



GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO
- SECRETARIA GERAL -

RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 019/2018, de 06 de março de 2018.

Dispõe sobre a Habilitação do Laboratório da SEMUS como Prestador de Serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no município de Palmas – TO, para atendimento de serviços em anatopatologia e citopatologia da população do município de Palmas – TO, conforme a Portaria GM/MS Nº. 3.388/2013 e RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 389/2017.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Portaria GM/MS Nº. 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

Considerando a Portaria GM/MS Nº. 613, de 3 de março de 2017, que Altera a Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que trata da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito);

Considerando o Ofício Nº. 3020/2017/SEMUS/GAB/DASS, do município de Palmas – TO, de 28 de dezembro de 2017, que Solicita Resolução – CIB *Ad Referendum* para Habilitação do Laboratório da SEMUS;

Considerando o Ofício Nº. 3021/2017/SEMUS/GAB/SUPAVS, do município de Palmas – TO, de 28 de dezembro de 2017, que Apresenta Resposta referente ao Relatório Técnico 05-2017/SPAS/DADE/GRPDTC/LAB-MEQ – 2017/30559/135449 (com seus respectivos anexos I, II, III, IV e V);

Considerando a RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 389/2017, de 29 de dezembro de 2017, *Ad Referendum* que Dispõe sobre a Habilitação do Laboratório da SEMUS como Prestador de Serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no município de Palmas – TO, para atendimento de serviços em anatopatologia e citopatologia da população do município de Palmas – TO, conforme a Portaria GM/MS Nº. 3.388/2013;

Considerando a apresentação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – TO;

Considerando a análise, discussão e pactuação da Plenária da Comissão Intergestores Bipartite em Reunião Ordinária realizada aos 06 dias do mês de março de 2018.



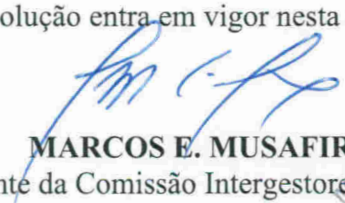


GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO
- SECRETARIA GERAL -

RESOLVE:

Art. 1º Homologar a Habilitação do Laboratório da SEMUS como Prestador de Serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no município de Palmas – TO, para atendimento de serviços em anatopatologia e citopatologia da população do município de Palmas – TO, conforme a Portaria GM/MS Nº. 3.388/2013 e a RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 389/2017.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor nesta data.


MARCOS E. MUSAFIR

Presidente da Comissão Intergestores Bipartite

MARCOS E. Musafir
Secretário de Estado da Saúde
GOVERNO DO TOCANTINS



GOVERNO DO
ESTADO DO TOCANTINS
www.to.gov.br

Secretaria da
Saúde

Praça dos Girassóis, s/n, Esplanada das Secretarias, Marco Central, Palmas – TO
CEP 77.003-020 Fone/fax: (63) 3218 – 1981 e 3218 - 1756





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO
- SECRETARIA GERAL -

RESOLUÇÃO – CIB/TO Nº. 389/2017, de 29 de dezembro de 2017.

Dispõe sobre a Habilitação do Laboratório da SEMUS como Prestador de Serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no município de Palmas – TO, para atendimento de serviços em anatopatologia e citopatologia da população do município de Palmas – TO, conforme a Portaria GM/MS Nº. 3.388/2013.

O PRESIDENTE DA COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO TOCANTINS/CIB-TO, no uso de suas atribuições legais e regimentais, conferidas através das disposições contidas no Art. 2º da Portaria Nº. 931/1997, que constituiu a CIB-TO, de 26 de junho de 1997, publicada no Diário Oficial do Estado do Tocantins em 04 de julho de 1997, expedida pela Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins, e no Regimento Interno da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/TO, e,

Considerando a Portaria GM/MS Nº. 3.388, de 30 de dezembro de 2013, que Redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;

Considerando a Portaria GM/MS Nº. 613, de 3 de março de 2017, que Altera a Portaria nº 3.388/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que trata da Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito);

Considerando o Ofício Nº. 3020/2017/SEMUS/GAB/DASS, do município de Palmas – TO, de 28 de dezembro de 2017, que Solicita Resolução – CIB *Ad Referendum* para Habilitação do Laboratório da SEMUS;

Considerando o Ofício Nº. 3021/2017/SEMUS/GAB/SUPAVS, do município de Palmas – TO, de 28 de dezembro de 2017, que Apresenta Resposta referente ao Relatório Técnico 05-2017/SPAS/DADE/GRPDTC/LAB-MEQ – 2017/30559/135449 (com seus respectivos anexos I, II, III, IV e V);

Considerando a urgência do assunto e a necessidade de cumprimento dos prazos junto ao Ministério da Saúde.

RESOLVE:

Art. 1º - Ad Referendum:

- I- Aprovar a Habilitação do Laboratório da SEMUS como Prestador de Serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS), implantado no município de Palmas – TO, para atendimento de serviços em anatopatologia e citopatologia da população do





GOVERNO DO TOCANTINS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE/CIB - TO
- SECRETARIA GERAL -

município de Palmas – TO, conforme a Portaria GM/MS Nº.
3.388/2013.

Art. 2º - Esta resolução entra em vigor nesta data.

MARCOS E. MUSAFIR
Presidente da Comissão Intergestores Bipartite



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS

Secretaria da Saúde

Avenida Teotônio Segurado, Quadra 1302 Sul, Conjunto 01, Lote 06

Palmas-TO - CEP: 77.024-650

Telefone: (63) 3218-5332 E-mail: gabinete.saude.palmas@gmail.com

Ofício nº **3020** /2017/SEMUS/GAB/DASS

Palmas, 28 de dezembro de 2017.

A Sua Senhoria o Senhor

MARCOS ESNER MUSAFIR

Presidente

Comissão Intergestores Bipartite – CIB

Secretaria de Estado da Saúde

Palmas-TO

Assunto: Solicitação de *Ad referendum* - Habilitação do Laboratório da Semus

Senhor Presidente,

1. Em atenção à Portaria GM 3388, de 30 de dezembro de 2013, a qual redefine a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (QualiCito), no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, e o considerando o artigo 36-A da Portaria 613, de 3 de março de 2017, o qual dispõe que “Os laboratórios de citopatologia que não se habilitarem até a data de 29 de dezembro de 2017, como Tipo I, não poderão registrar os procedimentos abaixo, sendo automaticamente desligados do SIA-SUS a partir de 2 de janeiro de 2018”, solicitamos *Ad referendum* para habilitação do Laboratório anatomopatológico da Secretaria Municipal da Saúde de Palmas.

2. Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário de Saúde

*De Acordo
28/12/2017
fm tff*

RECEBEMOS

29/12/2017

Hs. 08 : 45

**Sec. Executiva da Comissão
Intergestores Bipartite-TO**

Nayara S. C. C. Nogueira Tabanes
Gerente da Secretaria Geral da Comissão
Intergestores Bipartite/TO
Mat. 115888-5

DOCUMENTO REVISADO E ATESTADO EM
____/____/____ POR
Juliana Ribeiro Pinto
Diretora de Atenção Secundária
em Saúde
13022017/SEMUS-Palmas
CARGO
ENCAMINHA-SE PARA ASSINATURA DO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
Secretaria da Saúde
Avenida Teotônio Segurado, Quadra 1302 Sul, Conjunto 01, Lote 06
Palmas-TO - CEP: 77.024-650
Telefone: (63) 3218-5332 E-mail: gabinete.saude.palmas@gmail.com

Ofício nº 3021 /2017/SEMUS/GAB/SUPAVS

Palmas, 28 de dezembro de 2017.

À
COMISSÃO LAB-MEQ
Secretaria de Estado da Saúde
Palmas-TO

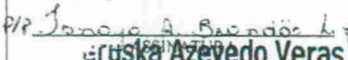
Assunto: **Resposta referente ao Relatório Técnico 05-2017/SPAS/DADE/GRPDTC/LAB-MEQ - 2017/30559/135449**

Prezado(a) Senhor(a),

1. Em atenção ao expediente em epígrafe, encaminhamos, anexo, DESPACHO N° 175/2017/SEMUS/SUPAVS, emitido pela Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, o qual versa sobre resposta aos itens de inconformidade referentes à visita técnica realizada no Laboratório da SEMUS no dia 18 de dezembro de 2017.
2. Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição por meio dos contatos (63) 3218-5514 / 984115311 ou no e-mail supavs.palmas@gmail.com, tratar com Veruska ou Clayton.

Atenciosamente,


NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR
Secretário da Saúde

DOCUMENTO REVISADO E ATESTADO EM
28/12/17 POR

Veruska Azevedo Veras
Superintendência de Atenção
Primária e Vigilância em Saúde
ENCAMINHA-SE PARA ASSINATURA DO
SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

Mar. 158681


Ismaly A. Brandão Lima
Cirurgiã - Dentista
CRO - TO 2514



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS

Secretaria da Saúde

Avenida Teotônio Segurado, Quadra 1302 Sul, Conjunto 01, Lote 06

Palmas-TO - CEP: 77.024-650

Telefone: (63) 3218-5332 E-mail: gabinete.saude.palmas@gmail.com

PROCESSO Nº: 2017060375

ASSUNTO: Resposta referente ao Relatório Técnico 05-2017/SPAS/DADE/GRPDTC/LAB-MEQ - 2017/30559/135449

DESPACHO Nº 175 /2017/SEMUS/SUPAVS

Em resposta ao expediente em epígrafe, segue abaixo resposta aos itens de inconformidade referentes à visita técnica realizada no Laboratório da SEMUS no dia 18 de dezembro de 2017. Ressaltamos que o laboratório foi locado no mês de dezembro, dessa forma, as adequações para funcionamento estão sendo realizadas de forma a contemplar as recomendações realizadas na visita técnica:

a. **Sistema de Gestão de Qualidade:** o laboratório utilizará o sistema de monitoramento interno QUALICITO. Encaminhamos ANEXO I, contendo as planilhas que serão utilizadas para o MIQ;

b. **Manual de Procedimento:** o Laboratório possui o Manual de Procedimentos (POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO) e Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS), conforme especificado no ANEXO II;

c. **Recepção e cadastro de amostra:** encaminhamos o ANEXO III, contendo modelo de formulários para monitoramento e registro das amostras insatisfatórias (problemas de identificação, fixação, coloração, etc) e modelo de registro de “feedback” às respectivas Unidades de Saúde que incorrerem em tais inadequações. O POP com critérios estabelecidos para rejeição de amostras está em fase de conclusão para utilização no início das atividades do laboratório;

d. **Setor de Técnicas Citológicas:** encaminhamos ANEXO IV, contendo foto do exaustor localizado no ambiente onde se encontra a bateria de coloração e montagem de lâminas; além disso, a sala de histotécnica (Fig 1) é climatizada e não há exposição solar como consta no relatório. Ressaltamos que o termômetro já foi solicitado ao setor responsável e a bateria de coloração em uso foi devidamente identificada com datas de validade e trocas dos corantes, conforme solicitação;

e. **Instalações:** o laboratório está provido de armários que favorecem a organização do ambiente. Informamos que o laboratório foi locado recentemente, sendo realizadas adequações necessárias conforme o referido relatório, onde serão instalados 02 (dois) aparelhos de ar condicionados na sala de armazenamentos e macroscopia. Com relação à higienização, vale ressaltar que na data da visita técnica o laboratório não estava em funcionamento, porém existe atualmente profissional responsável pela limpeza. Com relação à logística de descarte de reagente e material biológico, estão sendo providenciadas as adequações necessárias;

g. **Arquivo:** informamos que as lâminas serão arquivadas em caixas próprias, quando no início das atividades, sendo que as mesmas serão acomodadas em armários fechados;

Ouvidoria do SUS – 0800 0301515 - e-mail: ouvidoria.semus@palmas.to.gov.br

Ouvidoria Municipal – 0800 6464156 - e-mail: ouvidoria@palmas.to.gov.br

ANEXO I



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro que as atribuições listadas abaixo previstas no art. 22 da portaria 3388/2013 serão cumpridas pelo Laboratório da SEMUS.

Art. 22. Para a leitura dos exames citopatológicos do colo de útero e emissão dos respectivos laudos, compete aos Laboratórios Tipos I e II:

I – utilizar de forma exclusiva a terminologia padronizada na Nomenclatura Brasileira para laudos Citopatológicos Cervicais. 3ª edição, ano 2013, elaborada pelo Ministério da Saúde, cujo acesso encontra-se disponível no site eletrônico <http://www.saude.gov.br/sas>, ou esta mesma nomenclatura quando atualizada;

II – emitir laudo assinado por profissional de nível superior habilitado conforme a tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, com seu número de inscrição no respectivo conselho profissional;

III – arquivar a ficha de Requisição do Exame Citopatológico do colo do Útero no laboratório que realizou o exame;

IV – arquivar os laudos e lâminas por, no mínimo, 5 (cinco) anos nos casos de exames negativos e 20 (vinte) anos nos casos de exames positivos; e

V – atualizar de forma constante o SISCAN ou o sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde, com inserção regular das informações sobre os resultados dos exames citopatológicos do colo do útero.

Palmas, 27 de dezembro de 2017

Clayton de Souza
MÉDICO
CRM-TO 3094

Dr. Clayton de Souza
Responsável Técnico – CRM-TO: 3094

Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: exames
Periodicidade: mensal
Padrão: <5%
Fonte de dados: Siscan
Fórmula: número de exames insatisfatórios da US no mês, dividido pelo total de exames da US realizados no me
Finalidade: Identificação dos motivos de insatisfatoriedade das amostras, visando à orientação de ações correti
Valor inicial: ____% dos exames da US
Meta: ____% dos exames da US

Ano

[illegible]

smo mês x 100
vas junto à US

nov	dez

Média
0

Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas – Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia

Nome do Indicador: Tempo médio de liberação de exames

Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: dias
Periodicidade: mensal
Padrão: no máximo 30 dias
Fonte de dados: base de dados gerada pelo Siscan
Fórmula: soma dos dias transcorridos entre a entrada dos materiais no laboratório e a liberação dos laudos, dividida pelo número de exames liberados no período
Finalidade: monitorar o tempo de liberação dos exames pelo laboratório
Valor inicial: ____ dias
Meta: ____ dias

Ano:

[illegible]

dido pelo total de

nov	dez

Média
0

MIQ - Monitoramento Interno de qualidade

Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas – Unidade de Anatomia P

Nome do Indicador: Percentual de exames compatíveis com ASC entre os exames satisfatórios

Responsável: clayton de Souza

Unidade de medida: exames

Periodicidade: mensal

Padrão: 2,5% dos exames realizados

Fonte de dados: Siscan

Fórmula: número de exames com células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US e ASC-H) dividido pelo total exames satisfatórios realizados no período x 100

Finalidade: monitorar os casos compatíveis com células escamosas atípicas de significado indeterminado para implantação de educação continuada

Valor inicial: X exames realizados

Meta: 4% a 5% dos exames realizados

Ano

Meses	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Resultado												
Meta												
Revisão	100*											

MÉDIA
0,00%

* N° de Lâminas revisadas

MIQ - Monitoramento Interno de qualidade

Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas – Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia

Nome do Indicador: percentual de ASC entre os exames alterados

Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: exames

Periodicidade: mensal

Padrão:

Fonte de dados: Siscan

Fórmula: número de exames compatíveis com ASC-US e ASC-H dividido pelo total exames alterados realizados no período x 100

Finalidade: monitorar os casos compatíveis com células escamosas atípicas de significado indeterminado para implantação de educação continuada

Valor inicial: 9507 exames realizados

Meta: diminuir progressivamente os resultados de ASC

Ano: 2018

Meses	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Resultado												
Meta												
Revisão	100*											

MÉDIA:

0,00%

* N° de Lâminas revisadas

MIQ - Monitoramento Interno de qualidade

Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas - Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia

Nome do Indicador: razão ASC / SIL

Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: exames

Periodicidade: não se aplica

Padrão: < 3, padrão internacional de Bethesda

Fonte de dados: Siscan

Fórmula: número de exames compatíveis com ASC dividido pelo número de exames com resultado de LSIL e HSIL, liberados no mesmo mês

Finalidade: monitorar o diagnóstico citopatológico de lesões escamosas de significado indeterminado

Valor inicial:

Meta: < 3

Ano:

Meses	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Resultado												
Meta	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3	< 3
Revisão	100*											

MÉDIA:
0

* N° de Lâminas revisadas

MIQ - Monitoramento Interno de qualidade

Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas – Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia

Nome do Indicador: percentual de exames compatíveis com HSIL

Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: exames

Periodicidade: mensal

Padrão:

Fonte de dados: Siscan

Fórmula: número de exames compatíveis com HSIL dividido pelo total exames satisfatórios realizados no período x 100

Finalidade: monitorar a capacidade de detecção de lesões precursoras

Valor inicial: X exames realizados

Meta: aumentar progressivamente a capacidade de detecção de HSIL

Ano:

Meses	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Resultado												
Meta												
Revisão	100*											

MÉDIA:

0

* N° de Lâminas revisadas

MIQ - Monitoramento Interno de qualidade

Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas – Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia

Nome do Indicador: Percentual de amostras rejeitadas da US

Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: amostras / exames
Periodicidade: mensal
Padrão: 0,1% (corresponde a média brasileira de amostras rejeitadas em relação ao total de exames realizados no ano de 2010)
Fonte de dados: siscan
Fórmula: número de amostras rejeitadas da US no mês dividido pelo total de US liberados no mesmo mês x 100
Finalidade: Identificação de US com inadequações no envio do material para exame, visando à orientação de ações corretivas
Valor inicial: ____% dos exames da US
Meta: ____% dos exames da US

Ano: 2018

Meses	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Resultado												
Meta												

MÉDIA
0

MIQ - Monitoramento Interno de qualidade

Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas – Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia

Nome do Indicador: índice de positividade

Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: exames

Periodicidade: mensal

Padrão:

inaceitável: abaixo de 2%

necessitando de aprimoramento: entre 2,0% e 2,9%

aceitáveis: entre 3,0% e 10%

avaliação de perfil: acima de 10%, levando em consideração que tais prestadores podem atender a serviços de referencia secundária em patologia cervical.

Fonte de dados: Siscan

Fórmula: número de exames alterados em determinado local e ano dividido pelo total de exames satisfatórios realizados no período x 100

Finalidade: monitorar o índice de positividade, a prevalência de alterações celulares nos exames e a sensibilidade do processo de rastreamento em detectar lesões na população examinada

Valor inicial: exames realizados

Meta: padrões aceitáveis entre 3,0% e 10%

Ano

Meses	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Resultado												
Meta												
Revisão	100*											

MÉDIA

0

* N° de Lâminas revisadas

Planilha para monitoramento do percentual de Unidades de Saúde que realizaram fixação inadequada
 MIQ - Monitoramento Interno de qualidade
 Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas – Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia
 Nome do Indicador: Percentual de US com fixação inadequada das lâminas
 Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: US
Periodicidade: mensal
Padrão: zero
Fonte de dados: registro das lâminas com fixação inadequadas
Fórmula: número de US com fixação inadequada no mês dividido pelo total de US avaliadas no mesmo mês x 100
Finalidade: Identificação de US que utilizam álcool inadequado para fixação dos esfregaços, visando à orientação de ações corretivas
Valor inicial: ____% de US
Meta: ____% dos exames da US

Ano

Meses	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Resultado												
Meta												

MÉDIA
0

MIQ - Monitoramento Interno de qualidade

Laboratório: Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas – Unidade de Anatomia Patológica e Citopatologia

Nome do Indicador: índice de positividade

Responsável: Clayton de Souza

Unidade de medida: exames

Periodicidade: mensal

Padrão:

inaceitável: abaixo de 2%

necessitando de aprimoramento: entre 2,0% e 2,9%

aceitáveis: entre 3,0% e 10%

avaliação de perfil: acima de 10%, levando em consideração que tais prestadores podem atender a serviços de referência secundária em patologia cervical.

Fonte de dados: Siscan

Fórmula: número de exames alterados em determinado local e ano dividido pelo total de exames satisfatórios realizados no período x 100

Finalidade: monitorar o índice de positividade, a prevalência de alterações celulares nos exames e a sensibilidade do processo de rastreamento em detectar lesões na população examinada

Valor inicial: exames realizados

Meta: padrões aceitáveis entre 3,0% e 10%

Ano

Meses	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
Resultado												
Meta												
Revisão	100*											

MÉDIA

0

* N° de Lâminas revisadas

PLANILHA DE REVISÃO RÁPIDA DE 10% DOS NEGATIVOS (RR.10%)

[illegible]

Planilha de pré-escrutínio rápido de todos os esfregaços

[illegible]

Planilha de diagnóstico por faixa etária

Diagnóstico	Faixa etária				
	< 25	25 a 64	> 64	Total	
				Faixa etária do rastreamento	Faixa etária fora do rastreamento
Insatisfatório / rejeitado					
Negativo					
Escamosas, possivelmente não neoplásicas (ASC)					
Escamosas não podendo excluir alto grau					
Glandulares, possivelmente não neoplásicas					
Glandulares não podendo excluir alto grau					
Indefinidas, possivelmente não neoplásicas					
Indefinidas, não podendo excluir alto grau					
De alto grau					
Ca microinvasor					
Ca epidermóide invasor					
Adenocarcinoma in situ					
Adenocarcinoma invasor cervical					
Adenocarcinoma invasor endometrial					
adenocarcinoma invasor SOE					
Outras neoplasias					
TOTAL	0	0	0	0	0

ANEXO II



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
Secretaria Municipal de Finanças

INSCRIÇÃO MUNICIPAL

206253

ALVARÁ Nº

2017002850

Alvará de Licença para Localização e Funcionamento

I - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

CONTRIBUINTE: **RIGUEL LTDA - ME**
CDA PALMAS - CENTRO DIAGNOSTICO EM ANATOMIA PATOLOGICA
CPF/CNPJ: **00.779.313/0001-90**
ENDEREÇO: **ACSV SE 32, AV. LO 05, LOTE 23, SALA 01, PALMAS-TO**
306 S - VICINAL, AV. LO 05, S/Nº, SALA 01, PALMAS-TO

II - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

EXERCÍCIO: **2017** DATA EMISSÃO: **09/03/2017** VALIDADE: **31/01/2018** Nº PROCESSO: **2008017582**
RESPONSÁVEL PELA EMPRESA: **VIRGILIO RIBEIRO GUEDES**
ÁREA DO ESTABELECIMENTO: **156.00 m2**
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO: **COMERCIAL**
OBSERVAÇÃO: **DECRETO Nº 1.239, DE 29 DE ABRIL DE 2016**

III - ATIVIDADES ECONÔMICAS (CNAE-FISCAL)

Licen.Sanitária Licen.Ambiental

8640201 - LABORATÓRIOS DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLÓGICA - PRINCIPAL

Sim

Sim

IV - LICENÇAS ESPECIAIS

LICENÇA: **AMBIENTAL** VALIDADE: **24/08/2019**

LICENÇA SANITÁRIA: VALIDADE: **31/12/2017** TIPO: **DEFINITIVO**

OBS.: **DE ACORDO COM O TERMO DE VISITA FISCAL Nº 0143040 ESTABELECIMENTO ESTÁ APTO AO LICENCIAMENTO SANITÁRIO PARA A TIVIDADE INFORMADA NESTE ALVARÁ.**

Expedido pela Internet em
28 de Dezembro de 2017 às 10:15

Em conformidade com o Art. 7º do Decreto Nº 353/2005.

A validade/autenticidade deste pode ser verificado no site

<http://alvara.palmas.to.gov.br/autenticidade/> ou utilizando seu
smartphone/tablet para fazer a leitura do **QR CODE(imagem)** ao lado.

Código de Validação: **3f563.9f39f-102458**



ANEXO III



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
Laboratório SEMUS

RELATÓRIO DE MONITORAMENTO DOS CENTROS DE SAÚDE DA COMUNIDADE

Relatório de monitoramento dos Centros de Saúde da Comunidade de Palmas, referente à coleta de exames citopatológicos do colo de útero. Com dois itens de avaliação:

-Amostra com Ausência da JEC (Junção Escamo Colunas);

-Amostra Insatisfatórias.

CSC	% Ausência da JEC	% Insatisfatórias
EUGENIO PINHEIRO		
LAURIDES LIMA		
SANTA FÉ		
LIBERDADE		
JOSÉ LÚCIO		
SANTA BARBARA		
WALTER PEREIRA-TQSS		
NOVO HORIZONTE		
BELA VISTA		
307 NORTE LUIZ OTAVIANI		
503 NORTE		
603 NORTE		
806 SUL		
403 NORTE		
712 SUL		
403 SUL		
207 SUL		
406 NORTE		
POLICLÍNICA 108 SUL		
SETOR SUL		
MARIAZINHA		
AURENY II		
405 NORTE		

1004 SUL		
1103 SUL		
TAQUARI		
LOIANE MORENO		
POLICLÍNICA AURENY I		
MORADA DO SOL		
ALTO BONITO		
1106 SUL		
POLICLÍNICA NORTE		
508 NORTE		
CAS		
HENFIL		
LIGA FEMININA		
MEDIA DOS CSC		

Observação:

Foi observado no período de _____ a _____ que a média de esfregaços sem representação da JEC foi de ____ (%) de todos esfregaços examinados e de _____ (%) dos esfregaços foi considerados insatisfatórios pelos seguintes causas:

- mais de ____ do esfregaço dessecado ou mal fixado;
- mais de ____ do esfregaço hemorrágico;
- mais de ____ dos esfregaços purulento;
- intensa superposição celular em mais de ____ do esfregaço;
- esfregaço hipocelular, com menos de ____ do esfregaço representado por celular;
- ou pela soma de dois ou mais causas a cima relatadas.

Clayton de Souza
Patologista CRM-TO 3094
Responsável técnico



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
Laboratório SEMUS

RELATÓRIO REFERENTE AOS ÍNDICES DE QUALIDADES DO LABORATÓRIO DA SEMUS

Relatório referente aos índices de qualidades do Laboratório da SEMUS referente ao mês _____ em formato de tabela com os seus respectivos valores de referência e análise crítica dos resultados.

Serão avaliados três índices para qualificação do trabalho dos citologistas do laboratório da SEMUS:

- total de lâminas positivas no período;
- porcentagem de ASC-US em relação a LSIL;
- porcentagem de HSIL no mesmo período realizado.

Referência Quantificas dos índices de positividade por mês: - Índice de positividade >3,0%; - Porcentagem de ASC/ Resultados positivos <40,0%; - Porcentagem de Lesões HSIL >0,40%; - (***) . Sem referência					
	Quantidade encontrada	Quantidade total no mês	% encontrada	% desejada	Conclusão
POSITIVAS					CONFORME
ASC-US					NÃO CABE
LSIL					NÃO CABE
HSIL					CONFORME
ASC-S/LSIL					CONFORME
% DE LÂMINAS SEM JEC:			% DE LÂMINAS INSATISFATÓRIAS:		
Análise Crítica dos Resultados: Os Índices de lâminas insatisfatórias e sem representação da JEC somam um total de _____ , contribuindo possivelmente dessa maneira para diminuir o percentual de resultados positivos no período analisado. Foi observada uma grande quantidade de exames citopatológicos colhidos e encaminhados para o laboratório depois de 30 dias devido a atraso no cadastro do paciente junto ao SISCAN por problemas técnicos, contribuindo para aumentar o índice de lâminas insatisfatória e consequentemente a diminuindo a positividade dos resultados.					

Clayton de Souza
Patologista CRM-TO 3094
Responsável técnico

ANEXO IV

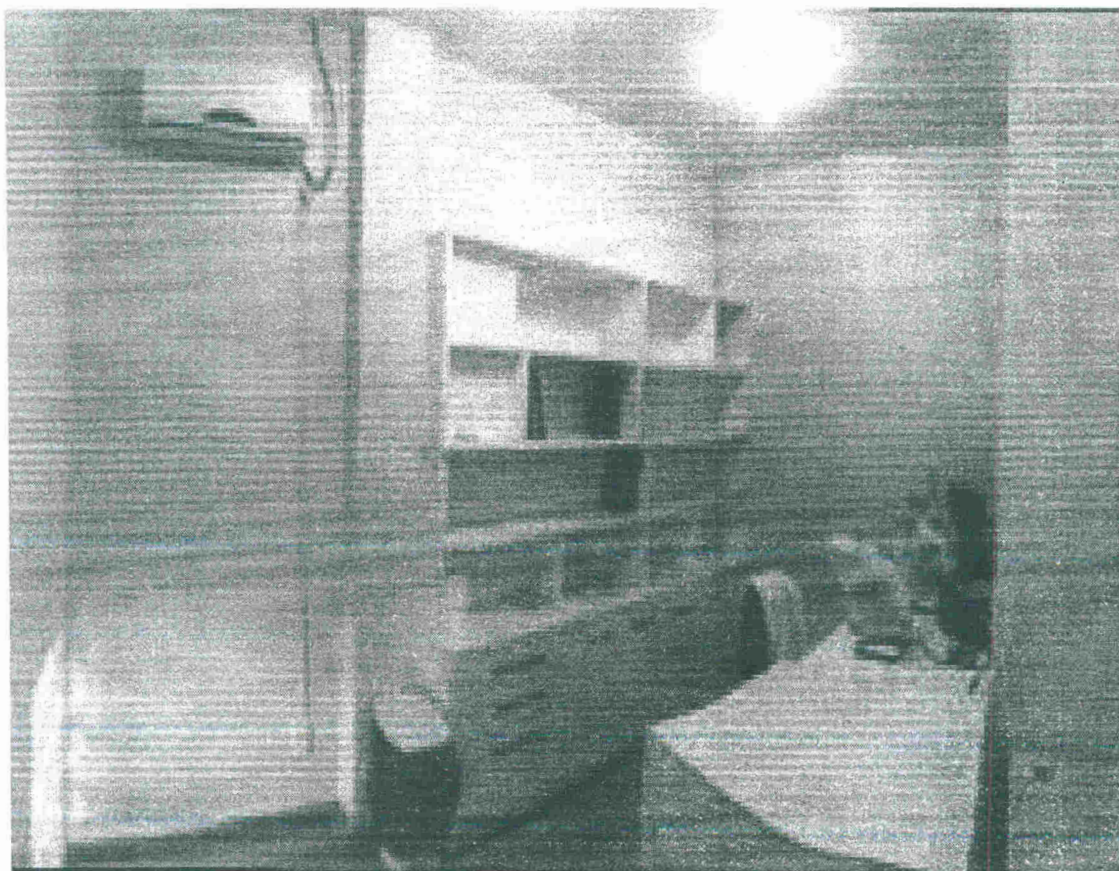


Figura 3-SALA MICROSCOPIA E LAUDO



Figura 4-SALA DE MACROSCOPIA



Figura 1--SALA HISTOTÉCNICA (climatizada, sem exposição solar)

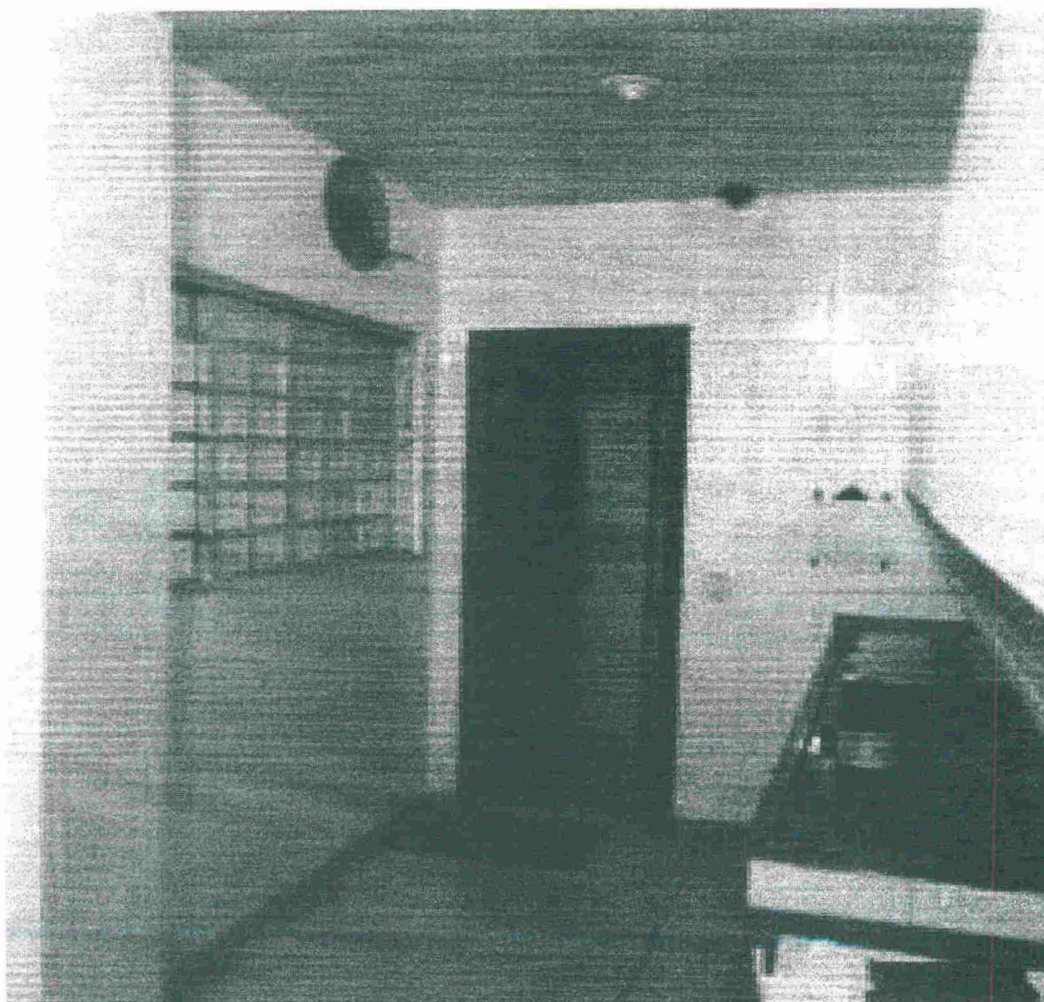


Figura 2 SALA DE COLORAÇÃO E MONTAGEM DE LAMINA (COM EXALTOR)

ANEXO V

CNES 2467909	Nome fantasia do Estabelecimento LABORATORIO DA SEMUS
CBO/Especialidade 225125-MEDICO CLINICO	Atend.SUS SIM
Registro no Conselho de Classe 3166	Órgão Emissor 71-MEDICINA CONSELHO REGIONAL
Forma de Contratação com o Estabelecimento 01 - VINCULO EMPREGATICIO	Forma de Contratação com o Empregador 01 - ESTATUTARIO EFETIVO
Detalhamento da Forma de Contratação 01 - SERVIDOR PROPRIO	CNPJ do Detalhamento da Forma de Contratação

Assinatura e Carimbo do(a) Cadastrador(a)	Data	Assinatura e Carimbo do Diretor da Unidade	Data
Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Municipal do SUS	Data	Assinatura e Carimbo do(a) Gestor Estadual do SUS	Data

Profissional	CPF	CNS	Amb.	Hosp.	Outros	Total
142105-GERENTE ADMINISTRATIVO						
ANA LUISA GALINDO BEZERRA	90044860110	701405699954936	0	0	40	40
221205-BIOMEDICO						
CILAU CUSTODIO SOBRINHO	63428288149	126234689760002	30	0	0	30
CLAUCEMARA MONALVAO	80335233104	125537220970002	30	0	0	30
CRISTIANE COELHO DO CARMO	50558765300	126342369740008	30	0	0	30
EDITH IONE ARAUJO PONTES	44095368187	203675731180018	30	0	0	30
FLAVIA PATRICIA MOREIRA	53236564172	126117339710018	30	0	0	30
ORLANDO CURCINO GUEDES JUNIOR	84437022149	190050162320002	30	0	0	30
PATRICIA DE LIMA MOREIRA	78473462149	190040217040006	30	0	0	30
PEDRO NELSON BARROS JUNIOR	27884818884	980016000446794	30	0	0	30
TEAMA WANDERLEI FIGUEIRA COELHO	79282237168	190041988090018	30	0	0	30
225125-MEDICO CLINICO						
OSVALDO PINTO NETO	02526862175	980016295534398	20	0	0	20
225335-MEDICO PATOLOGISTA CLINICO MEDICINA LABORATORIAL						
CLAYTON DE SOUZA	26989417153	107986111940002	40	0	0	40
324205-TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA						
ANDREA MARIA ALVES DA SILVA	88381129168	702800528739070	40	0	0	40
ESLI RAMOS DA SILVA	78326320110	700403953944941	40	0	0	40
MARCIANE DO BONFIM CARDOSO PIRES DA CONCEICAO	02220613160	706900129616139	40	0	0	40
MARIA DAS DORES DAVID DE SOUSA	02750282675	706508338602999	40	0	0	40

Listagem de Profissionais

Data: 28/12/2017

CNES: 2467909 Nome Fantasia: LABORATORIO DA SEMUS

CNPJ Próprio: --

Tipo de Estabelecimento: UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA Gestão: MUNICIPAL Natureza jurídica: ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

CNPJ Mantenedora: 24.851.511/0001-85 Nome da Mantenedora: PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS

Cadastrado em: 27/01/2004

Data da última atual. base local: 21/12/2017

Data da última atual. base nacional: 24/12/2017

Nome	CNS	OBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 134	CHS Orm	CHS Amb	CHS Hosp	CHS Total
ANA LUISA GALINDO BEZERRA	701405699954936	142105 - GERENTE ADMINISTRATIVO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	CONTRATO POR PRAZO	PUBLICO		40	0	0	40
ANDREA MARIA ALVES DA SILVA	702800528739070	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
CILAU CUSTODIO SOBRINHO	126234689760002	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
CLAUCEMARA MONALVAO	125537220970002	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
CLAYTON DE SOUZA	107986111940002	225335 - MEDICO PATOLOGISTA CLINICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
CRISTIANE COELHO DO CARMO	126342369740008	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
EDITH IONE ARAUJO PONTES	203675731180018	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
ESLI RAMOS DA SILVA	700403953944941	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
FLAVIA PATRICIA MOREIRA	126117339710018	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
MARCIANE DO BONFIM CARDOSO PIRES DA CONCEICAO	706900129616139	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40
MARIA DAS DORES DAVID DE SOUSA	70650838602999	324205 - TECNICO EM PATOLOGIA CLINICA	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	40	0	40

Total de profissionais

11

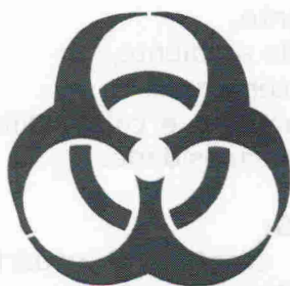
Nome	CNS	CBO	SUS	Vinculação	Tipo	Subtipo	Portaria 184	CHS Outro	CHS Amb.	CHS Hosp.	CHS Total
ORLANDO CURCINO GUEDES JUNIOR	190050162320002	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
PATRICIA DE LIMA MOREIRA	190040217040006	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
PEDRO NELSON BARROS JUNIOR	980016000446794	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30
TEAMA WANDERLEI FIGUEIRA COELHO	190041988090018	221205 - BIOMEDICO	SIM	VINCULO EMPREGATICIO	ESTATUTARIO	SERVIDOR PROPRIO		0	30	0	30

Total de profissionais 15



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

LABORATÓRIO DA SEMUS



PGRSS - PLANO DE GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Diretor Técnico: Dr. Clayton de Souza

Palmas, 26 de dezembro de 2010

Abreviaturas:

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
CPD – Central de Processamento de Dados

PGRSS - Programa Gerenciamento de Resíduos em Serviços de Saúde
 EPIs – Equipamentos de Proteção Individual
 EPCs – Equipamentos de Proteção Coletiva
 NA – Não avalia

INTRODUÇÃO

Objetivos gerais do PGRSS:

- Solucionar o destino dos resíduos biológicos e químicos: evitando-se danos ambientais,
- atendendo à legislação vigente,
- evitando-se contaminação do ambiente,
- separando-os dos resíduos comuns.
- providenciando acondicionamento e coleta diferenciados, para tratá-los de acordo com o grau de periculosidade.

Objetivos específicos do PGRSS:

- ✓ Garantir o bem-estar da clientela e usuários do **Laboratório de Anatomia Patológica e Citopatologia;**
- ✓ Eliminar os riscos com a manipulação dos resíduos sólidos, pelos funcionários.
- ✓

1. RESPONSABILIDADE TÉCNICA PELA ELABORAÇÃO E EXECUÇÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS SÓLIDOS DO LABORATÓRIO

Médico	Dr. Clayton de Souza
Função	Anatomopatologista Citopatologista Diretor Técnico
Endereço comercial	306 Sul, Av. LO-05, Lote 23 Palmas - TO
Telefone:	(63) 984115311
CRM	3094

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

1.1. REPRESENTANTES DE ÁREAS

GRUPOS	REPRESENTANTES	NÚMERO
Técnicos de saúde de nível superior	Médico patologista	1
	Biomédico	9
Técnicos de saúde de nível médio	Técnico de Laboratório	4
Administração	Gerente administrativo	1

2. FICHA TÉCNICA DA EMPRESA

2.1. Razão Social

Laboratório da SEMUS

2.2. Cadastro Geral de Contribuinte

24851511/0001-85

Inscrição Estadual: Isento

2.3. Endereço

306 Sul, Av. LO-05, Lote 23; CEP: 77021-026

Palmas - TO

TEL. (063) 32185106;

e-mail: semus.anatomiapatologica@gmail.com

2.4. Esfera de competência: Pública

2.5. Atividades Oferecidas

Diagnósticos médicos em Anatomia Patológica e Citopatologia

2.6. Número de Funcionários: Sete (15)

2.7. Representantes Legais

Dr. Clayton de Souza - Diretor Técnico

Laureny Farias da Costa - Diretor Administrativo

2.9. Função do Responsável Técnico

Dr. Clayton de Souza - Médico Patologista

2.10. Regime de Funcionamento

Segunda-feira à Sexta-feira: 07:00 às 18:00 horas

52 semanas por ano

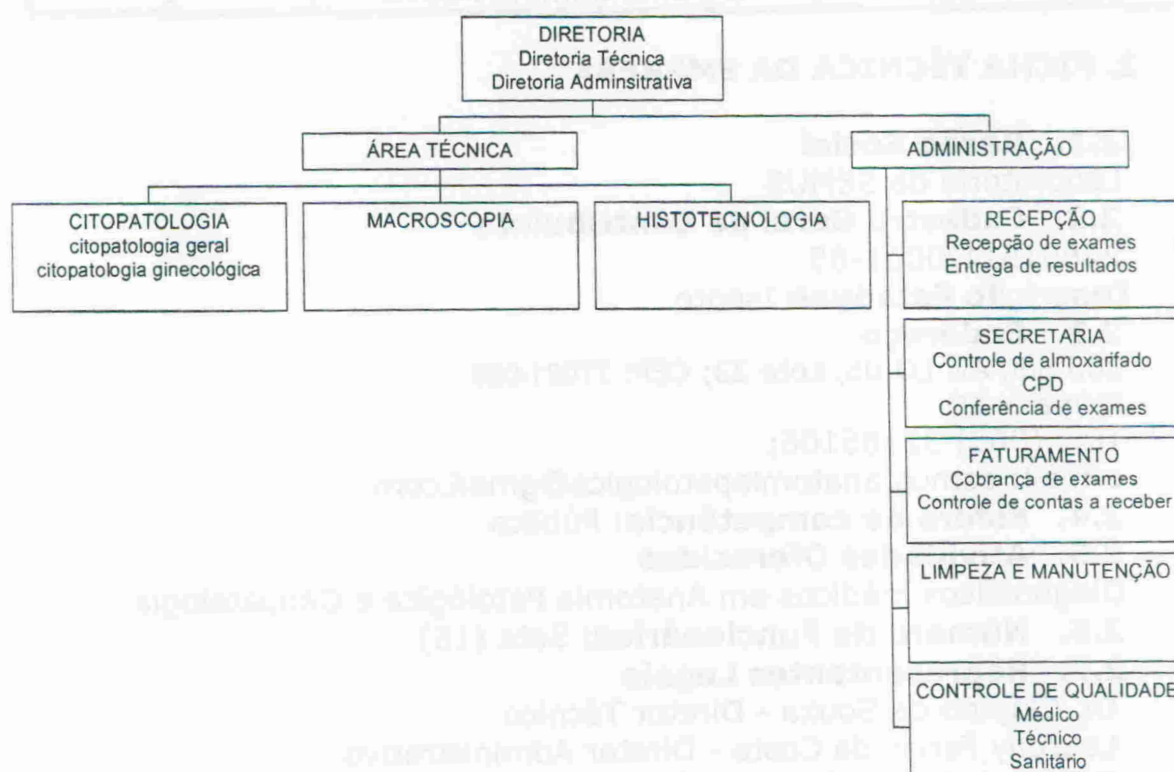
2.11. Área Construída: 108,0 m²

2.12. Detalhamento da área Construída:

ÁREA TOTAL DO TERRENO: 108,00 M ²	QUANTIDADE DE PRÉDIOS: 1
--	--------------------------

Número de pavimentos: 1	Área total construída: 108,00 m ²
Taxa de Ocupação: 100,00 %	Coefficiente de Utilização: 0,xx

2.13. ORGANOGRAMA



3. MEMORIAL DESCRITIVO DAS ATIVIDADES EXERCIDAS

3.1 Definição de Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde

Definição da NBR 12.807 da ABNT - Resíduos de serviços de saúde são os produtos residuais, não utilizáveis, resultantes de atividades exercidas por estabelecimento prestador de serviço de saúde.

O manejo dos resíduos consta das seguintes etapas:

1. GERAÇÃO
2. SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO
3. IDENTIFICAÇÃO
4. COLETA, TRANSPORTE INTERNO
5. ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO
6. ARMAZENAMENTO EXTERNO
7. COLETA, TRANSPORTE EXTERNO
8. DISPOSIÇÃO FINAL

3.2 Classificação dos Resíduos Sólidos em Serviços de Saúde

A classificação adotada neste PGRSS é baseada na Resolução RDC da ANVISA No. 306 de 7 de dezembro de 2004, Resolução CONAMA no. 358, de 29 de abril de 2005:

- ❖ Tipo A – Infectante
- ❖ Tipo B – Químico
- ❖ Tipo C – Radioativo
- ❖ Tipo D – Comum
- ❖ Tipo E - Perfurocortante

3.2.1 Identificação dos Resíduos Sólidos Produzidos no Laboratório de Patologia

Os resíduos gerados são:

1. Grupo A1: Sobras de amostras de laboratório contendo líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
2. Grupo A2: Não há geração.
3. Grupo A3: 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 sem valor científico ou legal e sem a requisição do mesmo pelos seus familiares.
4. Grupo A4: Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo secreções, provenientes de pacientes que

não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes, classe de risco 4, peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos para estudo anatomopatológico.

5. Grupo A5: Não há geração.
6. Grupo B: Resíduos Químicos – Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade; resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratórios, inclusive os recipientes contaminados por estes.
7. Grupo C: Não há geração.
8. Grupo D: São os resíduos comuns, idênticos aos resíduos domiciliares.
9. Grupo E: São os resíduos perfurocortantes – agulhas, pipetas, ponteiros, lâminas, lâminas de barbear, lâminas de bisturi, laminulas, navalhas descartáveis, tubos de ensaios de vidro ou plástico, todos os utensílios de vidros quebrados no laboratório, cacos de vidros e plásticos, etc.

Tabela 1. CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE (RDC 306), INDICANDO-SE, NAS ÁREAS SOMBREADAS OS RESÍDUOS GERADOS NO LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

TIPOS DE RESÍDUOS SÓLIDOS			
TIPO A – RESÍDUOS INFECTANTES		TIPOS B, C, D, E	
A₁ – Material Biológico	Sobras de amostras de laboratório contendo líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.	B – Resíduos químicos	Resíduos Químicos – Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade; resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfestantes; resíduos contendo metais pesados; reagentes de laboratórios, inclusive os recipientes contaminados por estes.
A₂ – Carcaças de animais	Não há geração	C – rejeitos radioativos	Não há geração
A₃ – Peças anatômicas produto de fecundação	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 sem valor científico ou legal e sem a requisição do mesmo pelos seus familiares.	D – Equiparado aos resíduos domiciliares	São os resíduos comuns, idênticos aos resíduos domiciliares.
A₄ – Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes	Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos para estudo anátomo-patológico.	Tipo E – Perfurocortantes	São os resíduos perfurocortantes – agulhas, pipetas, ponteiras, lâminas, lâminas de barbear, lâminas de bisturi, laminulas, navalhas descartáveis, tubos de ensaios de vidro ou plástico, todos os utensílios de vidros quebrados no laboratório, cacos de vidros e plásticos, etc.
A₅ – contaminação com príons	Não há geração		

3.3. Quantidade (Kg/mês) dos Resíduos Sólidos Produzidos Laboratório de Patologia, de acordo com a classificação RDC 306 (Vide Tabela 2)

Tabela 2. Quantidade de Resíduos Sólidos Gerada no Laboratório de Patologia

TIPO DE RESÍDUO	PESO (KG/MÊS)
Infectante (A)	20
Químico (B)	63
Comum (D)	42
Perfurocortante (E)	05

3.4. Fontes Geradoras de Resíduos Sólidos. Tabela 3A. Geração de Resíduos Sólidos no Laboratório de Patologia. Áreas sombreadas indicam resíduos do tipo A ou B ou E.

FONTES	RESÍDUO TIPO A	RESÍDUO TIPO B	RESÍDUO TIPO D	RESÍDUO TIPO E
RECEPÇÃO/ADMINISTRAÇÃO	não	não	sim	não
BANHEIROS DE FUNCION. M, F	não	não	sim	não
COPA	não	não	sim	não
ALMOXARIFADOS 1 e 2	não	não	sim	não
TÉCNICAS - SALAS 1	sim	sim	sim	sim
TÉCNICA MACROSCÓPICA	sim	sim	sim	sim
SALAS DE MICROSCOPIA	não	não	sim	não
ABRIGO EXTERNO DE RESÍDUOS	sim	sim	não	sim
ÁREA DE LAVAGEM MATERIAL GERAL	não	não	sim	não
ÁREA DE LAVAGEM ESPECIAL	sim	sim	não	não
SALA DE ARQUIVO	não	não	não	sim
SALA DE RESERVA DE PEÇAS ANATÔMICAS	sim	sim	não	não

Tabela 3B. CARACTERIZAÇÃO DOS ASPECTOS AMBIENTAIS

LOCAL	RESÍDUOS SÓLIDOS	EFLUENTES LÍQUIDOS
Recepção/Administração	Papel, copos plásticos, lâmpadas fluorescentes.	-----
Sanitários e Vestiários	Papéis higiênicos e absorventes, toalhas de papel.	Águas servidas e esgoto.
Salas de microscopia	Papel, copos plásticos, sacos plásticos, lâmpadas fluorescentes.	-----

Sala de técnica citológica (1)	Sobras de amostras e seus recipientes contendo secreções e líquidos corpóreos, material perfurocortante e toalhas de papel.	Águas servidas e esgoto.
Sala de técnica histológica	Material perfurocortante, reagentes de laboratório, resíduos químicos e seus recipientes e toalhas de papel.	Águas servidas e esgoto.
Sala de macroscopia	Pecas anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudo anatomopatológico, material perfurocortante e resíduos químicos e seus recipientes e toalhas de papel.	Águas servidas e esgoto.
Copa	Resíduos que não apresentam risco biológico: restos alimentares de funcionários, toalhas de papel, copos plásticos	Águas servidas e esgoto.
Área de Lavagem	Resíduos saneantes e desinfetantes	Águas servidas e esgoto.

OBSERVAÇÃO: Na região em que se localiza o estabelecimento, existe coleta e tratamento de esgoto.

3.5. Acondicionadores (sacos plásticos) e Fonte Geradora (tabela 4)

Tabela 4. Tipos de Acondicionadores e Respectivas Fontes Geradoras de Resíduos

	COR DE SACO PLÁSTICO COLOCADO EM RECIPIENTE RÍGIDO COM TAMPA, PEDAL	OUTROS RECIPIENTES	ESTERILIZAÇÃO PRÉVIA SEGUIDA DE EMBALAGEM EM SACO BRANCO-LEITOSO
RECEPÇÃO/ADMINISTRAÇÃO	Azul ou preto		
BANHEIRO DE FUNCIONÁRIOS	Azul ou preto		
COPA	Azul ou preto		
ALMOXARIFADO	Azul ou preto		
TÉCNICAS CITO-HISTOLÓGICAS	Branco-leitoso	Recipiente próprio para perfurocortante; Bombona para coleta de xilol usado	Resíduos de sangue, líquidos corpóreos e produtos portadores de agentes biológicos
TÉCNICA DE MACROSCOPIA	Branco-leitoso	Recipiente próprio para	

		perfurocortante	
SALAS DE MICROSCOPIA	Azul ou preto		

3.5.1. Normas e Regras para Acondicionamento de Resíduos

Uso de sacos plásticos, segundo a NBR 9.190.

- ❖ Preenchimento: até 2/3 da sua capacidade.
- ❖ Disposição: no interior de recipientes rígidos (latas de lixo), com tampa e pedal
- ❖ Fechamento da boca dos sacos: com dois ou mais nós.
- ❖ Localização: em todos os pontos de geração de resíduos.
- ❖ Capacidade: maior capacidade (100 litros) para a coleta interna e de menor capacidade (20 litros) para a coleta junto ao ponto de geração

3.5.2. Normas Específicas para Resíduos Infectantes (tipo A, RDC 306)

- ❖ Uso obrigatório de saco plástico branco leitoso (NBR 9.190).
- ❖ Resíduos de líquidos e secreções corpóreas, encaminhados para exame citopatológico, que podem ser portadores de agentes biológicos (tipo A1, RDC 306) são submetidos a tratamento prévio (calor seco ou autoclave) na própria unidade geradora. Depois de colocados em sacos plásticos brancos leitosos são encaminhados à coleta interna. **OBSERVAÇÃO:** *No Laboratório de Patologia não há atividades com bolsas de sangue, meios de cultura ou vacinas*
- ❖ Precauções Universais:
Determinam cuidados especiais de manuseio e tratamento, considerando como potencialmente contaminados por HIV e Hepatite B, os líquidos orgânicos (secreções, excreções, vômito, sangue), bem como materiais contaminados por estes meios, classificados segundo a RDC 306 como tipo A1

3.5.3 Normas Específicas para Resíduos Químicos (tipo B, RDC 306)

3.5.3.1. Rotulagem de Produtos Químicos

Todos os frascos de produtos químicos, originais ou não, devem conter um rótulo com as seguintes informações:

Nome do produto

Responsável pela preparação

Concentração

Cuidados

Data do preparo

Data da validade

Condições de estocagem

3.5.3.2. Armazenamento de Produtos Químicos

Ao armazenar substâncias químicas, observar:

- ❖ Incompatibilidades entre os materiais armazenados, principalmente nos almoxarifados (vide tabela 5).
- ❖ Sistema de ventilação.
- ❖ Sinalização correta.
- ❖ Disponibilidade de EPIS e EPCs.
- ❖ Área administrativa separada da área técnica e da armazenagem.

Tabela 5. Produtos Químicos Incompatíveis

Substâncias	Estocagem Incompatível com:
Acetileno	Cloro, bromo, flúor, cobre, prata, mercúrio
Ácido Acético	Óxido de cromo IV, ácido nítrico, ácido perclórico, peróxidos, permanganato, ácido acético, anilina, líquidos e gases combustíveis.
Ácido Nítrico	Ácido acético, anilina, líquido e gases combustíveis
Ácido Oxálico	Prata, sais de mercúrio
Ácido Perclórico	Anidrido acético, álcoois, papel, madeira, clorato de potássio, perclorato de potássio
Amoníaco	Mercúrio, hipoclorito de cálcio, iodo, bromo
Amônio Nitrato	Ácidos, metais em pó, substâncias orgânicas ou combustíveis finamente divididos
Anilina	Ácido nítrico, peróxido de hidrogênio
Carvão Ativo	Hipoclorito de cálcio, oxidantes
Cianetos	Ácidos
Cloratos	Sais de amônio, ácidos, metais em pó, enxofre
Cobre	Acetileno, peróxido de hidrogênio
Cromo IV Óxido	Ácido acético, naftaleno, glicerina, líquidos combustíveis.
Hidrocarbonetos	Flúor, cloro, bromo, peróxido de sódio
Hidrogênio Peróxido	Cobre, cromo, ferro, álcoois, acetonas, substâncias combustíveis
Líquidos inflamáveis	Nitrato de amônio, peróxido de hidrogênio, ácido nítrico, peróxido de sódio, halogêneos
Mercúrio	Acetileno, amoníaco
Metais Alcalinos	Água, tetracloreto de carbono, halogêneos

Permanganato de Potássio	Glicerina, etilenoglicol, ácido sulfúrico
--------------------------	---

OBSERVAÇÕES RELEVANTES

- ❖ Ao reutilizar um frasco vazio certifique-se de que a etiqueta original foi completamente retirada antes de colocar a nova etiqueta.
- ❖ Quando encontrar uma embalagem sem rótulo de identificação, descarte o produto.
- ❖ Observar características de periculosidade da substância química (NBR 10.004 da ABNT), na eventualidade de exigir tratamento específico.
- ❖ Manter estoques baixos, suficientes para períodos curtos de tempo;
- ❖ Usar recipientes compatíveis com o tipo e as propriedades do produto. Exemplo: substâncias corrosivas (recipientes de vidro), substâncias fotossensíveis (frascos escuros);
- ❖ Uso de tampas para a perfeita vedação e prevenção de vazamentos.
- ❖ Não descartar resíduos químicos na rede de esgoto, se não for possível neutralizá-los ou desinfetá-los
- ❖ Para os resíduos químicos perigosos (tipo B, RDC 306) deverão ser obtidas soluções que minimizem o risco e o tratamento desses resíduos, compatibilizando-os com a disposição final;
- ❖ O recipiente que embala resíduos químicos perigosos deve ter rótulo (NBR 10.004 da ABNT) com: nome do produto, características físico-químicas, volume, simbologia para identificação da natureza do produto
- ❖ Quando possível realizar a reciclagem ou substituição de produto químico por outro menos perigoso.
- ❖ Os cuidados dos itens desta relação ficam ao encargo de técnico treinado para o manuseio dos resíduos

3.5.4. Resíduos Comuns (tipo D, RDC 306)

Podem ser encaminhados à coleta regular, na condição de:

- a) Não entrar em contato com os resíduos infectantes e especiais.
- b) Ter fluxo de coleta próprio, em acordo com o horário da coleta municipal.
- c) Manter-se em abrigo exclusivo, independente da área reservada aos resíduos infectantes e especiais.

- d) Uso de EPIs (Equipamentos de Proteções Individuais) pelos funcionários de limpeza.

OBSERVAÇÃO:

Os resíduos sólidos comuns devem ser acondicionados em sacos plásticos (NBR 9.190) azuis ou pretos. O enchimento não pode ultrapassar 2/3 da capacidade, realizando-se o fechamento com, pelo menos, dois nós. Exemplos de resíduos comuns:

- e) Material descartado nos setores administrativos, como papéis, sacos plásticos, canetas, descartáveis, etc.
- f) Restos de alimentos, que não tenham entrado em contato com pacientes.
- g) Embalagens provenientes do almoxarifado.
- h) Restos de poda, jardinagem e varrição dos setores de manutenção ou de áreas externas

3.5.5. Resíduos Perfurocortantes (tipo E, RDC 306)

- ❖ Utilizar depósito especial, rígido, resistente a vazamentos, identificado com a simbologia "Substância Infectante" preenchido até no máximo 2/3 da capacidade, segundo a NEA IPT 55. Evitar o recapeamento ou dobramento de agulhas.

3.6. Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) utilizados nas Fontes Geradoras de Resíduos Sólidos

Os equipamentos de proteção individual são: luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, capotes (aventais) e botas

3.6.1. Recomendações gerais - Norma Regulamentadora NR-6 (lei 6.514 de 22/12/78) do Ministério do Trabalho e pela NBR 12.810 da ABNT

- ❖ Uso obrigatório para os funcionários que coletam os resíduos nas fontes geradoras de resíduos;
- ❖ Lavagem e desinfecção ao final do trabalho. Substituição imediata em caso de contaminação;
- ❖ Devem apresentar Certificado de Aprovação – CA – expedido pelo Ministério do Trabalho, para produção, comercialização e uso;

3.6.2. EPIs utilizados e suas indicações

Tabela 6. Tipos de EPIs, características e indicações de uso

EPIs	CARACTERÍSTICAS	INDICAÇÕES
UNIFORME	calça comprida e camisa com manga $\frac{3}{4}$, de tecido resistente e de cor clara	Durante toda a jornada de trabalho
LUVAS	Impermeáveis, resistentes, tipo PVC, antiderrapante e de cano longo.	Sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções
GORRO	cor branca, para proteção dos cabelos	Quando houver possibilidade de respingo de sangue ou outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional
BOTAS	material impermeável e resistente, tipo PVC de cor clara, cano $\frac{3}{4}$ e solado anti-derrapante	Proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante
MÁSCARA	tipo respirador com filtro para solventes (modelos: 1/4 facial-Fenix da linha millenium-Lumac-CA 12023	Quando houver possibilidade de: 1) respingo de sangue ou outros fluidos corpóreos (proteção das mucosas da boca, nariz e olhos)
ÓCULOS DE PROTEÇÃO	lente de plástico (tipo panorâmica), incolor, armação de plástico flexível, dotados de dispositivos de ventilação	2) formação de aerossol ou suspensão de partículas, em atividades como pipetagem, centrifugação, realização de raspados (rasprints) epidérmicos ou em peças cirúrgicas
AVENTAL (CAPOTE)	Impermeável, longo, de material liso, flexível e de cor clara	Quando houver possibilidade de contato com material biológico, inclusive de superfícies contaminadas

OBSERVAÇÕES:

3.6.2.1 Os óculos, a máscara e o avental devem ser utilizados apenas durante a coleta, quando o funcionário:

- fizer contato com secreção do paciente;
- estiver em áreas de isolamento;
- realizar a lavagem e desinfecção dos equipamentos de coleta;
- verificar espalhamento dos resíduos, por rompimento dos sacos plásticos.

3.6.2.2 Uniforme

- ❖ Usar um jogo limpo ao início da jornada de trabalho. A higienização do fardamento não será realizada pelo funcionário encarregado do manuseio dos resíduos sólidos. O Laboratório de Patologia faz opção por serviço terceirizado
- ❖ O Laboratório de Patologia providenciará uniformes limpos para o funcionário de limpeza, em cada jornada de trabalho.
Os uniformes ficarão à disposição dos usuários em armários individuais, nos vestiários.

3.6.2.3. Luvas

- ❖ Colocar luvas no momento de contato com os resíduos, com a finalidade de proteção contra risco biológico, agentes químicos e injúria traumática
- ❖ TODO MATERIAL BIOLÓGICO, MESMO QUANDO APARENTEMENTE LIMPO E SECO deve ser manipulado com o uso de luvas de borracha.
- ❖ Lavar as mãos enluvasadas e depois sem luvas, assim que termine o manuseio com os resíduos.
- ❖ Quando utilizadas com material biológico ou químico devem ser descartadas em recipiente de lixo biológico.
- ❖ As mãos devem ser lavadas após a remoção das luvas.
- ❖ Para trabalho com material não contaminado (atender o telefone ou utilizar o computador), as luvas devem ser retiradas ou colocada uma segunda luva de proteção
- ❖ No caso das luvas não descartáveis, devem ser descontaminadas, após cada uso e estocadas em uma área limpa, guardadas em protetores de papelão tipo envelope.

3.6.2.4. Higiene corporal dos indivíduos envolvidos com o manuseio dos resíduos, deve incluir:

- ❖ Banho, preferencialmente, antes e após o início do turno de trabalho.
- ❖ Condutas de asseio: manter unhas cortadas; barba escanhada; cabelos preferencialmente curtos, mantidos sob gorros durante o turno de trabalho; escovação dos dentes.
- ❖ Lavagem frequente das mãos: antes das refeições, após uso de instalações sanitárias e durante o turno de trabalho, mesmo após o uso de luvas.

3.6.2.5 – Tipos de EPIs necessários de acordo com o risco

Tabela 7. Identificação de riscos e tipos de EPIs, que devem ser utilizados pelo pessoal da área técnica, transporte de resíduos e limpeza

LOCAL	RISCOS	EPIs NECESSÁRIOS
Área técnica (salas de citologia, macroscopia e histotecnologia)	Microorganismos. Levantamento e transporte manual de pesos, postura inadequada. Acondicionamento Inadequado. Inexistência de identificação nos recipientes e sacos coletores.	Luvas de borracha, óculos de proteção e máscara respiratória
Área de lavagem e montagem	Microorganismos Substâncias químicas, levantamento e transporte manual de pesos, postura inadequada. Iluminação inadequada, materiais perfurocortantes, acondicionamento inadequado, inexistência de identificação nos recipientes e sacos coletores.	Luvas de borracha, avental impermeável e máscara cirúrgica e respiratória
Sanitários	Microorganismos, levantamento e transporte manual de pesos, postura inadequada. Acondicionamento inadequado, inexistência de identificação nos recipientes e sacos coletores.	Luvas de Borracha, avental impermeável

3.6.3. Definição de Obrigações para o Empregador, Empregado e Fabricante, são especificados, no quadro a seguir (Vide Tabela 8).

Tabela 8. Definição de Obrigações Quanto À EPI (NR 6)

OBRIGAÇÕES DO EMPREGADOR	OBRIGAÇÕES DO EMPREGADO	OBRIGAÇÕES DO FABRICANTE
Adquirir tipo adequado a atividade do funcionário	Usá-lo apenas para o fim a que se destina	Comercializar somente o equipamento portador de CA
Fornecer ao empregado somente EPI com CA	Responsabilizar-se por sua guarda e conservação	Renovar o CA quando vencido o prazo de validade estipulado pelo MTb
Oferecer treinamento sobre uso adequado. Torná-los de uso obrigatório	Comunicar ao empregador qualquer alteração que o torne impróprio para o uso	Requerer novo CA quando houver alterações das especificações do equipamento aprovado
Promover substituição imediata quando de danos ou extravios		
Responsabilizar-se por sua higienização e manutenção periódica		
Comunicar ao MTb qualquer irregularidade observada no EPI adquirido		

3.7. Plano de treinamento para os geradores de resíduos sólidos

3.7.1. Perfil do profissional, gerente do PGRSS

- ❖ Nível superior (graduação em Medicina, Enfermagem, Biologia ou área afim).
- ❖ Conhecimentos na área de administração de estabelecimentos de serviços de saúde.
- ❖ Conhecer as normas de procedimento para o manuseio adequado dos resíduos sólidos.
- ❖ No **Laboratório de Patologia** os profissionais responsáveis pelo gerenciamento dos resíduos sólidos e treinamento de funcionários será realizado pelo GRO (Gerenciamento de Risco Ocupacional).

3.7.2. Atribuições do profissional, gerente do PGRSS

- ❖ Conhecer as normas e procedimentos para o manuseio adequado dos resíduos sólidos.
- ❖ Definir e providenciar aquisição de equipamentos necessários ao manuseio de resíduos.
- ❖ Definir os responsáveis pela supervisão junto aos pontos de geração de resíduos.
- ❖ Colher dados de saúde ocupacional, com as providências necessárias para a sua recuperação e/ou manutenção.
- ❖ Estudar falhas de execução do PGRSS, propondo as correções pertinentes.

3.7.3. O treinamento dos funcionários com os EPIs, objetiva conscientizar para:

- A correta uniformização;
- A utilização dos EPIs como instrumentos auxiliares para a proteção da saúde;
- A limitação dos EPIs para isolar definitivamente a possibilidade de risco;
- A necessidade de treinamento constante.

3.7.4. Nível operacional

3.7.4.1. Os funcionários atendem as seguintes exigências:

- ❖ Instrução básica (nível escolar primário).

- ❖ Disciplina e responsabilidade para a execução dos objetivos propostos.

- ❖ Biotipo compatível com o esforço exigido para a atividade a ser desempenhada.

3.7.4.2. São atribuições dos profissionais de nível operacional:

- ❖ Realizar a coleta dos resíduos nos pontos de geração, nos horários determinados
- ❖ Fechar o saco plástico com o conteúdo da coleta
- ❖ Transportar os sacos para o abrigo externo.
- ❖ Proceder conforme especificado no item 4.1.5.7, quando acontecer rupturas e espalhamento de resíduos.
- ❖ Comunicar ao supervisor as ocorrências irregulares ou imprevistas.
- ❖ Executar serviços de limpeza e varrição úmida das áreas geradoras de resíduos
- ❖ Cumprir rigorosamente as normas de manuseio com resíduos;
- ❖ Desempenhar suas funções fazendo uso dos EPI's indicados.

OBSERVAÇÃO:

A supervisão será realizada por funcionário com instrução de nível médio, relacionada a área técnica; deve estar atualizado com:

- as atividades e rotinas do estabelecimento,
- as normas de procedimentos com resíduos,
- as questões de saúde ocupacional.

4. PRODUÇÃO, COLETA E TRANSPORTE DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Coleta Interna

- Procedimento: o material é retirado das fontes geradoras e encaminhado ao abrigo externo.
- Deve ser realizado em sentido único, com roteiro (vide abaixo) e horários definidos
- Frequência da coleta: uma vez ao dia, justificado pelo baixo volume gerado, no final da tarde (17:30 h).
- Responsabilidade da coleta interna: exclusivamente pessoal da limpeza
- Precauções: o horário da coleta interna deve ser adequado ao período de menor fluxo de pessoas no laboratório, evitando-se trânsitos paralelos nos setores.
- Cada grupo de resíduos deve ser coletado separadamente e em recipientes específicos

Para os resíduos comuns (D) o fluxo da coleta é:

Recepção => Copa => WC2 (funcionários/F) => Vestiário F => Área de lavagem (interna) => Vestiário M => Almoxarifados => WC3 (funcionários/M) => Abrigo de Resíduos Comuns.

Para os resíduos tipo A, B, ou E, o fluxo da coleta é:

WC(recepção) => Sala de colheita => Técnicas cito-histológicas, => Técnica de Macroscopia => Área de lavagem 2 (externa) => Abrigo Externo de Resíduos.

4.1. Armazenamento Externo e Abrigo de Resíduos

A função do abrigo externo é armazenar os resíduos sólidos oriundos das fontes geradoras do Laboratório de Patologia. A sua construção segue as especificações da NBR – 12.810 – ABNT

4.1.1. Descrição do Abrigo de Resíduos. Indicação de Acesso e Coleta Externa

- ❖ Contêiner fechado, com porta com abertura para cima e com proteção inferior para dificultar a entrada de vetores
- ❖ Localização de fácil acesso para a recepção do material da coleta interna e para a realização da coleta externa.
- ❖ Identificação com a simbologia de infectante (NBR 7.500). O acesso é restrito aos funcionários envolvidos com as operações de coleta.

OBSERVAÇÕES:

- ✓ Higienização corporal dos funcionários: no final do turno de trabalho
- ✓ Procedimento com uniformes e EPIs utilizados: os funcionários colocarão seus EPIs e uniformes utilizados em sacos brancos leitosos, que serão fechados e, assim depositados em baldes com tampas
- ✓ Recolhimento dos uniformes e EPIs utilizados: para encaminhamento à desinfecção
- ✓ Área limpa do vestiário: anexa às instalações sanitárias, para troca de roupa, após o banho
- ✓ Armários do vestiário: individuais, duplos, um lado para guardar roupa e objetos pessoais e outro contendo uniforme, calçados e demais EPI's limpos.

O Laboratório de Patologia providenciará a limpeza permanente de suas instalações, adotando os seguintes procedimentos:

- ✓ O fluxo de limpeza será sempre da área mais limpa para a mais suja (banheiro).
- ✓ Água e sabão especial para uso hospitalar serão utilizados para desinfetar piso e superfícies fixas.
- ✓ A desinfecção de banheiros será realizada com compostos fenólicos a 1%

4.1.2. Perfil do(s) Funcionário(s) que Terá(ão) Acesso ao Abrigo de Resíduos

- ❖ Instrução, no mínimo, básica (curso primário).
- ❖ Personalidade voltada à disciplina, organização, capacidade para realização de tarefas repetitivas.
- ❖ Boas condições físicas: ausência de doenças parasitárias, respiratórias, alérgicas, diabetes, hipertensão, problemas de coluna, e outras que possam prejudicar o exercício de suas funções ou por ele serem intensificadas.

4.1.3. EPIs dos funcionários com acesso ao abrigo de resíduos

Vide tabela 6, página 19

4.1.4. Informar o Símbolo de Identificação do Abrigo de Resíduos:



4.1.5. Informações sobre o Plano de Limpeza do Abrigo Externo de Resíduos

- 4.1.5.1. Realização de limpeza: logo após a coleta.
- 4.1.5.2. Material de limpeza: solução desinfetante, sabão, hipoclorito 1%, vassoura, roldo, pano de flanela branca e esponja.
- 4.1.5.3. Uso de solução desinfetante: logo após a coleta externa dos resíduos, para limpar o piso e as paredes, durante dez (10) minutos
- 4.1.5.4. Enxaguamento e lavagem com sabão (formulado especialmente para uso de serviços de saúde): após o uso da solução desinfetante
- 4.1.5.5. Repetir enxaguamento
- 4.1.5.6. Os panos utilizados devem ser encaminhados à lavanderia e desinfetados.

4.1.5.7. No caso de espalhamento accidental de resíduos, durante o transporte dos sacos do abrigo externo até o veículo, por ruptura do recipiente, o agente de limpeza deve cuidar para:

- ✓ Isolar a área com o cone e a fita de sinalização.
- ✓ Desinfecção das áreas e superfícies quando e onde houver derrame, constando de: aplicação de solução desinfetante, aguardo do tempo de contato, remoção dos resíduos, nova aplicação de desinfetante, aguardo do tempo de contato, lavagem da área.
- ✓ Espalhar a solução desinfetante sobre os resíduos aguardando o necessário tempo de contato (30 minutos).
- ✓ Coletar os resíduos com equipamentos auxiliares.
- ✓ Colocar os resíduos em saco plástico, vedando-o para transportá-los a seguir para o veículo.
- ✓ Derramar novamente solução desinfetante na área onde houve o espalhamento de resíduos e nos equipamentos auxiliares utilizados (pá e roldo).
- ✓ Retirar as luvas.
- ✓ Retirar o cone e a fita de sinalização e guarda os equipamentos auxiliares.
- ✓ Higienizar as mãos.

4.1.6. Período Máximo de Armazenamento Externo

O período máximo de armazenamento externo será de trinta (30) dias, justificado pela pequena quantidade de resíduos de serviços de saúde que o Laboratório de Patologia produz mensalmente.

4.1.7. Disposição dos Sacos Plásticos no Abrigo Externo de Resíduos

O armazenamento externo deve ser feito de forma a não empilhar sacos acima de 1,20 m, dispondo os resíduos mais densos abaixo dos mais leves.

4.2. UTILIZAÇÃO DA ÁGUA

4.2.1. Fonte de Abastecimento

Companhia da Água e Esgoto do Estado BRK- Saneatins

4.2.2. Uso da Água

- ❖ Instalações sanitárias.
- ❖ Higienização dos diversos ambientes.
- ❖ Lavagem de materiais.
- ❖ Copa.
- ❖ Serviços técnicos

4.2.3. Consumo Mensal da Água: 100 m³

4.2.4. Descrição do Sistema de Captação e Transporte das Águas Pluviais

A captação das águas pluviais é feita por calhas de PVC e zinco. Estas despejam a água diretamente no chão, sendo absorvida pelo solo, havendo também sistemas de drenagem em alguns setores, que transportam a água pluvial para o sistema de esgotos

4.3. Resíduos Líquidos

4.3.1. Origem dos Resíduos Líquidos

- ❖ Instalações sanitárias.
- ❖ Higienização de ambientes.
- ❖ Lavagem de materiais.
- ❖ Copa.

4.3.2. Quantificação dos despejos líquidos

Aproximadamente **50m³** por mês

4.3.3. Sistema de tratamentos dos despejos líquidos

Não há tratamento dos despejos líquidos, em virtude de não haver despejo significativo de substâncias químicas na rede coletora de esgotos

4.3.4. Destino dos Resíduos Líquidos

Rede Coletora de Esgoto da Companhia de Água e Esgotos do Município

4.4. Emissões Atmosféricas

No Laboratório de Patologia não há emissões atmosféricas.

4.5. Emissões Radioativas

No Laboratório de Patologia não há emissões radioativas

5. TRATAMENTO E/OU DISPOSIÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

5.1. Descrição Completa do Tratamento e Disposição dos Resíduos Sólidos. Coleta e Transporte Externos

Os resíduos sólidos gerados pelo Laboratório de Patologia são coletados pela empresa LBL Logística e Gestão Ambiental (contrato anexo), que, por ter provado condições de tratar apropriadamente esse tipo de lixo, antes de sua eliminação no meio ambiente está licenciada pelos órgãos ambientais. Tal firma contratada tem elaborado o seu próprio roteiro de coleta, para atender os vários estabelecimentos de saúde do município.

5.2. Coleta externa

A coleta externa terceirizada pela empresa licenciada LBL Logística e Gestão Ambiental será realizada uma vez por semana, tendo em vista o pequeno volume de resíduos sólidos gerados no Laboratório de Patologia. O tempo médio de descarga é calculado em três minutos.

Tabela 9. EMPRESA LICENCIADA PARA COLETA EXTERNA

COLETA EXTERNA				
COLETA DE RESÍDUOS DO GRUPO A, GRUPO B E GRUPO E				
EMPRESA	CNPJ	LICENÇA DE OPERAÇÃO	ENDEREÇO	NOME DO RESPONSÁVEL

Valor Ambiental	07.026.299/0001-00		ST SAI Trecho 4; N 106; Lote 2000; Bloco F; Zona Industrial Guara - DF; CEP: 71200-040	Diego Fone: 63 32143214
-----------------	--------------------	--	--	----------------------------

5.3. Guarnição

Vide tabela 10. Controle de riscos e itens seguintes abordando cuidados profiláticos pelo manuseio de resíduos sólidos, uso correto dos EPIs, higiene corporal do indivíduo que manuseiam os resíduos

5.3.1. Cuidados Profiláticos com Funcionários, que Manuseiam Resíduos Sólidos:

- Vacinação contra o tétano e a hepatite B
- Exames clínicos e laboratoriais periódicos, no mínimo duas (2) vezes ao ano.
- Não exercer qualquer outra atividade (fumar, alimentar-se, atender telefone, manusear documentos, abrir gavetas ou armários de áreas limpas, etc.) com as mãos enluvasadas

Tabela 10. Controle de Riscos

LOCAL	RISCOS BIOLÓGICOS	RISCOS QUÍMICOS	RISCOS ERGONÔMICOS	RISCOS DE ACIDENTES
Recepção, Administração, Copa			Levantamento e transporte manual de pesos, postura inadequada.	Acondicionamento inadequado, inexistência de identificação nos recipientes.
Áreas técnicas (salas de citologia, macroscopia e histotecnologia)	Microorganismos	Compostos e Substâncias químicas	Levantamento e transporte manual de pesos, postura inadequada	Iluminação inadequada, materiais perfurocortantes, acondicionamento inadequado, inexistência ou incorreção na identificação dos

				recipientes e sacos coletores.
Sanitários	Microorganismos	-----	Levantamento e transporte manual de pesos, postura inadequada.	Acondicionamento inadequado, inexistência ou incorreção na identificação dos recipientes e sacos coletores.
Área de lavagem e sala de montagem	-----	Compostos e Substâncias químicas	Levantamento e transporte manual de pesos, postura inadequada	Iluminação inadequada, acondicionamento inadequado, inexistência ou incorreção na identificação dos recipientes e sacos coletores.

5.3.2. Instruções para uso correto dos EPIS:

Vide item 3.6.2 e subitens – páginas 15 a 19.

5.4. Transporte Externo

Realizado semanalmente, ao encargo de empresa terceirizada, a SERQUIP (Vide tabela 8)

5.5. Tratamento e Destino Final Adequado dos Resíduos Sólidos.

5.5.1. Esterilização –

Alguns resíduos, gerados no Laboratório de Patologia devem ser esterilizados, ou seja, receber um pré-tratamento, antes de seu descarte. Diante do pequeno volume de material que requer esse tratamento (líquidos biológicos potencialmente infectados), a opção de

esterilização será realizada com estufa de esterilização ou formolização. Ambos processos têm alto poder de destruição – (1) pela penetração do calor seco e destruição das bactérias pela termocoagulação, sendo suficiente uma exposição de 160°C a 180°C, durante 02 a 04 horas ou (2) pela desnaturação das proteínas citoplasmáticas pelo formol. No Laboratório de Patologia a pré-esterilização será utilizada exclusivamente para resíduos do grupo A1 (pequenos volumes de líquidos corpóreos ou secreções enviados ao laboratório para exame citopatológico). Estes, após redução da carga microbiana pela esterilização em estufa são despejados na pia da área de lavagem.

5.5.2. Destino Final dos Resíduos

A norma 05/86 e a 283 do CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente - determina que cada estabelecimento prestador de serviços de saúde seja responsável pelo gerenciamento dos seus resíduos, incluindo portanto o tratamento e/ou disposição final. O Laboratório de Patologia utiliza, neste momento, os serviços da empresa L.B.L Logística e Gestão Ambiental para dispor os resíduos infectantes, conforme a permissão da legislação vigente. O resíduo sólido comum continuará sendo coletado pela mesma empresa, para encaminhamento ao Aterro Sanitário Metropolitano do Município. O xileno (resíduo químico) deverá ser colocado em bombonas para evaporar, tendo em vista que, no Laboratório de Patologia, a quantidade que mensalmente gerada é pequenas, insuficiente para produzir dano ambiental.

Os resíduos do Grupo D, que são coletados pela Limpeza Urbana são encaminhados para o Aterro Sanitário do município.

|

Os resíduos dos Grupos A, B e E são coletados pela L.B.L Logística e Gestão Ambiental, que é credenciada pela Limpeza Urbana, para execução desse serviço e de seu encaminhamento para o aterro sanitário licenciado.

5.6. AÇÕES A SEREM ADOTADAS EM SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA E ACIDENTES

MEDIDAS DE PRIMEIROS-SOCORROS

- 1) Acidentes com materiais perfurocortantes:

Os procedimentos recomendados em caso de exposição a material biológico incluem cuidados locais na área exposta, recomendações específicas para imunização contra tétano e, medidas de quimioprofilaxia, se recomendado.

CUIDADOS COM MATERIAIS PERFUROCORTANTES:

Recomendações específicas devem ser seguidas durante a realização de procedimentos que envolvam a manipulação de material perfurocortante:

- Máxima atenção durante a realização dos procedimentos;
- Jamais utilizar os dedos como anteparo durante a realização de procedimentos que envolvam materiais perfurocortantes;
- As agulhas não devem ser reencapadas, entortadas, quebradas ou retiradas da seringa com as mãos;
- Não utilizar agulhas para fixar papéis;
- Todo material perfurocortante (navalhas descartáveis, agulhas, *scalp*, lâminas de bisturi, vidrarias, entre outros), mesmo que estéril deve ser desprezado em recipientes resistentes à perfuração e com tampa;
- Os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocados sempre próximos do local onde é realizado o procedimento.

A MELHOR PREVENÇÃO É NÃO SE ACIDENTAR!

TABELA 11 – CUIDADOS APÓS EXPOSIÇÃO A MATERIAL BIOLÓGICO

APÓS EXPOSIÇÃO AO MATERIAL BIOLÓGICO
Cuidados locais com a área exposta devem ser imediatamente iniciados. Deve-se proceder a lavagem exaustiva com água corrente e sabão, em caso de exposição percutânea. O uso de solução anti-séptica degermante (PVP-Iodo ou clorexidina) pode também ser recomendado, embora não haja nenhuma evidência objetiva de vantagem em relação ao uso do sabão. Após exposição em mucosas, deve-se proceder à lavagem exaustiva com água ou com solução fisiológica. Procedimentos que aumentam a área exposta (cortes, injeções locais) e a utilização de soluções irritantes como éter, hipoclorito ou glutaraldeído são contraindicados. Em casos de cortes profundos, procurar assistência médica.

2) Acidentes com exposição a produtos químicos:

TABELA 12 – CUIDADOS APÓS EXPOSIÇÃO A PRODUTOS QUÍMICOS

INALAÇÃO
Remover o indivíduo ao ar livre. Se não estiver respirando, fazer respiração artificial. Se respirar com dificuldade, dê oxigênio. Procure ajuda médica imediatamente.
INGESTÃO DE ETANOL
INDUZA O VÔMITO! Dê de 2 a 4 copos de água ou leite se a pessoa estiver consciente. Nunca dê algo pela boca para uma pessoa inconsciente.
INGESTÃO DE XILOL
Se for ingerido, o vômito pode ocorrer espontaneamente, mas NÃO O INDUZA. Se ocorrer vômito, mantenha a cabeça em um nível mais baixo que os quadris para prevenir aspiração pelos pulmões. Nunca dê algo pela boca para uma pessoa inconsciente.
INGESTÃO DE FORMOL
Dê muito leite ou água para a vítima. Nenhuma substância orgânica neutralizará o formaldeído. Se ocorrer vômito, mantenha a cabeça da vítima mais baixa que os quadris.
CONTATO COM A PELE
Lave imediatamente com água corrente e sabão. Remova a roupa contaminada e os sapatos. Procure ajuda médica. Lave as roupas e os sapatos antes de reutilizá-los.
CONTATO COM OS OLHOS
Lave imediatamente com água corrente por, pelo menos, 15 minutos, abrindo e fechando ocasionalmente as pálpebras. Retirar lentes de contato. Procure ajuda médica imediatamente.

TABELA 13 – CONTROLE DE RISCOS

SEGREGAÇÃO, ACONDICIONAMENTO, COLETA INTERNA, TRANSPORTE E TRANSBORDO PARA O ABRIGO EXTERNO				
O QUÊ	QUEM	COMO	QUANDO	AÇÃO
RISCO BIOLÓGICO Contaminação por agentes biológicos	Médicos Auxiliares de Laboratório Serviços Gerais	Lesão por corte e perfuração causada por resíduo perfurocortante. Contato com materiais contaminados com fluidos orgânicos	Horário de coleta externa, processamento do material, transporte e transbordo para abrigo externo. Na segregação e acondicionamento.	Cursos de capacitação. Utilização dos EPI's necessários. Segregação correta. Acondicionamento em recipientes específicos para cada tipo de resíduo. Identificar corretamente recipientes e sacos coletores.
RISCO ERGONÔMICO Lesões causadas por: Esforço físico intenso, postura inadequada levantamento de peso excessivo, quedas	Médicos Auxiliares de Laboratório Serviços Gerais	Levantamento e transporte manual de pesos, postura inadequada	Horário de coleta externa, transporte e transbordo para abrigo externo. Rotina administrativa e médica	Cursos de capacitação Correção postural Utilização de móveis ergonômicos Utilização de coletores apropriados para o transporte.
RISCO DE ACIDENTES Lesões causadas por materiais perfurocortantes	Médicos Auxiliares de Laboratório Serviços Gerais	Segregação incorreta, acondicionamento inadequado, manuseio incorreto.	Horário de coleta externa,, processamento do material, transporte e transbordo para abrigo externo.	Cursos de capacitação. Utilização dos EPI's necessários. Segregação correta. Acondicionamento em recipientes específicos para cada tipo de resíduo. Identificação correta dos recipientes e sacos coletores.
RISCO QUÍMICO Intoxicação, contaminação ou lesão causados por produtos e/ou substâncias químicas tóxicas	Médicos Auxiliares de Laboratório	Contato com materiais contaminados por resíduos de produtos ou substâncias químicas	Horário de coleta externa, processamento do material, transporte e transbordo para abrigo externo.	Cursos de capacitação. Utilização dos EPI' s necessários. Segregação correta. Acondicionamento em recipientes específicos

6. NÍVEIS DE RISCO BIOLÓGICO (NRB) ASSOCIADO À ROTINA DE TRABALHO EM LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

TABELA 15 – Níveis de risco biológico (NRB) no laboratório de Patologia

NRB	NRB-1	NRB-2	NRB-3	NRB-4
NÍVEL DE RISCO				
GRAU DE RISCO	Baixo: - Serviços burocráticos - Cadastro de exames - Preparo de reagentes não tóxicos - Transporte de material entre os postos - Liberação de resultados - Atendimento	Baixo a moderado: - Transporte de material para análise em bandejas - Autoclavação - Técnicas de coloração - Microscopia - Calibração de equipamentos sem cultura de microrganismos	Moderado a alto: - Coleta de espécimes clínicos - Processamento de espécimes para exames - Preparo de lâminas para colorações ou microscopia direta - Centrifugação de sangue, urina, ou outros líquidos biológicos. - Preparo de lâminas.	Alto risco: - Preparo de soluções corrosivas - Material sabidamente contaminado com HIV ou HBV

6.1. NÍVEIS DE RISCO BIOLÓGICO (NRB) E PRÁTICAS DE SEGURANÇA EM LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

TABELA 16 – NRB e práticas de segurança no Laboratório de Patologia

NRB	NRB-1	NRB-2	NRB-3	NRB-4
PRÁTICAS DE SEGURANÇA				
Acesso de pessoal não técnico	Permitido	Não recomendado	Proibido	Proibido
Acesso de pessoal de outros setores	Permitido	Permitido	Restrito	Proibido
Transp. de lixo biológico	Não realizada	Utilização de <u>Jaleco, luvas</u>	Utilização de <u>Jaleco, luvas</u>	Utilização de <u>Jaleco, luvas</u>

Pipe- tagem	Não realizada	Auxiliada por equipamento	Auxiliada por equipamento	Auxiliada por equipamento
Alimenta- ção ou aplicação de cosmético	Proibida	Proibida	Proibida	Proibida
8. Minimização de aerossóis	Não necessária	Não necessária	Bico de Bunsen Câmara de fluxo laminar, Capela Exaustão	Câmara de fluxo laminar Exaustão

6.3. NÍVEIS DE RISCO BIOLÓGICO (NRB) E USO DE EPIs EM LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

TABELA 17 – NRB e EPIs no Laboratório de Patologia

Nível do Risco Biológico (NRB)	NRB-1	NRB-2	NRB-3	NRB-4
EPIs NECESSÁRIOS PARA AS ATIVIDADES				
JALECO	<u>NÃO NECESSÁRIO</u>	<u>OBRIGATÓRIO</u>	<u>OBRIGATÓRIO</u>	<u>OBRIGATÓRIO</u>
LUVAS	Não necessário	• Termorresistentes para autoclavagem • Látex para outras atividades	<u>Látex</u>	<u>Látex</u>
3. MÁSCARA	Não necessário	Não necessário	Somente em atividades com formação de aerossol Preparo de esfregaços citológicos. Processamento de material para exames Centrifugação, etc.	Não necessário Obs.: o trabalho será realizado apenas em câmara de fluxo laminar ou capela de exaustão
4. ÓCULOS	Não necessário	Não necessário		Não necessário Obs.: o trabalho será realizado apenas em câmara de fluxo laminar ou capela de exaustão
5. Protetor de ouvidos	Não necessário	Não necessário		<u>Não necessário</u>

6.4. NÍVEIS DE RISCO BIOLÓGICO (NRB), DESCONTAMINAÇÃO QUÍMICA E OUTRAS PROVIDÊNCIAS EM LABORATÓRIO DE PATOLOGIA

TABELA 18 – NRB, descontaminação química e outras providências no Laboratório de Patologia

NRB	NRB-1	NRB-2	NRB-3	NRB-4
DESCONTAMINAÇÃO QUÍMICA				
DESCONTAMINAÇÃO QUÍMICA DA ÁREA	Limpeza diária de rotina	Descontaminação de superfícies após qualquer contato com espécimes biológicos com hipoclorito 2% Limpeza diária com hipoclorito 2% nas bancadas e pisos		
OUTRAS PROVIDÊNCIAS				
TREINAMENTO	Necessário, com registro das atividades	Programa semestral ou após a entrada de um novo funcionário. Com registro das atividades		
Vacinação (hepatite)	obrigatória	obrigatória	obrigatória	obrigatória
Acidentes	Comunicação imediata do acidente ao diretor do laboratório ou médico responsável. Realizar registro do acidente e providências terapêuticas e profiláticas			

6.5. SEGURANÇA BIOLÓGICA DAS CENTRÍFUGAS

Os acidentes com centrífugas devem-se principalmente a quebra de tubos contendo espécimes clínicos e conseqüente formação de aerossol. Nessas situações devem-se adotar medidas para evitar a exposição dos funcionários à agentes infecciosos.

As centrífugas devem ser instaladas em um compartimento bem ventilado, de fácil evacuação em caso de acidente. Havendo quebra de tubos, o equipamento deve ser descontaminado com glutaraldeído ou hipoclorito de sódio.

6.5.1 PROVIDÊNCIAS EM CASO DE ACIDENTES COM CENTRÍFUGA:

- 1- Esperar 30 minutos para o aerossol baixar.
- 2- Utilizar EPIs: luvas, máscara e óculos de proteção.

- 3- Descontaminar o suporte da centrífuga com glutaraldeído, hipoclorito (água sanitária), álcool iodado ou lizoforme por 15 minutos ou mais.
- 4- Retirar todos os tubos da centrífuga para descontaminação da parte interna do equipamento. Para tanto utilize uma gaze embebida em uma das soluções germicidas referidas acima.
- 5- Descartar os fragmentos do tubo na caixa amarela para perfurocortantes.
- 6- Comunique o acidente ao responsável pelo setor para que seja providenciada uma nova amostra.

7. PROGRAMA DE TREINAMENTO

7.1. Primeira Etapa

A primeira etapa do treinamento do plano de gerenciamento para os funcionários do Laboratório de Patologia tem como objetivo transmitir a fundamentação teórica necessária à correta execução das tarefas. O tempo estimado para o treinamento será de uma (1) semana ou sempre que o sistema de avaliação de desempenho detectar falhas.

Conteúdo Programático

- a) Aspectos Epidemiológicos relacionados aos Resíduos Sólidos.
- b) Conceito de Resíduos Sólidos.
- c) Conceito de Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde.
- d) Classificação.
- e) Legislação.
- f) Taxa de Geração de Resíduos.
- g) Subsistema de Acondicionamento, Coleta, Transporte e Armazenamento Interno.
- h) Geração e Segregação.
- i) Acondicionamento e Manuseio.
- j) Coleta e Transporte Interno.
- k) Armazenamento.
- l) Equipamentos de Segurança e Proteção Individual.

- m) Subsistema de Coleta e Tratamento Externo.
- n) Procedimentos Operacionais.
- o) Guarnição de Coleta.
- p) Equipamentos.
- q) Instalações de Apoio.
- r) Tratamento para os Resíduos Sólidos de Serviços de Saúde.

7.2. Segunda Etapa - Treinamento Prático (Duração 1 Semana):

Será realizado no Laboratório de Anatomia Patológica e Citologia, com todos os funcionários que trabalham nas fontes geradoras, com os seguintes objetivos:

- a) Diferenciar os diversos tipos de resíduos (infectantes, especiais e comuns)
- b) Acondicionamento adequado e separado dos diversos tipos de resíduos
- c) Manuseio correto dos resíduos sólidos de serviços de saúde
- d) Cumprimento do percurso de coleta interna
- e) Utilização dos EPI's recomendados anteriormente (item 1.7)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária - RDC Nº 306, de 07 de dezembro de 2004
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 10.004 – Resíduos Sólidos – Classificação. São Paulo. 1987
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 7.500 – Símbolos de Riscos e Manuseio Para Transporte de Materiais – Simbologia. São Paulo. 1987.
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 10.007 – Amostragem de Resíduos – Procedimentos. São Paulo. 1987.
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 12.807 – Resíduos de Serviços de Saúde – Terminologia. São Paulo. 1993.
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 12.808 – Resíduos de Serviços de Saúde – Classificação. São Paulo. 1993.
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 12.809 – Manuseio de Resíduos de Serviços de Saúde - Procedimento. São Paulo. 1993.
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 9.190 – Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo – Classificação. São Paulo. 1993.
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 9.191 – Sacos Plásticos para Acondicionamento de Lixo – Especificação. São Paulo. 1993.
- ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 9.195 – Apresentação de Projetos de Aterros Sanitários de Resíduos Sólidos – Procedimento. São Paulo. 1994.

- Bertussi Filho, L.A.- Curso de Resíduos de Serviços de Saúde: Gerenciamento, Tratamento e Destinação Final. Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental – ABES. Curitiba. 1994. 60p.
- Brasil. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução nº 5 de 05 de agosto de 1993. Diário Oficial da União. Brasília. 1993.
- Brasil. Conselho Nacional do Meio Ambiente. Resolução nº 283 de 12 de julho de 2001. Diário Oficial da União. Brasília. 2001.
- Norma NEA – 55. Instituto de Pesquisa e Tecnologia – IPT.

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 1/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

Autor: Clayton de Souza / Médico Patologista

Verificado por: Osvaldo Pinto Neto / Médico Clínico Geral

Aprovado por: Clayton de Souza / Coordenador do Laboratório

Revisões:

Número	Seção	Páginas	Iniciais/Data

Anatomia Patológica e Citopatologia

Processos voltados para a confecção de lâminas e elaboração de exames citológicos, histológicos, imunohistoquímicos e de imunofluorescência, para o apoio aos diagnósticos clínicos pré cirúrgicos, e pós cirúrgicos, dos pacientes usuários do SUS.

1. ORGANIZAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO

1.1 - ÁREA FÍSICA

As atividades do Serviço de Anatomia Patológica e Citopatologia do Complexo Laboratorial da Saúde de Palmas são desenvolvidas em área específica que possibilita o desenvolvimento das atividades atribuídas ao setor, tendo como diretriz a presença administrativa do Coordenador do Serviço, subordinado à Superintendência de Atenção Primária e Vigilância em Saúde.

A área total é redistribuída em razão do tipo de atividade desenvolvida em cada setor. Estas atividades são assim distribuídas:

- recepção de material
- macroscopia
- técnicas citológicas e histológicas
- técnicas de imunohistoquímica e imunofluorescência

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 2/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

- microscopia
- digitação de resultados
- arquivos de lâminas, blocos

a) Condições ambientais

Além de fatores como higienização, iluminação, ventilação, em todo o laboratório bem como do sistema de exaustão na sala de técnica, macroscopia, devem-se atentar para as áreas setoriais, a presença de balcões, pias, pisos e revestimentos, todos laváveis e de fácil conservação.

A manutenção e conservação do laboratório exigem um sistema adequado para garantir o atendimento satisfatório às tarefas que são destinadas.

b) Recomendações e precauções

Toda equipe de recursos humanos envolvida nas tarefas laboratoriais deve ter conhecimento de como proceder frente às situações de emergência surgidas no laboratório.

A equipe deve, também, estar plenamente identificada com o manejo e a localização de equipamentos de proteção, como extintores de incêndio, sistemas de alarme e alerta para a concentração de substâncias químicas permitida no ar atmosférico e os sintomas que indiquem intoxicações e ou envenenamentos.

Deve permanecer atenta para corrigir os efeitos danosos de substâncias químicas, explosões ou choque elétrico, entre outros.

Recomendam-se ainda, cuidados especiais para o pessoal que lida com o processamento das amostras recebidas, visando não apenas a contaminação das amostras entre si como dos próprios técnicos.

1.2 ORGANIZAÇÃO

1.2.1 Setores Laboratoriais

O laboratório de diagnóstico é composto dos seguintes setores:

a) Recepção das amostras

Os materiais recebidos neste setor, tais como, lâminas de citopatologia, frascos com líquidos corporais, frascos com biópsias e peças cirúrgicas, devem ser identificadas e encaminhadas para a sala de macroscopia e acompanhadas das correspondentes requisições corretamente preenchidas com os seguintes dados: *identificação do paciente, procedência do material, dados clínicos e tipo de exame solicitado*. Na secretaria serão identificados com endereço, nome da mãe, idade, o número do registro da Patologia, colado na requisição e nos respectivos frascos.

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 3/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

Os materiais que estiverem em não conformidade serão devolvidos no ato do recebimento:

Exemplo:

- Requisições não preenchidas corretamente
- Não coincidência do prontuário/paciente
- Número do cartão nacional de saúde.
- Lâminas quebradas
- Sem fixador adequado
- Sem identificação da lâmina/frasco
- Número de frascos e identificação quanto a topografia do material.

b) Macroscopia (patologia cirúrgica)

Neste setor, as biópsias e peças cirúrgicas fixadas em solução de formol a 10%, são novamente identificadas, com etiqueta e o número inserido na secretaria, e novamente conferidas com os dados dos frascos e da requisição, após confirmação dos dados, as peças e biópsias são descritas e clivadas pelo patologista e ou pelo médico residente.

Todos os fragmentos que foram clivados, são depositados em cápsulas de plástico próprias para inclusão de material em anatomia patológica, denominadas cassetes, devidamente numerados, sendo posteriormente encaminhadas ao setor de processamento técnico, acompanhadas das requisições correspondentes e com a planilha de trabalho do dia, com todas as informações pertinentes referentes ao trabalho realizado.

Os cassetes são colocados em uma cesta e enviados ao aparelho de processar tecidos - Histotécnico. A planilha é constantemente remodelada para facilitar o controle interno de qualidade, nela constam informações individuais sobre cada caso, o número de fragmentos e o número de cassetes, observações de urgência colorações especiais de histoquímica, nome do residente responsável e nome do patologista responsável.

c) Processamento técnico

Neste setor, o técnico de laboratório coloca a cesta de cassetes no histotécnico, para passar nas próximas 10 horas os processos de *desidratação, clarificação e parafinização*, automatizadas neste equipamento de processar tecidos. Depois de aproximadamente 10 horas, os técnicos retiram a cesta de cassetes do aparelho e conferem, abrindo cada cassete, o número do registro e os fragmentos de acordo com a planilha da macroscopia.

Após esta conferência e a confirmação dos dados, iniciar-se-á o processo de confecção do bloco de parafina, com a construção de blocos em cassetes histológicos em central de inclusão, com a inclusão de materiais e identificação dos blocos em cassetes com os números de identificação provenientes da macroscopia.

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 4/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

Após o resfriamento dos blocos em congelador, os mesmos serão desbastados e cortados em micrótomo semi-automático, com espessura de 2 a 3 micra, em seguida, as fitas provenientes dos blocos, são colocadas em Banho-Maria histológico e “pescadas” nas lâminas de vidro, com ponta fosca. Imediatamente após o corte, as lâminas com material “pescado” recebem a mesma numeração dos blocos e posteriormente são colocadas na estufa para sofrerem o processo de desparafinação. Após a desparafinação, as lâminas serão coradas em colorações de rotina denominadas Hematoxilina e Eosina ou em outras colorações histoquímicas, que foram solicitadas na planilha da macroscopia. Após as colorações específicas, as lâminas são recobertas por lamínulas ou com resina sintética clara. Segue-se a conferência final, de cada caso, pelo técnico do laboratório, e após, as lâminas e requisições são liberadas aos Médicos Residentes e aos Patologistas para exame microscópico. Para os exames de citologia, o técnico de laboratório verificará, antes de efetuar o processamento necessário das amostras, a correspondência de cada amostra com a requisição, conferindo as informações provenientes na mesma.

Em seguida, são realizados os preparos do material, com centrifugação e preparo do bloco celular e confecção das lâminas por esfregaços, nos materiais provenientes de líquidos corporais.

A partir das lâminas com esfregaços (enviadas prontas ou confeccionadas no setor), seguem as colorações de Papanicolau, Hematoxilina e Eosina, Giemsa conforme a indicação do material enviado. Os blocos celulares, quando confeccionados e numerados de acordo com a requisição são enviados para o processamento histológico no histotécnico, conforme descrito anteriormente nos casos de biópsias e peças cirúrgicas.

Após as colorações específicas de Papanicolau, Giemsa, MGG ou hematoxilina e eosina, as lâminas são recobertas por lamínulas ou por resina sintética clara.

Segue-se a conferência final, as lâminas e requisições são liberadas aos Médicos Residentes e aos Patologistas para exame microscópico.

c.1 Descarte de material

- Perfuro cortantes – recipiente próprio para descarte (descarpack)
- Líquidos e secreções para descarte acondicionados em recipientes e encaminhados ao descarte hospitalar
- Corantes e reagentes para descarte acondicionados em recipientes e encaminhados ao descarte hospitalar

d) Microscopia

Neste setor, os médicos e os patologistas recebem as requisições numeradas e lâminas correspondente. Analisam os dados e conferem na lâmina, o número de registro e o nº de fragmentos descritos na macroscopia;

Após certificar-se que o material está correto, procede-se a leitura das lâminas cito-histopatológicas.

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 5/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

Para os diagnósticos cito-histopatológicos, obedece-se as classificações universalmente recomendadas pelos Serviços de Histopatologia recomendados pela Sociedade Brasileira de Patologia, e demais referências, além da utilização de recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Todos os laudos cito-histopatológicos são liberados em dupla checagem por no mínimo um residente e um patologista, sendo que os diagnósticos são descritos manualmente no verso das requisições, recebendo a assinatura final do patologista que é o responsável pelo caso.

Na necessidade de consultorias internas ou externas, o patologista responsável é encarregado de executar os encaminhamentos de envio para consultoria, orientando o residente e informando os dados disponíveis na requisição.

Após a liberação da requisição, com a conclusão e assinatura final, as requisições são encaminhadas para a secretaria.

e) Secretaria

Os exames assinados pelo patologista responsável são registrados no livro de diagnóstico.

Posteriormente as requisições são liberadas para digitação, que é realizada por servidores administrativos.

Após o laudo ser digitado, segue à correção do mesmo, pelo patologista.

Após correção, os laudos são liberados para retirada pelos pacientes. Após três meses, os exames não retirados serão encaminhados para o Serviço de Arquivo Médico (SAME), sendo protocolada a entrega dos referidos laudos, ou entregues aos CSCs (Centro de Saúde da Comunidade) para entrega aos pacientes pelos Agentes de Saúde da Comunidade (ASC) da microárea respectiva.

As requisições originais após a liberação do laudo digitado, são enviadas ao serviço de arquivo do Setor da Anatomia Patológica.

f) Arquivos

Todos os blocos provenientes da área técnica, bem como todas as lâminas provenientes da microscopia e todas as requisições liberadas, pela secretaria, são arquivados segundo as técnicas preconizadas para arquivos de laudos.

1.2.2 Recursos materiais

Descreve-se, abaixo, a especificação necessária do material de consumo, permanente e equipamento, por setor laboratorial:

a) Setor de secretaria, administração e entrega dos resultados

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 6/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

- Material de consumo: livro de registros das amostras, lápis, canetas, borrachas, cliques, perfuradores, grampeadores, papel, tintas, formulários de exames.
- Material permanente: mobiliário (mesa, armário, arquivo, cadeira, computadores, telefone e impressora a laser).

b) Setor de espera

Material permanente: cadeira de recepção

c) Setor de processamento técnico

Material permanente:

- centrífuga
- bandejas de madeira e plástico
- arquivos para lâminas
- arquivos para laudos
- mesa e balcão (junto à pia) para a bateria de coloração
- geladeira

Material de consumo:

- livro registro do material para exame
- livro de registro dos resultados dos exames
- lâminas
- lamínulas
- gaze para montagem e limpeza das lâminas
- papel de filtro
- hematoxilina de Harris
- sulfato alumínio de amônia
- óxido amarelo de mercúrio
- orange G
- ácido fosfotúngstico
- ácido clorídrico
- EA-36: Light Green, Bismark Brown e Eosina
- álcool etílico a 95%
- álcool etílico absoluto
- xilol
- resina sintética para montagem
- etiquetas

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 7/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

- material de secretaria

Histopatologia:

Material permanente:

- Histotécnicos
- estufas
- central de inclusão para inclusão de blocos
- tábuas de madeira para corte
- facas para corte
- instrumental de dissecação: pinças, tesouras, bisturi, régua, etc.
- cápsulas para processamento de tecidos (cassetes)
- estufa para secagem
- fogão elétrico
- moldes para inclusão
- geladeira
- recortador de blocos
- micrótomo e navalhas
- bancos
- banho-maria
- lápis-diamante ou marcador de lâminas
- mesa ou balcão junto à pia para a bateria de coloração
- suporte para lâminas (alumínio ou vidro)
- provetas graduadas (10cc, 100cc e 1000cc)
- frasco de Erlenmeyer (de pirex)
- armários para armazenar reagentes
- mobiliário

Material de consumo:

- livro de registro do material para exame
- livro para resultados dos exames
- formol
- parafina
- lâminas
- lamínulas (24 X 32mm e 24 X 24 mm)
- etiquetas
- hematoxilina de Harris

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 8/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

- ácido clorídrico
- sulfato alumínio de amônia
- óxido de mercúrio
- eosina
- álcool etílico a 95%
- álcool etílico absoluto
- xilol
- carbonato de lítio
- hidróxido de amônia
- resina sintética para montagem
- material de secretaria

d) Setor de apoio diagnóstico e arquivo

Material de consumo: lápis, papel, tinta, canetas, xilol, borrachas, lenços de papel, folhas, requisições e guias de exames.

Material permanente: móveis - mesa de base firme (para microscopia), bancos, cadeiras, arquivos para lâminas e laudos, estantes para arquivar blocos de requisições, armários, computadores, ar condicionado.

1.2.3 Recursos humanos

a) composição do pessoal

Por nível profissional

- auxiliar técnico
- técnico de laboratório
- técnico de necrópsia
- bioquímico
- citologista
- patologista

Por nível administrativo

- responsável pelo laboratório
- assistente administrativo
- secretária(o)
- arquivista

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 9/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

Especificações dos cargos:

Cabe ao técnico de histologia:

- verificar a correspondência de cada amostra com a respectiva requisição;
- verificar a qualidade do material a ser processado;
- processar as amostras citológicas e histológicas;
- encaminhar as lâminas para diagnóstico microscópico;
- preparar as soluções e reagentes;
- executar outras tarefas correlatas;
- manter limpo e higienizado o setor;
- controlar o material de consumo técnico;
- informar a secretaria sobre a necessidade de pedido de material.

Cabe ao citologista:

- realizar a leitura de todas as preparações citopatológicas e encaminhar todos casos para revisão com os residentes de segundo e terceiro ano e com os patologistas responsáveis pela liberação dos casos de citologia cervico-vaginal;
- Nos casos de citologia positiva - displasia (NIC), carcinoma in situ e carcinoma invasivo – deve-se avaliar o material junto com o patologista, com os campos devidamente assinalados;
- solicitar, sempre que se fizer necessária, a orientação do patologista;
- participar ativamente da rotina do laboratório nos setores de recepção, processamento técnico, arquivo e documentação;

Obs. 1 - Após a leitura de 5 a 6 casos, um pequeno descanso visual se impõe.

Obs. 2 - O patologista é responsável pela conclusão de todos os casos, contudo a leitura inicial das amostras é realizada pelo citologista.

Cabe ao patologista (como responsável pelos diagnósticos citopatológicos):

- Rever todos os casos liberados pelo citologista; e pelos residentes;
- detectar os casos de citologia positiva (displasia e neoplasias) previamente triados pelo citologista e pelos residentes;
- esclarecer as dúvidas do citologista e pelos residentes;
- separar os casos de interesse científico para estudo com a equipe do laboratório;
- supervisionar o trabalho dos técnicos e dos residentes.

Cabe ao patologista (como responsável pelos diagnósticos histopatológicos):

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 10/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

1. executar ou supervisionar os médicos residentes de patologia na descrição macroscópica e clivagem das biópsias e peças cirúrgicas, e elaborar os laudos microscópicos;
2. fazer a correlação cito-histopatológica das lesões cérvico-uterinas e de outras localizações;
3. separar os casos de interesse científico para estudo conjunto com os residentes do serviço de patologia e outros médicos;
4. supervisionar o trabalho dos técnicos e auxiliares de histologia;
5. Supervisionar a liberação de exames;
6. Assinar os laudos liberados e digitados pela secretaria;
7. Participar de reuniões científicas com os residentes de patologia, alunos da graduação e com os outros médicos;
8. Participar de reuniões técnico administrativas;
9. Executar exames de congelação junto com os residentes de patologia;
10. Executar necropsias, junto com os residentes de patologia.

● Por nível administrativo

Cabe ao responsável pelo laboratório:

- tomar providências visando a execução dos trabalhos do laboratório;
- orientar técnica e administrativamente todo o pessoal do laboratório;
- prover reuniões, visando o bom entrosamento para melhoria na execução dos trabalhos;
- remeter a frequência do pessoal, mensalmente, ao órgão competente;
- dar parecer e assinar documentos;
- observar e fazer que sejam observados todos os princípios de ética profissional;
- responsabilizar-se por todo material e equipamento existente no laboratório;
- executar outras tarefas correlatas.

Cabe ao assistente administrativo:

Na função de secretaria:

- receber, expedir, registrar, numerar, distribuir e arquivar correspondência;
- receber, conservar e guardar os processos, livros e demais papéis que lhe forem entregues para arquivamento;
- requisitar, receber e controlar o material de consumo necessário ao funcionamento do laboratório;
- organizar a documentação necessária a ser encaminhada à seções competentes, para efeito de conferência e cobrança;
- orientar o público quanto à entrega do material para exame e recebimento dos resultados;

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 11/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

- receber e registrar o material para exame cito-histopatológico;
- encaminhar o material de citopatologia e histopatologia para os setores de processamento técnico e macroscopia, respectivamente;
- digitar resultados de exames, expedientes e outros trabalhos do laboratório;
- enviar exames para o SAME;
- executar outras tarefas correlatas necessárias ao bom funcionamento do laboratório;
- atendimento ao telefone respondendo as questões referentes aos exames realizados.

Na função de arquivista:

- arquivar todos os resultados dos exames, segundo as técnicas de arquivamento cito-histopatológico;
- arquivar todas as lâminas correspondentes aos casos de citopatologia, independentemente da conclusão do laudo.
- arquivar todas as lâminas de histopatologia, independentemente da conclusão do laudo;
- enviar resultados de laudos via internet;
- executar outras tarefas correlatas.

b) Requisitos necessários para o pessoal de nível profissional:

Do citologista.

- Diploma de conclusão de curso de Ciências Biológicas, devidamente registrado;
- Título de Especialista em Citologia.
- Registro no Conselho Regional de Biologia.

Do Patologista:

- Diploma de conclusão de curso médico, devidamente registrado;
- Registro no Conselho Regional de Medicina;
- Registro na Associação Médica Brasileira;
- Certificado de membro da Sociedade Brasileira de Citologia / Patologia (SBC/SBP);
- Título de Especialista concedido pela SBC/ AMB - SBP/ AMB;
- Certificado de segurado autônomo e outras exigências legais para o exercício da profissão.

2. NORMAS E FUNCIONAMENTO

As unidades que enviam as amostras, biópsias ou peças cirúrgicas, devem dispor de meios especiais para a remessa adequada dos materiais a serem examinados, devidamente fixados e acondicionados. Para as demais ações de saúde serão utilizados os recursos já existentes nas unidades.

2.1 FIXAÇÃO

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 12/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

É pré-requisito a fixação dos esfregaços, biópsias ou peças cirúrgicas, visando à preservação da estrutura celular e conservação dos detalhes, com um mínimo de distorção e evitando o uso de artefatos.

As soluções empregadas com essa finalidade recebem o nome de "fixadores", e sua escolha depende do material a ser examinado, do que se pretende estudar e da técnica de coloração a ser utilizada.

a) Para os exames citopatológicos:

- Álcool absoluto ou álcool a 95%;ou 70%.

Recomenda-se que:

- a fixação seja realizada de forma rápida e apropriada, a fim de evitar a distorção celular e perda da afinidade tintorial. O tempo de fixação varia em média, de 10 a 60 minutos. Entretanto, a amostra poderá permanecer na solução fixadora durante alguns dias ou mesmo semanas;
- os fixadores sejam filtrados e renovados periodicamente;
- se evite a evaporação, utilizando frascos com tampa;
- se use, de preferência, álcool metílico ou etílico;
- os esfregaços fiquem totalmente imersos no recipiente que contém as soluções fixadoras.

b) para os exames histopatológicos:

A solução fixadora de rotina para a histopatologia, fragmento tecidual e peça cirúrgica é o formol a 10%.

A amostra deve ser, imediatamente após sua retirada, submersa em recipiente contendo o líquido fixador.

O tempo médio de fixação é de 8 a 48 horas, variando de acordo com o índice de fixação.

Em geral recomenda-se que as amostras com 1 mm de espessura permaneçam 8 horas no fixador.

Para amostras de rim, recomenda-se a utilização do fixador Bouin.

2.2 RECEPÇÃO DAS AMOSTRAS

O material recebido no laboratório deve ser imediatamente checado pela recepção de materiais, ou pelos residentes e monitores com especial ênfase:

- na identificação do paciente;
- na identificação do material e correção da requisição, verificando-se o correto preenchimento dos itens: proveniência, natureza, dados clínicos e tipo(s) do(s) exame(s) solicitados(s);

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 13/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

- nos aspectos qualitativos das amostras: fixação, espessura, distribuição homogênea, presença de sangue, etc.;
- nos aspectos quantitativos: número de lâminas e ou fragmentos, suficiência do material;
- no registro do material recebido, em livro apropriado do laboratório.

Observação: as amostras que não atenderem os requisitos acima, devem ser rejeitadas com as notificações necessárias a cada caso, sendo devolvidas ao setor de origem. Deverá ser notificado no livro de ocorrências do Setor.

2.3 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

2.3.1 Citopatologia

A citopatologia inicia-se a partir do procedimento técnico tradicional:

a) Recepção

As amostras, provenientes de líquidos corporais e lâminas citológicas em esfregaços prontos fixados são recebidas, fixadas álcool absoluto ou álcool a 95%, estando acompanhadas da "Requisição de exame", esta devidamente preenchida nos campos:

- Identificação: nome, sexo, cor, idade, profissão, proveniência, registro ambulatorial; nome da mãe.
- Natureza do material e tipo de exame;
- História Clínica (resumo);
- Assinatura do médico.

Registro das Amostras:

As amostras devem ser registradas em livro especial de "Registro de material de citopatologia". O registro só deve ser feito após a checagem das condições do material a ser examinado.

As amostras são processadas segundo a técnica de Papanicolaou: ver POP "COLORAÇÃO DE PAPANICOLAOU"

As lâminas coradas serão etiquetadas com o número do registro do laboratório, após a conferência da preparação com a requisição do caso.

2.3.2 Histopatologia

A histopatologia inicia-se a partir do procedimento técnico tradicional:

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 14/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

a) Recepção

As amostras, fragmentos e peças cirúrgicas são recebidas, fixadas em formol a 10% e acompanhadas da "Requisição de exame", esta devidamente preenchida nos campos:

- Identificação: nome, sexo, cor, idade, profissão, proveniência, registro ambulatorial; nome da mãe;
- Natureza do material e tipo de exame;
- História Clínica (resumo);
- Assinatura do médico.

Registro das Amostras:

As amostras devem ser registradas em livro especial de "Registro de material de histopatologia". O registro só deve ser feito após a checagem das condições do material a ser examinado.

b) Macroscopia

Descrição / seleção das amostras:

Deve ser realizada em ambiente apropriado, na sala de macroscopia, dentro da capela com sistema de exaustão, utilizando material de apoio específico: pinça, tesoura, bisturi, régua, vidros com soluções fixadoras, lápis, tintas, formol a 10% e utilizando Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). Essa é uma tarefa do médico patologista, entretanto pode ser desempenhada por médicos residentes, devidamente treinado, porém a responsabilidade fica a cargo do médico patologista.

O material é descrito em relação ao seu tamanho, peso, espessura, dimensão, consistência, coloração e características macroscópicas relevantes.

O manuseio do material deve ser firme, mas efetuado com delicadeza, para não estragar, ou perder o material mais delicado, para não comprometer a avaliação histológica.

Acondicionamento dos fragmentos:

Cumprida a etapa anterior, o material é acondicionado em cápsulas de plástico (cassetes), com orifícios que permitam a entrada das soluções, e vedado com uma tampa.

As cápsulas podem acomodar mais de um fragmento, se este for de pequenas dimensões (biópsias), e for acondicionado em pequenos envelopes de papel filtro, identificados individualmente.

O material é encaminhado para a inclusão, dentro de 10 a 12 horas.

Nessa fase, as cápsulas são abertas e o fragmento é retirado, fazendo-se a inclusão em blocos de parafina, que são identificados pelo número de registro, incluído durante a macroscopia.

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 15/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

Cortes histológicos:

Os blocos são submetidos ao corte, necessitando de micrótomo e jogo de navalhas.

O bloco é colocado no suporte e, para o corte, deve-se obedecer um adequado ângulo de inclinação. O conjunto bloco/micrótomo é submetido ao corte, inicialmente para desbastar e, posteriormente, com outra navalha, são realizados os cortes histológicos. A espessura média de cada corte é de cerca de 3 micra.

Os cortes, uma vez espalhados, são "pescados" em lâminas, de ponta fosca, previamente limpas.

Após a correta identificação da lâmina, de acordo com o número do bloco do caso, procede-se a secagem dos cortes,

Em seguida, colocar as lâminas em estufa a 60° C para parafinização.

c) Técnica de coloração:

A técnica de coloração rotineira é a de HE (Hematoxilina- Eosina).

A lâmina após a montagem e identificação deve ser submetida ao processo: ver POP “coloração Hematoxilina e Eosina”;

Recomenda-se, em alguns casos, colorações especiais, para tal o patologista deverá, por ocasião da macroscopia, fazer essa indicação.

Após o processo de coloração, em qualquer uma das técnicas, as lâminas são enxugadas em papel-filtro, imersas no xilol, clarificadas e diafanizadas. Procede-se a montagem utilizando bálsamo do Canadá ou similar e xilol.

d) IMUNO-HISTOQUÍMICA

A técnica de imuno-histoquímica detecta moléculas (antígenos) teciduais, sendo uma técnica complementar aos laudos anatomopatológicos. Podem ser realizadas análises imuno-histoquímica em tecidos inclusos em parafina ou congelados.

O mecanismo básico é o reconhecimento do antígeno por um anticorpo (Ac primário) associado a diversos tipos de processos de visualização. Podem ser utilizados sistemas de visualização acoplados a moléculas fluorescentes ou enzimas que produzem reagentes coloridos. São utilizadas duas técnicas de imunoistoquímica, a imunofluorescência e a imunoperoxidase.

A *técnica direta*, que utiliza anticorpos primários ligados a fluoresceína, é realizada principalmente para detecção de imunocomplexos em tecidos congelados, oriundos de biópsias cutâneas de pacientes com suspeita de doenças autoimunes.

A *técnica indireta*, associada ao complexo streptoavidina-biotina-peroxidase, é utilizada para realização de reação de imunoistoquímica em cortes de tecido parafinados. O complexo é formado pela ligação de uma molécula de streptavidina com três moléculas de biotina associadas a três

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 16/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

moléculas de peroxidase, que tem como função a conversão de um substrato incolor em um produto final colorido que confere uma coloração castanha aos antígenos teciduais marcados.

As principais indicações para a realização de reação imuno-histoquímica são detecção de imunocomplexos, definição da histogênese de neoplasias morfológicamente indiferenciadas, imunofenotipagem de neoplasias já classificadas pela morfologia, pesquisa de marcadores prognósticos, auxílio na diferenciação entre neoplasias e estados reacionais e detecção de antígenos de agentes infecciosos.

O procedimento operacional padrão da técnica de imuno-histoquímica está descrito de forma detalhada no anexo.

2.4 CONCLUSÃO ANATOMOPATOLÓGICA

O exame microscópico, atento e minucioso, constitui uma das atribuições do patologista e do residente em formação.

Após terminada essa leitura, as requisições são encaminhadas com a conclusão anatomopatológica final, sob a responsabilidade do patologista.

Procede-se, então, a expedição dos resultados, arquivo dos relatórios e das lâminas.

A Sistemática de leitura cito-histopatológicos deve seguir os seguintes passos:

- verificar as condições do microscópio (fonte, luz, diafragma, etc.);
- checar a preparação citológica com a requisição correspondente, dando ênfase especial ao registro, identificação, idade, natureza e condições da preparação;
- iniciar a leitura global com a objetiva de pequeno aumento, observando a qualidade da coloração e a distribuição do material a ser examinado;
- em seguida, fazer uso da objetiva de maior aumento e iniciar a leitura de todos os campos.
- Excepcionalmente, faz-se uso da objetiva de imersão.

Casos de responsabilidade dos Residentes de Anatomia Patológica:

Quando o material estiver sob avaliação inicial dos residentes, deve-se atentar para que os campos microscópicos sejam examinados minuciosamente pelo residente. Ao completar a leitura, as lâminas e os relatórios macro e microscópicos, bem como a hipótese diagnóstica, deverão ser checados, em microscópio binocular, supervisionado pelo patologista responsável. Nos casos em que o residente identificou alterações ou anomalias celulares e arquiteturais, estas devem ser assinadas. Para tal, sugere-se:

- voltar à objetiva de pequeno aumento;
- identificar, pelas oculares, o campo que se deseja assinalar;
- fazer um ponto acima da estrutura a ser reexaminada, com o auxílio de uma caneta de ponta fina, própria para marcar lâminas

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 17/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

- retirar a preparação no microscópio e observar se o campo selecionado foi corretamente marcado.
- desligar o microscópio e seguir corretamente as instruções recebidas para sua adequada manutenção e conservação.
- A concentração e disciplina do residente é fator de importância na prevenção de falhas de diagnóstico.

2.4.1 Resultados cito-histopatológicos

a) Citopatologia

O laudo emitido além de garantir a precisão dos resultados deve obedecer a determinados critérios que possibilitem um tratamento estatístico.

Os diagnósticos citológicos seguem as normas preconizadas no Manual de Padronização de Laudos da Sociedade Brasileira de Patologia e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em relação a citologia cérvico vaginal, seguem as seguintes considerações:

Em 1985, na revisão do manual que orienta as ações de controle do câncer cérvico-uterino, a OS/OMS recomendava a utilização, sempre que possível, da associação entre o diagnóstico descritivo e o de "neoplasia intra-epitelial cervical", em graus I, II e III, de acordo com o potencial evolutivo da lesão, conforme o seguinte critério:

1. Classificação entre: Negativo para células neoplásicas / Positivo para células neoplásicas - Neoplasia intra-epitelial cervical (NIC)

- Displasia leve NIC I
- Displasia moderada NIC II
- Displasia acentuada NIC III
- Carcinoma in situ NIC IV
- Carcinoma invasor
- Carcinoma de Células escamosas
- Adenocarcinoma
- De outro tipo, especificar
- Células neoplásicas de outras áreas

a) Qualidade da amostra:

A qualidade deve ser descrita entre: satisfatória, satisfatória mas limitada por algumas causas (especificar) e insatisfatória.

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 18/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

O diagnóstico inadequado ou insatisfatório deve ser assinalado, bem como as alterações inflamatórias de processo reparativo, resposta celular indicativa de agressão viral, de fungos, parasitos, etc...

b) Microbiologia vaginal

Em relação à microbiologia vaginal, é possível diagnosticar a flora pela técnica de coloração de Papanicolaou. Para os resultados, sugere-se seguir a orientação da Academia Internacional de Citologia:

I • Lactobacilos

a) com citólise

b) sem citólise

II • Flora Mista (Lactobacilos e bactérias)

III • Bacteriana cocóide

IV • Gardnerella vaginalis (Haemophilus vaginalis/ Corinebacterium)

V • Leptotrix vaginalis

VI • Trichomonas vaginalis

VII • Chlamydia trachomatis

VIII • Fungos

IX • Vírus

X • Achados raros

XI • Inconclusivo

c) Histopatologia

<i>Classificação</i>	<i>Classificação da neoplasia</i>
descritiva	Neoplasia intra-epitelial cervical
Displasia leve	NIC grau I
Displasia moderada	NIC grau II
Displasia acentuada	NIC grau III
Carcinoma in situ (CIS)	NIC grau IV
Carcinoma microinvasor	Câncer com microinvasão
Carcinoma invasor	Câncer cervical invasor

2.5 ARQUIVO

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 19/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

O laboratório dispõe, em sua estrutura física, de uma área adequada ao funcionamento do arquivo dos laudos e das preparações cito-histopatológicas.

Está sendo estudado a implantação de recursos da informática nos diversos setores laboratoriais, para a utilização de um sistema operacional que permita rede interligada de computadores.

Visando a abordagem digital, há uma tendência de codificados os diagnósticos histológicos através da condição de uso interno, como agente facilitador na elaboração de relatórios e para a prática de futuras pesquisas.

Acrescenta-se a isto, ainda que o sistema de código utilizado deve seguir rigorosamente a nomenclatura internacional adotada para o resultado histopatológico, fundamentada em dados de topografia e morfologia.

2.5.1 Procedimentos para arquivo de relatórios e preparações

a) Das lâminas

Arquivar em ordem crescente de numeração e ano. Casos positivos para neoplasias terão arquivamento em compartimento próprio, seguindo numeração em ordem crescente.

b) Dos relatórios e Laudos

Em todos os casos (insatisfatórios, negativos e positivos), procede-se a codificação adotada segundo as normas técnicas da central de informática.

Como alternativa para os laboratórios arquivam-se as requisições por número de ordem do número do exame no laboratório, em ordem crescente de diagnóstico, segundo as normas técnicas preconizadas.

3. CONTROLE DE QUALIDADE

Série de princípios e práticas que visam minimizar a probabilidade de erros.

O controle de qualidade depende fundamentalmente do bom desempenho das atividades técnicas e administrativas. A supervisão das tarefas deve seguir a organização funcional, iniciando-se, dessa forma, na unidade de saúde que realiza a obtenção do material.

3.1 NÍVEL DE LABORATÓRIO

- Na recepção, o controle em relação à checagem do material, condições de fixação, conservação e correspondência com as requisições.
- No processamento técnico, a atenção é voltada para o desempenho técnico da inclusão, conferindo sistematicamente os frascos e o número e quantidade de fragmento dos cassetes controlando com planilha de macroscopia, confeccionando o bloco, este é cortado e

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 20/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

imediatamente procede-se a numeração da lâmina. Em relação a coloração, deve haver renovação das soluções utilizadas e nova checagem da requisição com o material, até a etiquetagem final conferindo na requisição o número de fragmentos enviados.

- No exame microscópico, a leitura é realizada obedecendo uma sistemática (podendo inicialmente ser feita pelo residente, mas com diagnóstico final realizado pelo patologista).

O diagnóstico do material depende fundamentalmente:

- da qualificação do profissional técnico e universitário;
- das condições de trabalho: bom equipamento, preparação técnica adequada, condições ambientais satisfatórias e disciplina profissional;
- da supervisão do patologista, ao nível do residente, e deste ao nível do auxiliar técnico.

Em relação ao desempenho do pessoal por nível profissional (técnico, medico residente e patologista) deve-se:

- avaliar qualidade do pessoal técnico;
- avaliar o pessoal (medico residente) em relação à educação continuada. Para tal, considerar a produção individual e sua participação em cursos, reuniões, seminários entre outros;
- fazer uma revisão sistemática em cursos, reuniões, seminários, entre outros;
- inserção de casos desconhecidos ao staff na rotina do laboratório;
- observar os percentuais apresentados de falsos resultados, se houver discordância do esperado com o observado, intervir adequadamente;
- verificar, pelos resultados das correlações cito-histológicas dos resultados provenientes das lesões de colo uterino, realizando dupla checagem para o controle de qualidade, como se comporta o citologista em relação ao diagnóstico dos casos suspeitos e positivos, isto identificará a tendência de erros ocorridos entre os participantes do processo (citologista e patologistas).

Em relação a suspeita de troca de material:

- Ao detectar algum erro de troca de material ou na menor dúvida de troca, todos os funcionários do setor técnico e bem como os médicos residentes e patologistas devem ser notificados;
- Após a notificação os casos daquele período devem ser revisados utilizando-se as informações das requisições, lâminas, blocos e planilhas de macroscopia, buscando identificar informações que caracterizem a troca;
- Confirmando-se a troca, serão realizados todos os procedimentos internos de novos cortes dos blocos, e se necessários nova inclusão do material arquivado na macroscopia quando o material for peça cirúrgica, sendo este material liberado na rotina;
- Não caracterizando a troca de material este deve ser liberado na rotina.

	POP - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO COMPLEXO LABORATORIAL DA SAÚDE SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOPATOLOGIA	Página 21/21
	Data de Emissão DEZ/2017 Próxima Revisão DEZEMBRO/2018	Revisão nº 00
MANUAL DE LABORATÓRIO CITO-HISTOPATOLÓGICO		

Em resumo, um adequado sistema de controle de qualidade deve se apoiar:

- na revisão acurada dos casos;
- na troca de informações entre o clínico e o patologista;
- no intercâmbio com outros laboratórios;
- na avaliação periódica do profissional, tanto de nível técnico como universitário;
- na capacitação periódica dos profissionais, tanto de nível técnico como universitário
- no controle dos casos de rotina.

Manual elaborado de acordo com os procedimentos realizados no Serviço de Anatomia Patológica e Citopatologia do Complexo Laboratorial Municipal.

OBS: O documento original, assinado, encontra-se disponível no Laboratório para verificação.

 PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS Laboratório SEMUS	Laboratório da SEMUS	Código:
	Lista	Versão:
	Presença em treinamento interno	Página:

Título	Recepção e arquivamento setor de Citologia			
Responsável	Dr Clayton de Souza			
Tipo	☐ Técnico ☐ Administrativo	☐ Capacitação inicial ☐ Atualização	☐ Teórico ☐ Prático	Data: __/__/__ Duração (h): ____ horas
	Nome legível			Rubrica
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Elaboração	Nome:	Aprovação e liberação	Nome:
	Cargo:		Cargo:
	Data:		Data:
	Assinatura:		Assinatura: