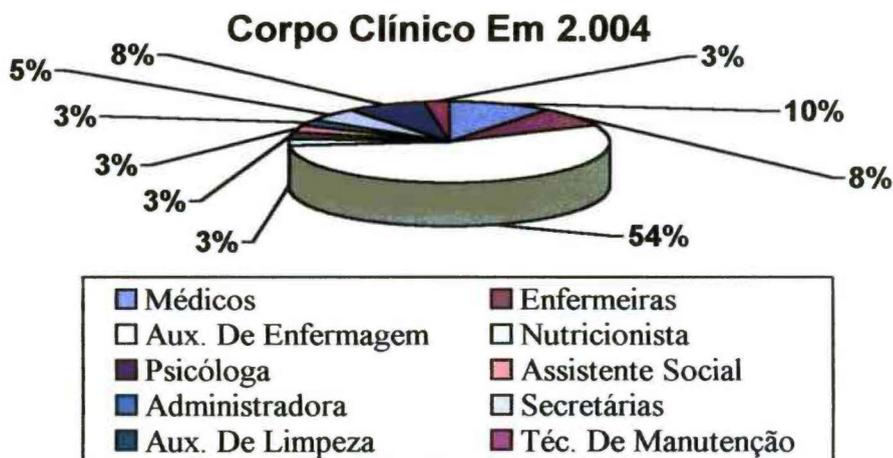


Fig. Nº. 04

Na Clínica Cajuru, foram identificadas as seguintes irregularidades:

Uso Do Espaço Físico De Forma Ineficiente,

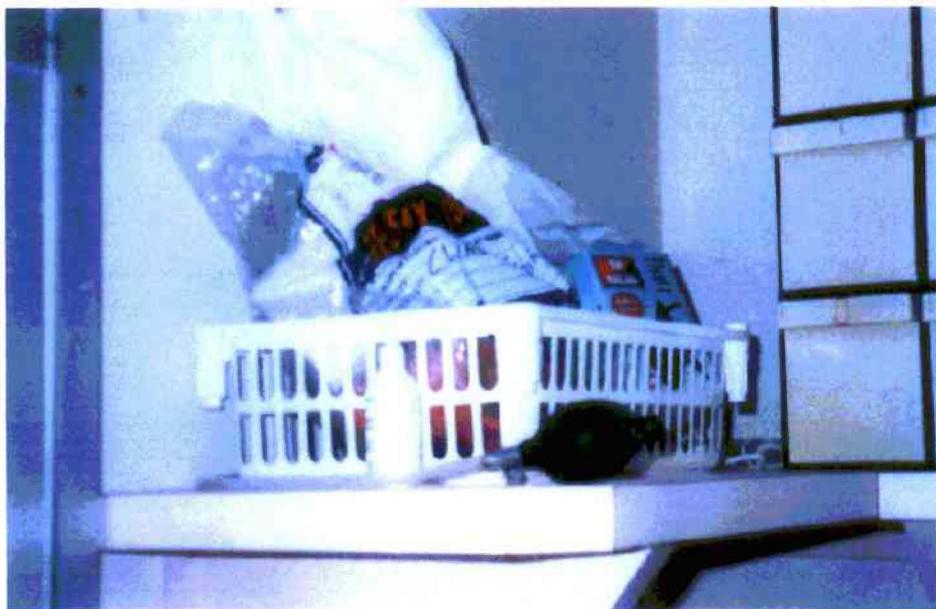


Fig. Nº 05

Ocupação De Espaço Útil, Por Materiais Sem Utilidade,



Fig. Nº 06

Materiais Úteis Ocupando Espaço De Forma Não Condizente Com O Ambiente Clínico. Podem causar acidentes, sem levar em consideração a estética.



Fig. Nº 07

No contexto, é pertinente mostrar que O Sistema De Identificação Dos Setores, Departamentos, Circulação, Objetos, Gavetas, Armários, etc., Não Obedece A Nenhuma Padronização De Sinalização ou Endereçamento.

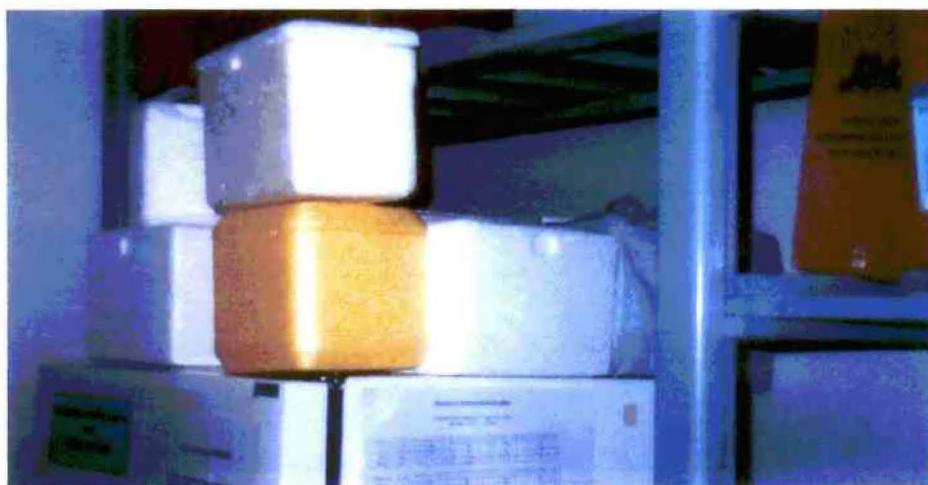


Fig. Nº 08

Áreas De Tráfego e Risco Não São Delimitadas Nem Sinalizadas. Não São Identificadas Sidas De Emergências, agravante à hora de socorro imediato.

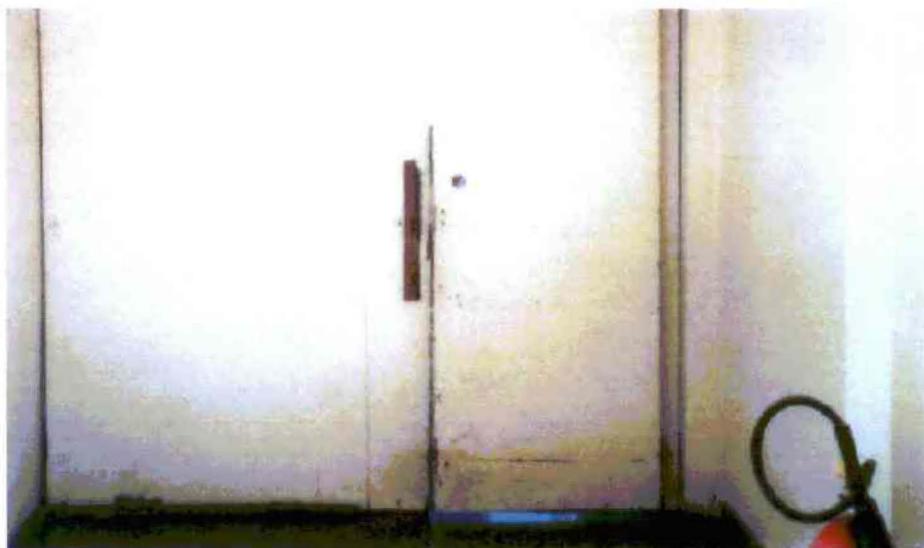


Fig. Nº 09

Outros fatos importantes a serem considerados são, Limpeza e Higiene do local que necessita Ação Voltada A Conscientização De Todos No Sentido Da Higienização Preventiva, criando uma nova mentalidade, instruindo no sentido que um ambiente limpo, não é o que mais se limpa, e sim, o que menos se suja.

A Correção Das Más Ações Mostradas Nas Fotos, pede e este trabalho sugere, a Implantação e Utilização da ferramenta conhecida como Programa 5'S. Mezomo, p. 15, apud de Charles J. Austin, em particular orienta que "Administração de saúde é planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e avaliar os recursos e procedimentos pelos quais a demanda por cuidados médicos de saúde e a necessidade de um ambiente saudável, são atendidos mediante provisão de serviços a clientes individuais, organizações e comunidades". A isso o 5S, atende.

Para que instalar um programa de Controle Da Qualidade como o 5S, se a Clinica Cajuru, tem a trajetória de crescimento como mostram os gráficos que foram apresentados ?

A resposta é simples. Para dar devida sustentabilidade ao crescimento, definindo linha de conduta sobre Administração Da Saúde. A orientação deverá ser direcionada A Despertar O Interesse Do Funcionário pelo programa 5S, permitindo, Melhor Compreensão De Procedimentos, Mudança, Inovações E Instalação De Novos Processos. Só assim, o objetivo será alcançado.

5. PRINCIPAIS RESULTADOS A SEREM ATINGIDOS.

A - Ampliação do número de atendimento, usando a capacidade ociosa da clínica, que pode ser constatada, se seguir o indicado pela Resoução - RDC Nº 154, de 15 de junho de 2.004, emitida pelo Ministério Da Saúde, já referenciada. À p. 5, ela indica números específicos para o Corpo Clinico, sendo, Um Médico para 35, (trinta e cinco), pacientes; Uma Enfermeira, para igual número de pacientes, Um Auxiliar De Enfermagem para cada 4, (quatro), pacientes. A Clinica Cajuru, tem 4, (quatro), Médicos, que podem pela portaria, atender a 140, (cento e quarenta), pacientes. Atendem 135, (cento e trinta e cinco), pacientes. Logo, a capacidade ociosa é de 60 (sessenta), sessões por mês.

B - Corrigir a falha no Setor De Enfermagem, que tendo 3, (três), Enfermeiras, só poderia atender a 105, (cento e cinco), pacientes, e o faz a 135.

C - 21, (vinte e um), Auxiliares De Enfermagem, podem atender 120, (cento e vinte), pacientes, os da Clínica Cajuru atendem 135, (cento e trinta e cinco). A sobrecarga é 12, (doze) pessoas, que chega a 144, (cento e quarenta e quatro), sessões por mês. Há, observação sobre Funções e Responsabilidades Emergentes de administração da saúde, apresentada por Mezomo na p. 17. "A administração não é feita para beneficio da instituição, mas para melhor atendimento dos que utilizam seus serviços. Isto, aliás, decorre da própria e necessária descoberta da sua missão na comunidade que a abriga".

D - Diminuir perdas geradas pela Má Conservação Predial, de Materiais, Insumos, Equipamentos, Instalações e demais pertences da Clínica.

E - Criar Um Ambiente Sociável Para Pacientes E Funcionários desenvolvendo atitude participativa, incentivando a busca de Harmonia Funcional.

"Nenhuma organização pode sobreviver se não satisfizer a necessidade dos clientes oferecendo-lhes produtos ou serviços de qualidade. Por outro lado, como pode ela oferecer produtos e serviços de qualidade se seus próprios funcionários, os seus clientes internos não tiverem alto nível de qualidade pessoal. Por isso é que a qualidade das pessoas constitui a verdadeira base do processo de melhoria da qualidade de qualquer organização. É esta qualidade que os clientes externos percebem e avaliam. Mezomo, p. 18.

6. REFERÊNCIAL TEÓRICO.

O Programa 5S, é um método Inteligente, Prático, Abrangente, criado no Japão, depois da 2ª Guerra Mundial. Ele Organiza, Padroniza Procedimento, Combate A Sujeira, Desperdício e o Perdularismo empresarial. Posteriormente foi copiado pelas Américas e Europa devido a resultados auferidos por países do Oriente que o tinham adotado. Foi lançado no Brasil em 1991.

O Programa 5S, visa Qualidade De Vida das pessoas dentro e fora da empresa objetivando Melhor Aproveitamento Do Local De Trabalho, Conserva-o Organizado e Limpo; Padroniza Rotinas, mantendo a Disciplina Necessária para realizar tarefas de Forma Eficaz, Sem Desperdícios. É considerado o Alicerce para Implementação De Programas De Gestão Da Qualidade Total.

O 5S, tem esse nome porquê o título dos capítulos, no idioma Japonês, começa com a letra S. É forma de preservar a filosofia do programa, e, refletir a necessidade de Profunda Mudança Comportamental. A tradução adotada no Brasil foi análoga. 5 Sensos. A palavra Senso, expressa Entendimento, Capacidade De Apreciar, Julgar. Relaciona-se à Mudança De Atitude. O programa 5S ao ser apresentado para implantação propõe a instalação de novo tempo. Tempo De Mudança Abrangente, começando na Alta Administração, permeia os Funcionários, fazendo com que cada um envolva-se e Absorva Parte Da Responsabilidade Da Mudança que desenvolvida pelo Programa 5S, é parcial e ao mesmo tempo, integral. O pri-

meiro por alastrar-se lenta e vagarosamente em cada Setor e Departamento, aplicando um "S", de cada vez. O segundo, será atingido como qualquer pessoa atinge o final de uma caminhada. Um passo de cada vez. Por mais longa que seja a estrada, com uma caminhada lenta e consciente, ela será vencida. Os Dirigentes e Funcionários independente de Funções ou Cargos exercidos, São Pessoas Caminhantes Na Jornada Profissional.

Mezomo, na excelente obra *Gestão Da Qualidade Na Saúde*, dá alertas muito interessantes, que não podem passar despercebidos. Na p. 33, ele frisa, "as pessoas fazem o diferencial de qualquer organização e elas precisam participar e deter parte do poder de decisão. Elas precisam sentir-se importantes, porque só assim assumirão a responsabilidade pela produção da qualidade ...". Isso mostra a força da participação com tal influência no destino da empresa que pode antecipar o futuro, como será mostrado, e para ratificar o acima colocado, Mezomo diz...,

"toda organização quer tornar-se maior. Mas isso não é tudo. Ela precisa tornar-se mais forte ! e tal força a organização recebe justamente das pessoas que nela trabalham. Para isso duas coisas são fundamentais: criar um ambiente familiar e convidar as pessoas a participarem das decisões. P.25.

E aí está a grande mudança da empresa. Grandeza Empresarial, deve ser medida Não Pelo Que A Empresa Faz, mas sim, Como Faz. A força de uma organização, Não É O Quanto Ela Gasta, mas, O Quanto Ela Economiza.

A economia é conseguida com Aproveitamento Racional De Espaço, Uso Correto De Máquinas E Equipamentos, Utilização De Insumo Com Métodos Práticos, Cumprir O Tempo De Trabalho executando a tarefa, certa já na primeira vez, Evitando Perda De Tempo Real Produtivo e Cessão De Ociosidade Horária.

"O programa de orientação específica proposto, foi elaborado de forma a possibilitar desenvolvimento teórico-prático, gradual e crescente do funcionário. A duração deste programa está diretamente relacionada à capacidade de assimilação de cada elemento, sendo possível a realização de mudanças quando estas se fizerem necessárias. Cianciarullo, p.54

A proposta é convidativa. Apresenta mais vantagens, que riscos. Com isso, o custo benefício se apresenta com a clareza dos números na Coluna De Lucros, solidificando não só o programa, mas, estruturando a continuidade. Cianciarullo explica que, "Devido a especificidade dos procedimentos realizados, este programa pode ser utilizado tanto para orientação de profissionais com nível universitário quanto para técnicos e auxiliares de enfermagem, enfatizando-se as atividades e competências pertinentes a cada profissional". p. 54

É fácil perceber que, todo o prisma visual da aplicação e implantação do programa 5S, está diretamente ligado, ao procedimento humano. Se a empresa detém o número de funcionários condizente com a atividade que exerce, o custo para instalação do 5S, é praticamente Zero, e ainda contará com a economia que daí advirá. Revendo Mezomo, ele explana que,

"Trata-se evidentemente de nova postura administrativa, mudança radical à gestão de recursos humanos como geralmente é praticada, e parte do pressuposto que as pessoas estão dispostas a trabalhar mais e melhor e contribuir com o crescimento da organização, envolvendo-se no processo de melhoria continuada. p. 60

Usando Raciocínio Estratégico e desenvolvendo visão de longo prazo, é possível encontrar novo objetivo, quando metas, antes elaboradas, são atingidas.

"O hoje, o aqui e o agora da organização não devem esquecer o futuro. Ao contrário, devem prevê-lo e antecipá-lo. Administra-se o hoje para o futuro e para isto deve-se trazer o futuro para o hoje da organização. Quem administra o hoje está sempre no passado. Nisto o administrador deve imitar a águia: voar alto, ter visão clara e não perder uma boa oportunidade. Mezomo, p. 19

As Atividades quando bem entendidas, são Desenvolvidas Voluntariamente, e por ser de cunho individual, quando um funcionário identifica os resultados, acaba por motivar outros colegas a fazerem a mesma coisa.

São Serviços Que Não Têm Valor Agregado no entretanto representam Uma Grande Economia, se ..., e quando bem implantados.

Para entendimento, compreensão e Alcance da Eficiência do Programa 5S, a seguir são apresentadas em detalhe, Definições e Atribuições dos Sensos.

"..., o 5S não é uma atividade complicada, depende unicamente da decisão de cada um de querer praticá-lo. Atualmente é muito discutido o assunto da preservação do meio ambiente em nível do planeta Terra. Justamente dentro desse contexto, o 5S pode ser considerado como uma atitude mais simples de preservação ambiental, que pode ser praticada por qualquer um de nós no dia-a-dia". Umeda, Massao, p. 3

SEIRI - Senso De Utilização Ou Descarte.

O Senso De Utilização, Identifica Material, Equipamento, Ferramenta, Utensílio, tudo que for Necessário e Desnecessário, Descartando ou dando devida destinação, ao que for Considerado Dispensável para exercício das atividades.

"Muitas empresas, têm conseguido obter grandes resultados com a operação descarte. A título de ilustração cita-se o caso do escritório de uma determinada empresa de grande porte que conseguiu descartar mais de uma tonelada de papéis. Em uma outra fábrica, o descarte registrado foi superior a R\$ 100.000,00. Portanto é interessante que venha a ser promovida, operação descarte, anualmente". Umeda, Massao. p. 16

O sentido restrito Identifica, Classifica e Remaneja recursos não úteis, a fins desejados. O sentido amplo Elimina Tarefa Desnecessária, Excesso De Burocracia e Desperdício. Mantém visão humanista. Preserva sentimentos valiosos como Amor, Amizade, Sinceridade, Companheirismo e Compreensão. Evita Sentimento Negativo e Cria Atitude Positiva para Fortalecer e Ampliar Convivências.

Oferece vantagens. Diminui Tempo De Procura, o Reaproveitamento De Recurso, Aumento De Segurança e faz o ambiente de trabalho Mais Agradável. Facilita Transporte Interno, Melhora Procedimento e Relacionamento Pessoal.

SEITON - Senso De Organização Ou Ordenação

O Senso De Ordem Define Local Adequado, Critério De Estocagem. Guarda e Dispõe Materiais, Equipamentos, Ferramentas, Utensílios, Informações e Dados, facilitando Uso, Manuseio, Procura, Localização, e guarda, da folha de papel à documentação importante; do objeto de escritório a equipamentos sofisticados, do móvel comum, ao paciente. Significa, Cada Coisa No Devido Lugar.

No sentido restrito, mostra uma Disposição Sistemática De Objetos e Dados. Facilita Acesso e Boa Comunicação Visual. No sentido amplo, Diminui O Cansaço Físico, Economiza Tempo, Distribui Adequadamente A Carga Horária Dedicada Ao Trabalho, Lazer, Família, Amigo e Não Mistura Preferências Profissionais Com Pessoais. Tem Postura Coerente e Serenidade Nas Decisões. Valoriza e Elogia, Incentiva As Pessoas, Ao Invés De Só As Criticar. Referenciando Umeda, ele lembra, "As empresas mais avançadas retiraram praticamente todas as divisórias de seus escritórios. Até a sala da diretoria é separada apenas por uma divisória de vidro transparente". p. 26

O Senso De Organização Ou Ordenação oferece vantagens como Agilidade No Acesso A Materiais, Melhora Na Comunicação, Diminui Riscos e Praticamente Elimina Os Acidentes De Trabalho.

SEISO - Senso De Limpeza

Senso De Limpeza Elimina Sujeira e Objeto Estranho Ao Ambiente. Conserva-o Limpo e Funcional. Mantém Dados e Informações Em Plenas Condições Operacionais para garantir correta tomada de decisão. O Conceito mais importante não é Limpar, e sim, Não Sujar. Significa que além de limpar é preciso identificar a fonte de sujeira e respectivas causas evitando que isso ocorra. Restritamente Mantém Limpo O Ambiente De Trabalho. Amplamente, Elimina A Fonte De Sujeira. Incentiva O Ser Humano A Ser Honesto No Expressar-se, Ser Transparente, Sem Segundas Intenções Com Amigos, Família e Subordinados, Propiciando Bem Estar, Motivação e Bom Humor, às pessoas que ali convivem. As vantagens são, Definição De Responsabilidades, Eliminação Do Desperdício, Facilidade De Inspeção e Pessoas Felizes.

"Normalmente a introdução do 5S é conduzida seguindo-se etapas previamente definidas. Por exemplo, execução dos primeiros 3 S's em primeiro lugar, para depois se passar para o quarto e o quinto S. Os primeiros S trabalham principalmente com aspecto físico, enquanto que o quarto e quinto tratam, inclusive, de assuntos de ordem psicológica e, muitas vezes, do íntimo das pessoas. Devido à diferença de natureza entre essas duas classes é melhor separá-las quando da introdução". Umeda, Massao, p. 9

SEIKETSU - Senso De Saúde Ou Higiene

O Senso De Higiene, Cria e Dá Condição Favorável À Saúde Física E Mental, Garante Ambiente Sem Agressividade, Livre De Agente Poluente, Dispõe

Boas Condições Sanitárias, Cuida Da Higiene Pessoal, Zela Para Informações E Comunicados Serem Claros, De Fácil Leitura e Compreensão. Ter Senso De Higiene, é ter Comportamento Ético, Promover Ambiente Saudável Às Relações Interpessoais, Sociais, Familiar, Profissional e Cultivar Clima De Respeito Mútuo. As vantagens do Senso De Higiene são, Equilíbrio Físico, Mental e Emocional do Ambiente De Trabalho, Aumentar Produtividade e Melhorar a Segurança No Espaço Físico. Promover Elevação Da Auto-estima, Gerar Confiança Pessoal, Prevenir Doenças e Aprimorar A Qualidade Das Relações Interpessoais.

SHITSUKE - Senso De Auto-disciplina

Estágio De Consciência Da Pessoa Que Segue Padrões Éticos, Técnicos e Morais na Vida Pessoal e da Empresa. Ter Senso De Autodisciplina Desenvolve o Hábito De Observar, Seguir Norma, Regra e Procedimentos. Atende Especificações, sejam escritas ou informais. Isso resulta do exercício da Força Mental, Moral E Física. Pode ser traduzido no desenvolver Querer De Fato, Ter Vontade De, Se Predispor "A". Umeda diz, "É preciso no mínimo dar continuidade à realização da auto-avaliação. A avaliação deve ser feita por todos que compõem o posto de trabalho ...". p. 40. Ter Senso De Autodisciplina Desenvolve o Autocontrole, a Paciência e a Persistência. É Buscar Realização Dos Sonhos, Anseios e Aspirações. É Respeitar O Espaço e A Vontade, dos Colegas De Trabalho.

As vantagens facilmente identificadas, são A Previsibilidade De Resultados, Autocontrole, Aprimoramento Contínuo Do Proceder Da Pessoa Ligada

À Organização, Cumprimento De Normas Éticas, Busca De Aperfeiçoamento e o Incentivo À Capacidade Criativa.

Por outro lado, é preciso também mudar o modo de pensar das pessoas com a prática do 5S, motivo pelo qual se faz necessário despende um certo tempo para a sua implementação. Normalmente, requer-se um intervalo de tempo entre 6 meses e um ano de esforço concentrado para poder deixar o 5S e condições satisfatórias em termos de implementação. Umeda, Massao. p. 39, 40.

7. DIFICULDADES E PROPOSTAS.

O Programa 5S é Processo Evolutivo e Constante. Algumas empresas, chamam de Cultura Dos 5S, justamente por ter se tornado costume. Passa a fazer parte do dia-a-dia de quem dele toma conhecimento e nele se envolve. Daí a extrema importância do apoio que for dado ao programa, pela direção da empresa.

"..., nada mais é que "uma grande máquina de resolver problemas", considerando-se evidentemente problema como sendo "resultado indesejável". Para o bom gerente sempre haverá problemas. Temos que desenvolver o mais rapidamente possível o estado de "consciência pelo problema". É preciso que cada gerente, em cada nível gerencial, inclusive diretoria, conheça perfeitamente os seus resultados indesejáveis". Campos, p.190.

Por isso é importantíssima A Mudança Comportamental De Dirigentes, Dirigidos e Comprometimento Do Todo, para que ele não represente só mais uma atitude isolada. É necessário também, que haja Difusão Do Sistema gradual e constantemente, para que a aceitação por parte dos funcionários seja plena. O 5S, Não tem fim. Quando iniciado, não acaba. Os benefícios, também não !

O modernismo empresarial que graça no Brasil fez que novos conceitos fossem acrescentados, (Senso De Firmeza, Dedicção, Relato Com Ênfase e Ação Simultânea). há portanto, conhecimento da existência de 9S, mas, o nome e méto-

do do programa, permaneçam o mesmo. O programa 5S, é considerado o alicerce imprescindível para implantação do Programa De Gestão Da Qualidade Total.

Qualidade Total é o conceito que resume as condições para uma organização empresarial sobreviver e desenvolver-se em mercado competitivo, de rápidas mudanças. A prática do sistema requer Capacitação; Clima De Confiança Entre Empregados; Eliminação Do Medo Da Participação; Quebra De Barreiras Entre As Diversas Áreas; Comprometimento Dos Empregados Com O Futuro Da Empresa; Cumprir E Fazer Cumprir, As Normas Estabelecidas; Atingir Com Excelência A Finalidade Empresarial Para A Qual Foi Criada, Fazendo Certo Da Primeira Vez, Mantendo O Mesmo Proceder Na Busca Permanente Da Perfeição.

A Qualidade é Intrinsecamente Relacionada a Satisfação Do Cliente. Visa portanto, Comprometimento Da Empresa em responder de maneira eficaz, às necessidades da clientela, Procurando Melhor Conhecer-la, Para Melhor Servi-la.

8. FASE PREPARATÓRIA.

A primeira etapa tem por objetivo, definir Atribuições Da Equipe Coordenadora e para que esse fim seja atingido enumera desde já cada uma das peculiaridades do preparo da implantação do Programa 5S.

Passo I - Preparar material didático e de apoio ao programa.

Passo II - Reunião para apresentar Plano De Ação. Promover, explicar, conscientizar sobre conceitos e benefícios do Programa 5S. Material, Vídeo e Palestras.

Passo III - Eleger equipe de Facilitadores e Multiplicadores para formação de um Grupo Gestor Da Qualidade.

9. PROJETO DE IMPLANTAÇÃO.

Entra a fase de execução propriamente dita. Escolhidos os funcionários para formação da Equipe Coordenadora, serão definidas as Atribuições.

Passo IV - Registrar a situação atual da Clínica Cajuru S. C. Ltda.

Passo V - Elaboração de prioridades, quantun necessário, recursos profissionais e financeiros. Obras, pequenos reparos e melhorias que surgirão, como pintura, etc.

Passo VI - Reunião para avaliação e conclusão dos resultados do Programa.

Passo VII - Definir cronograma detalhado da implementação de cada senso.

Como alicerce do programa são oferecidas sugestões e aplicabilidade.

SENSO DE UTILIZAÇÃO

Passo VIII - Promover discussões prévias para avaliação, definição e listagem do que pode ser descartado, definindo também o que deve retornar ao almoxarifado.

Passo IX - Definir a forma como serão classificados os materiais, equipamentos e outros objetos que serão descartados. (Criar e Usar um Quadro De Classificação).

Passo X - Definir previamente a área de descarte. - (onde será disponibilizado).

Passo XI - Definir o que será feito com cada material a ser descartado. Se venda, doação, reutilização em outros setores ou em outras unidades.

Passo XII - Providenciar transporte do material descartado ao respectivo destino.

Passo XIII - Estabelecer formas de documentar e divulgar os primeiros resultados obtidos em termos de material descartado, espaço recuperado ou liberado, em m².

SENSO DE ORGANIZAÇÃO

Passo XIV - Reunião. Apresentar idéia da criação do sistema de Endereçamento que torna a procura de documentos ou produtos mais eficiente e otimiza a utilização de espaço físico disponível.

Passo XV - Definir em conjunto com Facilitadores e Funcionários, critérios para operacionalização do sistema quanto a definição dos critérios para disposição de documentos e produtos segundo a frequência de uso e giro, características, facilidade de localização, manuseio e recolocação

Passo XVI - Promover a melhoria do Layout para facilitar o fluxo de atividade, eliminando movimentos desnecessários, problemas com transporte e atrasos.

SENSO DE LIMPEZA

Passo XVII - Identificar e priorizar áreas, equipamentos e materiais que necessitam reparos e pinturas.

Passo XVIII - Definir uma data para realização da limpeza geral do setor.

Passo XIX - Providenciar o material necessário para limpeza e pintura.

Passo XX - Conscientizar os funcionários a desenvolver atitude de participação na limpeza do local de trabalho, criando mentalidade de limpeza preventiva.

10. IMPLANTAÇÃO DOS TRÊS PRIMEIROS SENSOS

Passo XXI - Manutenção de resultados, planejamento da melhoria contínua, elaboração, implantação e controle do plano de trabalho, identificação da causa geradora de problemas e aplicação de soluções.

A Implantação Dos Outros Dois Sensos, obedecerá critérios que serão criados, durante o trabalho da implantação dos Três Primeiros Sensos.

8. CONCLUSÃO.

A implantação do Programa 5S na Clínica Cajuru S. C. Ltda., com as melhorias que disso advirão tem Um Objetivo Maior. Transformar o Sistema Operacional usado atualmente, Quiçá, num Modelo Referencial para outras organizações congêneres, que precisem e queiram alcançar resultado iguais.

Enaltecer o que de bom existe criando, Alicerces Ainda Mais Sustentáveis Para A Manutenção Desses Procedimentos.

Corrigir falhas que também existem e acabam por comprometer o que de bom é feito, como diz Simões, à p. 39, será "Um Passo De Honra No Caminho da Qualidade, que sabidamente, É Uma Estrada Longa, mas que, dá muito prazer de nela caminhar. Havendo a Felicidade de chegar ao final desse caminho, O Da Implantação Do Programa 5S, já que foi aqui grafado, como uma estrada, será lá encontrada uma placa de sinalização, indicando ..., "Qualidade Total A Frente".

Estará definida ..., "A Nova Jornada".

9. ANEXOS.

Anexo I.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA 5S

Primeira Fase - Planejamento Semestral

Anexo II

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA 5'S

Cronograma Geral



Resolução -RDC nº 154, de 15 de junho de 2004

Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no uso de sua atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVISA aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, c/c o art. 111, inciso I, alínea "b", §1º do Regimento Interno aprovado pela Portaria nº 593, de 25 de agosto de 2000, republicada no DOU de 22 de dezembro de 2000, em reunião realizada 14 de junho de 2004,

considerando a necessidade de redefinir os critérios mínimos para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que realizam diálise em pacientes ambulatoriais, portadores de insuficiência renal crônica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

considerando a necessidade de redução dos riscos aos quais fica exposto o paciente que se submete à diálise, adota a seguinte Resolução e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º Estabelecer o Regulamento Técnico para Funcionamento do Serviço de Diálise, na forma do Anexo desta Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), disciplinando as exigências mínimas.

Art. 2º Determinar que nenhum serviço de diálise pode funcionar sem estar licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado ou Município, atendendo aos requisitos do Regulamento Técnico de que trata o Art. 1º desta RDC e demais legislações pertinentes.

§1º O serviço de diálise deve estar capacitado para oferecer as seguintes modalidades de diálise: hemodiálise, diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC) e diálise ambulatorial automatizada (DPA), devendo ter no máximo 200 pacientes em hemodiálise – HD, respeitado o limite do número máximo de 01 (um) paciente por equipamento instalado por turno.

§ 2º Quando da necessidade de realização de diálise peritoneal intermitente (DPI), o serviço deve garantir ao paciente o acesso ao tratamento em serviço de diálise intra-hospitalar.

§ 3º A modalidade de Hemodiálise pode funcionar em até três turnos, com intervalo mínimo de uma hora entre as sessões. A ampliação do número de turnos está condicionada a autorização do gestor local.

Art. 3º Estabelecer que a construção reforma ou adaptação na estrutura física do serviço de diálise deve ser precedida de aprovação do projeto junto à autoridade sanitária local em conformidade com a RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, e suas atualizações ou instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 4º Determinar que a inobservância dos requisitos constantes desta RDC constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator a processo e penalidades previstas na Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Parágrafo único. Os serviços de diálise, que não cumprirem o disposto nesta RDC ou apresentarem deficiência, constatada na avaliação dos gestores, além das penalidades previstas no caput, estão sujeitos a exclusão do cadastro definido a critério da autoridade sanitária competente.

Art. 5º Cem por cento (100%) dos serviços de diálise devem ser inspecionados e avaliados no mínimo duas (02) vezes por ano.

Parágrafo único. Para efetivação dos procedimentos de que trata este artigo, deve ser assegurado à autoridade sanitária livre acesso a todas as dependências do estabelecimento e mantidos à disposição todos os registros, informações e documentos especificados no Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC.

Art. 6º Fica facultado às associações de pacientes portadores de insuficiência renal crônica ou comissões constituídas formalmente pelos conselhos de saúde o acesso às instalações e registros dos serviços de diálise.

§ 1º O acesso aos documentos, inclusive os indicados no art. 6º, se dará de modo a preservar as condições de sigilo médico, previstas no código de ética médica, e de direito, previstas no código de Defesa do Consumidor.

§ 2º Qualquer irregularidade constatada por estas associações ou comissões deve ser imediatamente comunicada à vigilância sanitária local para as devidas providências.

§ 3º A responsabilidade ética, civil e criminal pelas irregularidades constatadas no serviço de diálise é do médico Responsável Técnico (RT) pelo serviço.

Art.7º As secretarias estaduais e municipais de saúde devem implementar os procedimentos para adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta RDC, podendo adotar normas de caráter suplementar, com a finalidade de adequá-lo às especificidades locais.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

CLAUDIO MAIEROVITCH PESSANHA HENRIQUES

ANEXO

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

1. DEFINIÇÕES

1.1 Água Potável: água com características físico-químicas e biológicas em conformidade com o disposto na Portaria GM/MS nº 518, de 25 de março de 2004 ou instrumento legal que venha a substituí-la.

1.2 Água Tratada para Diálise: água cujas características são compatíveis com o Quadro II desta RDC.

1.3 Dialisato: solução de diálise após a passagem pelo dialisador.

1.4 DPA: Diálise Peritoneal Automática: modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente com trocas controladas por uma máquina cicladora automática.

1.5 DPAC: Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua: modalidade de diálise peritoneal realizada no domicílio do paciente com trocas realizadas pelo próprio paciente ou cuidador.

1.6 DPI: Diálise Peritoneal Intermitente: modalidade de diálise peritoneal realizada em serviços de saúde com trocas controladas manualmente ou por máquina cicladora automática.

1.7 Evento Adverso Grave: qualquer ocorrência clínica desfavorável que resulte em morte, risco de morte, hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização preexistente, incapacidade significativa, persistente ou permanente; ou ocorrência clínica significativa.

1.8 Nível de Ação: parâmetro que indica a necessidade de adoção de providências para identificação do foco de contaminação.

1.9 "Priming": determinação do volume interno dos capilares dos dialisadores.

1.10 Programa de Tratamento Dialítico: forma de atendimento de pacientes renais crônicos que necessitam de diálise de modo continuado.

1.11 Registro de produtos: ato privativo do órgão competente do Ministro da Saúde necessário para a comercialização no País dos produtos submetidos ao regime da Lei n.º 6.360, de 23 de setembro de 1976.

1.12 Responsável Técnico: profissional de nível superior com especialização na área correspondente, assentada junto ao respectivo conselho profissional.

1.13 Reuso em diálise: utilização de um mesmo dialisador em nova sessão de hemodiálise, para o mesmo paciente, após o seu reprocessamento.

1.14 Reprocessamento em diálise: conjunto de procedimentos de limpeza, desinfecção, verificação da integridade e medição do volume interno dos capilares, e do armazenamento dos dialisadores e das linhas arteriais e venosas.

1.15 Serviço de diálise: serviço destinado a oferecer modalidades de diálise para tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica.

1.16 Serviço de diálise autônomo: serviço de diálise com autonomia administrativa e funcional podendo funcionar intra ou extra hospitalar.

1.17 Serviço de diálise hospitalar - Serviço de diálise que funciona dentro da área hospitalar vinculado administrativa e funcionalmente a este hospital.

2. ATRIBUIÇÕES GERAIS DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

2.1. Os serviços de diálise devem funcionar atendendo os requisitos de qualidade e a um padrão de assistência médica que tenha como objetivo:

- a) uma exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento, em relação aos benefícios obtidos;
- b) um monitoramento permanente da evolução do tratamento, assim como de seus eventos adversos;
- c) responsabilidade integral pelo tratamento das complicações decorrentes do tratamento dialítico;
- d) a melhora geral do seu estado de saúde com vistas a sua reinserção social.

2.2 Todo serviço de diálise deve fornecer, sob orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, um aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico, em local apropriado.

3. INDICAÇÃO DE DIÁLISE E MONITORAMENTO DA EVOLUÇÃO DAS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE

3.1. O principal parâmetro de avaliação laboratorial, de indicação para início de diálise, é a depuração de creatinina endógena a qual deverá ter um valor igual ou inferior a dez mililitros por minuto.

3.1.1. Para o ingresso de paciente apresentando depuração de creatinina endógena com valor superior a dez mililitros por minuto, deve ser enviada a justificativa de indicação clínica ao gestor local do Sistema Único de Saúde.

3.1.2. Em pacientes diabéticos e crianças a diálise pode ser iniciada quando apresentarem depuração de creatinina endógena inferior a 15 ml/min.

3.2. A escolha e a indicação do tipo de tratamento dialítico, a que deve ser submetido cada paciente, devem ser efetuadas ponderando-se o seu estado de saúde e o benefício terapêutico pretendido, em relação ao risco inerente a cada opção terapêutica.

3.2.1. O paciente deve ser informado sobre as diferentes alternativas de tratamento, seus benefícios e riscos, garantindo-lhe a livre escolha do método, respeitando as contra indicações.

3.3. Compete a cada serviço de diálise prover os meios necessários para o monitoramento e prevenção dos riscos de natureza química, física e biológica inerentes aos procedimentos correspondentes a cada tipo de tratamento realizado.

3.4. A promoção e manutenção, no paciente, da via de acesso para o procedimento de diálise são de responsabilidade do serviço de diálise.

3.5. Pacientes não portadores de hepatite B e com resultado de imunidade negativo para este vírus devem ser, obrigatoriamente, encaminhados ao local indicado pela secretaria de saúde local, para imunização em conformidade com o Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, decorridos do início do tratamento.

3.6. O paciente deve ser submetido a todos os exames previstos no item 3.7, além de ultrassonografia abdominal com estudo dos rins e bexiga, no prazo de 30 (trinta) dias, decorridos da data de sua admissão no programa de tratamento dialítico, caso não disponha do exame realizado nos últimos seis meses.

3.7. O serviço de diálise deve realizar periodicamente, em seus pacientes, os seguintes exames:

a) Exames mensais: medição do hematócrito, dosagem de hemoglobina, uréia pré e pós a sessão de diálise, potássio, cálcio, fósforo, transaminase glutâmica pirúvica (TGP), glicemia para pacientes diabéticos e creatinina durante o primeiro ano;

a.1) Quando houver elevação de TGP, descartadas outras causas, o médico nefrologista deve solicitar o AntiHbc IgM, HbsAg e AntiHCV.

a.2) A complementação diagnóstica e terapêutica das hepatites virais deve ser assegurada aos pacientes e realizada nos serviços especializados em hepatites virais.

b) Exames trimestrais: hemograma completo; medição da saturação da transferrina; dosagem de ferritina, ferro sérico, proteínas totais e frações e fosfatase alcalina.

c) Exame semestral: pároto-hormônio, AntiHBs, e, para pacientes susceptíveis (com AntiHBC total ou IgG, AgHBs e AntiHCV inicialmente negativos), a realização de HbsAG e AntiHCV. Dosagem de creatinina após o primeiro ano.

d) Exames anuais: colesterol total e fracionado, triglicérides, dosagem de anticorpos para HIV e do nível sérico de alumínio, Rx de tórax em PA e perfil.

3.7.1. Nos pacientes em Diálise Peritoneal deve-se avaliar a função renal residual e o "clearance" peritoneal anualmente.

3.7.2. A continuidade dos exames específicos de anti-HIV, HBsAg e anti-HCV pode ser dispensada, quando for confirmada a positividade dos testes sorológicos por três dosagens consecutivas.

3.7.3. O serviço de diálise deve registrar os resultados dos exames realizados e os indicadores da eficiência dialítica nos prontuários dos pacientes.

3.8. Os tipos e as freqüências de realização dos exames listados no item 3.7. podem ser ampliados pelo Gestor local do SUS ou pelo Ministério da Saúde por meio de norma específica.

3.9. A realização dos exames de rotina prescritos não exclui a necessidade de demais exames, segundo indicação médica.

3.10. Quando identificado resultado de exames fora do padrão, o serviço deve proceder à revisão do plano de tratamento com os devidos registros.

3.11. Todos os pacientes devem ser submetidos à consulta ambulatorial pelo nefrologista responsável pelo tratamento dialítico, mediante realização de, no mínimo, um exame clínico mensal, registrado no prontuário médico, com identificação do profissional responsável (nome e número do registro no Conselho Regional de Medicina), com ênfase na avaliação cardiológica e nutricional, sendo encaminhado ao especialista quando indicado.

3.12. Os serviços de diálise deverão assegurar aos pacientes os antimicrobianos para tratamento de peritonite e infecções relacionadas ao uso do cateter.

4. PARÂMETROS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE DIÁLISE

4.1. Os serviços autônomos devem dispor de hospital de retaguarda que tenha recursos materiais e humanos compatíveis com o atendimento a pacientes submetidos a tratamento dialítico, em situações de intercorrência ou emergência, localizado em área próxima e de fácil acesso.

4.1.1. Os serviços autônomos que prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem comprovar a retaguarda hospitalar por meio de Termo de Compromisso (declaração conjunta) assinado pelos diretores do serviço, do hospital e do Gestor.

4.1.2. Os serviços autônomos que não prestam atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem comprovar a retaguarda hospitalar por meio de contrato formal assinado pelo diretor do serviço e do hospital.

4.1.3. A responsabilidade de providenciar a internação de pacientes com complicações decorrentes da diálise é do responsável técnico do serviço.

4.2. Durante a internação de qualquer natureza, é de responsabilidade do RT do serviço de diálise assegurar a continuidade do tratamento dialítico, o que inclui o transporte do paciente entre o local de realização da diálise e o de internação.

4.3. Todo serviço autônomo deve dispor de um serviço de remoção de pacientes, que atenda aos requisitos da legislação em vigor, destinado a transportar, de imediato, os pacientes em estado grave até o hospital de retaguarda, assegurando o seu pronto atendimento.

4.3.1. Os serviços de diálise que não dispõem de serviço próprio devem estabelecer contrato formal com um serviço de remoção, licenciado pela autoridade sanitária local, de modo a assegurar o atendimento previsto no item 4.3.

4.4. Todo serviço de diálise deve implantar e implementar um Programa de Controle e Prevenção de Infecção e de Eventos Adversos (PCPIEA), subsidiado pela Portaria GM/MS n.º 2616, de 12 de maio de 1998, ou instrumento legal que venha a substituí-la.

4.4.1. O PCPIEA deve ser elaborado com a participação dos profissionais do serviço de diálise sob a responsabilidade do médico ou enfermeiro do serviço.

4.5. Compete ao responsável pelo PCPIEA: i) garantir a implementação da vigilância epidemiológica sistematizada dos episódios de infecção, reação pirogênica; ii) a investigação epidemiológica nos casos de Eventos Adversos Graves, visando à intervenção com medidas de controle e prevenção; e iii) avaliar as rotinas escritas relacionadas ao controle das doenças infecciosas.

4.5.1. O responsável pelo PCPIEA do serviço de diálise deve enviar a vigilância sanitária local, com periodicidade semestral, planilha do sub- B.

4.6. No prazo de 90 (noventa) dias após o início do tratamento dialítico, o serviço deverá, obrigatoriamente, apresentar ao paciente apto ou ao seu representante legal, a opção de inscrição na Central de Notificação Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) local ou de referência.

4.6.1 Dentro do mesmo prazo o paciente deverá, após esclarecido nos termos do art. 10 da lei 10.211, formalizar a sua opção ou recusa em relação a sua inscrição na CNCDO para transplante renal.

4.6.2 O paciente poderá alterar a qualquer momento a sua opção para transplante renal devendo, para tanto, assinar novo termo de opção/recusa. A nova opção deverá ser encaminhada a CNCDO.

4.6.3 O serviço de diálise deve encaminhar formalmente o paciente, acompanhado do relatório médico atualizado, ao estabelecimento e equipe escolhidos para realização do transplante, comprometendo-se a encaminhar, trimestralmente, amostras do soro coletado, além de informar a situação clínica e o status em lista de espera.

4.6.4 A recusa, impossibilidade ou atraso na avaliação pré-transplante, por parte do serviço de transplante ou de diálise, deverá ser notificado formalmente ao paciente e encaminhado cópia do documento a CNCDO, para as providências cabíveis.

4.6.5 A imunotipagem HLA para os loci A,B e DR será, obrigatoriamente, regulada pela CNCDO, tanto na sua autorização, como no recebimento de seus resultados.

5. PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE DIÁLISE

5.1. Todo serviço de diálise deve estabelecer, por escrito, em conjunto com o responsável pelo PCPIEA, uma rotina de funcionamento, assinada pelo médico RT e pelo enfermeiro responsável pelo serviço, compatível com as exigências técnicas previstas neste Regulamento e que contemple, no mínimo, os seguintes itens:

a)PCPIEA

- b) procedimentos médicos;
- c) procedimentos de enfermagem;
- d) controle e atendimento de intercorrências;
- e) processamento de artigos e superfícies;
- f) controle de qualidade do reuso das linhas e dos dialisadores;
- g) controle do funcionamento do sistema de tratamento da água tratada para diálise;
- h) procedimentos de operações, manutenção do sistema e de verificação da qualidade da água;
- i) controle dos parâmetros de eficácia do tratamento dialítico;
- j) controle de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos da unidade;
- k) procedimentos de biossegurança.

5.2. Todo serviço de diálise deve manter um prontuário para cada paciente, com todas as informações sobre o tratamento dialítico, sua evolução e intercorrências.

5.2.1. Os prontuários dos pacientes devem estar preenchidos, de forma clara e precisa, atualizados, assinados e datados pelo médico responsável por cada atendimento.

5.2.2. Os prontuários devem estar acessíveis para autoridade sanitária e outros representantes dos órgãos gestores do SUS, e para consulta dos pacientes ou seus responsáveis, desde que asseguradas às condições de sigilo previstas no código de ética médica e de direito, previstas no código de Defesa do Consumidor.

5.3. Os concentrados químicos utilizados para diálise devem possuir registro no Ministério da Saúde.

5.3.1. Estão dispensados do registro os concentrados preparados em farmácias hospitalares ou no serviço de diálise, para uso na própria instituição, desde que estes atendam às formulações prescritas pelo médico do serviço, e a legislação sanitária específica.

5.3.2. Todo concentrado químico deve ser mantido armazenado ao abrigo da luz, calor e umidade, em boas condições de ventilação e higiene ambiental, e com controle do prazo de validade.

5.4. Os dialisadores e linhas utilizados no tratamento dialítico devem possuir registro no Ministério da Saúde.

5.5. Os dialisadores e as linhas arteriais e venosas podem ser utilizadas, para o mesmo paciente até 12 (doze) vezes, quando utilizado o reprocessamento manual, ou até 20 (vinte) vezes quando utilizado reprocessamento automático.

5.5.1. Só podem ser reutilizados dialisadores que apresentem capilares construídos com membrana biocompatível.

5.5.2. O reuso de dialisadores e das linhas arteriais e venosas não é permitido para os pacientes portadores de HIV.

5.5.3. Para fins de controle do reuso e descarte, dialisadores e linhas arteriais e venosas devem ser tratados como um único conjunto.

5.5.4. O registro da utilização de um novo conjunto de dialisador e linha arterial e venosa deve ser assinado pelo paciente e arquivado.

5.6. É obrigatória a medida do volume interno das fibras "priming" em todos os dialisadores antes do primeiro uso e após cada reuso subsequente, mantendo arquivados os registros dos dados referentes a todos os testes.

5.6.1. Após a medida do volume interno das fibras, qualquer resultado indicando uma redução superior a 20% do volume inicial, torna obrigatório o descarte do dialisador, independentemente do método empregado para o seu reprocessamento.

5.7. Todos os valores da medida do volume interno das fibras dos dialisadores, obtidos tanto antes da primeira utilização como após cada reuso, devem ser registrados e assinados pelo responsável pelo processo e, permanecer disponíveis para consulta dos pacientes.

5.8. A medida do volume interno das fibras deve ser feita por técnico ou auxiliar de enfermagem treinado na realização deste procedimento, em conformidade com o item 5.1.f. usando vidraria graduada íntegra e com boas condições de leitura, sob supervisão do enfermeiro responsável.

5.8.1. No caso do reuso automatizado a medida é fornecida pelo *display* da máquina

5.9. O conjunto do paciente (linhas e dialisador) reutilizável deve ser acondicionado separadamente em recipiente limpo, desinfetado, com identificação clara e precisa do nome do paciente, data da primeira utilização e grupo de reprocessamento, ou seja, dialisadores de pacientes sem Hepatite, com Hepatite B ou C, armazenados em áreas separadas e identificadas.

5.9.1. Todo paciente deve ser instruído a verificar sua identificação no dialisador e linhas, antes de ser submetido à hemodiálise.

5.10. Os dialisadores e linhas passíveis de reuso devem ser desinfetados mediante o preenchimento com solução, conforme protocolo de procedimentos estabelecido, por escrito, em conjunto com os técnicos do PCPIEA e em conformidade com o item 5.1.f.

5.10.1. A diluição das soluções, quando necessária, deve ser feita por profissional capacitado, empregando vidraria de laboratório graduada ou volumétrica e usando água tratada para diálise atendendo o estabelecido em rotina escrita.

5.11. Os dialisadores e linhas devem ser submetidos a enxágüe na máquina de hemodiálise, para remoção da solução, conforme protocolo descrito no PCPIEA após a desinfecção e imediatamente antes de sua utilização.

5.11.1. É obrigatória a adoção de procedimentos de monitoramento dos níveis residuais do agente químico empregado na desinfecção dos dialisadores e linhas, após o enxágue dos mesmos e antes da conexão do paciente assim como o registro dos resultados dos testes realizados.

5.12. Todas as atividades relacionadas ao reprocessamento de dialisadores e linhas devem ser realizadas por técnico ou auxiliar de enfermagem, treinado para o procedimento e sob a supervisão direta do responsável técnico da enfermagem, em conformidade com o item 5.1.f.

5.12.1. Fica vedada, a qualquer funcionário, a atuação simultânea na sala de reprocessamento de dialisadores não contaminados, contaminados por hepatite B ou contaminados por Hepatite C num mesmo turno de trabalho.

5.13. Toda limpeza e desinfecção de artigos e superfícies e equipamentos do serviço de diálise, devem ser realizados de acordo com as instruções contidas neste Regulamento Técnico, na legislação sanitária pertinente, nos manuais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde, e de acordo com as informações dos fabricantes dos equipamentos, assim como sob supervisão do responsável pelo PCPIEA a qual está vinculada.

5.14. Todos os funcionários, ao realizarem procedimentos nos pacientes, no reprocessamento de dialisadores e linhas ou manipulação de produtos químicos, devem estar protegidos com Equipamento de Proteção Individual (EPI), especificados por escrito em conformidade com o programa de PCPIEA.

5.15. Fica vedada a manipulação de pacientes com sorologia para Hepatite B e com sorologia não reativa para a referida patologia pelos mesmos funcionários, no mesmo turno de trabalho, assegurando-se a estrita observância das normas técnicas e precauções universais.

5.16. Pacientes recém admitidos no programa de tratamento dialítico da Unidade e com sorologia desconhecida, devem ser submetidos ao tratamento hemodialítico em máquinas específicas para este tipo de atendimento, diferenciadas das demais, e o reprocessamento de seus dialisadores deve ser realizado na própria máquina. O período de confirmação da sorologia não deve exceder a 01 (um) mês.

5.17. Pacientes portadores de antiHCV tratados ou não devem ser considerados potencialmente infectantes.

5.18. A vacinação contra o vírus de hepatite B é obrigatória para todo o pessoal que atua no serviço de diálise.

5.18.1. Os funcionários devem ser imunizados em conformidade com o Programa Nacional de Imunização no prazo de 30 dias após admissão.

5.19. O descarte de resíduos deve ser em conformidade com a RDC/ANVISA nº 33 de 25 de fevereiro de 2003, ou instrumento legal que venha a substituí-la.

6. RECURSOS HUMANOS DO SERVIÇO DE DIÁLISE

6.1. Os serviços de diálise devem ter como Responsáveis Técnicos (RT):

- a) 01 (um) médico nefrologista que responde pelos procedimentos e intercorrências médicas;
- b) 01 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem.

6.1.1. O médico e o enfermeiro só podem ser os Responsáveis Técnicos por 01 (um) serviço de diálise.

6.2. Cada serviço de diálise deve ter a ele vinculado, no mínimo:

- a) 02 (dois) médicos nefrologistas, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha.
- b) 02 (dois) enfermeiros em conformidade com o item 6.9
- c) 01 (um) assistente social;

- d) 01 (um) psicólogo;
- e) 01 (um) nutricionista;
- f) Auxiliares ou técnicos de enfermagem de acordo com o número de pacientes;
- g) Auxiliar ou técnico de enfermagem exclusivo para o reuso;
- h) 01 (um) funcionário, exclusivo para serviços de limpeza.

6.3. O programa de hemodiálise deve integrar no mínimo em cada turno os seguintes profissionais:

- a) 01 (um) médico nefrologista para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;
- b) 01 (um) enfermeiro para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;
- c) 01 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem para cada 04 (quatro) pacientes por turno de Hemodiálise.

6.3.1. Todos os membros da equipe devem permanecer no ambiente de realização da diálise durante o período de duração do turno.

6.4. O programa domiciliar de Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC) e/ou Diálise Peritoneal Automatizada (DPA) deve ser integrado por:

- a) 01 (um) médico nefrologista responsável;
- b) 01 (um) enfermeiro para cada 50 (cinquenta) pacientes.

6.5. O Programa Hospitalar de Diálise Peritoneal Intermitente (DPI) deve ser integrado por:

- a) 01 (um) médico nefrologista durante o dia, para avaliação dos pacientes e atendimento das intercorrências, podendo ser o mesmo da hemodiálise, DPAC, DPA, desde que não ultrapasse a relação de 01 (um) médico para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;
- b) 01 (um) médico para atendimento de urgências no período noturno para cada 35 (trinta e cinco) pacientes;
- c) 01 (um) enfermeiro, em conformidade com o item 6.9, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o dia;
- d) 01 (um) enfermeiro, em conformidade com o item 6.9, para cada 35 (trinta e cinco) pacientes, durante o período noturno;
- e) 01 (um) auxiliar de enfermagem em todos os turnos, para cada 02 (dois) pacientes, ou para cada 04 (quatro), no caso de todos os postos de atendimento contarem com máquinas para diálise peritoneal.

6.6. Os procedimentos de diálise pediátrica, que abrangem a faixa etária de 0 a 12 anos completos, devem ser acompanhados por médico nefrologista pediátrico.

6.6.1. Em municípios que não contam com nefrologista pediátrico, o tratamento deverá ser acompanhado, também, por um pediatra, não sendo necessária sua vinculação com o serviço de diálise.

6.6.2. A proporção de auxiliar ou técnico de enfermagem deve ser de 01 (um) para cada 02 (dois) pacientes por turno.

6.6.3. O paciente pediátrico terá direito ao acompanhamento de membro da família ou de responsável durante o atendimento dialítico.

6.7. Cada nefrologista pode prestar serviços em diferentes serviços de diálise ou diferentes turnos, desde que sua responsabilidade não ultrapasse o total de 50 (cinquenta) pacientes inscritos em programa de tratamento dialítico.

6.8. Os médicos nefrologistas dos serviços de diálise devem ter o título de especialista ou certificado registrado pelo Conselho Federal de Medicina.

6.9. A Capacitação formal e o credenciamento dos Enfermeiros na especialidade de nefrologia, deve ser comprovada por declaração / certificado respectivamente, reconhecido pela SOBEN". No caso do título de especialista, poderá ser obtido através de especialização em Nefrologia reconhecido pelo MEC ou pela SOBEN através da prova de título, seguindo as normas do Conselho Federal de Enfermagem."

6.9.1. O enfermeiro que estiver em processo de capacitação deve ser supervisionado por um enfermeiro especialista em nefrologia.

7. EQUIPAMENTOS

7.1. As máquinas de hemodiálise devem apresentar um desempenho que resulte na eficiência e eficácia do tratamento e na minimização dos riscos para os pacientes e operadores. Para tanto devem possuir:

- a) dispositivo que permita o tamponamento por bicarbonato de sódio;
- b) controlador e monitor de temperatura;
- c) controle automático de ultrafiltração e monitor de pressão da solução de diálise ou monitor de pressão transmembrana com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue, parada da ultrafiltração e com alarmes sonoros e visuais;
- d) monitor contínuo da condutividade com dispositivo de suspensão automática da vazão da solução e com alarmes sonoros e visuais;
- e) detetor de ruptura do dialisador com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue parada da ultrafiltração e com alarmes sonoros e visuais;
- f) detetor de bolhas e proteção contra embolismo gasoso com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue e com alarmes sonoros e visuais;
- g) proteção contra operação em modo de diálise quando estiver em modo de desinfecção;
- h) monitor de pressão de linha venosa e arterial com dispositivo de suspensão automática do funcionamento da bomba de sangue alarmes sonoros e visuais;

7.2. Todos os equipamentos em uso no serviço de diálise devem estar limpos, em plenas condições de funcionamento e com todas as funções e alarmes operando.

7.3. Deve ser feita análise microbiológica de uma amostra do dialisato colhida da máquina de diálise no final da sessão (parâmetro permitido – 2000 UFC/ml).

7.3.1. Deve ser estabelecida uma rotina mensal de coleta de amostras com registro, de forma que anualmente o teste tenha sido realizado em todas as máquinas.

7.3.2. Deve-se proceder imediatamente à coleta e envio para análise de amostra do dialisato, sem prejuízo de outras ações julgadas necessárias, quando algum paciente apresentar sintomas típicos de bacteremia ou reações pirogênicas durante a diálise.

7.4. Os manômetros do equipamento devem estar isolados dos fluidos corpóreos do paciente mediante utilização de isolador de pressão descartável de uso único.

7.5. O serviço de diálise deve possuir máquina de hemodiálise de reserva em número suficiente para assegurar a continuidade do atendimento.

7.5.1. O equipamento de reserva deve estar pronto para o uso ou efetivamente em programa de manutenção.

7.6. Manter na unidade um aparelho de pressão para cada quatro pacientes, por turno.

7.7. O serviço de diálise deve dispor para atendimento de emergência médica, no próprio local ou em área contígua e de fácil acesso e em plenas condições de funcionamento, no mínimo, dos seguintes materiais e equipamentos:

- a) eletrocardiógrafo;
- b) carro de emergência composto de monitor cardíaco e desfibrilador;
- c) ventilador pulmonar manual (AMBU com reservatório);
- d) medicamentos para atendimento de emergências;
- e) ponto de oxigênio;
- f) aspirador portátil;
- g) material completo de intubação (tubos endotraqueais, cânulas, guias e laringoscópio com jogo completo de lâminas).

7.8 Todos os equipamentos somente podem ser conectados a uma rede elétrica que atenda à norma NBR-13.534.

7.8.1 Todo serviço de diálise deve garantir o suprimento contínuo de energia.

7.9. A rotina de manutenção preventiva dos equipamentos deve obedecer à periodicidade e ao procedimento indicado pelos fabricantes dos mesmos, documentada e arquivada.

7.10. As intervenções realizadas nos equipamentos, tais como instalação, manutenção, troca de componentes e calibração, devem ser acompanhadas e/ou executadas pelo responsável técnico pela manutenção, documentadas e arquivadas.

7.10.1. Havendo terceirização do serviço de manutenção de equipamentos o serviço de diálise deve celebrar um contrato formal com o serviço, que estabeleça, entre outros requisitos, o tempo máximo tolerável de inatividade dos equipamentos.

7.11. As atividades de manutenção preventiva e de aferição dos monitores e alarmes devem ser registradas, com identificação e assinatura do técnico responsável.

8. QUALIDADE DA ÁGUA

8.1. As diversas etapas do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água para hemodiálise devem ser realizadas em sistemas especificados e dimensionados, de acordo com o volume do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água para hemodiálise e características da água que abastece o serviço de diálise.

8.1.1. A água utilizada na preparação da solução para diálise nos serviços deve ter a sua qualidade garantida em todas as etapas do seu tratamento, armazenagem e distribuição mediante o monitoramento dos parâmetros microbiológicos e físico-químicos, assim como, dos próprios procedimentos de tratamento.

8.2. A água de abastecimento dos serviços de diálise proveniente da rede pública, de poços artesianos ou de outros mananciais deve ter o seu padrão de potabilidade em conformidade com o disposto na Portaria GM/MS nº 518 de 25 de março de 2004, ou de instrumento legal que venha a substituí-la.

8.2.1. A obtenção dos laudos atestando as condições de potabilidade da água, fornecidos pela companhia de abastecimento público ou por laboratório especializado, é de responsabilidade dos serviços de diálise em conformidade com o artigo 9º da Portaria GM/MS, nº 513 de 25 de março de 2004.

8.2.2. Todas as coletas de água para análise devem ser realizadas atendendo às orientações do laboratório de referência responsável pelas análises.

8.3. A água potável de abastecimento dos serviços de diálise, independentemente de sua origem ou tratamento prévio, deve ser inspecionada pelo técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água do serviço, conforme a Quadro I, em amostras de 500ml, coletadas na entrada do reservatório de água potável e na entrada do pré-tratamento do sistema de tratamento de água do serviço.

8.3.1. O técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise deve ter capacitação específica para esta atividade, atestada por Certificado de Treinamento.

Quadro I Características físicas e organolépticas da água potável

Característica	Parâmetro Aceitável	Frequência de verificação
Cor aparente	incolor	Diária
Turvação	Ausente	Diária

Sabor	insípido	Diária
Odor	inodoro	Diária
Cloro residual livre	Maior que 0,5mg/l	Diária
pH	6,0 a 9,5	Diária

8.4. A qualidade da água tratada para uso no serviço de diálise é de responsabilidade do RT do serviço.

8.5. A água tratada para uso no serviço de diálise utilizada na preparação da solução para diálise deve ser processada de modo que apresente um padrão em conformidade com a Quadro II, confirmado por análises de controle.

8.5.1. As amostras da água para fins de análises físico química e microbiológica devem ser colhidas nos pontos contíguos a máquina de hemodiálise e no reuso, devendo ser um dos pontos na parte mais distal da alça de distribuição (*loop*).

8.5.2. A análise da água deve ser realizada por laboratório habilitado na Rede Brasileira de Laboratórios (REBLAS/ANVISA).

8.6. Os reservatórios de água tratada para diálise, quando imprescindíveis, devem ter as seguintes características:

- a) ser constituídos de material opaco, liso, resistente, impermeável, inerte e isento de amianto, de forma a não possibilitar a contaminação química e microbiológica da água, e a facilitar os procedimentos de limpeza e desinfecção;
- b) possuir sistema de fechamento hermético que impeça contaminações provenientes do exterior;
- c) permitir o acesso para inspeção e limpeza;
- d) possuir sistema automático de controle da entrada da água e filtro de nível bacteriológico no sistema de suspiro;
- e) ser dotados de sistema de recirculação contínua de água 24 horas por dia, 07 dias por semana e a uma velocidade que garanta regime turbulento de vasão no retorno do loop de distribuição ao tanque; fechado, fundo cônico;
- f) possuir, em sua parte inferior, canalização de drenagem que possibilite o esgotamento total da água.

Quadro II Padrão de qualidade da água tratada utilizada na preparação de solução para diálise

Componentes	Valor máximo permitido	Frequência de análise
Coliforme total	Ausência em 100 ml	Mensal
Contagem de bactérias heterotróficas	200 UFC/ml	Mensal
Endotoxinas	2 EU/ml	Mensal
Nitrato (NO ₃)	2 mg/l	Semestral
Alumínio	0,01 mg/l	Semestral
Cloramina	0,1 mg/l	Semestral
Cloro	0,5 mg/l	Semestral
Cobre	0,1 mg/l	Semestral
Fluoreto	0,2 mg/l	Semestral
Sódio	70 mg/l	Semestral
Cálcio	2 mg/l	Semestral
Magnésio	4 mg/l	Semestral
Potássio	8 mg/l	Semestral
Bário	0,1mg/l	Semestral
Zinco	0,1mg/l	Semestral
Sulfato	100 mg/l	Semestral
Arsênico	0,005 mg/l	Semestral

Chumbo	0,005mg/l	Semestral
Prata	0,005mg/l	Semestral
Cádmio	0,001 mg/l	Semestral
Cromo	0,014 mg/l	Semestral
Selênio	0,09 mg/l	Semestral
Merúrio	0,0002 mg/l	Semestral
Berílio	0,0004	Semestral
Tálio	0,002	Semestral
Antimônio	0,006 mg/l	Semestral

8.7. O nível de ação relacionado à contagem de bactérias heterotróficas é de 50 UFC/ml;

8.7.1. Deve ser verificada a qualidade bacteriológica da água tratada para diálise toda vez que ocorrer manifestações pirogênicas ou suspeitas de septicemia nos pacientes.

8.8. O sistema de tratamento da água potável para obtenção da água tratada para diálise, bem como seu reservatório e sistema distribuição devem ser especificados em projeto assinado por um responsável técnico, habilitado na área.

8.8.1. O projeto deve conter informações sobre o laudo de análise da água potável que se vai tratar, as especificações de operação e manutenção do sistema de modo a assegurar o padrão estabelecido neste Regulamento, para água tratada para diálise.

8.9. Na saída do sistema de tratamento da água para diálise, a condutividade da mesma deve ser monitorada, continuamente, por instrumento que apresente compensação para variações de temperatura e tenha dispositivo de alarme visual e auditivo.

8.9.1. A condutividade deve ser igual ou menor que 10 microSiemens/cm, medida a temperatura de 25°C.

8.10. Os procedimentos de manutenção do sistema de armazenamento de água devem ser realizados de acordo com a frequência prevista no Quadro III.

Quadro III

Procedimentos de manutenção do sistema de armazenamento de água	Procedimentos Frequência
Limpeza do reservatório de água potável	Semestral
Controle bacteriológico do reservatório de água potável	Mensal
Limpeza e desinfecção do reservatório e da rede de distribuição de água tratada para diálise	Mensal

8.10.1. Os procedimentos indicados no Quadro III, também devem ser realizados, sempre que for verificada a não conformidade com os padrões estabelecidos para a água tratada para diálise.

8.11. A desinfecção do sistema de tratamento armazenagem e distribuição da água tratada para diálise, bem como do seu reservatório, deve ser realizada por pessoa capacitada na técnica de desinfecção e de controle do nível de resíduos de desinfetantes, sob orientação do fornecedor do sistema e da PCPIEAG.

8.12. Durante os procedimentos de manutenção e desinfecção do sistema de tratamento, armazenagem e distribuição da água tratada para diálise, deve ser colocado um alerta junto às máquinas de hemodiálise, vedando sua utilização.

8.13. Os serviços de tratamento e distribuição de água da rede pública devem disponibilizar às Secretarias de Saúde os laudos dos exames de controle de qualidade da água potável e informar sobre qualquer alteração no método de tratamento ou sobre acidentes que possam modificar o padrão da água potável.

8.13.1. Os resultados das análises realizadas para controle das condições de potabilidade da água da rede pública devem ser fornecidos pelas Secretarias de Saúde aos serviços de diálise.

9. INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

9.1. As Unidades de Diálise devem atender aos requisitos de estrutura física previstos na RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 ou instrumento legal que venha a substituí-la, além das exigências estabelecidas neste regulamento, em códigos, leis ou normas pertinentes, quer na esfera federal, estadual ou municipal e, normas específicas da ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas referenciadas.

9.2. Os serviços intra-hospitalares podem compartilhar os seguintes ambientes com outros setores do hospital, desde que estejam situadas em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos:

- a) área de registro (arquivo) e espera de paciente;
- b) sanitários para pacientes (ambos os sexos);
- c) depósito de material de limpeza;
- d) sala de utilidades;
- e) sanitários para funcionários (ambos os sexos);
- f) copa;
- g) sala administrativa;
- h) área para guarda de macas e cadeiras de rodas;
- i) vestiários de funcionários;
- j) abrigo reduzido de coleta de resíduos sólidos de serviços de saúde;
- k) área de processamento de roupa.

9.3. As salas de hemodiálise com DPI, DPAC e DPA constituem-se em ambientes exclusivos e não podem servir de passagem ou circulação de acesso a qualquer outro ambiente que não pertença ao serviço.

9.3.1. Os ambientes devem dispor de iluminação natural e acesso a ventilação natural.

9.4. As salas de DPAC, DPA e DPI devem ser providas de pias de despejos no próprio ambiente, ou em local anexo, para descarte dos resíduos líquidos.

9.5. As salas de reprocessamento de dialisadores devem ser contíguas e de fácil acesso às salas de tratamento hemodialítico, além de possuir:

- a) sistema de ventilação e/ou exaustão de ar;
- b) bancadas próprias para esta operação, abastecidas de água tratada para diálise, dotadas de cubas profundas, constituídas de material resistente e passível de desinfecção;
- c) recipiente de acondicionamento de substâncias desinfetantes para preenchimento dos dialisadores, constituído por material opaco e dotado de sistema de fechamento, a fim de evitar emissão de vapores;
- d) local próprio para o armazenamento dos dialisadores em uso, constituído de material liso, lavável e passível de desinfecção.

9.6. O posto de enfermagem e serviços deve possibilitar a observação visual total das poltronas/leitos.

9.7. A sala para atendimento ao paciente HbsAg + pode ser considerada opcional, desde que o serviço de diálise possua convênio ou contrato formal com outro serviço para atendimento destes pacientes, localizado no mesmo município e referendado pela autoridade sanitária local.

9.8. A sala de tratamento e reservatório de água tratada para diálise deve constituir-se num ambiente exclusivo para esta atividade, sendo vedada sua utilização para qualquer outro fim.

9.8.1. Deve dispor de acesso facilitado para sua operação e manutenção e estar protegida contra intempéries e vetores.

9.9. O serviço de diálise deve dispor, no mínimo de 01(um) sanitário para uso de indivíduos portadores de deficiência ambulatoria, de acordo com a norma ABNT NBR 9050.

9.9.1. Nos serviços intra-hospitalares, os sanitários podem estar localizados em outra área do hospital, desde que seja disponível e de fácil acesso para os usuários do serviço de diálise.

9.10. É vedado o uso de painéis removíveis nos sanitários, áreas de atendimento de pacientes e salas de reprocessamento.

9.11. Os reservatórios devem ser mantidos ao abrigo da incidência direta da luz solar.

10. AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE DIÁLISE

10.1. Compete aos serviços de diálise a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global e por modalidade de tratamento, dos serviços.

10.2. A avaliação referida no item 10.1 deve ser realizada levando em conta, no mínimo, os seguintes indicadores:

- a) Taxa de mortalidade;
- b) Taxa de saída por transplante;
- c) Taxa de soro conversão por hepatite C
- d) Taxa de internação dos pacientes em diálise;
- e) Taxa de pacientes em uso de cateter venoso central temporário;
- f) Taxa de infecção no local de acesso para hemodiálise;
- g) Incidência de peritonite;
- h) Incidência de pirogenia;
- i) Taxa de transferência de Diálise Peritoneal para Hemodiálise;
- j) Taxa de transferência de Hemodiálise para Diálise Peritoneal.

10.3. Os indicadores devem ser calculados segundo a metodologia apresentada no sub-anexo A.

10.4. Os serviços de diálise devem encaminhar o consolidado semestral dos indicadores, constante do sub-anexo B, no mês subsequente ao período de coleta, à Vigilância Sanitária e ao Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde.

10.5 O consolidado do município deverá ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à ANVISA e à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde

11. NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS GRAVES

11.1. O responsável pelo PCPIEA deve notificar os casos suspeitos de eventos adversos graves à autoridade sanitária competente do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas.

11.2. A notificação não isenta o responsável pelo PCPIEA da investigação epidemiológica e da adoção de medidas de controle do evento, em conformidade com o item 4.5.

12. DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

12.1. Os serviços de diálise com mais de 200 pacientes em hemodiálise, de acordo com a disponibilidade, não devem receber novos pacientes até adequação conforme estabelecido no §2 do artigo 2º deste regulamento.

12.2. Os serviços de diálise têm o prazo de 180 dias para garantir que a análise da água de diálise seja realizada por laboratório habilitado na Rede Brasileira de Laboratórios (REBLAS/ANVISA).

SUB ANEXO A

Indicadores para a Avaliação do Serviço de Diálise

No.	Indicador	Fórmula e Unidade	Freqüência de Produção
1	Taxa de Mortalidade	$(\text{Número total de óbitos} / \text{Número total de pacientes submetidos à diálise}) * 100 [\%]$	Semestral
2	Taxa de Saída por Transplante	$(\text{Número total de pacientes egressos por transplantes} / \text{Número total de pacientes submetidos à diálise}) * 100 [\%]$	Semestral
3	Taxa de Soroconversão para Hepatite C	$(\text{Número total de pacientes anti HCV positivo (Biologia Molecular para HCV)} / \text{Número total de pacientes suscetíveis (exame anti HCV prévio negativo) submetidos à diálise}) * 100 [\%]$	Mensal
4	Taxa de Internação dos Pacientes em diálise	$(\text{Número de internações hospitalares} / \text{Número de pacientes submetidos à diálise}) * 100 [\%]$	Semestral
5	Taxa de Pacientes em Uso de Cateter Venoso Central Temporário	$(\text{Número de pacientes com via de acesso por cateter venoso central temporário para hemodiálise} / \text{Número total de pacientes submetidos à hemodiálise}) * 100 [\%]$	Semestral
6	Taxa de infecção no local de acesso para hemodiálise	$(\text{Número de pacientes com infecção da via de acesso venoso para hemodiálise} / \text{Número total de pacientes submetidos à hemodiálise}) * 100 [\%]$	Semestral
7	Incidência de Peritonite	$(\text{Número total de casos de peritonite} / \text{Número total de pacientes em diálise peritoneal}) * 100 [\%]$	Semestral
8	Incidência de Pirogenia	$(\text{Número total de casos de pirogenia} / \text{Número total de pacientes submetidos à diálise}) * 100 [\%]$	Semestral
9	Taxa de transferência de DP para HD	$(\text{Número de pacientes transferidos de diálise peritoneal para hemodiálise} / \text{Número total de pacientes em diálise peritoneal}) * 100 [\%]$	Semestral
10	Taxa de transferência de HD para DP	$(\text{Número de pacientes transferidos de hemodiálise para diálise peritoneal} / \text{Número total de pacientes submetidos à hemodiálise}) * 100 [\%]$	Semestral

SUB-ANEXO B

Planilha de Encaminhamento de Informações

Nome do Serviço
Endereço:
Responsável pelo preenchimento:
data:

Nº	Indicador		Período de 01 de janeiro a 30 de junho		Período de 01 de julho a 31 de dezembro	
			Valor Absoluto	Indicador	Valor Absoluto	Indicador
			1	Taxa de Mortalidade	Número total de óbitos	
		Número total de pacientes submetidos à diálise				
2	Taxa de Saída por Transplante	Número total de pacientes egressos por transplantes				
		Número total de pacientes submetidos à diálise				
3	Taxa de Soroconversão para Hepatite C	Número total de pacientes anti HCV positivo (Biologia Molecular para HCV)				
		Número total de pacientes suscetíveis (exame anti HCV prévio negativo) submetidos à diálise				
4	Taxa de Internação dos Pacientes em diálise	Número de internações hospitalares				
		Número total de pacientes submetidos à diálise				
5	Taxa de Pacientes em Uso de Cateter Venoso Central Temporário	Número de pacientes com via de acesso por cateter venoso central temporário para hemodiálise				
		Número total de pacientes submetidos à hemodiálise				
6	Taxa de infecção no local de acesso para hemodiálise	Número de pacientes com infecção da via de acesso venoso para hemodiálise				
		Número total de pacientes submetidos à hemodiálise				
6	Incidência de Peritonite	Número total de casos de peritonite				
		Número total de pacientes submetidos à diálise peritoneal				
7	Incidência de Pirogenia	Número total de casos de pirogenia				
		Número total de pacientes submetidos à diálise				
8	Taxa de Transferência de DP para HD	Número de pacientes transferidos de diálise peritoneal para hemodiálise				
		Número total de pacientes submetidos à diálise peritoneal				
9	Taxa de Transferência de HD para DP	Número de pacientes transferidos de hemodiálise para diálise peritoneal				

		Número total de pacientes submetidos à hemodiálise				
--	--	---	--	--	--	--

10. BIBLIOGRAFIA.

Mezomo, João Catarim, Gestão Da Qualidade Na Saúde - Princípios Básicos, Editora Manole Ltda, Barueri, S. P., 2.001

Cianciarullo, Tamara Iwanow, C & Q: Teoria E Prática Em Auditoria De Cuidados, Editora Icone, São Paulo, S. P., 1.997

Cianciarullo, Tamara Iwanow, e Organizadores, A Hemodiálise Em Questão: Opção Pela Qualidade Assistencial, Editora Icone, São Paulo, S. P., 1.998

Simões, Olinto A., Desenvolvendo A Consciência Humana Para A Qualidade, Inédito, Curitiba, PR., 2.003

Zottis, João Luiz, Eng. Químico, Consultant, Adveiser, Mestrando UFPR., apud a Foust, Alan, S., Prof. Emérito Da Lehigh University, e colaboradores, Princípios Das Operações Unitárias, Editora Guanabara Dois, R. J., 1.992