



**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DA BAHIA – IFBA
BACHARELADO EM ADMINISTRAÇÃO**

CAMILA SANTOS FERREIRA DA SILVA

**O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS NAS
ORGANIZAÇÕES DO SERVIÇO DE SAÚDE:
A VISÃO DA ADMINISTRAÇÃO EM UM HOSPITAL DE
GRANDE PORTE**

Salvador
2021

CAMILA SANTOS FERREIRA DA SILVA

**O GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS NAS
ORGANIZAÇÕES DO SERVIÇO DE SAÚDE:**

**A VISÃO DA ADMINISTRAÇÃO EM UM HOSPITAL DE
GRANDE PORTE**

Trabalho de conclusão de Curso de
graduação em Administração, Instituto Federal
da Bahia como requisito para obtenção do grau
de Bacharel em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Seixas

Salvador
2021

Biblioteca Raul V. Seixas – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia - IFBA – Campus Salvador/BA.

Responsável pela catalogação na fonte: Samuel dos Santos Araújo - CRB 5/1426.

S586g Silva, Camila Santos Ferreira da.

O gerenciamento de resíduos sólidos nas organizações do serviço de saúde: a visão da administração em um hospital de grande porte / Camila Santos Ferreira da Silva. Salvador, 2021.

55 f. ; 30 cm.

Monografia (Graduação em Administração) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia.

Orientação: Prof. Dr. Eduardo Seixas.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais (Divanice Santos *in memoriam* e Jorge Ferreira) que sempre lutaram para que eu fosse alguém melhor, independente das minhas dificuldades.

Ao meu irmão Bruno e sobrinho Gabriel que são presentes de Deus.

E dedico também aos meus líderes Péricles e Islani os quais sempre acreditaram em mim.

Além disso, dedico aos meus amigos que tiveram paciência, compreensão, oraram e me incentivaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Senhor, pois Ele tem o primeiro lugar na minha vida e todo dom perfeito, vem do alto, não havendo nenhum mérito meu.

Gratidão aos meus pais, familiares, liderança e amigos os quais se apresentam dia após dia como pessoas que me fazem perseverar.

Agradeço aos colegas de faculdade, durante esses anos difíceis me arrancaram sorrisos.

Agraço a professora Michele Castro, incentivadora que transmite paz, equilíbrio e não apenas cuida do processo acadêmico, mas do emocional.

Gratidão ao meu orientador Eduardo Seixas que aceitou o desafio de nortear esta obra. Sempre tão objetivo, sincero e dedicado.

Por fim, externalizo a minha gratidão a todos os docentes do curso de Administração do IFBA. Cada desafio foi importante para que hoje eu alcançasse o êxito.

RESUMO

O presente trabalho teve como propósito identificar a forma a qual o administrador hospitalar pode utilizar as ferramentas da Administração no gerenciamento de resíduos do serviço de saúde direcionado ao hospital de grande porte. Para isso utilizou-se como metodologia a pesquisa bibliográfica e documental baseada nos documentos do Ministério da Saúde, que definem todas as ações necessárias nas organizações atuantes. E aliadas as pesquisas se levantou análises sobre a gestão do resíduo hospitalar. Os pilares da Administração estão voltados ao Planejamento, Direção, Controle e Ação. Sendo assim, a obra traz como destaque o princípio do controle administrativo nas atividades exercidas os quais refletem a visão tática do líder. Os resultados demonstram que as metodologias, como fluxograma, plano de ação e tabela de acompanhamento podem ser utilizados para o monitoramento das etapas de manejo de resíduos. Desta forma é possível acompanhar o processo e atender as premissas da legislação RDC 222/2018. Conclui-se que além de atenção as técnicas há necessidade de análise periódica para alcance dos resultados da instituição e o fortalecimento da proteção socioambiental.

Palavras-chave: Administração, Hospital, Gerenciamento de resíduos do serviço de saúde, Controle, Saúde.

ABSTRACT

The present work aimed to identify the way in which the hospital administrator can use the Administration tools in the management of waste from the health service directed to large hospitals. For this, bibliographic and documentary research was used as a methodology, based on documents from the Ministry of Health, which define all the necessary actions in the active organizations. And allied to the research, analyzes were raised on the management of hospital waste. The pillars of Administration are focused on Planning, Direction, Control and Action. Therefore, the work highlights the principle of administrative control in the activities carried out, which reflect the leader's tactical vision. The results demonstrate that methodologies such as flowchart, action plan and monitoring table can be used to monitor the waste management steps. In this way, it is possible to monitor the process and meet the premises of legislation RDC 222/2018. It is concluded that, in addition to paying attention to techniques, there is a need for periodic analysis to achieve the institution's results and to strengthen socio-environmental protection.

Keywords: Administration, Hospital, Health service waste management, Control, Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Geração diária de resíduo comum não reciclável.....	42
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos Resíduos Sólidos do Serviço de Saúde	27
Quadro 2 - Grupos e subgrupos de resíduos do serviço de saúde gerados na organização hospitalar .	35
Quadro 3 - Estrutura geral do abrigo temporário de RSS	36
Quadro 4 - Os sete pontos do Plano de Ação (5W2H)	44
Quadro 5 - Aplicação do 5W2H na ação de segregação incorreta de resíduos perfurocortantes	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Geração de resíduos sólidos urbanos no Brasil em 2010 e 2019	23
Figura 2- Classificação dos resíduos do serviço de saúde	26
Figura 3 - O processo de controle administrativo	29
Figura 4 -O processo de controle administrativo	31
Figura 5 - As quatro fases da função controle	31
Figura 6 - Etapas do manejo de resíduos	40
Figura 7 - Controle de geração de resíduos do serviço de saúde (mensal)	43
Figura 8 - Geração de resíduos por grupo em percentual	43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1. Organização Hospitalar	15
2.1.2 Histórico dos hospitais	19
2.2 Resíduos Sólidos	23
2.2.1 Resíduos Sólidos do Serviço de Saúde.....	25
2.2.2. Gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde	27
2.3 A função controle no gerenciamento de resíduos hospitalares.....	30
3. METODOLOGIA.....	32
4. RESULTADOS DA PESQUISA	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
6. REFERÊNCIAS	47

1. INTRODUÇÃO

Com o processo de avanço tecnológico a questão dos resíduos sólidos passou por uma gama de análises onde alternativas foram criadas para minimização de riscos ambientais. Ainda assim, de modo decadente, o homem passa a produzir mais para o seu benefício, porém cada método de produção, seja ele qual for tende a exigir cuidados minuciosos, pois geram um impacto direto ou indireto para o contexto ambiental.

Mesmo com as questões de evolução quanto a tecnologia, medidas protetivas só foram desenvolvidas no âmbito de resíduos a partir dos anos 80 onde nascem as discussões no governo brasileiro. Surge a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) que norteia como geradores de resíduos das mais diferentes atividades podem geri-los de maneira adequada visando a menor agressão possível ao meio ambiente.

Dentro da classificação dos subprodutos, existe o resíduo do serviço de saúde, definido como resíduos provenientes de atendimento à saúde humana e animal (ANVISA, 2003). Boa parte destes apresentam um alto risco pois microrganismos existentes na composição podem se propagar e causar danos sérios aos seres vivos os quais os manejam.

Diante das questões específicas, unidades de saúde nem sempre executam um gerenciamento correto que envolve o conhecimento da liderança, acompanhamento contínuo e adequações processuais de acordo com a legislação atual presente na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 222/2018. Segundo a Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais (Abrelpe) no ano de 2019, 36% dos municípios do Brasil destinaram o resíduo de saúde de maneira incorreta.

Embora exista uma legislação responsável pelas contribuições nesta vertente é imprescindível um olhar minucioso para cada detalhe, porque dentro do grande organismo chamado instituição hospitalar há uma dinâmica intensa a qual exige a rapidez dos colaboradores e assertividade em prol da cura do paciente.

Mesmo não sendo comum, os profissionais de administração na sua formação têm capacidade para contribuir na liderança hospitalar de resíduos sólidos, conforme discorre o Conselho Federal de Administração na Resolução Normativa 371 CFA, de 30-9-2009.

Art. 1º Habilitar o Administrador para exercer funções de planejamento, programação, coordenação e controle ou ser membro de equipe multidisciplinar em estudo de impacto ambiental, conforme disciplina o art. 2º, alíneas "a" e "b", da Lei nº 4.769, de 9 de setembro de 1965, e o art. 3º, alíneas "a" e "b", do Regulamento aprovado pelo Decreto nº 61.934, de 22 de dezembro de 1967. (CFA, Brasília:2009)

Os pilares que alicerçam a gestão (Planejar, Dirigir, Controlar e Checar), além da visão abrangente para análise do fato e uso da estratégia correta mediante a situações como aumento de custo, necessidades de treinamentos ou desmotivação do grupo de trabalho são conceitos que quando alinhados produzem entendimento dos fenômenos das organizações.

O gerenciamento de resíduos do serviço de saúde exige não apenas do gestor responsável pela área, mas da contribuição da equipe operacional. São dois pilares distintos os quais carecem da comunicação clara e da troca de informações periódica para que todo processo ocorra de maneira planejada evitando o máximo os danos ocasionados pelos resíduos.

Perante o contexto das unidades de saúde que precisam seguir orientações governamentais, atender às demandas com uma gestão assertiva e acompanhar equipes que exercem o trabalho operacional, surge o questionamento: De que maneira o administrador contribui para o processo do gerenciamento de resíduos sólidos hospitalares?

Para isso, apresenta-se como objetivo geral: Estudar o processo do gerenciamento de resíduos no ambiente hospitalar a partir da visão do administrador.

A partir disso, têm-se os desdobramentos e apresentação de objetivos específicos:

- Entender o fluxo de gerenciamento de resíduos na organização do serviço de saúde;
- Identificar os pontos críticos do processo de gerenciamento de resíduos hospitalares;
- Propor estratégias de controle eficaz para um melhor desempenho na gestão dos RSS.

A escolha é norteada devido a necessidade de um melhor entendimento para os profissionais de administração que desejam aplicar as ferramentas desenvolvidas no gerenciamento de resíduos hospitalares. Afinal, devido a criteriosidade das atividades, não basta apenas uma visualização, mas um controle e imputação de práticas condizentes ao hospital que atende um grande quantitativo de pacientes por mês e é referência em diversas especialidades.

Além do mais, a maior parte dos profissionais ligados ao gerenciamento dos resíduos sólidos pertencem a área de Engenharia Ambiental ou diretamente assistência a saúde, como

a Enfermagem. Porém, geralmente tais indivíduos aplicam o conhecimento técnico, mas nem sempre dominam ferramentas de gestão específicas.

Perante a experiência com o manejo de resíduos sólidos, onde é necessário análise desde a geração até a destinação, percebe-se que há necessidade não apenas de desprezar o material do hospital. É importante que haja um debruçar no atendimento a legislação para mantimento da preservação do ambiente, saúde do colaborador e cuidado as gerações futuras.

A autora do presente trabalho que atua desde 2019 na organização hospitalar, observa que existe a necessidade do cumprimento dos estabelecimentos da RDC aliado as demais orientações do Ministério da Saúde. As atividades são passíveis de observação diária e processos definidos para impedir os possíveis entraves os quais ocorrem nas rotinas devido à ausência de acompanhamento dos fluxos operacionais.

Além disso, a função de gerenciar resíduos do serviço de saúde dentro da instituição hospitalar não costuma ter a contribuição dos colaboradores das demais áreas. Entretanto, é necessário que o gestor coloque em prática a padronização de processos, alinhada ao controle (medição, acompanhamento, ações corretivas) objetivando o atingimento dos resultados.

O administrador é o profissional que necessariamente não pode se limitar a funções básicas do setor atuante. Contudo construir a partir dos conhecimentos aprendidos na academia, o olhar que tende a implementar soluções que englobem desde o operacional ao estratégico. O ponto chave é visualizar como os aprendizados são aplicados na instituição hospitalar a fim de contribuir para que haja o bem-estar e segurança de todos stakeholders.

Como base do estudo deste TCC, o estabelecimento de saúde analisado possui grande porte, localiza-se na capital baiana e há mais de 50 anos atua com modo especializado. Oferece atendimento em áreas como Cardiologia, Neurologia, Oncologia e Ortopedia, além de outras 24 especialidades. Por meio da filantropia atualmente é um dos hospitais referência no Norte-Nordeste servindo a população das mais diversas cidades e atende em média 80 mil pacientes por ano.

A Gestão de Resíduos Sólidos Hospitalar da instituição é realizada pela área de Serviços (Hotelaria), tendo como atuantes um coordenador e um auxiliar administrativo. Além disso, verifica-se o trabalho da Comissão de Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde que conta com dez colaboradores os quais se reúnem mensalmente para discussão

dos seguintes pontos: resíduos sólidos, saúde do colaborador, segurança ocupacional e controle de pragas e vetores.

Assim sendo, a presente tese busca o estudo de como as abordagens estabelecidas pelo órgão regulamentador de RSS juntamente com a visão da Administração podem consolidar a gestão eficiente no âmbito hospitalar.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Com o objetivo de gerar o entendimento da obra nos pontos norteadores, como referencial teórico, têm-se primeiramente a definição, história e a atuação do administrador hospitalar. Em seguida, o esclarecimento dos resíduos sólidos com enfoque no tipo estudado, ou seja, o serviço de saúde. E como complemento, a conceituação da função controle na administração aliada aos processos da gestão de resíduos sólidos hospitalares.

2.1. Organização Hospitalar

O hospital é o tipo de organização que visa oferecer ao seu público assistência ao que tange a saúde do indivíduo. A palavra hospital possui etimologia do latim *hospitāle, is*, onde o significado consiste em “casa para hóspedes”. Ou seja, há uma fórmula a qual alia o cuidado, acolhimento e preservação do bem-estar daqueles que usufruem do serviço.

Quanto a definição, o Ministério da Saúde do Brasil (2010) caracteriza da seguinte forma:

Estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/ emergência e de ensino/pesquisa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília, 2010)

Trata-se de um tipo de serviço complexo, pois envolve áreas diversas com campos distintos de atuação as quais dialogam continuamente para que haja o êxito no oferecimento do atendimento ao usuário. A organização hospitalar é um verdadeiro corpo e possui particularidades no seu fim, não podendo ser conduzida na visão da saúde em si, mas ao oferecimento da gestão coesa.

O Ministério da Saúde (2011) afirma que das instituições na área, o hospital tem as características que exigem mais atenção. Afinal, ao longo do tempo houve a abertura de um

leque de possibilidades no que diz respeito a própria assistência, corpo de trabalho, a sociedade, ensino e o apoio ao tipo de serviço

Além disso, a organização precisa avaliar periodicamente os processos empregados mediante avaliação atividades exercidas pelos mais diversos profissionais atuantes. Desde o início até o final de tratativa junto ao paciente há necessidade de ampla atenção e comunicação das partes envolvidas, pois a eficácia do atendimento e tratamento, dá-se quando a integridade é preservada, o que traz alinhamento a missão da organização.

A partir do momento o qual usuário, acompanhante e colaborador adentram na instituição, é necessário a noção de responsabilidade e esclarecimentos necessários para que os procedimentos condizentes a cada agente envolvido resulte na assertividade.

Com o objetivo de oferecer assistência à saúde necessária a usuário, o hospital deve incentivar para que os colaboradores não foquem apenas na função atribuída, mas perceba as necessidades existentes por meio de uma visão ampla. “O hospital é um campo fértil para o desenvolvimento de novas técnicas e sistemas de gestão e assistência, além de serem aplicados padrões rigorosos na educação e treinamento de pessoas” (FARIAS et. al, 2019).

O capital humano carece da compreensão que toda e qualquer ação pode influenciar no bem-estar do indivíduo e cada dificuldade torna-se uma oportunidade de aprimorar fluxos não existentes ou negligenciados, ciente de que todo processo estabelecido requer a adaptação ou continuidade.

A classificação das organizações hospitalares são de grande importância para que diante das particularidades sejam elaboradas as melhores alternativas possíveis de planejamento e gestão. Apesar de serem citadas nas literaturas diversas formas de rotular as unidades, geralmente estuda-se quatro tipos distintos de classificações são eles: por administração, porte, nível de complexidade na assistência e perfil (financeiro).

No que tange a administração, os hospitais podem ser públicos ou privados. Os hospitais públicos os quais conforme o Ministério de Saúde, pertencem e são administrados pela “União, Estado, Distrito Federal e municípios (pessoas jurídicas de direito público interno)” além de “autarquias, fundações instituídas pelo poder público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).”

Os hospitais particulares são organizações que tem uma divisão mediante ao escopo são: com ou sem fins lucrativos. Em conformidade a nomenclatura, esse primeiro tipo de empresa são mantidas com lucros de serviços pagos ou inclusos nos planos de saúde daqueles que são atendidos. Já as unidades sem fins lucrativos atendem seus pacientes por meio da atividade filantrópica com a prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto ao porte, de acordo com a revista Consensus (2014, p.43), os hospitais podem ser divididos da seguinte maneira: Pequeno porte que consiste no estabelecimento com até 50 leitos, médio porte que pode ter de 51 a 150 locais de acomodação e grande porte tendo a escala de 151 a 500 leitos. E ainda existem organizações com o número acima de 500 leitos, que são denominadas de extras ou especiais. Mediante levantamento da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) têm-se a informação que entre 2010 e 2019, as instituições de menor porte compreendem 58% no país.

O nível de complexidade é definido como baixa, média ou alta, mediante os serviços que são prestados no ambiente. À medida que esse nível aumenta, eleva-se o uso de tecnologias, a quantidade de profissionais especializados e criticidade do tratamento utilizado pelo usuário.

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS (2011) “Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade”.

Um hospital com baixa complexidade é aquele que oferece serviços primários que geralmente estão pautados na prevenção de doenças, além de exames mais simples e uma tecnologia menos complexa, não utilizando de grandes equipamentos, mas apenas de itens de apoio para examinar o indivíduo.

Nas instituições onde o nível de complexidade é médio, têm-se conforme proposição do Ministério de Saúde (2002):

Compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (...) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasília, 2002).

As práticas utilizadas nos locais que executam serviço de média complexidade são voltados a especialização em áreas de saúde predeterminadas mediante ao oferecimento da instituição, a exemplo de hospitais que são voltados para atendimento em Oncologia, que geralmente existem nas grandes capitais do país.

Por fim, as instituições de grande complexidade são definidas pelo Ministério de Saúde (2009) como o nível o qual “envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).” Partindo desse pressuposto, a última escala tende a cuidar de indivíduos com casos mais graves e que necessitem de avaliações, exames e tecnologias mais dispendiosas. É o caso dos serviços de hemodiálise e quimioterapia.

Os perfis assistenciais das unidades são definidos mediante ao atendimento prestado e forma de funcionamento. De acordo com a Revista Consensus (2019, p. 43) existem “hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa” São as especificações inseridas no modo o qual o organismo trabalha e quais as vertentes de atuação que determinam as divisões.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a quantidade média ideal de leitos por habitante é de 3,2 leitos para mil habitantes. Entretanto em 2020 no Brasil a estatística está abaixo, o número é de 2,3 conforme dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE).

Tabela 1 - Quantidade de leitos existente por Especialidade segundo Região

Região	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétrico	Pediátrico	Outras Especialidades	Hospital/DIA	Total
Região Norte	7.740	14.145	5.402	4.963	679	402	33.331
Região Nordeste	29.950	48.294	16.220	15.957	9.200	2.905	122.526
Região Sudeste	45.791	73.046	17.482	15.262	24.018	5.807	181.406
Região Sul	17.517	31.112	6.958	6.296	9.110	1.516	72.509
Região Centro-Oeste	10.620	15.117	4.690	3.952	4.391	900	39.670
TOTAL	111.618	181.714	50.752	46.430	47.398	11.530	449.442

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2021.

2.1.2 Histórico dos hospitais

Os primeiros hospitais foram criados com o propósito de concordância a origem da palavra “*hospitalis*” (latim) o qual possui o viés de cuidado ao estrangeiro. A história das instituições saúde tem também uma grande influência religiosa no que diz respeito a sua criação até o final da Idade Média.

O acolhimento das pessoas estrangeiras era comum, além dos viajantes, viúvas e órfãos estavam inclusos nos abrigos e recebiam suporte para sobrevivência. O Ministério de Saúde (1965) levanta termos que caracterizavam a atenção recebida:

O termo hospital tem hoje a mesma acepção de nosocomium, de fonte grega, cuja significação é – tratar os doentes – como nosodochium quer dizer – receber os doentes. Outros vocábulos constituíram-se para corresponder aos vários aspectos da obra de assistência: ptochodochium, ptochotrophium, asilo para os pobres; poedotrophium, asilo para as crianças; orphanotrophium, orfanato; gynetrophium, hospital para mulheres; zenodochium, xenotrophium, refúgio para viajantes e estrangeiros; gerontokomium asilo para velhos; arginaria, para os incuráveis. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965, p. 7)

O início dos registros quanto as práticas pré-hospitalares ocorreram na civilização assírio-babilônica, como relata Teresinha Covas (2002), por volta de 3000 a. C. os apontamentos foram descobertos na cidade de Nínive por meio de relatos escritos para indivíduos que cuidavam da saúde. Um exemplo em um desses registros são as técnicas de mumificação que até hoje gera investigações quanto a precisão e técnicas utilizadas. Aos poucos as práticas são fortalecidas com sanções orientativas alicerçadas nas vertentes espirituais e civis.

Os doentes eram encaminhados aos mercados da época e de maneira explícita as pessoas que transitando pelo local comentavam acerca da situação e até mesmo comparavam para saber se possuíam mesmo mal. Tal acontecimento é confirmado com registros do Ministério da Saúde (1965) “Na babilônia, a prática da medicina começou no mercado. Pode-se dizer que o mercado foi o hospital daquela época.”

Os primórdios dos hospitais tem relação com o budismo, nesta sociedade é que foram registradas as instituições e juntamente nasce as ações ligadas a área de Enfermagem. Além disso, a religião cristã envolve-se ativamente no que diz respeito aos cuidados humanos, quando direcionam o afastamento de enfermos com doenças contagiosas, incluindo as práticas de “purificação” e atendimento aos menos favorecidos (órfãos, viúvas, estrangeiros).

No território chinês as questões de cura vieram baseados na vertente hinduísta trazendo como um dos princípios a astrologia, Terezinha Covas (2002) relata como se davam os tratamentos da época:

(...) assim como a influência do budismo, fazendo florescer toda uma “rede” de hospitais: instituições para tratamento de doentes em geral, cuidados por enfermeiros (e mantidos, principalmente, pelos sacerdotes de Buda); instituições similares, com parteiras; hospitais de isolamento para doenças contagiosas e casas de repouso para convalescentes. Mas, também, a proibição de dissecação de cadáveres se impôs, impedindo o desenvolvimento da cirurgia. Os documentos não nos esclarecem sobre a causa da decadência geral da organização hospitalar que, pouco a pouco, foi abandonada, voltando-se a medicina para aspectos mais astrológicos. (TEREZINHA COVAS, 2002, p.11)

Com a chegada da Idade Média, as práticas religiosas são fortalecidas não apenas na Europa, mas nos demais continentes como a Ásia. Cleuza Ornellas (1998) discorre sobre os tratamentos executados no desencadear dos males. As intervenções cirúrgicas, assim como, medicamentos naturais eram utilizados nos indivíduos que apresentavam os sintomas. O objetivo do hospital da época não era apenas sanar a causa, todavia imputar o pensamento religioso, já que até os conventos possuíam espaços específicos para a prática.

Aos poucos a hegemonia da Igreja é enfraquecida e agora o Estado passa a realizar a organização dos locais de assistência aos doentes, trazendo um caráter mais formal. Agora as atenções não estão voltadas para o assistencial, mas para a melhora estrutural, avaliando como o ambiente influencia na saúde do paciente.

A ideia que perpassa é que, enquanto no período medieval a igreja repassa aos pobres, em nome da caridade cristã, o que tira dela em forma de esmolas, com advento do Estado Moderno, a autoridade pública recolhe impostos para, em nome do interesse coletivo, assistir os necessitados. (CLEUZA ORNELLAS, 1998, p. 256).

Diante do contexto apresentado da nova ordem de gestão dos hospitais surge a necessidade de atuação da administração pública para avaliação dos mais diversos assuntos assistenciais, principalmente no que diz respeito a higiene. Olympio Corrêa (2016) discorre que as pessoas possuíam atendimento particular por meio da equipe de enfermagem e médicos. O lugar que não era frequentado por pessoas com classe mais favorecida passa a ser, porquanto as condições estruturais melhoram e o fato convence novos usuários os quais necessitam de atendimento.

Neste mesmo período as pesquisas científicas são elaboradas o que inclui o desenvolvimento de novas técnicas mediante aos procedimentos da área. Os profissionais nas investigações patológicas incorporada a rotina de observação do doente em horários específicos como ao formato que é visto até os dias atuais.

Conforme cita Terezinha Covas (2002) a imagem dos estabelecimentos de saúde mudam após o aparecimento de novas invenções como por exemplo, a anestesia. Nesta época nasce a esperança na cura dos pacientes, a comunicação dos funcionários torna-se mais assertiva e a legislação coopera em busca da profissionalização principalmente dos atuantes da Enfermagem.

No Brasil, a filantropia ainda é fortemente atuante nos tempos de hoje mesmo com o desenvolvimento da rede privada com fins lucrativos. Além disso, o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) gera uma distribuição do serviço custeado pelo setor público acessível a toda sociedade.

2.1.3 O administrador hospitalar

O gestor hospitalar tem a função de suprir a necessidade dos clientes que buscam atendimentos no setor de saúde e ao mesmo tempo direcionar profissionais ao atingimento das metas propostas pelo estabelecimento. A missão do gestor inclui a observação das atividades e o impacto causado por cada ação mediante avaliação de incrementos.

Para Niversindo Cherubin (2003), o administrador hospitalar:

(...) tem uma missão muito ampla, abrangente e diversificada no exercício de sua profissão. Compete a ele traduzir na prática, com a perfeição plausível, os princípios básicos da administração geral, aplicados ao hospital. Ocupa ele o topo diretivo do estabelecimento, sendo responsável pelo recrutamento e pela seleção de toda equipe de trabalho. É o tomador de decisões por excelência. Compete-lhe formar e coordenar esses grupos, para que o hospital funcione de maneira harmônica. É seu dever fazer com que a instituição acompanhe o desenvolvimento e as necessidades da comunidade a que pertence, para que possa servi-la sempre melhor. (NIVERSINDO ANTONIO CHERUBIN, 2003, p.15).

A organização da instituição hospitalar exige cuidados minuciosos, pois os processos estão geralmente interligados a setores distintos, como um elo. Ademais, a preocupação não se resume apenas as pessoas que são atendidas, mas cada setor e colaborador torna-se cliente e espera dos agentes participantes retornos rápidos e confiáveis.

A administração hospitalar envolve todas as áreas mesmo que não diretamente, mas encaminha consigo a missão de fazer com que as partes dos organismos funcionem e o corpo seja eficiente, ocasionando a melhora do paciente.

Na opinião de Anselmo Maia e Antonio Gil (2004):

Como empresa, o hospital tem objetivos, metas e resultados a serem alcançados, precisa de uma ótima política de suprimentos, finanças e recursos humanos. Exige aplicação efetiva dos conceitos básicos de administração (planejamento, organização,

controle e direção). Todas estas questões implicam a existência e a atuação de um profissional qualificado e especializado, só por meio dele poderá ocorrer a implantação de um sistema administrativo capaz de fazer a gestão de todos esses recursos de forma eficiente. (ANSELMO MAIA E ANTONIO GIL, 2004, p. 16)

Basicamente quando se trata desse tipo de organismo vemos várias empresas dentro de uma, o que exige a responsabilidade pessoal e grupal de maior nível possível como relata Cherubin (2003), porque dessa forma evitam-se as falhas que todo e qualquer processo está fadado a cometer. Dos diversos atributos que são necessários, o gestor necessita de maneira central uma boa seleção no que envolve: recursos humanos, planejamento e espírito de liderança.

O trabalho do administrador inicia-se na seleção de pessoas devidamente capacitadas para o exercer das funções considerando as questões que serão atribuídas, não olhando apenas a formação acadêmica, mas o histórico e posicionamento durante a seleção. Além da ciência sobre a empresa em questão, afinal cada hospital possui suas devidas particularidades, não podendo se comparar mesmo com porte ou complexidade em comum.

Questões com vínculos em outras empresas pelo candidato, muitas vezes influencia no modo de trabalho e atendimento ao usuário porque determinados cargos exigem esforços físicos e emocionais relevantes. Por isso a decisão de alocação do pessoal é decisiva aos gestores responsáveis por seccioná-los.

O planejamento é outro pilar indispensável na área de saúde, todas as ações executadas têm a necessidade de um desenho e projeção de metas a serem alcançadas, com o objetivo de gerar consistência no atingimento das metas. Na visão de Prestes et al. (2019), as atuações da organização necessitam de detalhamento constante em todos os pontos: prazos, ações, materiais utilizados e responsáveis pelos processos.

Geralmente as equipes que são lideradas pelo gestor hospitalar são vastas e com perfil diversificado, o profissional nesse caso necessita entender a singularidade de cada um com análise de cada situação nas tomadas de decisões. Cherubin (2003) considera que um passo admirável alcançado pelo líder é conduzir os indivíduos na relação de confiança que aos poucos é conquistada a partir de formação e orientação. Em suma, o colaborador deseja se sentir parte do processo e tal ato evita até a resistência em executar as colocações as quais serão determinadas.

Portanto é certo que o gestor hospitalar necessita se debruçar em diversos pontos com o objetivo que a organização funcione com exigências atendidas tanto externa quanto

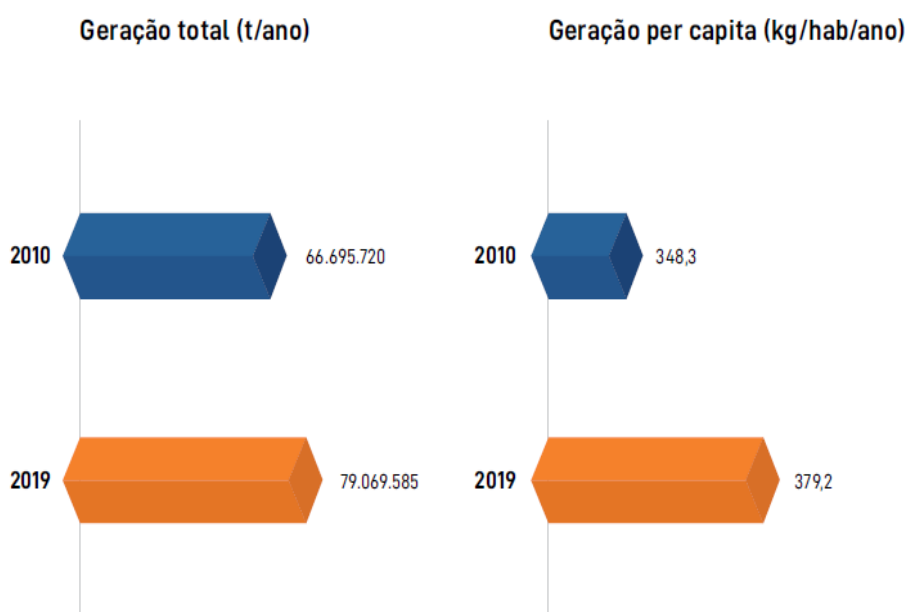
internamente. É importante que nas tomadas de decisões e construções de parâmetros para o trabalho das equipes, sejam resgatados princípios da área de modo os quais sejam aplicados a cada necessidade.

2.2 Resíduos Sólidos

O termo resíduo advém do latim *residuum*, que segundo o dicionário Priberam, tem o mesmo significado de resto, restante. Ou seja, aquilo que sobra, não podendo comparar-se com o termo rejeito cujo não possui nenhum tipo de proveito. Quando é abordado a vertente de resíduo é possível um tratamento para geração de um resultado (que será ou não aproveitado), entretanto, o rejeito consiste na impossibilidade de métodos de aproveitamento.

A Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais (Abrelpe) divulga que em 2019, o brasileiro gerou 79 milhões de toneladas de resíduo urbano, por dia o habitante gera em média 1 kg de resíduo por pessoa.

Figura 1 - Geração de resíduos sólidos urbanos no Brasil em 2010 e 2019



Fonte: Abrelpe, 2020.

Os resíduos sólidos são aqueles que resultam de ações humanas no meio em que se vive, necessitando da devida destinação mediante a classificação, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (2010), art. 3º, XVI define da seguinte maneira:

Resíduos sólidos: material, substância, objeto ou bem descartado resultante de atividades humanas em sociedade, a cuja destinação final se procede, se propõe

proceder ou se está obrigado a proceder, nos estados sólido ou semissólido, bem como gases contidos em recipientes e líquidos cujas particularidades tornem inviável o seu lançamento na rede pública de esgotos ou em corpos d'água, ou exijam para isso soluções técnica ou economicamente inviáveis em face da melhor tecnologia disponível. (Lei Nº 12.305, 2010. Capítulo II, artigo 3º, Brasília).

No Brasil, a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS) completa onze anos e tornou-se um marco quanto a necessidade de adequação dos órgãos e empresas com metodologias utilizadas as quais influenciam na cadeia produtiva até o descarte. O propósito principal do documento é a criação de medidas que visam reduzir atitudes agressivas ao meio ambiente a partir da geração de resíduos sólidos interligadas as atividades do ser humano.

Após a publicação da Constituição Federal de 1988 é perceptível a preocupação das autoridades quanto ao assunto, pois aos poucos os responsáveis municipais buscaram atitudes que minimizassem os impactos ao meio ambiente, a partir da maior atenção com o serviço de limpeza urbana, por exemplo. Ainda assim, as questões ambientais no âmbito nacional permaneceram de modo retraído.

Leonardo Silva et al. (2017) destaca que a PNRS contou com o apoio de diversos Ministérios para findar os seus pontos principais, dentre eles o Ministério das Cidades e da Saúde, a lei foi publicada depois de seis anos dos primeiros direcionamentos e durante a trajetória foram realizados ajustes e comissões com o objetivo de adequar ao máximo as diretrizes em concordância com a produção e principais características das mais diversas áreas atuantes no país. Este apresenta “um consumo intensivo provocando uma série de impactos ambientais, à saúde pública e sociais incompatíveis com o modelo de desenvolvimento que se pretende implantar no Brasil”.

Em conformidade com a legislação vigente, os resíduos sólidos são classificados primeiramente quanto a origem, a respeito da ação que gera o mesmo ou quanto a periculosidade caracterizada pelos fatores químicos na composição do item.

No que tange a origem a Lei 12.305, art. 13 sólidos divide os grupos baseados em:

I - quanto à origem:

- a) resíduos domiciliares: os originários de atividades domésticas em residências urbanas;
- b) resíduos de limpeza urbana: os originários da varrição, limpeza de logradouros e vias públicas e outros serviços de limpeza urbana;
- c) resíduos sólidos urbanos: os englobados nas alíneas “a” e “b”;
- d) resíduos de estabelecimentos comerciais e prestadores de serviços: os gerados nessas atividades, excetuados os referidos nas alíneas “b”, “e”, “g”, “h” e “j”;

- e) resíduos dos serviços públicos de saneamento básico: os gerados nessas atividades, excetuados os referidos na alínea “c”;
- f) resíduos industriais: os gerados nos processos produtivos e instalações industriais;
- g) resíduos de serviços de saúde: os gerados nos serviços de saúde, conforme definido em regulamento ou em normas estabelecidas pelos órgãos do Sisnama e do SNVS;
- h) resíduos da construção civil: os gerados nas construções, reformas, reparos e demolições de obras de construção civil, incluídos os resultantes da preparação e escavação de terrenos para obras civis;
- i) resíduos agrossilvopastoris: os gerados nas atividades agropecuárias e silviculturais, incluídos os relacionados a insumos utilizados nessas atividades;
- j) resíduos de serviços de transportes: os originários de portos, aeroportos, terminais alfandegários, rodoviários e ferroviários e passagens de fronteira;
- k) resíduos de mineração: os gerados na atividade de pesquisa, extração ou beneficiamento de minérios; (Anvisa. Brasília 2010)

A separação de cada tipologia faz menção as ações dos indivíduos perante a produção a qual deriva. Na divisão de periculosidade têm-se os resíduos perigosos e não perigosos, a separação auxilia no encaminhamento correto dos itens, evitando com que o meio ambiente sofra processos como contaminações de solo ou água, caso sejam destinados para uma localização incorreta.

Os resíduos perigosos, também chamados de classe I são aqueles que conforme a nomenclatura aponta apresenta risco biológico, químico ou radiológico aos seres humanos, animais e meio ambiente. Mediante a definição, são exemplos destes as pilhas, baterias, produtos químicos, medicamentos, bisturi, querosene, dentre outros.

Os resíduos não perigosos (classe II) são os que se assemelham a classificação de origem domiciliar, não oferecendo nenhum risco que comprometa a integridade na saúde, ou seja, todos aqueles que não estão posicionados como resíduo perigoso.

2.2.1 Resíduos Sólidos do Serviço de Saúde

Os resíduos sólidos do serviço de saúde compõem todo resíduo cujas atividades estejam relacionadas ao atendimento de saúde dos seres humanos ou animais, sendo assim, a Resolução da Diretoria Colegiada RDC (2018) cita no capítulo I, seção II:

Os serviços de assistência domiciliar; laboratórios analíticos de produtos para saúde; necrotérios, funerárias e serviços onde se realizem atividades de embalsamamento (tanatopraxia e somatoconservação); serviços de medicina legal; drogarias e farmácias, inclusive as de manipulação; estabelecimentos de ensino e pesquisa na área de saúde; centros de controle de zoonoses; distribuidores de produtos farmacêuticos, importadores, distribuidores de materiais e controles para

diagnóstico in vitro; unidades móveis de atendimento à saúde; serviços de acupuntura; serviços de piercing e tatuagem, salões de beleza e estética, dentre outros afins. (Anvisa. Brasília, 2018)

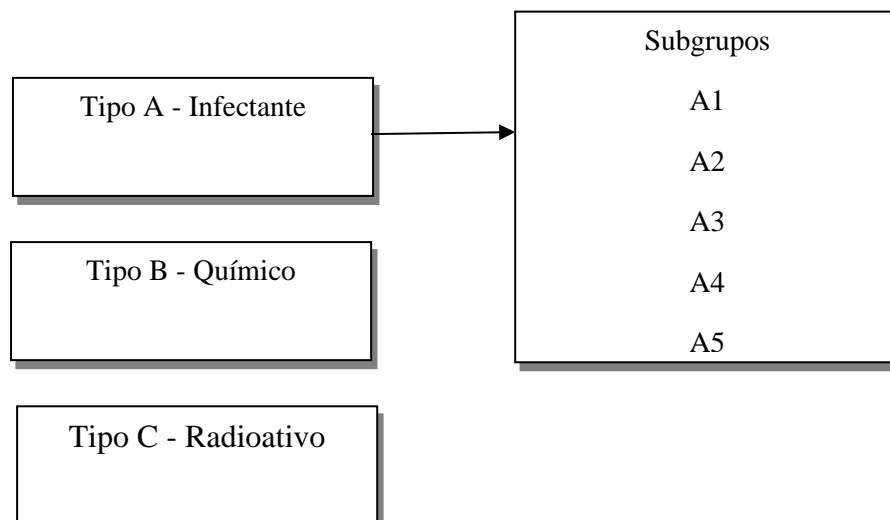
A RDC 222/2018 é o documento que conforme na descrição do Ministério da Saúde normatiza as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde e dá outras providências. A resolução é alicerçada ao Conselho Nacional do Meio Ambiente nº 358 (2005) que trata sobre o tratamento e a disposição final deste tipo de resíduo, além disso substitui a RDC 306 (2004), trazendo outros pontos, antes não abordados.

No que diz respeito a resíduos sólidos do serviço de saúde não possui apenas a restrição na geração de itens perigosos, mas tudo que é agregado dentro da organização de saúde, mesmo não sendo resultado de um procedimento direto com o usuário.

Esses são classificados para melhor gestão desde a origem até o momento o qual chega ao destino. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2006) aborda que a separação é a “forma de estabelecer uma gestão segura com base nos princípios da avaliação gerenciamento dos riscos envolvidos na sua manipulação.” Se no manejo dos artigos ocorrer tudo mediante ao planejamento indicado pelas legislações vigentes, as chances de prejudicar as partes envolvidas são menores.

Diante da divisão os resíduos do serviço de saúde possuem 5 grupos distintos: Grupo A – Infectante, Grupo B – Químico, Grupo C – Radiológico, Grupo D – Comum e Grupo E – Perfurocortante. Os resíduos infectantes (tipo A) são os únicos reclassificados por meio de subgrupos.

Figura 2- Classificação dos resíduos do serviço de saúde



Tipo D - Comum

Tipo E - Perfurocortante

Fonte: Elaborado pela autora embasado na RDC 222/2018.

A resolução específica RDC 222/2018 esclarece a composição de cada tipologia de resíduo para que cada um mediante as especificidades tenha o manejo correto. No esquema a seguir é possível verificar a descrição e características de cada grupo.

Quadro 1 - Classificação dos Resíduos Sólidos do Serviço de Saúde

Classificação	Descrição
A – Infectante	Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.
B – Químico	Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade
C - Radioativo	Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados em norma da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista. - Enquadra-se neste grupo o rejeito radioativo, proveniente de laboratório de pesquisa e ensino na área da saúde, laboratório de análise clínica, serviço de medicina nuclear e radioterapia, segundo Resolução da CNEN e Plano de Proteção Radiológica aprovado para a instalação radiativa.
D – Comum	Resíduos que não apresentam risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.
E – Perfurocortante	Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; ponteiros de micropipetas; lâminas e laminulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares

Fonte: Adaptado. Anvisa, 2018.

2.2.2. Gerenciamento dos resíduos do serviço de saúde

O Gerenciamento de resíduos do serviço de saúde é definido pela ANVISA (2018) como pela organização total dos RSS onde “deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos”. Para isso todas as instituições classificadas nas áreas necessitam de um plano de

gerenciamento de resíduos do serviço de saúde (PGRSS) que descreve todas as etapas as quais envolvem a trajetória dos compostos.

O PGRSS é um relatório de grande importância o qual é monitorado pela liderança e precisa ser minuciosamente seguido em concordância com a legislação vigente visando adequar todos os métodos executados pelas unidades de saúde. Cada ação tomada no que tange os resíduos precisam ser observadas a fim de cumprir os princípios estabelecidos. A Abrelpe informa que em 2020 “cerca de 36% dos municípios brasileiros ainda destinaram os RSS coletados sem nenhum tratamento prévio”, o que coloca em risco todos os envolvidos no processo.

O plano de gerenciamento precisa descrever todas as etapas do manejo de resíduos aderindo as solicitações do Ministério da Saúde nos documentos citados anteriormente. Ou seja, seguindo o que é estabelecido e adequando-se quando necessário. A Anvisa (2006) expõe que o plano é mutável portanto, anualmente avalia-se. Cabe ao responsável pelo escrito alterar as diretrizes se julgar necessário, baseando-se nos conhecimentos preestabelecidos na resolução.

O manejo de resíduos é definido pela Anvisa (2018):

atividade de manuseio dos resíduos de serviços de saúde, cujas etapas são a segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, armazenamento externo, coleta interna, transporte externo, destinação e disposição final ambientalmente adequada dos resíduos de serviços de saúde. (Anvisa. Brasília, 2018)

À medida que cada elemento se desloca uma ação é seguida nos contextos supracitados, mas todo e qualquer método, depende do tipo de resíduo tratado. Exemplo: O resíduo perfurocortante não é manejado da mesma maneira que o resíduo químico desde a geração até a destinação final. A seguir é possível observar cada etapa de manejo de acordo com a característica do resíduo.

A segregação é a forma que o resíduo é separado, não é permitido que tipos de resíduos distintos estejam alocados no mesmo recipiente, pois há o risco de contaminação quando na sua composição existem agentes biológicos ou radiológicos, além de riscos físicos. A segregação dos resíduos do serviço de saúde constam no anexo A deste documento.

O acondicionamento é o ponto onde o resíduo é colocado, a depender do tipo, saco ou recipiente, mas que mantenha a segurança dos indivíduos que terão contato. Para os resíduos, principalmente os que são perigosos é necessário a verificação prévia da qualidade dos

alocadores. Cada tipo de resíduo deve ser acondicionado em local específico de modo que haja observações corretas ao serem visualizados.

A identificação é definida na RDC 222/2018 como “conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos riscos presentes nos resíduos acondicionados, de forma clara e legível em tamanho proporcional aos sacos, coletores e seus ambientes de armazenamento”, portanto tais resíduos devem ser identificados em conformidade com a legislação para conhecimento de todos os agentes participantes da cadeia. A simbologia presente é definida conforme imagem a seguir:

Figura 3 - O processo de controle administrativo



Fonte: RDC 222/2018

O armazenamento é a etapa do manejo onde o resíduo fica reservado até a coleta no início internamente e em seguida externamente. O armazenamento interno é o local na própria área de trabalho cujos resíduos ficam dispostos até o recolhimento. O armazenamento externo é o lugar de guarda para os resíduos do serviço de saúde até a coleta externa ser executada.

Outra etapa do manuseio dos RSS é a coleta interna, onde o indivíduo responsável retira os elementos dos locais e destinam ao abrigo de resíduos externos com o intuito de disponibilizá-los para retirada do transporte externo. Esse último significando a condução do resíduo para o tratamento ou destino específico de acordo com as especificidades.

Por fim, a legislação define as etapas finais e decisivas para o manejo assertivo e responsabilidade comprovada para com o meio ambiente, trazendo na Resolução da Diretoria Colegiada 222/2018:

XX. destinação final ambientalmente adequada: destinação de resíduos que inclui a reutilização, a reciclagem, a compostagem, a recuperação e o aproveitamento

energético ou outras destinações admitidas pelos órgãos competentes do Sistema Nacional do Meio Ambiente (Sisnama), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Sistema Unificado de Atenção à Sanidade Agropecuária (Suasa), entre elas a disposição final ambientalmente adequada, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos;

XXI. disposição final ambientalmente adequada: distribuição ordenada de rejeitos em aterros, observando normas operacionais específicas de modo a evitar danos ou riscos à saúde pública e à segurança e a minimizar os impactos ambientais adversos. (Anvisa. Brasília, 2018).

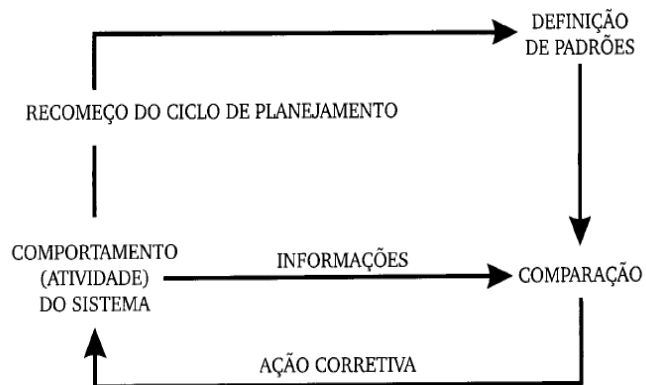
2.3 A função controle no gerenciamento de resíduos hospitalares

O processo de controle na administração faz parte de um dos quatro pilares do PDCA (Planejar, Dirigir, Controlar ou Checar e Agir) o qual foi criado pelo estudioso Deming, um dos mestres da Gestão da Qualidade e é utilizado até os dias atuais nas organizações com o objetivo de permitir que as atividades dos órgãos sejam devidamente acompanhadas nas mais diversas etapas.

A ação de controlar é caracterizada por Andrade e Amboni (2011) com o êxito do que foi planejado em relação aos resultados obtidos. O controle é o monitoramento das atividades existentes para garantia de sucesso mediante os padrões estabelecidos. A principal característica do controle diz respeito ao acompanhamento, portanto requer atenção as metodologias estabelecidas e conhecimento da designação.

De acordo com Maximiano (2000), “controlar, em essência, consiste em manter um sistema dentro de um padrão de comportamento, com base em informações contínuas sobre o próprio o sistema e o padrão de comportamento”. Para controlar é necessário a definição de parâmetros que alicercem o entendimento de que as atuações propostas estão em conformidade, pois caso contrário, há necessidade de uma provável revisão em algum ponto da cadeia. O autor complementa a definição de controle voltada a gestão como um suporte para a tomada de decisões por parte da liderança. O processo de controle é periódico como é possível na visualização da imagem.

Figura 4 -O processo de controle administrativo

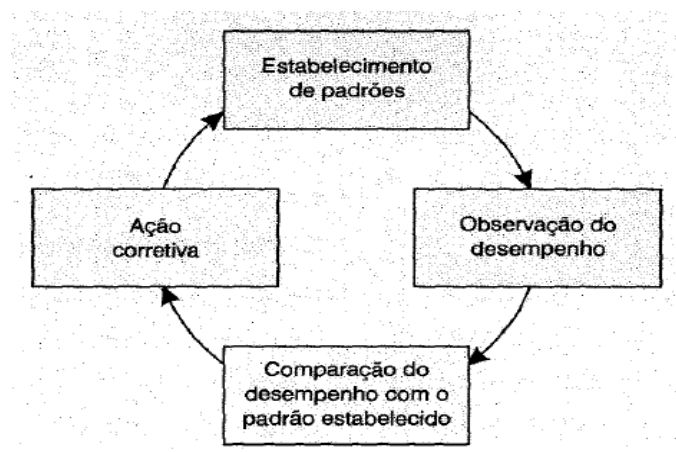


Fonte: Maximiniano, 2000.

No caso deste estudo a função controle utilizada está interligada como o processo administrativo em si o qual segue por meio do monitoramento os fluxos das atividades estabelecidas pela organização e caso necessário, a correção de procedimentos. Entende-se que o gerenciamento dos resíduos sólidos do serviço de saúde carece de artifícios para fortalecimento da gestão eficaz.

Toda e qualquer metodologia de acompanhamento envolve as fases para a concretização do resultado esperado, Chiavenato (2004), têm-se o estabelecimento de padrões, a observação do desempenho, a comparação do objetivo com resultado e ação corretiva.

Figura 5 - As quatro fases da função controle



Fonte: Chiavenato (2004).

As ferramentas de controle são utilizadas para melhor gestão do planejamento realizado pela organização, além de monitoramento a curto e longo prazo do que foi

estabelecido pela referida instituição. Utilizando-as é possível obter a comparação do previsto em relação ao realizado, além da correção das inconformidades. As ferramentas de gestão, inclusive as do parâmetro citado podem ser aplicadas independente do porte da empresa, desde que atenda às necessidades estabelecidas.

Os hospitais de grande porte tendem a aplicar sistemas e metodologias de controle nas áreas, todavia o gestor de resíduos sólidos precisa não apenas pôr em prática, mas torná-las aliadas na rotina de acompanhamento dos fatos ocorridos no âmbito operacional.

3. METODOLOGIA

Com a intenção de atingir os objetivos existentes no presente escrito, a pesquisa tem o caráter exploratório fundamentado na tipologia qualitativa de modo bibliográfico e documental.

Quanto a finalidade, a obra é fundamentada na pesquisa exploratória, onde o autor tem a possibilidade de elevar a conceituação em relação ao problema na busca dos esclarecimentos necessários ao seu estudo. Na visão de Gil (2012) “estas pesquisas têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito”. Ou seja, à medida que o pesquisador se propõe a analisar os elementos encontrados, se depara com explicações pertinentes ao contexto.

A elaboração do trabalho de pesquisa tem como metodologias no objeto de estudo as pesquisas bibliográficas e documentais. De acordo com Lakatos (2003), o tipo pode ser definido como embasamento nas fontes secundária já divulgado de maneira pública e atrelada ao tema estudado.

A pesquisa bibliográfica é utilizada geralmente para permitir que o estudioso esteja diretamente voltado com a temática e posteriormente forma uma nova visão em relação a exploração do assunto. O autor exemplifica “desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão.”.

No caso deste estudo serão utilizadas para definição dos pontos citados como referencial teórico, baseado em informações de livros, revistas e teses ligadas ao tema da área de administração e gerenciamento de resíduos do serviço de saúde. Ademais, por meio da

união dos subsídios serão formadas aplicações acadêmicas na área de gestão nas rotinas de instituições hospitalares no que tange o trabalho com os RSS.

Gil (2008) relata que existe vantagem no uso dessa tipologia, pois, segundo o autor existe o “fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Esta vantagem se torna particularmente importante quando o problema de pesquisa requer dados muito dispersos pelo espaço.”

A pesquisa documental é definida por Lakatos (2003) como “a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias.” Visto que para a construção da obra se usa relatos de publicações públicas, bem como relatórios desenvolvidos na área de resíduos têm-se tal classificação.

Gil (2008) pondera o fato de que existe um ponto de diferença entre a pesquisa bibliográfica e documental.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa. (Gil, 2008. p. 51)

Ademais, se tratando de uma vertente direcionada pela legislação nacional, é de suma importância que todos os elementos contidos possuam o embasamento nos órgãos competentes, não podendo ser considerados opiniões adversas subjetivas as quais nem sempre fomentam a utilização de métodos padronizados.

Como o trabalho em questão possui como objetivo principal o estudo do gerenciamento dos resíduos sólidos do serviço de saúde é de estima verificar cada obra que se embasa com o objetivo de atingir a solidez no hospital em conformidade com métodos internos que sejam o menor agressivo e prejudicial para as partes envolvidas.

Desta forma, após a análise de cada documento regulamentado é possível a implementação de ações as quais estejam de maneira harmoniosa dialogam com os escritos e os precedentes da organização estudada.

4. RESULTADOS DA PESQUISA

Para a discussão dos resultados determinados foram realizadas fusões dos apontamentos existentes na pesquisa exploratória com o estado atual do hospital filantrópico a qual se baseou o presente trabalho.

4.1. O fluxo do gerenciamento de resíduos na instituição hospitalar

O fluxo do gerenciamento de resíduos sólidos do serviço de saúde é um processo complexo cujo exige atenção ampla da gestão hospitalar, pois além da visualização, agentes externos ao setor precisam ter ciência do funcionamento. Além de proceder com as determinações exigidas pelo Ministério da Saúde, a instituição precisa aliar os procedimentos determinados com a classificação enquadrada do hospital, seja a questão financeira, porte, atendimento e as demais características.

No caso da instituição de estudo, existe a aplicação de todos os itens relacionados ao manejo de resíduos hospitalar, entretanto existe a necessidade de análise se todos os fatores são atendidos fielmente conforme a determinação da Anvisa. Com o objetivo de aplicar cada adequação nas etapas de manejo dos resíduos sólidos hospitalares, primeiramente é necessário avaliar a situação da organização envolvida diante dos aspectos estruturais, financeiros e administrativos do local.

Por se tratar de uma unidade praticamente da filantropia com atendimento 100% realizado com ligação ao Sistema Único de Saúde (SUS), não há investimentos grandiosos nessa área de resíduos para tecnologias avançadas que permitam por exemplo, a pesagem de resíduos em todas os abrigos externos do hospital ou o rastreamento (QR Code) da geração por unidade hospitalar como já acontecem em alguns locais. Porém, independente dessas questões, a ausência desses complementos não impedem que haja um trabalho coeso na equipe e a liderança possa acompanhar cada ponto.

O hospital em questão gera os resíduos do grupo A (Infectante), B (Químico), D (Comum, tanto recicláveis, quanto não recicláveis) e tipo E (Perfurocortante). Para os diferentes tipos, há fluxos destinados de maneira específica para que desta forma sejam seguidos os artigos da Resolução de Diretoria Colegiada 222/2018. No quadro a seguir é exibido os tipos de resíduos hospitalares gerados na organização:

Quadro 2 - Grupos e subgrupos de resíduos do serviço de saúde gerados na organização hospitalar

Grupo de Resíduo	Principais Exemplos
Grupo A (Infectante)	Subgrupo A1: Bolsas de sangue, amostras de laboratório com sangue contaminadas.
	Subgrupo A 3: peça anatômica (membros provenientes de amputação)
	Subgrupo A4: Filtros de ar e gases aspirados de pacientes com algum tipo de contaminação, bolsas de sangue vazias.
Grupo B (Químico)	Medicamentos e produtos químicos vencidos, quimioterápicos.
Grupo D (Comum)	Não recicláveis: Restos de comida, papel higiênico, papel toalha usado, fraldas descartáveis.
	Recicláveis: papel ofício, caixas de papel, barras de aço e metal, garrafas pet, bombonas plásticas.
Grupo E (Perfurocortantes)	Lâminas, bisturis, agulhas, explante ortopédico.

Fonte: Elaborado pela autora baseado na RDC 222/2018

Primeiramente, avalia-se que existe o seguimento de um dos primeiros pontos a qual ratifica o êxito no manejo, conforme aborda o Artigo 11 do RDC 222/2018 “Os RSS devem ser segregados no momento de sua geração, conforme classificação por Grupos”. Os itens são segregados já no início do fluxo seja qual for o ambiente: leitos de internamento, área administrativa, farmácia, banco de sangue ou demais áreas. Quando existe a segregação assertiva, permanece explícita uma grande possibilidade de assertividade nas demais fases.

As identificações por meio das simbologias descritas mediante a figura 3 são realizadas de maneira correta nos sacos plásticos, lixeiras, carros contentores e abrigos de resíduos da unidade hospitalar.

O acondicionamento dos resíduos são feitos em sacos plásticos como estabelece o órgão competente, entretanto ainda com pendência na diferenciação nos resíduos infectantes os quais não são tratados. Há uma orientação descrita nos artigos 15 e 16 da RDC 222/2018:

Art. 15 Os RSS do Grupo A que não precisam ser obrigatoriamente tratados e os RSS após o tratamento são considerados rejeitos e devem ser acondicionados em saco branco leitoso.

Parágrafo único. Os rejeitos, tratados ou não, acondicionados em sacos brancos leitosos devem ser encaminhados para disposição final ambientalmente adequada.

Art. 16 Quando houver a obrigação do tratamento dos RSS do Grupo A, estes devem ser acondicionados em sacos vermelhos. (Anvisa. Brasília, 2018).

Quanto ao abrigo interno de resíduos, cada unidade (setor) nos respectivos andares do hospital dispõe de um, com exceção da área administrativa, onde os sacos são encaminhados diretamente para o abrigo externo. Contudo, os abrigos externos apenas sinalização a classificação, mas segundo a resolução mais atualizada no artigo 29, inciso V, é necessário

que haja uma descrição como “abrigo temporário de resíduos”. O quadro a seguir descreve as características e conformidade (no geral) das salas de utilidades existentes.

Quadro 3- Estrutura geral do abrigo temporário de RSS

Item	Conforme		
	Sim	Não	Não se aplica
Pisos e paredes revestidos de material resistente, lavável e impermeável	X		
Ponto de iluminação artificial e de água, tomada elétrica alta e ralo sifonado com tampa	X		
Tela de proteção contra roedores e vetores			X
Porta de largura compatível com as dimensões dos coletores	X		
Identificação como “ABRIGO TEMPORÁRIO DE RESÍDUOS”		X	

Fonte: Elaborado pela própria autora com base na RDC 222/2018

Além disso, os resíduos do tipo A, B e E estão dispostos no abrigo externo compartilhando o mesmo local, sem nenhum tipo de separação. Sendo que apenas os dois primeiros podem compartilhar o ambiente. É possível avaliar uma necessidade de adaptação dos abrigos devido a junção das tipologias.

Quanto a coleta e transporte interno, a única vertente a qual se encontra com necessidade de ajustes são os carros coletores. Alguns dos equipamentos precisam de substituição devido as condições de depreciação das tampas (rachadas ou por vezes quebradas). Percebe-se que devido a necessidade de adequação dos custos pela organização, não é possível a compra constante dos componentes para troca com maior constância.

A coleta, transporte e destinação são realizadas por empresas terceirizadas a partir de combinação prévia de dias da semana e horários para otimização da entrada e saída dos caminhões coletores. Todos os fornecedores possuem documentações comprobatórias para validação dos serviços prestados, sendo que a área administrativa regulamente acompanha o vencimento das licenças ambientais e sanitárias, além de alvarás de funcionamento.

4.2. Os pontos críticos do GRSS

Visto que o processo de gerenciamento de resíduos do serviço de saúde possui diversas etapas, mesmo com a maior parte dos elementos estando corretos, situações adversas apresentam-se durante a rotina as quais muitas vezes atrasam ou impedem que o ciclo seja executado sem erros aparentes. É fundamental a observação do gestor hospitalar, porque ações

não executadas de maneira assertiva podem prejudicar desde os colaboradores que coletam o resíduo internamente até o destinador.

A comunicação entre o líder e liderados é uma das questões que tem um impacto grande na gestão dos RSS. Apesar de repassar informações sobre como devem ser realizadas coletas e acondicionamento de resíduos, principalmente os perigosos (classe 1), o setor operacional que lida diretamente com material falha.

O colaborador recebe orientações quanto o uso de Equipamentos de Proteção Individual, mas nem sempre utiliza ou o faz da maneira correta, o que coloca em risco a própria saúde, não trazendo a concordância com a função dele conforme descreve a RDC 306/2003, “dispositivo de uso individual, destinado a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, atendidas as peculiaridades de cada atividade profissional ou funcional.” Uma alternativa que auxilia a compreensão é não apenas delegar que o funcionário utilize a proteção, mas explicar qual importância e o que pode provocar a ausência ou uso incorreto.

Outra questão existente é a troca de informações entre as áreas, costumeiramente os responsáveis pelos resíduos e o setor de Enfermagem. As unidades de atendimento ao paciente, por vezes são modificadas e isso acarreta a mudança no tipo de resíduo da área. Entretanto, se não há comunicação dessa alteração para o gestor de resíduos, ele será segregado de maneira incorreta, o que influencia todo o restante do circuito. Muitas vezes o paciente que se encontra no leito possui uma enfermidade infecto contagiosa, entretanto o anterior não tinha e o recipiente de resíduo está identificado como “Comum”, mas deveria ser “Infectante”.

Atualmente com os canais de comunicação mais vastos e rápidos é fundamental o uso das ferramentas a favor da unidade hospitalar. Ou seja, trazer acessibilidade para uma comunicação mais rápida é uma questão que é passível de observação para que erros como esses sejam cometidos cada vez com menor frequência. A era da informação traz consigo dinamismo e facilidade e tal fato deve ser utilizado a favor de todas as partes envolvidas no processo operacional e estratégico.

Ainda no que tange a separação e acondicionamento dos resíduos, os próprios colaboradores assistenciais (enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas) sentem dificuldade na identificação de fluxos mais críticos. Quanto a segregação a Anvisa (2006) alerta:

“Um bom gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde deve ter como princípio a segregação na fonte, o que resulta na redução do volume de resíduos com potencial de risco e na incidência de acidentes ocupacionais. O ideal é que tal operação seja pensada como um processo contínuo. Ela deve se expandir a todos os tipos de resíduos progressivamente, tendo em vista a segurança, o reaproveitamento e redução de custo no tratamento ou reprocessamento dos mesmos.” (ANVISA, p. 106. 2006)

Os fluxos operacionais precisam estar acessíveis para a ciência de todos, a fim de que cada um se torne protagonista da ação e haja o resultado favorável. Ademais, o desconhecimento das atividades ocasiona o desperdício de tempo e riscos de contaminação com o resíduo gerado.

Entretanto, se percebe que o interesse pelo gerenciamento de resíduos e todos os pontos que estão ligados a área não costumam ser valorizados nos hospitais, como é o caso da presente instituição. Ao organizar palestras de orientação, o público é escasso e não apresenta apoio das lideranças para que os subordinados participem. Apesar da rotina hospitalar dinâmica, é raro ao menos o esforço da participação de representantes os quais podem se tornar agentes multiplicadores de informação entre as equipes.

No que diz respeito a coleta e tratamento externo por meio dos fornecedores, um ponto a ser melhorado é o acompanhamento em tempo real de transporte. Apesar de existir o sistema de GPS, as instituições que prestam serviços ao hospital ainda não utilizam da devida tecnologia para comunicação de chegada, saída e encaminhamento de resíduos. É preciso avaliar se tais fornecedores pretendem implantar site ou aplicativo de mobilidade com o objetivo de encaminhar informações fidedignas ao cliente e acompanhamento em tempo real.

Por fim, têm-se a ausência de investimento em projetos de sustentabilidade a partir dos resíduos por meio de reaproveitamento. É o caso da compostagem definida pela Anvisa (2006).

“A compostagem é a decomposição da matéria orgânica proveniente de restos de origem animal ou vegetal, por meio de processos biológicos microbianos. O produto final é chamado de composto e é aplicado no solo com o objetivo de melhorar suas características, sem comprometer o meio ambiente. As características do composto devem seguir as legislações específicas do Ministério da Agricultura. Em um estabelecimento de serviços de saúde pode-se encontrar a matéria orgânica para a compostagem nos restos de alimentos provenientes da cozinha, das podas de árvores, jardins etc.” (ANVISA, p. 58. 2006)

No caso do local em questão, apesar de idealização de projetos como esse o espaço físico e ausência de recursos financeiros tornam-se impeditivos para que ocorra a implantação na unidade hospitalar, entretanto tal ideia não pode ser descartada futuramente, afinal mesmo em ambiente ligado a saúde, o resíduo comum prevalece em relação a geração dos demais tipos.

4.3. A utilização da função controle na gestão de resíduos hospitalares

Visto que para iniciar o ciclo de controle na organização é necessário definir os agentes envolvidos mediante o contexto real do manejo de resíduos, têm-se a necessidade também de promover uma organização de cada etapa para o sucesso nos resultados da área.

Toda necessidade de resultado tem inicialmente a formalização de um modelo para ser alcançado no caso dos resíduos hospitalares o Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde permite que o líder tenha a base para eficiência nos processos. A organização estabelece um padrão alinhado com a legislação de práticas importantes ao administrar os resíduos.

As ações que são executadas pelos colaboradores e empresas envolvidas precisam ser detalhados e ao mesmo tempo esclarecedores, a fim de não trazer nenhum prejuízo social, ambiental e financeiro. A ANVISA (2006) declara que o PGRSS “deve obedecer a critérios técnicos, legislações sanitárias e ambientais, normas locais de coleta e transporte dos serviços de limpeza urbana, especialmente os relativos aos resíduos gerados nos serviços de saúde”.

Ao aplicar o ciclo das funções de controle no gerenciamento de resíduos hospitalares, têm-se o Plano de Gerenciamento de Resíduo do Serviço de Saúde (PGRSS) como o maior norteador para as práticas existentes. Como no ciclo de controle o ponto inicial é o estabelecimento de padrões, o PGRSS torna-se o parâmetro chave para todas as vertentes interligadas ao processo de gestão dos resíduos hospitalares. Os procedimentos realizados nas etapas de manejo devem estar pautadas ao que o documento da instituição preconiza.

Segundo a Anvisa (2018) o PGRSS é denominada:

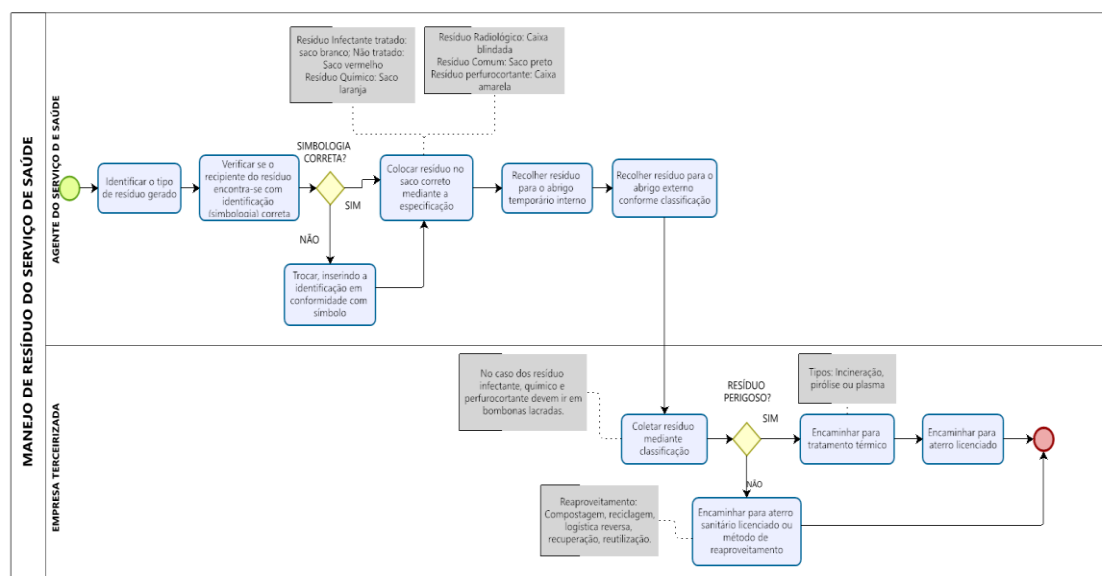
I. plano de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde (PGRSS): documento que aponta e descreve todas as ações relativas ao gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, identificação, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, destinação e disposição final ambientalmente adequada, bem como as ações de proteção à saúde pública, do trabalhador e do meio ambiente; (...) (Anvisa. Brasília, 2018).

O plano inclui as informações de resíduos gerados e como cada tipo deve ser manejado, além de explicações sobre a saúde e do colaborador, comissão responsável e as respectivas funções, empresas de coleta e certificados técnicos. A princípio pauta-se cada tipo de resíduo e a quantidade (por kg). Os dados auxiliam de maneira geral o entendimento do universo acompanhado, avaliando qual é a média existente, ou seja, se em um mês específico o hospital passa a ter uma elevação considerável de resíduo infectante, é avaliado e posteriormente identificado o agente causador.

Em concordância, é possível que a liderança utilize de fluxogramas operacionais elaborados em sistemas de Business Process Management (BPM) para definição e clareza no entendimento de cada nível seguido até a finalização do ciclo. Os fluxos são ferramentas as quais Junior (2011) compreende como uma representação de processos incluindo os recursos utilizados por meio do dinamismo e sequencialidade.

No que tange os RSS os fluxogramas podem auxiliar na explicação de como os resíduos, principalmente os perigosos podem ser direcionados até a última etapa de responsabilidade da referida instituição, conforme imagem.

Figura 6 - Etapas do manejo de resíduos



Fonte: Elaborado pela autora.

Outra ferramenta importante para definição dos padrões são os formulários de atividades, onde o colaborador responsável utiliza-o para registrar as funções elaboradas, compartilhamento de informações e evidências das rotinas executadas durante a jornada de

trabalho. Os órgãos regulamentadores da área de saúde, como por exemplo a Vigilância Sanitária exigem das instituições tais elementos com o objetivo de avaliar as práticas nas organizações assistenciais.

O relatório é um artifício que mostra a realidade atual e permite que o gestor avalie se a unidade hospitalar se encontra propícia as vertentes que são pontuadas no RDC 222/2018 e demais recomendações da Anvisa. É dever da liderança realizar constantes vistorias nas áreas para ter noção de como elas estão. Chiavenato (2004) fortalece a alternativa citando outros modelos que podem ser utilizados:

“Para tanto, o desempenho deve ser comparado com o padrão para verificar eventuais desvios ou variações. A comparação do desempenho com o padrão estabelecido geralmente é feita por meio de gráficos, relatórios, índices, porcentagens, medidas estatísticas etc. Esses meios de apresentação supõem técnicas à disposição do controle para que esse tenha maior informação obre aquilo que deve ser controlado.” (Chiavenato, 2004. p. 178)

Com o propósito principal do controle tem a ligação do planejamento em relação ao final do processo, as planilhas eletrônicas possuem a capacidade de realizar a comparação do que se planejou. Além disso, os gráficos mostram a visão geral da realidade existentes. Por exemplo, se há necessidade de o hospital verificar a geração de resíduos por quilo e por tipo mediante o valor que é acordado mensalmente para tratamento junto a empresa terceirizada. Ou verificação de geração mediante aos pacientes internados (ocupação hospitalar).

Diariamente os dados de coleta (peso) os resíduos sólidos precisam ser registrados em formulário pela equipe operacional para que ao findar do mês tenham-se elementos concretos. É o exemplo da tabela a seguir.

Tabela 1 - Geração diária de resíduo comum não reciclável

GERAÇÃO DE RESÍDUO COMUM NÃO RECICLÁVEL - 2021	
DATA	KG DIA
01/jan	600
02/jan	800
03/jan	900
04/jan	950
05/jan	700
06/jan	880
07/jan	995
08/jan	865
09/jan	1.250
10/jan	920
11/jan	940
12/jan	1.300
13/jan	1.000
14/jan	910
15/jan	1.500
16/jan	1.100
17/jan	1.100
18/jan	930
19/jan	720
20/jan	780
21/jan	1.200
22/jan	1.600
23/jan	1.050
24/jan	1.200
25/jan	820
26/jan	770
27/jan	800
28/jan	920
29/jan	990
30/jan	1.100
31/jan	1.300
TOTAL	30.890

Fonte: Elaborado pela autora.

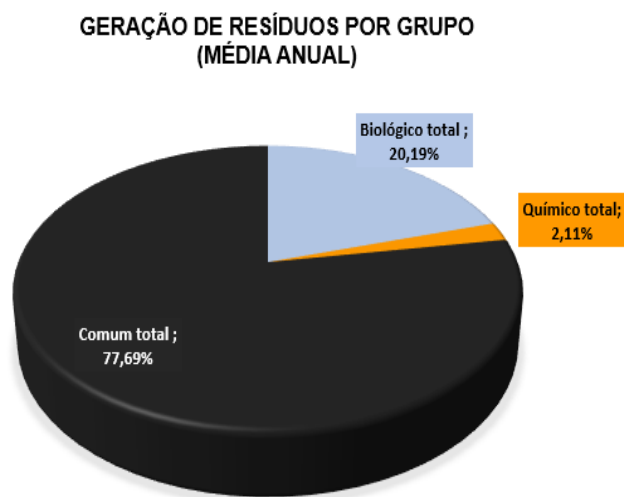
A figura abaixo retrata um modelo de mensuração utilizado pelo Projeto Hospitais Saudáveis, o qual é usado pela instituição com todos os tipos de resíduos gerados e a destinação de cada um.

Figura 7 - Controle de geração de resíduos do serviço de saúde (mensal)

Tipo de destinação dos resíduos		Biológico (Subgrupo A1, A2, A4 e A5) (kg)	Peça anatômica (Subgrupo A3) (kg)	Perfurocortante (kg)	Químico (kg)	Farmacêutico (kg)	Mercurio (kg)	Comum (kg)
Tratamento	Biodigestão							
	Desinfecção em autoclave / microondas / hidrólise alcalina							
	Outro tipo de tratamento*							
	Incineração licenciada	8.000,0	5,0	600,0	900,0			
	Incineração não licenciada							
Reciclagem	Devolvido ao distribuidor para reciclagem (logística reversa)							
	Reciclagem							2.217,0
	Compostagem							
Disposição Final	Aterro Sanitário licenciado							30.890,0
	Aterro não licenciado							
	Fossa no local gerador							
	Sepultamento em cemitério							
	Devolvido ao distribuidor para tratamento e disposição final							
Total	SUBTOTAL	8.000,0	5,0	600,0	900,0	0,0	0,0	33.107,0
	TOTAL por tipo		8.605,0			900,0		33.107,0
	TOTAL geral				42.612,0			

Fonte: Projeto Hospitais Saudáveis, 2021.

A partir dessas informações e com auxílio de gráficos como da figura 8, o administrador estabelece metas, as quais servem para fomentar qualquer tipo de anormalidade na unidade de saúde na tomada de decisões e correção da fase do manejo que influencia diretamente no caso.

Figura 8 - Geração de resíduos por grupo em percentual

Fonte: Projeto Hospitais Saudáveis, 2021.

No caso dos processos (rotinas) existentes são avaliadas com o uso do Procedimento Operacional Padrão (POP) e os fluxogramas. Com esses tipos de documentos formalizados e

aprovados pelas áreas envolvidas, é possível reconhecer se as ações realizadas estão em concordância com os escritos.

Após a parametrização dos dados, é importante que o líder observe se os fluxos e procedimentos são feitos de maneira alinhada ao estabelecido. É preciso que o gestor realize rondas constantes nas áreas objetivando o monitoramento dos agentes. Estabelecer uma periodicidade em visitas nas unidades dentro do hospital, rondas de inspeção a fim de que se certifique da efetividade das ações.

A verificação dos dados registrados nas planilhas são feitos com a visualização dos formulários destinados para imputação da pesagem dos resíduos gerados. O preenchimento precisa ser feito de maneira legível, atentando-se em cada numeral inserido, com o objetivo de não gerar divergências.

Como artifício de correção, o plano de ação, denominado também de 5W2H, apresenta de maneira objetiva uma ferramenta de melhoria contínua cujo a partir de questões centrais (perguntas) constroem ações a serem executadas pela liderança e equipe. Na referida temática, serve para corrigir problemas pontuais ou adequações gerais as quais precisam ser realizadas diante da realidade analisada. O estudioso Nakagawa (2013) afirma que a ferramenta é simples e pode ser usada desde a tomada de decisões mais básicas até as mais complexas.

O 5W2H é definido dessa maneira, pois as iniciais “W” e “H” são perguntas na língua inglesa que formam os postos-chaves do plano, conforme descrito no quadro:

Quadro 4- Os sete pontos do Plano de Ação (5W2H)

Questão	Descrição
O que? (What)	Atividade que precisa ser executada. É a parte central do plano.
Por que? (Why)	O que motiva a realização da ação, causa, justificativa.
Quem? (Who)	Quem é o responsável que realizará.
Onde? (Where)	Local que será feito.
Quando? (When)	Prazo, datas.
Como? (How)	De que maneira será executado.
Quanto? (How Much)	Quanto custará a execução da atividade.

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Nakagawa (2013)

A situação recorrente de segregação incorreta de resíduos perfurocortantes por parte dos colaboradores pode ser resolvida com aplicação de um plano de ação como demonstra o esquema proposto.

Quadro 5 - Aplicação do 5W2H na ação de segregação incorreta de resíduos perfurocortantes

Questão	Descrição
O que? (What)	Treinar colaboradores sobre segregação correta de resíduo perfurocortantes
Por que? (Why)	Atender os pontos informados pela legislação e evitar acidentes
Quem? (Why)	Administrador hospitalar
Onde? (Where)	Auditório
Quando? (When)	20/12/2021 – 23/12/2021
Como? (How)	Por meio de data show
Quanto? (How Much)	Não se aplica.

Fonte: Elaborado pela autora baseado em Nakagawa (2013)

Percebe-se para que a correção ocorra, há primeiramente a necessidade de orientação às partes envolvidas, aliando a teoria com a prática mediante a execução das atividades dos colaboradores que lidam com o paciente os quais geram esse tipo de item.

As ferramentas de controle dentro do universo estudado diz respeito desde o gerador inicial (profissional de saúde) até o destinador. E cada estratégia para o acompanhamento dos resultados, precisam de alinhamento ao que a legislação estabelece e mediante a padronização da instituição de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho em questão traz a visão do administrador diante do gerenciamento dos resíduos de serviço da saúde e a partir dos pontos críticos existentes no manejo deles é perceptível que as ferramentas da Administração auxiliam no atingimento de metas exigidas tanto no que se refere ao externo quanto ao interno. Como confirmação do fato foram utilizadas pesquisas documentais e bibliográficas baseadas no conteúdo do Ministério da Saúde.

Ademais, é possível concluir que mesmo diante das particularidades que a área possui o profissional de administração tem o suporte necessário para liderar as estratégias de manejo do resíduo de modo eficiente. O administrador com as habilidades desenvolvidas ao longo da academia e ao exercer a função pode analisar o porte e a estrutura existentes no ambiente hospitalar buscando a aplicação de estratégias de controle na referida realidade.

Por fim, por este ser um estudo iniciante na área de gestão é de suma importância que sejam desenvolvidas mais obras com a minuciosidade do tema, pois cada vez mais os gestores hospitalares necessitam de monitoramento mais fidedignos os quais se adaptem com as exigências estabelecidas pela própria instituição.

Além disso, muitos dos escritos voltados para o gerenciamento de resíduos do serviço de saúde estão direcionados de maneira mais técnica aos profissionais de outras formações como por exemplo, a Enfermagem. Conforme preestabelecido de forma normativa o profissional de Administração tem plenas condições de assumir questões como essas e propor soluções necessárias para os problemas recorrentes os quais são enfrentados.

Vale salientar que devido o fator acima, torna-se de grande relevância o desenvolvimento de estudos complementares, que apliquem os pilares do papel do administrador com a intenção de que questões como redução da geração de resíduos sólidos hospitalares sejam priorizadas.

Entretanto, quando se fala em gestão é preciso que os olhares se voltem a liderança um dos pontos que norteiam a Administração por meio do direcionamento de recursos e artifícios específicos, sejam eles financeiros ou pessoais para o cumprimento do propósito da organização, não ignorando os pontos que são levantados e promovendo a importância do caráter socioambiental.

6. REFERÊNCIAS

ABRELPE - Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais. **Panorama dos Resíduos Sólidos no Brasil**. 2020.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 1987.

CHERUBIN, Pe. Niversindo Antonio. **Administrador Hospitalar**. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo. 2ª Edição, 2003.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. - 7. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

CORRÊA, Olympio Távora Derze. **Um século de saúde no Brasil**: avanços e retrocessos: entre erros e acertos, muitos foram as teorias que embasaram o sistema de saúde. Brasília: Edição do autor, 2016.

DATASUS - **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS Sistema Único de Saúde**. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. Acesso em 16 de outubro de 2021.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. **Brasil tem 2,3 leitos por mil habitantes, abaixo do mínimo desejável**. Disponível em <https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2020/04/20200408-Informe-ERRS_Numero-de-leitos-por-habitante.pdf>. Acesso em 16 de outubro de 2021.

ETEC-Brasil. Universidade Federal Paraná. Organização, sistema e métodos. Disponível em <http://redeotec.mec.gov.br/images/stories/pdf/proeja/org_sist_metodos.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Manual do Gestor Hospitalar**. Brasília, 2019.

FILHO, Armando de Negri, e Zilda Barbosa. **O papel dos hospitais nas redes de atenção à saúde**: Elementos para pensar uma Agenda Estratégica para o SUS. CONSENSUS – Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.. Ano IV, número 11 abril, maio e junho de 2014, p. 42-46.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

KUAZAQUI, Edmir, e Luiz Carlos Takeshi Tanaka. **Marketing e gestão estratégica de serviços em saúde**. Disponível em: Biblioteca Virtual da Cengage Brasil, Cengage Learning Brasil, 2007. Acesso em 13 de outubro de 2021.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. Atlas. São Paulo: 2003.

LEGISWEB. **Resolução Normativa CFA nº 371 de 30/09/2009**. Disponível em <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=111133>>. Acesso em 13 de dezembro de 2021.

LISBOA, Teresinha Covas. **Breve História dos Hospitais**: Da Antiguidade à Idade Contemporânea. Ministério da Saúde. Brasília: 2002.

MAXIMINIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à Administração**. Atlas: São Paulo, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS**: Volume 3 – Atenção Hospitalar. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N °306, de 07 de dezembro de 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC N° 222, de 28 de março de 2018**. Brasília: 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Brasília: 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **LEI N° 12.305, DE 2 DE AGOSTO DE 2010**. Brasília: 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História e Evolução dos Hospitais**. Rio de Janeiro:

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, 1977.

NAKAGAWA, Marcelo. **Ferramenta: 5W2H**: Plano de ação para empreendedores. Disponível em <https://www.sebrae.com.br/Sebrae/Portal%20Sebrae/Anexos/5W2H.pdf>. Acesso em 20 de novembro de 2021.

OLIVEIRA, Maxwell Ferreira de. **Metodologia Científica**: Um manual para a realização de pesquisas em administração. Universidade Federal de Goiás: Catalão, 2011.

ORNELAS, Cleuza Panisset. **Os hospitais**: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. Brasília, 1998.

PFÍTSCHER, Elisete Elisete Dahmer et al. **A situação dos hospitais quanto ao gerenciamento dos aspectos e impactos ambientais**. Cad. EBAPE.BR vol.5 no.3 Rio de Janeiro, 2007.

PROJETO HOSPITAIS SAUDÁVEIS. **Desafio Resíduos de Serviço de Saúde**. Disponível em <https://www.hospitaissaudaveis.org/biblioteca_det.asp?biblioteca_id=276>. Acesso em 16 de novembro de 2021.

SILVA, Antônio João Hocayen da. **Metodologia de pesquisa**: conceitos gerais. Unicentro: Paraná, 2014.

SILVA, Leonardo et. al. **Resíduo sólido ontem e hoje**: Evolução histórica dos resíduos sólidos na legislação ambiental brasileira. Rio de Janeiro, 2017.

SOUZA, Oliveira Gardênia Isabel. **A gestão dos resíduos sólidos hospitalares em uma unidade de saúde privada em Maracanaú – Ceará**. Centro de Ensino Superior do Ceará: Fortaleza, 2013.

ANEXO A

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

GRUPO A

Resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.

Subgrupo A1

- Culturas e estoques de micro-organismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os medicamentos hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos, atenuados ou inativados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.

- Resíduos resultantes da atividade de ensino e pesquisa ou atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.

- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.

- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

Subgrupo A2

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

Subgrupo A3

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

Subgrupo A4

- Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados.
- Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares.
- Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons.
- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo.
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

- Peças anatômicas (órgãos e tecidos), incluindo a placenta, e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.
- Cadáveres, carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos.
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

Subgrupo A5

Órgãos, tecidos e fluidos orgânicos de alta infectividade para príons, de casos suspeitos ou confirmados, bem como quaisquer materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, suspeitos ou confirmados, e que tiveram contato com órgãos, tecidos e fluidos de alta infectividade para príons.

- Tecidos de alta infectividade para príons são aqueles assim definidos em documentos oficiais pelos órgãos sanitários competentes.

Referência: World Health Organization, 2010. WHO Tables on Tissue Infectivity Distribution in Transmissible Spongiform Encephalopathies.

GRUPO B

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

- Produtos farmacêuticos
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.
- Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos.

GRUPO C

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

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

GRUPO D

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

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, gorros e máscaras descartáveis, resto alimentar de paciente, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venoclises, luvas de procedimentos que não entraram em contato com sangue ou líquidos corpóreos, equipo de soro, abaixadores de língua e outros similares não classificados como A1.
- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos.
- Resto alimentar de refeitório.
- Resíduos provenientes das áreas administrativas.

- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins.
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.
- Forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado.
- Resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada.
- Pelos de animais.

GRUPO E

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