

A QAI no co mundo hosp



Complexo Hospitalar

Por Cristiane Di Rienzo

A atenção à saúde representa um quebra-cabeça para todos os países, e os hospitais são os componentes mais importantes e onerosos de qualquer sistema de saúde. Nos países de baixa e média renda os hospitais são o centro desse sistema. Mesmo nos países mais pobres, são eles que constituem o foco primordial da capacitação profissional e a referência para todo o sistema de saúde. Neles, os hospitais formam a base para um bom atendimento. No entanto, em muitos dos países em desenvolvimento estes locais têm sido sistematicamente negligenciados.

A gama dos serviços oferecidos pelos hospitais – de tratamentos clínicos de alta tecnologia a cirurgias complexas até serviços básicos de hotelaria – torna a sua administração difícil e onerosa e a sua supervisão e controle extremamente desafiantes. Assegurar o controle sobre essas complexas entidades requer profundidade e amplitude de conhecimentos para compreender todos os componentes de um hospital e integrá-los efetivamente, ao passo que monitorar o desempenho e o uso dos recursos requer informações confiáveis e atualizadas – o que pode ser difícil de se alcançar nos países em desenvolvimento. Desse modo, nos locais em que os hospitais são centrais ao sistema de saúde e uma expressiva parcela dos gastos em saúde se destina a mantê-los, eles podem se tornar “caixas-pretas” dispendiosas, que devoram recursos, mas oferecem um conjunto de produtos pouco homogêneo e difícil de quantificar.

No Brasil, os hospitais são o centro do sistema de saúde. Sozinhos, respondem por dois terços dos gastos do setor e boa parte dos serviços produzidos. Neles está empregada a maioria dos médicos, enfermeiras e outros profissionais da área de saúde. As instituições hospitalares lideram a prestação de serviços de saúde e empregam os profissionais de ponta do País. São também centros de treinamento e o principal ambiente de desenvolvimento e adoção de novas tecnologias.

Porém, como na maioria dos outros países, o sistema brasileiro é altamente estratificado. Um pequeno número de hospitais são centros de excelência mundial, mas, ainda que o País apresente um sistema universal de saúde, essas unidades tendem a atender uma minoria. A maioria dos hospitais depende de financiamento público e está abaixo do padrão razoável de qualidade. É a eles que recorre a grande massa de brasileiros que não pode pagar por tratamento médico ou contratar um plano de saúde privado.

A maior parte dos brasileiros valoriza os hospitais. Para o bem ou para o mal, a população os considera a primeira opção quando busca atendimento médico. Além disso, a qualidade e o tempo de espera observados em seu atendimento são o parâmetro para julgar todo o sistema de saúde.

Para a imprensa, os hospitais são fonte certa de notícias – tanto no caso de inovações médicas e curas milagrosas como quando ocorrem eventos adversos e mortes evitáveis. Em anos recentes, uma onda ininterrupta de notas negativas na imprensa – quase sempre ligadas a casos isolados – levou à impressão geral de que muitos hospitais não são seguros.

Complexidade hospitalar

“Um hospital é algo muito complexo – nem uma usina atômica é tão complexa quanto um hospital”, afirma o médico e arquiteto Domingos Fiorentini, com ampla experiência em projetos hospitalares. “Já fiz mais de 600, entre novos e *retrofit*”. Segundo ele, um hospital contempla desde a energia nuclear (medicina nuclear, acelerador

de partículas e linear), até ações mais singelas, mais simples como a maternidade, que pode abrigar um parto natural. “Mas cada universo dentro do hospital é muito complexo, transcendendo o conhecimento comum, como, por exemplo entender o conceito da Qualidade do Ar Interior”, avalia.

QAI

A Qualidade do Ar Interno (QAI) surgiu como ciência a partir da década de 70 com a consequente construção dos edifícios selados (desprovidos de ventilação natural), principalmente nos países desenvolvidos. O interesse por estudos sobre a QAI aumentou após a descoberta de que a diminuição das taxas de troca de ar nesses ambientes era a grande responsável pelo aumento da concentração de poluentes biológicos e não biológicos no ar interno. Em hospitais, a presença destes poluentes cria condições que podem comprometer a recuperação dos pacientes, além de afetar a saúde e produtividade dos funcionários. Assim, estes estabelecimentos necessitam de sistemas de climatização bem projetados, que forneçam taxas de ventilação adequadas para garantir o conforto e bem-estar de seus ocupantes, bem como a assepsia dos ambientes.

Em novembro passado, com a missão de disseminar o tema, o Sindtar-SP em conjunto com a Fiesp, promoveu o Seminário “A Importância do Meio Ambiente Interior para a Saúde”. Durante o evento, os congressistas, profissionais gabaritados, que desfrutaram do mais alto nível conceitual neste mercado, discutiram sobre a situação da QAI nos hospitais e constataram – tristemente –, que no Brasil, a maioria destes ambientes apresentam problemas com o sistema de tratamento do ar, que segundo demonstraram não está em conformidade com as necessidades e normas vigentes. Um dos fatores para esta constatação é de que muitos hospitais acabam optando por sistemas individuais, como os modelos do tipo janela ou minisplit. Tal procedimento não é recomendado, pois eles não realizam a filtragem e a renovação adequada do ar, favorecendo a proliferação e transporte de

bactérias, vírus e fungos. Segundo o engenheiro de aplicação do Departamento de Soluções para Segmento Hospitalar, da Indústrias Tosi, Alessandro Gomes Brocco, “o mais importante num ambiente hospitalar, no que diz respeito ao tratamento do ar, é a sua renovação”. Segundo ele, os danos variam de acordo com o processo executado, como por exemplo, um Centro Cirúrgico que necessita de ar tratado e de uma quantidade mínima de renovações por hora, para que os pacientes passem pelas cirurgias sem a preocupação de uma possível contaminação. Ele indaga: “O que aconteceria ao paciente se este mesmo ar fosse captado diretamente da atmosfera exterior, que está carregado de poluição e contaminantes agressivos? Ou, então, que o ar que circulasse por ambientes onde estão pacientes tuberculosos fosse recirculado para outros ambientes através do sistema de dutos? Estão aí os possíveis danos”.

Para Domingos Fiorentini, atualmente, as normas sobre estes aparelhos, quanto ao seu uso ou não, são muito claras, até porque o setor do ar condicionado viveu uma transformação significativa, contudo “o que me deixa profundamente indignado é que grande parte das soluções em sistemas de ar condicionado é usada de forma desvairada, de forma irracional somente com a missão de reduzir calor de dentro do ambiente. Ou seja, isso é conforto térmico”. Ele reforça que não há problema algum com o conforto térmico. Pelo contrário. “Mas pela forma inadequada de como esses sistemas são utilizados para este tipo de solução, causando,

inclusive, desperdício de energia”, afirma. Fiorentini informa, ainda, que os hospitais possuem, atualmente, uma grande quantidade de ar condicionado, que são instalados por todo o hospital. “Não é que não funcionam, mas com a experiência que tenho digo que hoje no Brasil há poucos hospitais bem servidos no que tange ao sistema de tratamento do ar”.

O engenheiro Lúcio Flávio de Magalhães Britto concorda com o Dr. Fiorentini e desabafa: “O meu desejo é de que as pessoas soubessem um pouco mais sobre esse assunto, que por uns é banalizado, por outros é desconhecido, e, ainda, por outros é totalmente desconhecido e o cliente é explorado. Na cadeia do conhecimento, que começa com Pesquisa e Desenvolvimento (PD), o hospital é a parte mais frágil da estrutura. Para mim é muito clara a diferença entre o ar tratado, o ar refrigerado, o ar climatizado e o ar condicionado: o tratamento do ar envolve uma série de parâmetros, como temperatura, umidade, nível de ruído, pureza, quantidade de ar novo que entra no ambiente, ou seja, são variáveis que denominam o ar como sendo tratado pelo conceito da norma (RS 09). Mas, também pode ser entendido como o ar condicionado, aquele que aquece e resfria e não renova. Já o ar refrigerado é aquele que só refrigera e não aquece”. Daí seu entendimento de que as pessoas compram gato por lebre e, por exemplo, colocam um aparelho de janela no centro cirúrgico, achando que o ar está tratado, quando, na realidade, ele está apenas refrigerado, pois não controla a pureza, a umidade entre outros parâmetros.



Perder para ganhar

Um outro fator que aparece quando se utilizam sistemas inadequados, não só comprometendo a qualidade do ar, é a questão energética. “Eu não falo só pela questão de controle de infecção, mas também pelo conforto térmico”, esclarece Domingos Fiorentini. “No entanto, o que mais me irrita nisso tudo é o desperdício de energia”, acrescenta.

O médico e arquiteto aponta que 90% dos sistemas utilizados em hospitais são ineficientes, isto é, jogam energia fora. “Geralmente são hospitais pequenos com poucos recursos

Instalação de um Sistema de Tratamento do Ar de um hospital de São Paulo.





bido abrir uma janela porque com a altíssima umidade relativa com mais de 90%, quem aguenta? Na Região Norte do País o que existe são hospitais com sistemas climatizados tanto para processo, quanto para conforto. Em São Paulo, onde as condições climáticas são moderadas em relação a Região Norte, o investimento é menor, portanto, a comparação é injusta. A necessidade e os custos com um hospital em Manaus ou Belém, onde a ventilação natural é inexistente, faz com que a condição climática exterior não seja adequada a um ser humano, tendo-se que recorrer a ventilação forçada”, aponta.

Fiorentini revela que na construção de um hospital, gasta-se muito dinheiro em outros itens, como por exemplo na hotelaria, e não se investe no tratamento do ar com o pretexto de custo alto ou de economia. “Custar caro não significa que não seja econômico, pois se se investe num sistema especificado, onde não haja problemas nem desperdício de energia, isto não é custar mais, e sim investir adequadamente”, orienta. Ele completa: “Eu me importo com o custo da operação e da manutenção, que é para o resto da vida”.

Contudo, a realidade é que inicialmente, investe-se muito pouco em ar condicionado, para depois gastar-se uma fortuna a médio e longo prazo no funcionamento do sistema.

Um projeto bem executado, além do seu bom funcionamento, pode promover economias interessantes aos hospitais. Um exemplo, citado por Fiorentini, está na utilização de *chillers*, que ao retirar o calor do ambiente

ou da água, aquece a água. Ou seja, tem-se de um lado água gelada e do outro água quente. “Esta água quente pode ser tamanha que não será preciso mais utilizar nem caldeira nem aquecedor e muito menos chuveiros elétricos, nos hospitais. Tudo provém do chiller. Com a água quente a 40 ou a 50 °C, pode-se abastecer um hospital inteiro de chuveiros só com o investimento da água quente do chiller”, informa.

Outros exemplos de economia ficam por conta da escolha dos equipamentos adequados, utilizados de maneira correta no local exato. “Isto é importantíssimo. Não se pode colocar um sistema do tipo split no centro cirúrgico porque não tem filtro”, avalia. Por outro lado ele lembra que utilizar filtros de alta eficiência, como o Hepa, em todas as salas é como usar um canhão para matar uma formiga. “É exagerado e excessivo. Da mesma forma se joga dinheiro fora. Veja quanto desperdício acontece num prédio de hospital”, adverte o arquiteto.

Fiorentini prossegue e alerta que os investidores deveriam se preocupar menos com o custo inicial do hospital e focar mais na aquisição do correto equipamento responsável pelo sistema de tratamento do ar. A lógica deveria ser quanto se vai ganhar a médio e longo prazo com o funcionamento desse sistema de ar condicionado? Quanto se economizará de energia? E assim por diante. “As pessoas se iludem e fazem economia no projeto, que custa de 2 a 5% do valor total da obra. Vai economizar na obra e na aquisição de equipamentos? Eu sempre foco no seguinte: o projeto é o mais barato,

e há que se dizer que o sistema de tratamento do ar não é um investimento pequeno”, avalia. Fiorentini revela que, geralmente, quando se constrói um hospital o item ar condicionado é importante, respondendo por cerca de 20 a 40% do orçamento da obra. “Depende do que se vai fazer”. Uma Central de Água Gelada (CAG) custa duas vezes mais do que a instalação de um sistema de expansão direta, porém pode ser mais econômica a médio e longo prazo. Há que se levar em consideração também a condição climática. Nas regiões Sul e Sudeste, por exemplo, há uma condição térmica diferente da do Norte. “Lá é proi-

Fonte preservada conforme Federação Nacional de Jornalismo



porém é o mais importante. É o que dá uma visão de médio e longo prazo, que analisa o investimento e o retorno do dinheiro, do capital investido ou, pelo menos, a potencialização desses recursos. É nisto que o projeto tem que focar. Mas, infelizmente, quando o projeto passa para a execução e para a obra, as pessoas começam a querer reduzir seus custos. Porém, o que deve mandar é a relação custo x benefício.

Brocco reconhece que justamente por isso, o papel do projetista é fundamental, pois além de fornecer ao cliente final o conhecimento necessário e as opções técnicas, o trabalho deste profissional está baseado na responsabilidade técnica, “que todos nós, profissionais envolvidos com o processo, temos que ter”, que é fazer com que o cliente final entenda que o equipamento específico para determinados processos, são fundamentais, primordiais para o bom funcionamento de sua instalação. Além disso, segundo Brocco, “cabe ao projetista realizar a equalização técnica, tendo conhecimento dos produtos existentes no mercado para os que de melhor qualidade e tecnologia sejam sempre especificados”.

Para Fiorentini, está havendo uma grande distorção do aspecto inteligente de se encarar o problema de ar condicionado. “Tenho lutado muito para que os hospitais invistam em projetos e execução de obra, tanto no aspecto conforto quanto segurança”.

Como exemplo, ele cita um caso de um hospital localizado na Região Norte, onde para reduzir o custo, o proprietário não climatizou o corredor. A sala de cirurgia, que fazia divisa com esse ambiente era condicionada. Com 18 °C, a sala gelava. A parede divisória entre o centro cirúrgico e o corredor condensava umidade, ou seja, escorria água. Muita água mesmo. O proprietário desesperado, então, ligou para o arquiteto: “está minando água na parede da sala de cirurgia”. Fiorentini conta: “Lógico. Existe diferencial de temperatura entre um ambiente e outro. Com a alta umidade relativa no corredor é claro que vai haver a condensação. Ou se cria um isolamento na parede para que a temperatura menor não interfira com



PERFIL

Lúcio Flávio de Magalhães Brito, é engenheiro mecânico, engenheiro de segurança do trabalho e engenheiro clínico certificado pelo *American College of Clinical Engineering* e pela *Association for the Advancement of Medical Instrumentation*. Trabalha em ambiente hospitalar desde 1987. Atualmente é diretor de engenharia na MEDICORP Tecnologia Ltda. e da Engenharia Clínica Ltda, onde atendem diversos clientes tanto no Brasil quanto exterior. Atualmente está envolvido em tarefas relacionadas a diagnóstico situacional de serviços de engenharia em hospitais, com proposição de planos de ação. Também está envolvido diretamente em atividades de comissionamento de equipamentos médicos e instalações hospitalares. É professor no curso de especialização em engenharia de segurança do trabalho da Faculdade de Engenharia Industrial, atua como professor convidado na Universidade Estadual de Londrina no curso de especialização em administração hospitalar. Atua também na Escola Paulista de Direito com o tema Direito Médico e atividades de engenharia nos hospitais.

o corredor, perdendo frio e gastando energia, evitando que aquela parede fique gelada e condense; ou fecha-se o corredor e instala um equipamento de ar condicionado, criando, dessa forma, um microclima”.

Este é um exemplo das muitas loucuras que se faz para ter um custo menor: encarar o sistema de ar condicionado, apenas como um aparelhinho que vai deixar o ambiente gelado. Esta perda entre paredes, fez com que se perdesse dinheiro e energia para depois o dono do hospital ter de reparar a opção inicial. Para Fiorentini, isso acontece por dois motivos: redução ineficiente dos custos e falta de conhecimento.

Brocco, da Indústrias Tosi, concorda e vai além: mesmo que num primeiro momento haja falta de conhecimento por parte dos donos dos hospitais, as leis, as normas, as portarias e resoluções estão aí. Ou seja, “para que um hospital funcione, ele deveria estar amparado nessas condições, pois o que está em jogo é o seu adequado funcionamento, que cuida da ciência da vida”, define. “Por isso, tinha de haver uma fiscalização antes de sua inauguração, pois estando apto a funcionar, o impacto tanto para os pacientes quanto para os próprios hospitais seria positivo”, acrescenta.

O engenheiro Lúcio Flávio, atua numa dessas pontas, que é conhecida como comissionamento. “Entro na frente do dono do hospital e recebo a obra. Pego o projeto executivo e o memorial e analiso em detalhes. Verifico a parte do arquiteto, do projetista, do construtor. Avalio todos os quesitos dentro do hospital”, informa. Porém, nem todo hospital faz esse trabalho. “Primeiro, porque não há mão de obra disponível e, segundo, porque não há uma visão sobre o sentido do comissionamento”, lamenta. Ele cita o prédio novo do Hospital Samaritano, em São Paulo, com 32 mil m², que tem uma engenharia forte e sabe muito bem onde focar. “Mas, infelizmente são poucos que tem essa visão”.

Há um consenso entre os profissionais que atuam na área hospitalar e afirmam que não há uma preocupação por parte dos proprietários quanto ao custo operacional, no entanto, deveria ser obrigatório o conhecimento no que diz respeito a indicação técnica e o ponto de investimento, bem como quais tipos de equipamento devem ser utilizados, no entanto a realidade é bem diferente. “Hoje nos deparamos com um contin-

gente muito grande de ignorância por parte de alguns profissionais”, opina Fiorentini. Ele prossegue: “Os recursos são escassos para construir e para comprar equipamentos. No Brasil, um financiamento para uma visão de médio e longo prazo, praticamente não existe. Os empreendedores querem gastar o mínimo na construção, mas se esquecem de que vão pagar mais, por exemplo, em energia.

Ele admite que para a cabeça do investidor brasileiro, talvez, este caminho não tenha lógica. Tanto no modelo privado quanto no público. “Principalmente, o público que não dá muita importância para estas questões, especialmente quando termina o período de sua administração. O que ele quer é deixar uma obra bonita”, avalia.

Manutenção

O gerenciamento da manutenção hospitalar garante o bem estar dos pacientes. A pessoa que pensa que um hospital ou clínica precisa apenas de uma equipe médica eficiente e qualificada está realmente enganada.

Equipes que atuam por trás do tratamento dos pacientes, como a equipe de manutenção, possuem igual importância ou até superior. Nenhum atendimento que depende de equipamentos hospitalares poderia ser executado com qualidade, e em tempo hábil, sem que a manutenção mantenha o bom funcionamento dos mesmos.

Ao se implantar um sistema de manutenção de equipamentos hospitalares é necessário considerar a importância do serviço a ser executado e principalmente a forma de gerenciar a realização desse serviço. Não basta a uma equipe de manutenção simplesmente consertar um equipamento, é preciso conhecer o nível de importância do equipamento nos procedimentos clínicos, a que grupo ele pertence, estrutura, sobressalentes que podem ser substituídos, entre outras informações.

Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise de falhas, no conhecimento da urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabili-



Alexsandro Brocco, Indústrias Tosi

dade exigido, já que uma manutenção hospitalar inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente.

Podemos concluir dizendo que a equipe de manutenção, organiza a retaguarda da equipe médica garantindo a segurança operacional dos equipamentos, sempre racionalizando custo e tempo, sem esquecer o alvo principal, o paciente.

“Cada coisa dentro do hospital é complexa, por isso necessita-se de profissionais competentes para entender o que está acontecendo. Senão

Monitoração de Temperatura e Umidade sem fio

Economia
e facilidade na
instalação

RHT-Air: Medição e monitoramento de temperatura e umidade. Conectividade **Wireless** de alta **confiabilidade**.

- Validável segundo requisitos FDA/ANVISA
- Ideal para centros de distribuição e laboratórios
- Comunicação Wireless IEEE 802.15.4

Temperatura

Umidade



tudo o que foi feito será destruído. A manutenção não pode ser feita por leigos ou apenas por indivíduos braçais. Ou operários que fazem consertos”, defende Fiorentini.

Ele comenta que a indústria entende que o importante é vender. Muitas vezes determinado equipamento exige um controle de manutenção, só que não é feito e daí vai sucateando.

No entanto, o Presidente do Sindrat-SP (Sindicato da Indústria e Instalação), José Rogelio Medela rebate e diz: “Quando a indústria vende um equipamento, ela fornece instruções de instalação e manutenção para fornecer a garantia aos seus clientes, mantendo sua reputação. Pelo menos é o que deveria ser”, defende. “Porém, muitos usuários não se preocupam com a adequada manutenção. Por este motivo os equipamentos vão sucateando”, completa.

Alexsandro Brocco, por sua vez, avalia que os profissionais da manutenção fazem o que podem. “Ele está seguindo ordens, que depende da autorização da diretoria. Muitas vezes ele não tem autonomia para interferir no processo”, reflete.

Para o engenheiro Lúcio Flávio, o papel do engenheiro no sistema hospitalar é fundamental. Mas, os hospitais por sua vez, não entendem porque precisam de engenheiro. “Deveria ser proibido um hospital funcionar sem engenheiro. Não deveria existir. Se investe milhões de reais num hospital, e não tem um engenheiro em seu quadro? Quem é que vai cuidar dele?”, pergunta.

Ele explica que atualmente, cada vez mais é o engenheiro, o responsável pelo bom funcionamento dos equipamentos hospitalares. Antigamente, essa função era atribuída ao administrador, ao médico ou ao comprador.

“Nos hospitais mais avançados é possível constatar a importância da engenharia. Nesses locais há uma hierarquia da função, havendo, em alguns casos diretoria e até superintendência de engenharia. A visão é outra, por exemplo quanto custa climatizar dez salas cirúrgicas mais os ambientes de apoio? Uma fortuna. E onde o pessoal para para conversar? Na porta. Aberta. Se no local se tem pressões diferentes

entre ambientes, com isso já mata todo o sistema”, diz Lúcio Flávio.

Ele acrescenta que se o hospital já tratar o engenheiro como sendo de manutenção, já é um avanço. Mas, que se tratasse simplesmente como engenharia de uma forma global, seria um posicionamento muito mais adequado do que fechar na manutenção. Ou seja, “o posicionamento de um engenheiro no hospital tem que ser mais amplo, naturalmente, ele também tem que vestir a roupa de manutenção”, defende.

No tocante aos sistemas de tratamento do ar, o Ministério da Saúde, através da Portaria 3523, estabelece que todos os sistemas de climatização devem estar em condições adequadas de limpeza, manutenção, operação e controle, exigindo verificações e limpezas periódicas nos componentes tais como: bandejas, serpentinas, umidificadores, ventiladores, filtros e dutos.

A mesma Portaria estabelece que os proprietários e/ou prepostos, responsáveis pelos sistemas de climatização, devem implantar e manter um Plano de Manutenção, Operação e Controle (PMOC), contendo a descrição das atividades a serem desenvolvidas, a periodicidade das mesmas e as recomendações a serem adotadas em situações de falha dos equipamentos.

Os responsáveis técnicos devem ainda garantir a aplicação do Plano de Manutenção por intermédio da execução contínua deste serviço, manter disponível o registro da execução dos procedimentos estabelecidos no Plano e divulgar os procedimentos e resultados das atividades de manutenção, operação e controle. Portanto, os hospitais devem ficar atentos às necessidades deste setor na busca desses objetivos.

Como promover a boa QAI?

Além de seguir corretamente as Leis, Normas, Portarias e Regulamentações que tratam do assunto, incluindo aí a correta especificação, instalação e manutenção dos sistemas, os entrevistados dessa reportagem sugeriram ações diferenciadas, que desembocam neste propósito. Para Alexsandro



PERFIL

Formado em Arquitetura e Medicina. Domingos Fiorentini afirma que a soma de experiências em áreas tão distintas faz com que o arquiteto se diferencie e compreenda com facilidade as expectativas de seus clientes e as transforme em projetos inovadores e funcionais.

“Muita gente pensa que eu fiz arquitetura porque me desencantei com a medicina. Ao contrário. Desde menino eu era desenhista e aos 14 anos fui trabalhar com Jarbas karmman em projetos para hospitais. Fiquei encantado. Resolvi fazer a medicina antes da arquitetura para entender este universo”, conta. Sua formação, inclui: Médico formado pela Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Arquiteto formado pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Mackenzie de São Paulo. Docente da disciplina de Arquitetura Hospitalar da Faculdade de Administração Hospitalar do IPH de 1975 a 2007. Diretor Geral da Faculdade de Administração Hospitalar do IPH de 1985 a 2007. Participação em mais de 600 projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde, dentre eles laboratórios, clínicas e hospitais. Atualmente é diretor da Fiorentini Arquitetura de Hospitais.

Brocco seria importante regulamentar e classificar os equipamentos com um selo para ambientes classificados, como critério e classificação. Já para Domingos Fiorentini a saída está na divulgação, que leva a conscientização e não persuasão. “Porque fiscalizar é um método truculento e ineficiente. Já a informação é mais eficaz”, garante.

O engenheiro Lúcio Flávio recomenda que todas as fases da construção e gestão hospitalar sejam eficientemente

cumpridas. “Da especificação do projeto arquitetônico, da viabilidade e projetos complementares, como elétrica, hidráulica, gás, ar condicionado e outros; passando por uma outra empresa projetista que se encarregará de traduzir os desejos arquitetônicos num conjunto de projetos complementares; chegando na fase da construção, execução e, por fim, o comissionamento, e depois um plano adequado de manutenção, os hospitais certamente poderão imprimir qualidade em seus processos”, define.

COM A PALAVRA, A ANVISA

A **Revista Sindratar em Foco** (SF) conversou com exclusividade com o presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), órgão que tem atuação em todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. Acompanhe os principais trechos da entrevista com Dirceu Brás Aparecido Barbano (DB).

SF: Como a Anvisa se posiciona referente as constatações sobre a má qualidade do ar em ambientes hospitalares?

(DB): Primeiro, o País tem uma regra que trata da manutenção da qualidade do ar, através dos equipamentos e instalações. É uma Resolução da Anvisa - RDC. Ela trata, sobretudo, de definir responsabilidades a quem instala e a quem mantém os aparelhos funcionando, independentemente, se é um estabelecimento de saúde ou não. Isso significa que a Anvisa mantém uma preocupação normativa sobre a Qualidade do Ar. Se fosse cumprida, essa resolução daria conta de garantir que os aparelhos não geram ar insatisfatório. Entretanto, num hospital não tem área classificada. Aquilo que se faz dentro de um hospital como área classificada em termos de particulados, se faz em capela de fluxo laminar. E o paciente que está sujeito a grandes procedimentos, normalmente, o faz embaixo dessas capelas. As salas cirúrgicas não têm ambientes classificados. Portanto o que é necessário é um ar limpo.

SF: Para alguns profissionais do setor de HVAC, a fiscalização deixa



a desejar, para outros ela é ineficaz, portanto, desnecessária. Como a Anvisa avalia e trabalha esta questão?

DB: Bem, devo dizer que se existem regras, elas devem ser observadas por quem instala, vende e compra os equipamentos. Essas regras são claras e precisam ser cumpridas. Eu trabalho sempre com uma perspectiva muito tranquila de entender que as normas não existem para serem fiscalizadas, mas, sim, para serem cumpridas. Não é necessário que se tenha sempre alguém fiscalizando para que se faça cumprir a Norma. Depois, é importante dizer que a Anvisa não faz fiscalização em serviços de saúde, quem faz fiscalização em serviços de saúde são as vigilâncias sanitárias dos locais onde as unidades de saúde estão localizadas, que são os estados e municípios.

SF: A Anvisa não faz a fiscalização?

DB: A verificação do cumprimento de normas, resoluções e outras questões

ligadas à saúde, principalmente, da qualidade do ar cabe às vigilâncias sanitárias dos estados e municípios. Mas admito que é uma preocupação importante, pois quando a Anvisa fez a regra e constatou que havia a má qualidade do ar gerado pelos equipamentos não só em hospitais, mas, também em ambientes de trabalho e áreas de convivência desenvolveu normas. A regra consegue dar conta de garantir a qualidade do ar para as pessoas respirarem.

SF: Há alguns relatos de que os hospitais abrigam sistemas sucateados e totalmente sem condições de garantir a pureza do ar. Como dar conta dessa regra?

DB: Se estas normas forem observadas, elas conseguem dar qualidade para esse ar. Precisa ter preocupação sim por parte das unidades de saúde, das empresas, dos equipamentos e das vigilâncias sanitárias dos estados e municípios. Quando um estabelecimento de saúde consegue a licença

para o seu funcionamento, as vigilâncias verificam essas questões. Ou deveriam verificar. Precisamos saber se esta é uma ação generalizada ou pontual, para que a Anvisa interaja junto as vigilâncias sanitárias.

SF: Segundo relatos são ações generalizadas.

DB: O que se tem são anotações em relatório de inspeção sanitária. Se estes ambientes são liberados com situação de precariedade na qualidade do ar é um problema. Tem que ver se é um problema pontual ou de prática. A Anvisa não realiza esse trabalho, ela tem a Norma. O problema é se o hospital recebe um alvará, seja por isso ou por qualquer outra situação que põe em risco as pessoas, temos, então, um problema. Não poderia receber a licença para o seu funcionamento.

SF: Quem fiscaliza e verifica isso?

DB: Ou é a Autoridade Sanitária dos municípios ou em alguns caso é a Autoridade dos Estados.

SF: As vigilância sanitárias estão sob o guarda-chuva da Anvisa?

DB: A vigilância sanitária ocorre nas três esferas da gestão do sistema, a Anvisa coordena o Sistema. Fazemos inspeções quando somos chamados aqui no Brasil e inspeções internacionais. A Federação do Brasil é composta por 27 estados, por isso temos 27 autoridades sanitárias correspondentes. Cada qual é ligada a sua Secretaria



PERFIL

Dirceu Brás Aparecido Barbano é formado em ciências farmacêuticas na modalidade Farmácia Industrial, pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Em quase 20 anos de experiência profissional, foi secretário municipal de saúde dos municípios paulistas de Ibaté e São Carlos. Exerceu docência na PUC – Campinas, atuou na gestão do SUS em São Paulo, e atuou como Coordenador Geral do Programa Farmácia Popular do Brasil, entre outras experiências. Foi reconduzido ao cargo de presidente da Anvisa, em abril de 2013.

ria Estadual de Saúde. Também, cada município tem sua autoridade sanitária. A Anvisa quando inspeciona é porque é chamada a inspecionar. Todos os estados, onde estão estabelecidos fá-

bricas, hospitais, laboratórios e outros ambientes mais complexos, a autoridade sanitária do estado via de regra faz a inspeção, no entanto, ela pode transferir para a autoridade municipal. O sistema é tripartite, mas os órgãos não são vinculados a Anvisa e sim aos estados e municípios.

SF: O PMOC completa 15 anos. O senhor acha que ele conseguiu cumprir o seu objetivo. Dá para fazer um balanço desse tempo?

DB: O PMOC Teve impacto. É um bom orientador para quem quiser fazer e seguir um programa correto para a QAI. Mas, independente do PMOC, o que se deve ter é consciência de que o sistema de tratamento do ar e, portanto, sua manutenção, é um componente importante nos hospitais. E que há ferramentas para se cobrar o prestador de serviço. O PMOC orienta e estabelece. Mesmo porque os hospitais são liberados na inspeção? Numa situação calamitosa.

SF: Em relação a matéria QAI, o que vem por aí?

DB: Há a proposição de revisão dessa norma que trata da qualidade do ar, mas é uma atualização. Ela ficou um pouco antiga e precisa ser revista. Ela não é precária e sim suficiente, portanto será atualizada. A Anvisa ainda não iniciou os trabalhos, que deve entrar com a agenda regulatória para 2014, portanto o processo se inicia no começo do ano que vem. ●●●

DADOS DO SETOR

Serviços de saúde no Brasil cadastrados no MS	
Municipais	66.954
Estaduais	2.992
Federais	435
Privados	182.287
Total de públicos: 70.381	
Total de privados: 182.287	
Total geral: 252.668	

Hospitais do Brasil	
Municipais	21%
Estaduais	8%
Federais	1%
Privados	70%
Total : 6.875	

Leitos hospitalares no Brasil			
	SUS	NÃO SUS	TOTAL
Cirurgia	76.238	42.600	118.838
Clinica geral	82.887	32.051	114.938
Psiquiatria	34.714	9.966	44.680
Pediatria	47.227	11.657	58.884
Obstetrícia	44.088	14.040	58.128
Outros	46.956	13.207	60.163
Total	351.293	154.613	505.906

Fonte: cnes - abril/13