



PARECER N.º63/2017

ASSUNTOS: TRANSPORTE DOS LIXOS CONTAMINADOS DOS DOMICÍLIOS E LAVAGEM DE FARDAMENTO EM CASA

1. QUESTÃO COLOCADA

“(…) e gostaria de colocar duas questões para as quais ficarei a aguardar resposta.

- 1 - É da responsabilidade do enfermeiro o transporte dos lixos contaminados dos domicílios?
- 2 - Deve o enfermeiro levar o seu fardamento para lavar em casa? Na nossa unidade como muitos dos profissionais não aceitam levar o fardamento para casa contratamos com uma lavandaria a lavagem destes por 5 euros mensais por profissional e pagos pelo próprio”.

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1. DOS RESÍDUOS HOSPITALARES

“A estratégia de gestão desta tipologia de resíduos encontra-se consignada no Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares 2011-2016 (PERH 2011-2016), publicado pela Portaria n.º 43/2011, de 20 de Janeiro”.

Segundo o Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares (adiante designado PERH) 2011-2016, verifica-se que, os diplomas de carácter específico, que norteiam o PERH 2011-2016, e que se encontram ainda em vigor são:

- Despacho n.º 242/96, de 13 de Agosto, que estabelece as normas de gestão e classificação dos resíduos hospitalares;
- Portaria n.º 335/97, de 16 de Maio, que fixa as regras a que fica sujeito o transporte de resíduos dentro de território nacional;
- Portaria n.º 209/2004 de 3 de Março, que aprova a Lista Europeia de Resíduos (LER);
- Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de Setembro, que estabeleceu o regime geral da gestão de resíduos;
- Decreto-Lei n.º 147/2008, de 29 de Julho, que estabelece o regime jurídico da responsabilidade por danos ambientais, com base no princípio do poluidor-pagador.

O Decreto-Lei n.º 178/2006, de 5 de Setembro, no artigo 3.º sobre definições, refere que “para os efeitos do disposto no presente decreto-lei, entende-se por:

- z) *«Produtor de resíduos» qualquer pessoa, singular ou colectiva, cuja actividade produza resíduos (produtor inicial de resíduos) ou que efectue operações de pré-processamento, de mistura ou outras que alterem a natureza ou a composição desses resíduos;*
- cc) *«Recolha» a apanha de resíduos, incluindo a triagem e o armazenamento preliminares dos resíduos, para fins de transporte para uma instalação de tratamento de resíduos;*
- dd) *«Recolha selectiva» a recolha efectuada de forma a manter o fluxo de resíduos separados por tipo e natureza com vista a facilitar o tratamento específico;*



- hh) «Resíduo hospitalar» os resíduos resultantes de actividades de prestação de cuidados de saúde a seres humanos ou a animais, nas áreas da prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou investigação e ensino, bem como de outras actividades envolvendo procedimentos invasivos, tais como acupuntura, piercings e tatuagens;» (sublinhado nosso).

No art.º 5º sobre o princípio da responsabilidade pela gestão refere que a “responsabilidade pela gestão dos resíduos, incluindo os respectivos custos, cabe ao produtor inicial dos resíduos” e no art.º 6º sobre o princípio da protecção da saúde humana e do ambiente, que “constitui objectivo prioritário da política de gestão de resíduos evitar e reduzir os riscos para a saúde humana e para o ambiente, garantindo que a produção, a recolha e transporte, o armazenamento preliminar e o tratamento de resíduos sejam realizados recorrendo a processos ou métodos que não sejam susceptíveis de gerar efeitos adversos sobre o ambiente, nomeadamente poluição da água, do ar, do solo, afectação da fauna ou da flora, ruído ou odores ou danos em quaisquer locais de interesse e na paisagem” (sublinhado nosso).

O **Despacho n.º 242/96, de 13 de Agosto**, no ponto 6.3 refere que, “os contentores utilizados para armazenagem e transporte dos resíduos dos grupos III e IV devem ser facilmente manuseáveis, resistentes, estanques, mantendo-se hermeticamente fechados, laváveis e desinfectáveis, se forem de uso múltiplo” e no ponto 7 que “cada unidade de saúde deve ter um plano adequado à sua dimensão, estrutura e à quantidade de resíduos produzidos para a circulação destes, devendo o circuito ser definido segundo critérios de operacionalidade e de menor risco para doentes, trabalhadores e público em geral” (sublinhado nosso).

O **Guia para Organização e Dimensionamento do Ecocentro Hospitalar**, de Abril 2008, elaborado pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) refere que o “Grupo III é constituído por resíduos hospitalares de risco biológico, ou seja, resíduos contaminados ou suspeitos de contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano”

No **Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares 2011-2016**, no ponto 8.3.4 do eixo IV sobre a operacionalização da gestão está mencionado que:

“A actividade dos Centros de Saúde também se desenvolve em serviço domiciliário, o que implica a produção descentralizada de resíduos hospitalares que, em algumas situações, por escassez de meios, como por exemplo falta de viaturas adaptadas para o transporte de resíduos hospitalares, são rejeitados nas casas dos doentes, sem garantia que o seu destino seja o adequado. Se não forem tomadas medidas minimizadoras destas ocorrências, esta situação poderá ainda tomar maiores proporções dado poder antecipar-se que nos próximos anos a prestação deste tipo de cuidados de saúde apresente um crescimento, não só pelo aumento da população envelhecida, mas também por alteração no tipo de prestação de cuidados de saúde disponibilizado. No que respeita ao transporte de resíduos hospitalares importa estabelecer os requisitos mínimos relativos aos serviços de ambulatório e inter-unidades (incluindo de unidade de produção para unidade de transferência/ tratamento/eliminação) e entre unidades de produção... Complementarmente, para minimizar os riscos associados, deverá ser equacionada a eventual operacionalização de uma rede logística, com vista à recolha dos resíduos hospitalares resultantes da produção difusa, a qual abrange, em particular, nomeadamente os resíduos hospitalares produzidos em domiciliário e em ambulatório.” (sublinhado nosso).

Por último, em todos os documentos está subjacente a formação dos profissionais de saúde e uma atitude responsável e cívica, na correcta separação dos resíduos, (grupo I, grupo II, grupo III e grupo IV), desde a “mão” do produtor do resíduo, até ao respectivo recipiente acondicionador. Este facto, também se prende com os custos dos tratamentos dos resíduos, (os custos e tipos de tratamento de resíduos de grupo III e grupo IV são muito mais caros, sendo o do grupo IV o mais caro de todos). A consciencialização dos



profissionais para esta problemática é importante para uma gestão mais eficaz e economicamente sustentável.

As Administrações Regionais de Saúde devem elaborar um Plano de Gestão de Resíduos Hospitalares Regional com os Gestores do Resíduo Hospitalar, os elementos Regionais do Programa de Prevenção e controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) e outras entidades que possam estar envolvidas.

Também os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), como produtores de resíduos hospitalares, têm de definir os diferentes procedimentos a adoptar na gestão dos resíduos hospitalares, em interligação com os Gestores dos Resíduo Hospitalares e os elementos Locais do PPCIRA.

Segundo o PERH (2011-2016) as unidades produtoras de resíduos hospitalares devem avaliar anualmente os seus Planos de Gestão de Resíduos, designadamente no que respeita aos mecanismos de controlo, no sentido de aferir se a implementação decorre de acordo com o planeado. As unidades produtoras devem também efectuar auditorias internas, como ferramentas de gestão, que permitem uma avaliação sistemática, documentada e objectiva do desempenho ambiental das organizações. Adicionalmente, a avaliação da implementação dos Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares, das unidades de prestação de cuidados de saúde, deverá passar pela promoção de auditorias externas, conduzidas pelas Administrações Regionais de Saúde.

2.2. DO MANUSEAMENTO SEGURO DE ROUPA / FARDAMENTO

Atendendo ao documento de apoio emanado pela Direcção Geral da Saúde (DGS) (Circular normativa nº 13 /DQS/ DSD/2010 de 14 de Junho) para a orientação e boa prática sobre a higiene das mãos nas unidades de saúde, verificámos que os microrganismos associados à prestação de cuidados de saúde podem ser encontrados, frequentemente, na pele íntegra dos utentes – tronco e mãos dos utentes, são locais fortemente colonizados e, com facilidade são tocados pelos profissionais de saúde nos diversos momentos de contacto com o utente.

Neste seguimento, os cuidados de enfermagem à pessoa relacionados com consultas de promoção da saúde e prevenção da doença requerem que o enfermeiro adopte todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (artigo 97º do capítulo VI – dos deveres em geral - Deontologia Profissional – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros);

Em termos epidemiológicos, é consensual que a transmissão de microrganismos através do contacto entre profissionais e utentes é uma realidade incontornável, dando origem a infecções, consideradas consequências indesejáveis da prestação de cuidados. Ajudar o ser humano a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (artigo 4º do capítulo II do REPE), implica o recurso a intervenções que minimizem a possibilidade de transmissão de infecção para ambas as partes: profissional que presta cuidados e pessoa que os recebe. Sabemos que número de microrganismos presentes, tais como *Saureus*, *Proteus Mirabilis*, *Klebsiellaspp* e *Acinetobacterspp*, pode variar nas áreas intactas da pele. Pessoas diabéticas, pessoas com insuficiência renal crónica e pessoas com dermatites crónicas têm maior probabilidade de ter áreas de pele intacta colonizadas com *Staphylococcus aureus*. (DGS, 2010:8);

"O Primeiro Desafio Global para a Segurança do Doente" foi lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Outubro de 2005, de modo a reduzir a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) no mundo. Este desafio tem contribuído para mobilizar os países, as organizações e os indivíduos



a implementarem acções concertadas para tornar os cuidados de saúde limpos e seguros – “*Clean Care is Safer Care*”. Considerando, ainda, o expresso no previsto pela DGS na norma 004/2013 de 8 de Agosto, actualizada a 13 de Novembro de 2015 (Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos), verifica-se a necessidade de existirem medidas adequadas para o controlo e prevenção de infecção cruzada;

Considerando o expresso no previsto pela DGS, na norma 029/2012 de 29 de Dezembro, actualizada a 31 de Outubro de 2013 (Precauções Básicas do Controlo de Infecção – PBCI), constata-se que as PBCI destinam-se à garantia da segurança de utentes, profissionais de saúde e cidadãos em geral e têm por premissa que “*não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco*”. Assim, o Programa PBCI e de Resistência aos Antimicrobianos considera prioritária, no imediato, a focalização da atenção no sector dos cuidados continuados e na definição de novos incentivos às unidades de saúde para o cumprimento de boas práticas de prevenção e controlo de infecção e de resistências aos antibióticos.

Considerando o descrito no relatório “Portugal - Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos em Números 2015” as PBCI são o alicerce das boas práticas clínicas que têm como objectivo a prevenção da transmissão cruzada de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Devem ser aplicadas em todos os utentes, independentemente do seu estado infeccioso. Destinam-se a **garantir a segurança do utente, do profissional de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde**. As PBCI são compostas por dez itens: (a) colocação de doentes, (b) higiene das mãos, (c) etiqueta respiratória, (d) utilização de equipamento de protecção individual, (e) descontaminação do equipamento clínico, (f) controlo ambiental, (g) **manuseamento seguro da roupa**, (h) recolha segura de resíduos, (i) práticas seguras na preparação e administração de injectáveis e (j) **exposição a agentes microbianos no local de trabalho**.

Neste seguimento, é premente a aplicação de uma política para limpeza, desinfecção e esterilização de material clínico, não clínico e equipamentos, de acordo com o risco que cada um destes representa para o utente e profissional. **A limpeza, eficaz e eficiente**, de equipamentos, espaços físicos e **fardamento**, é crucial para que se evite a infecção cruzada. Desta forma, justifica-se a abordagem, em todas as unidades de saúde, aos vários componentes das PBCI, não podendo cingir-se apenas à abordagem da higiene das mãos, dado que, no seu conjunto, constituem os padrões de boas práticas nos cuidados de saúde seguros e de qualidade.

O processamento de roupas de serviços de saúde é uma actividade de apoio que influencia a qualidade da assistência em saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do utente e profissional de saúde.

Promover a centralização das actividades de tratamento de roupas e gestão de resíduos é uma das indicações patentes da DGS, expressa na Circular Normativa n.º 20 de 24/10/2007, como sendo da responsabilidade de todos os ACES.

São vários os estudos apresentados onde se constata que temperatura da água para lavagem da roupa deverá ser superior a 70 graus centígrados, num tempo de exposição de 15 a 30 minutos. Assim como deve ser executado um ciclo de lavagem da máquina sem roupa, para que sejam eliminados os possíveis microrganismos patogénicos, potencialmente transportados pela roupa de uso em ambiente de cuidados de saúde. Facilmente se compreende que, por vezes, não existam equipamentos que atinjam as temperaturas acima descritas.



3. CONCLUSÃO

- 3.1 A promoção da centralização das actividades de tratamento de roupas e gestão de resíduos é uma das indicações patentes da DGS, expressa na Circular Normativa n.º 20 de 24/10/2007, como sendo da responsabilidade de todos os ACES.
- 3.2 A problemática dos riscos para a Saúde Pública que possam advir do incumprimento ou do facilitismo na abordagem dos Resíduos Hospitalares é sobejamente conhecida e preocupante em todo o mundo.
- 3.3 Toda a actuação na Gestão de Resíduos Hospitalares está devidamente legislada e o PERH (2011-2016) orienta todo este processo.
- 3.4 As Administrações Regionais de Saúde devem ter um procedimento de Gestão de Resíduos Hospitalares, elaborado pelos Responsáveis Regionais.
- 3.5 Os ACES têm de elaborar procedimentos de actuação em relação a todo o circuito dos Resíduos Hospitalares (triagem, acondicionamento, remoção, armazenamento e transporte). Devem monitorizar e auditar todo este processo para detectar desvios ou inconformidades que possam surgir e corrigi-las atempadamente. Os profissionais de saúde devem requerer o cumprimento dos requisitos, materiais e equipamentos citados.
- 3.6 Os enfermeiros decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem (alínea b, do ponto 4, do artigo 9º do REPE). Os enfermeiros têm o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional.
- 3.7 Os enfermeiros devem observar todos os princípios inerentes à boa prática de Enfermagem, sendo responsáveis pelas decisões que tomam e pelos actos que praticam ou delegam. Todas as intervenções de enfermagem, requerem pensamento crítico e tomada de decisão sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem.
- 3.8 Devido à magnitude desta problemática, (Recolha de Resíduos Hospitalares provenientes de Cuidados Domiciliários), a Ordem dos Enfermeiros tem questionado as instituições responsáveis, pela operacionalização de uma rede logística de recolha de resíduos perigosos nos diferentes contextos domiciliários nomeadamente, a DGS, no sentido de encontrarem as melhores soluções em todo o país, colmatando este grave problema. Decorrente disto, aguardam-se as orientações desta entidade.
- 3.9 A centralização das actividades de tratamento de roupas deve constituir preocupação e responsabilidade dos ACES. O tratamento das roupas deve realizar-se na lavandaria do ACES ou em empresa externa, de forma a garantir a efectividade no procedimento recomendado para tratamento de fardas, bem como, sobre o circuito/transporte adequado das mesmas.
- 3.10 O tratamento das fardas no domicílio deve ser evitado de forma a garantirem-se as condições adequadas do tratamento do mesmo. O processamento de roupas de serviços de saúde é uma actividade de apoio que influencia a qualidade da assistência em saúde, principalmente no que se refere à segurança e conforto do utente e profissional de saúde pelo que se desaconselha tal prática.



- 3.11 Cabe aos ACES gerir, providenciando a centralização da designada actividade, adequando normas e procedimentos de actuação em relação processamento/ tratamento de fardas e a todo o circuito (triagem, acondicionamento e transporte), garantindo processos de monitorização e auditoria de todo este processo. Os profissionais de saúde devem requerer o cumprimento dos requisitos relativamente ao processamento de fardas.
- 3.12 Recomendamos que as organizações de saúde, juntamente com os agentes de hotelaria hospitalar, desenhem políticas de vestuário, pelo que reforçamos o dever profissional e pessoal de cada enfermeiro em fazer cumprir a aplicação dessas políticas.

BIBLIOGRAFIA

- Direcção Geral da Saúde [DGS], (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde – documento de apoio.
- Direcção Geral da Saúde [DGS], (2013). Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos. Norma n.º 004/2013, de 08/08/2013, actualizada em 13/11/2015.
- Direcção Geral da Saúde [DGS], (2012). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). Norma N° 029/2012, de 29/12/2012, actualizada em 31/10/2013.
- WHO (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. Geneva.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), (2009). Processamento de roupas de serviços de saúde: prevenção e controle de riscos. Série Tecnologia em Serviços de Saúde. 1ª edição. Brasília.
- Manual de Normas e Boas Práticas para Combate de Infecção Hospitalar. Desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, pela equipe do Hospital Infantil Joana de Gusmão. In <http://www.provida.ind.br/site/index.php/bacterias/boas-praticas/167-controle-infeccao-hospitalar.html>
- Direcção Geral da Saúde [DGS], (2007). Plano Operacional de Controlo de Infecção para os Cuidados de Saúde Primários para todos os Agrupamentos de Centros de Saúde da Direcção de Serviços da Qualidade Clínica, Divisão de Segurança Clínica. Circular Normativa n.º 20 de 24/10/2007
- Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros (REPE) - Decreto-Lei n° 161/96, de 4 de Setembro.
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros contemplado em anexo à lei n° 156/2015, de 16 de Setembro de 2016 que introduz alterações ao DL n° 104/98 de 21 de Abril.
- Administração Regional da Saúde ARS] do Norte, (2013). Manual de Controlo de Infecção. Ministério da Saúde. Portugal.
- www.dgs.pt



Conselho de Enfermagem 2016-2019

- Plano Estratégico dos Resíduos Hospitalares 2011-2016, Agência Portuguesa do Ambiente e Direcção Geral da Saúde, pág.114
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro com as alterações do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Capítulo IV – Exercício e intervenção dos Enfermeiros, art.º 8º, Exercício profissional dos enfermeiros, ponto 1

Aprovado em reunião do CE de 25 de Setembro de 2017

O Conselho de Enfermagem
Ana Fonseca
(Presidente)