

## **Gerenciamento de Sinistro no Ambulatório de um Hospital Universitário: Reflexão Bibliográfica**

### **Claims Management in the University Hospital Clinic: Reflection Bibliography**

Gicélia Lombardo Pereira<sup>1</sup>

Ana Cristina Silva Pinto<sup>2</sup>

Beatriz Gerbassi Costa Aguiar<sup>3</sup>

Ângela Maria La Cava<sup>4</sup>

Iara Chaves Ribeiro<sup>5</sup>

1. Prof. MS. do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Coordenadora do Curso de Pós Graduação em Nível de Especialização nos Moldes de Residência. *End. para correspondência:* Rua Xavier Sigaud, 290, Sala 207. Urca. CEP: 22.290-180 – Rio de Janeiro, RJ – Tel/Fax: (21) 2542-6458. CEL. (21) 9634-0645. E-mail: [gilombardo@hotmail.com](mailto:gilombardo@hotmail.com) /
2. Prof. MS. do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. /
3. Prof. Dr. do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Coordenação do Curso de Pós Graduação em Nível de Especialização nos Moldes de Residência. E-mail: [residenfermagem@unirio.br](mailto:residenfermagem@unirio.br) /
4. Prof. Dr. do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. /
5. Enf. MS. do Hospital Federal dos Servidores do Estado – Ministério da Saúde.

### **Resumo**

O estudo tem por objeto a descrição situacional de segurança contra incêndio no Ambulatório de um Hospital Universitário. Os objetivos foram: identificar as estratégias contra incêndio registradas na literatura; verificar as principais áreas sugestivas de possíveis sinistros de incêndio e elaborar propostas de controle e combate a incêndio à luz da Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA (RDC 50). Apropriou-se da metodologia bibliográfica com

visita técnica predial. A visita possibilitou identificar áreas sugestivas de sinistro de incêndio e diagnosticar o que existe nesta Unidade de Saúde em termos de proteção e controle comparando às recomendações da RDC 50, além de constatar que esforços estão sendo implementados, apesar da Unidade ter aproximadamente um século de existência, para adequação às recomendações mundiais de segurança.

**Palavras-chave:** Gerenciamento de Risco. Medidas de Segurança. Controle de Incêndio.

### **Summary**

The study has for object the description situational of safety against fire to the Clinic of an Academics Hospital. The objectives were: to identify the strategies against fire registered in the literature; to verify the main suggestive areas of possible fire casualties and to elaborate proposed of control and combat to fire to the light of the Resolution of Management Collegiate no. 50. He/she appropriated of the bibliographical methodology with property technical visit. The visit made possible to identify suggestive areas to sinister of fire and to diagnose what exists in this Unit of Health in protection terms and control comparing the recommendations of RDC 50. Besides verifying that efforts are being implemented, in spite of the Unit to have approximately a century of existence, to adapt safety's world recommendations.

**Keywords:** Safety Management. Security Measures. Fire Extinguishing Systems.

## Considerações iniciais

A segurança em estabelecimentos de saúde é, atualmente, um dos maiores percalços dos gestores devido à complexidade de sua implementação e manutenção dentro de padrões de exigência quando se refere à garantia de condições aos usuários, sejam eles da comunidade interna (servidores, gestores e colaboradores) ou da comunidade externa (clientes, familiares e visitantes).

É importante entender que Segurança é definida como:

*“Ato ou efeito de segurar; estado do que se acha seguro; certeza; confiança; convicção; firmeza; evidência; certificação, afirmação: segurança de amizade, de solidariedade; confiança em si; afoiteza, garantia de uma dívida; caução; amparo; arrimo”* (FERNANDES, 1993).

Esta definição retrata a singularidade que o estabelecimento de saúde oferece àqueles que se encontram frágil pela doença, seja por seu desconhecimento quanto ao agravo, ao método terapêutico e ao restabelecimento, ou pelo ambiente em que permanecerá por determinado período enquanto prosseguir seu tratamento.

Portanto, é de competência de todos os profissionais, além dos gestores, a responsabilidade pela manutenção da segurança de seus clientes, familiares e visitantes, além da própria. Isto implica medidas práticas e rápidas para quaisquer situações emergenciais, sejam elas de caráter técnico ou advindas da natureza, uma vez que os imprevistos ocorrem quando menos se espera ou se está preparado para tal. Pensando nestas situações emergiu o objeto deste estudo: o gerenciamento do risco de incêndio no Ambulatório de um Hospital Universitário com base na análise bibliográfica à luz da RDC 50 e sua identificação situacional.

Ao considerar estratégias para controle e combate a incêndio na unidade hospitalar os seguintes questionamentos foram formulados para o desenvolvimento desta pesquisa: O que existe na literatura, em termo de segurança contra incêndio, específico aos estabelecimentos de saúde? Quais as áreas nestes estabelecimentos com maior probabilidade de sinistro de incêndio? Que estratégias de controle existem, ou poderão ser indicadas no Ambulatório de um Hospital Universitário? Para tanto, formularam-se os seguintes objetivos: identificar as estratégias contra incêndio registradas na literatura escrita e eletrônica; verificar as principais áreas sugestivas de possíveis sinistros de incêndio no ambulatório do Hospital Universitário;

apresentar propostas de controle e combate a incêndio no ambulatório do Hospital Universitário, mediante estratégias encontradas na literatura.

Por se tratar de uma unidade de saúde e ensino houve a necessidade de diagnosticar a condição situacional da Unidade e compará-la com a classificação da Resolução nº 50 (RDC 50), da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, MS, 2002), além de garantir à população fixa e flutuante um ambiente seguro contra incêndio com enfoque na prevenção de situações emergenciais, uma vez que estas podem surgir a qualquer momento. E exigir, individualmente, em casos de sinistro a incêndio, atitudes convenientes e rápidas tanto para si como à sociedade. Outro fator de relevância está em conhecer as Políticas de Acreditação da *Joint Commission International* (JCI) que recomenda “*a observação do impacto do ambiente na segurança e o papel dos profissionais na minimização dos riscos ambientais*”.

Portanto, é primordial a capacitação das equipes de saúde para dar respostas imediatas diante de situações de incêndio. Isto exige treinamentos, de preferência, por meio de simulações, o que é corroborado pelos Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* para Hospitais ao recomendar desenvolver “*planos, por escrito*”, que possam atender as estruturas das unidades.

Segundo o Ministério da Saúde (1995, pág. 22) os incêndios ocorrem com maior frequência nos seguintes locais: “*lavanderia, armazém em geral, centrais de lixo e incineração; central de esterilização, arquivo, cozinha, laboratório e oficinas*”. Além destes, “*enfermarias, ambulatórios e todas as salas de espera merecem atenção especial*”. Isto reforça a necessidade do treinamento por setor específico, a fim de atender as especificidades do local e desenvolver estratégias de prevenção e controle de incêndio.

O ambulatório do Hospital Universitário foi escolhido como cenário deste estudo pela possibilidade de ocorrência de sinistro de incêndio, por haver grande circulação de indivíduos em suas dependências e pela substancial quantidade de material de fácil combustão, uma vez que não há um setor de arquivo centralizado. Considerou-se também a possibilidade de que outras instituições se apropriem do material, para consultarem, promoverem e implementarem ações de controle e combate a incêndio em seus serviços.

### **Contextualização histórica da segurança no mundo**

O conhecimento acadêmico a respeito das instruções de segurança era restrito a histórias contadas ou breves notícias. A partir destas limitações surge o desenvolvimento de instituições de segurança que buscaram documentar e viabilizar conhecimentos.

Segundo Portela (2003), o conhecimento de segurança teve seu início, provavelmente, na transição da Era Paleolítica (60.000 anos a.C) para a Era Mesolítica (12.000 anos a.C) *quando o homem percebeu a necessidade de se proteger contra os riscos oferecidos pela natureza e por seus semelhantes*. Evoluindo, gradativamente, ao longo da história humana até configurar-se como função vital para a sobrevivência da espécie, exigindo, conseqüentemente, que o homem obedecesse a códigos de conduta a fim de mediar ou resolver suas demandas.

Ainda de acordo com o mesmo autor, a função segurança, entendida como capacidade de ação organizada, se desenvolve até aparecer como ação de governo nas cidades gregas do século VI a.C. Sendo ampliada no Império Romano (do séc. I a.C ao séc. V d.C) e consolidada durante o Absolutismo Europeu, aperfeiçoando-se e modernizando-se a partir do Renascimento.

O processo de evolução de segurança sofre aperfeiçoamento através das instituições que, de alguma forma, contribuíram para a execução de ações que hoje se identificam em atividades genéricas de segurança, tais como *ações de inteligência* (informação e investigação), *de prevenção, de coerção, dissuasão, mediação e de assistência* (PORTELA, 2003).

Com o passar do tempo e com os avanços do conhecimento humano, novos parâmetros de ordem, funcionalidade e segurança chegam como expressão de racionalidade.

Assim, origina-se o sistema de organização de segurança tanto nas instituições públicas quanto nas privadas. Acredita-se que as organizações de segurança surgiram através dos cidadãos (caráter privado) e não possuíam atribuições especializadas nem eram de caráter profissional (não havia preparo específico para a realização da segurança).

### **Contextualização histórica da segurança no Brasil**

No Brasil o processo de segurança se deu seguindo os moldes europeu e americano onde imperou a segurança privada para suprir a necessidade dos empresários aos ataques provocados por agressores. Não existia qualquer preocupação relativa à segurança em estabelecimentos de saúde, proteção humana e conservação patrimonial.

As primeiras preocupações com segurança surgem, no Brasil, com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), criada pelo Decreto Lei nº 7.036, de 10 de novembro de

1944, sem título definido. Entretanto, a obrigatoriedade para instalação das Comissões nas empresas entrou em vigor, apenas, em 19 de junho de 1945, por instrução da Portaria nº 229 do então Departamento Nacional de Trabalho. A partir de 1977 a Lei nº 6.514 define a regulamentação da CIPA ao âmbito da Legislação Trabalhista e a Portaria 3.214, de 1978, institui as Normas Regulamentadoras (NR), entre as quais a NR-5, que define a constituição, organização, atribuições, funcionamento e processo eleitoral da CIPA.

A CIPA tem por objetivo *“a prevenção de doenças e acidentes do trabalho, mediante controle dos riscos presentes no ambiente, nas condições e na organização do trabalho, de modo a obter a permanente compatibilização do trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde dos trabalhadores”* (NR-05, 2009).

### **A segurança**

Para um ambiente destinado a manter a integridade física e psicológica dos indivíduos, além de garantir que as execuções de suas atividades sejam eficientes e eficazes, adequadas ações de segurança são necessárias. Sendo assim, a área administrativa de uma unidade de saúde tem por responsabilidade manter instalações adequadas e propícias às atividades assistenciais seguras e de qualidade.

Marczyk (2005, pág. 57) afirma que *“uma boa política institucional voltada para aspectos de segurança e acompanhamento das modificações, imposições e orientações legais, garante um ambiente seguro”*.

O cuidado com a segurança deve ser iniciado na elaboração do projeto de construção do estabelecimento de saúde com o envolvimento e participação dos profissionais que atuarão neste cenário. Portanto, deve ser composto por uma equipe multidisciplinar onde todos os profissionais tenham oportunidade de opinar conforme as suas necessidades de atuação para o acompanhamento, tratamento e restabelecimento do paciente. O sistema de segurança será descuidado tanto para o paciente quanto para os profissionais quando não há participação conjunta da equipe.

Os gestores devem considerar as características da equipe multiprofissional e seu desejo de contribuir desde o planejamento até a execução e avaliação, visto constituírem fatores indispensáveis para garantir os frutos de uma unidade segura sem a manipulação de interesses individuais. Além do que os gestores devem conhecer os interesses da empresa e conduzir para um desenvolvimento pautado na segurança. Para tanto, deverão se apropriar da Norma de Gestão de Riscos que garante uma universalidade em relação à *“terminologia utilizada; os*

*processos para implementação da gestão de riscos; a estrutura organizacional para a gestão de risco; e, o objetivo da gestão de risco”.*

## **Risco**

Para desenvolver qualquer processo dentro dos parâmetros de Gestão de Risco é pertinente compreender o que vem a ser risco, principalmente, em se tratando de sinistro relacionado a incêndio dentro de uma estrutura ambulatorial, onde há circulação constante da população fixa e flutuante durante o período de funcionamento.

Fernandes (1993) afirma que risco é *“perigo, inconvenientemente”*, ou seja, *“é a probabilidade de perigo”* a que o indivíduo ou a coletividade estejam expostos. Ou, de acordo com a *Federation of European Risk Management Associations (FERMA, 2003)* *“a combinação da probabilidade de um acontecimento e das suas conseqüências”*.

Interpretando risco como sendo a concentração da probabilidade de perigo e a incapacidade de poder prever os inconvenientes por ele causados, julga-se conveniente desenvolver metodologia de rastreamento para que, ao se julgar a dinâmica dos riscos, suas conseqüências e impactos, bem como as causas de sua concretização, menos exposto se estará e assim poder prever as possíveis situações de risco.

A natureza humana tende a interpretar o risco mais por seu lado negativo. Determinar o risco e avaliá-lo pode direcionar decisões cautelares apropriadas e, conseqüentemente, traduzir efeitos positivos. Por outro lado o risco está associado às leis da probabilidade, podendo ocorrer sempre fatos novos e inesperados.

De acordo com Brasiliano (2003, pág. 21) *“o risco acompanha o homem e é inerente a sua natureza. Mas nem todos os riscos são iguais”*. Além desta afirmação, o autor define risco como sendo *“a possibilidade de um acontecimento incerto, fortuito e de conseqüências negativas ou danosas”*. Possibilidade, porque pode acontecer; é previsível. E incerto, por não se ter claro quando, como e onde irá ocorrer.

Neste estudo o risco tem aspecto negativo, por se tratar de risco ao sinistro de incêndio. A Gestão de Risco, então, deve se concentrar na prevenção ou minimização do dano.

É imprescindível que a empresa se apóie na Gestão de Risco de forma a criar uma estrutura que permita desenvolver a atividade de forma consistente e controlada, para melhoria da tomada de decisões, do planejamento e da definição de prioridades através da interpretação

abrangente e estruturada, bem como contribuir para a utilização mais eficiente dos recursos e otimização da eficiência operacional (FERMA, 2003).

O Manual Internacional de Padrões de Certificação Hospitalar, em seu capítulo sobre Segurança Contra Incêndio, reforça que as instituições devem planejar e implementar programa que garanta a todos proteção contra fogo, fumaça e outras emergências em suas instalações; o plano deve incluir a prevenção, detecção rápida, eliminação, redução e evacuação segura, além de realizar testes regularmente, documentando os resultados (CBA, 2005, pág. 188).

### **Implantação e desenvolvimento de um plano de emergência**

As recomendações e sugestões de um plano de ação de emergência para empresas apresentado pelo Publisher Brasileiro (2003), por conter material de orientação, educação e instrução direcionado à instituição hospitalar, foi utilizado como material de reflexão sobre a estrutura de emergência do Ambulatório.

Os planos podem falhar por não atender as exigências da empresa, portanto é conveniente *“estudar e quantificar previamente os custos para a obtenção do financiamento”* (BRASILIANO, 2003).

Para melhor compreensão decidiu-se por descrever as recomendações de modo a adequá-las à instituição hospitalar de ensino.

Implantação da estrutura da empresa:

Nesta fase de implantação desenvolve-se uma série de atividades que envolvem vários departamentos da empresa. Essas atividades podem ser classificadas em dois grupos:

a) Atividade própria do departamento de segurança do trabalho de emergência.

Normalmente envolverá as pessoas desse departamento (em muitos casos com departamento de manutenção, e o departamento de gerencia de riscos, caso exista).

b) Atividades que envolvem outros departamentos.

Geralmente começarão com coletas de informações para elaboração do plano e continuarão com a sua divulgação.

Essas atividades podem envolver os seguintes departamentos:

- Produção
- Pessoal e Recursos Humanos
- Administração
- Engenharia
- Compras



- Também pode envolver o departamento jurídico e a direção da empresa.

É de suma importância a participação da direção da empresa para implantação do programa. Esta recomendação é sugerida por todos os promotores e orientadores de plano de ação de emergência em casos de sinistros.

O autor apresenta, ainda, duas etapas distintas para implantação do plano. São elas:

Fase 1 – Colocação em prática do plano;

Fase 2 – Manutenção do plano.

Na “fase 1” é preciso ter o envolvimento de todas as áreas previamente contatadas para o desenvolvimento do plano e, *“a delegação de responsabilidade é de extrema importância nessa etapa, que podemos considerar como um caminho sem retorno, isto é, uma vez tomado o caminho errado é difícil de retificar”* (BRASILIANO, 2003).

Percebe-se que a implantação do plano é realizada por seres humanos que dificilmente acreditarão em algo, caso as instruções sejam errôneas. O plano terá credibilidade se a diretoria da empresa tiver participação atuante, facilitando o envolvimento das demais áreas da empresa.

O autor sugere fixar uma data adequada a fim de evitar a aplicação do plano em períodos que representam picos de produção, épocas de conflitos salariais etc.

Quanto à “fase 2”, o autor reforça que o desenvolvimento do plano na “fase 1” facilitará a participação dos envolvidos nessa fase e estabelece que serve como *“mecanismo de revisão periódica do plano de ação e que, em alguns casos, pode exercer influência sobre a suposta emergência (plano parcial de emergência) em função da variação das condições de risco”*.

A “fase 2” é importante por controlar a manutenção das instalações de emergência ou *“perigo potencial”*, além de estabelecer o *“procedimento para realização da simulação do plano de emergência”*.

A composição da equipe deverá levar em consideração alguns fatores, além das suas respectivas funções no plano de ação de emergência. São eles:

- a. Risco intrínseco das instalações e materiais existentes;
- b. Recursos materiais de proteção (equipamentos disponíveis);
- c. Condição de autorização e evacuação dos edifícios;
- d. Capacidade de extinção dos serviços externos de proteção (Corpo de Bombeiros, Brigadas e outras empresas) e tempo de intervenção;
- e. Características de ocupação habitual dos edifícios;
- f. Características de ocupação habitual dos edifícios (público geral);

g. Valores elevados ou estratégicos quanto ao conteúdo;

h. Índice de ocupação dos edifícios ou das instalações.

Estes fatores mencionados são intrínsecos ao desenvolvimento do plano por pautar na formação e treinamento dos componentes das equipes de emergência de acordo com o esperado por suas funções.

### **Fatores influentes no grau de ação de emergência**

Os fatores que influem com maior preocupação ou predisposição a dedicar maior ou menor quantidade de recursos econômicos na proteção diante da emergência, são determinados pelos níveis de intervenção, ou seja, os equipamentos de proteção (contra fogo, intervenção química, veículos etc.) podem ser muito variáveis, chegando desde zero (nenhum equipamento) até equipamento profissional e específico, diante de diferentes emergências (indústria química ou petroquímica).

De acordo com Brasiliano (2003) *”os meios materiais definirão o estabelecimento de diferentes níveis de intervenção”*. Além de ser o tipo de equipamento utilizado durante o plano de emergência, *“proporcional à dificuldade (grau de incêndio)”* e principalmente ser o condicionador para a formação das diferentes equipes de segurança, o autor relata também que:

*“As condições de setorização e evacuação dos edifícios condicionarão por um lado os possíveis riscos para a vida das pessoas quanto à propagação de fungos e gases e por outro o tempo em que a ocupação possivelmente afetada pela emergência pode abrigar em lugares suficientemente protegidos”*.

É mister salientar que o momento decisivo para iniciar a evacuação dependerá da sua organização quanto à prioridade por setores, ou espaços alternativos de proteção e condições de riscos para a vida humana.

Também se faz necessário conhecer a capacidade e os meios da intervenção externa, como as distâncias ou o tempo para o auxílio da ajuda externa. Em casos de riscos baixos e tempo de intervenção pequeno, as operações de intervenção serão efetuadas pelo pessoal próprio da empresa. Nos casos graves e/ou com tempo de intervenção elevado ficará sob a responsabilidade da própria brigada de incêndio, com equipamentos adequados e formação específica para o controle desse tipo de sinistro dentro da empresa. O Corpo de Bombeiros

atuará, neste caso, apenas, em colaboração com a própria brigada da empresa (BRASILIANO, 2003).

### **Parâmetros básicos para catalogar a ocupação**

Os parâmetros básicos para catalogar a ocupação e deduzir as atuações mais convenientes pautarão nas características da ocupação, “habitual” e “não habitual”, como determina Brasiliano (2003), Entendo-se por ocupante habitual os funcionários e não habitual o público em geral ou visitantes. No estudo em questão, trata-se de uma unidade pública hospitalar de ensino que recebe funcionários, estudantes e público em geral (pacientes e visitantes – familiares, amigos, representantes de laboratório farmacêutico, de equipamentos e outros), requer compreender as características físicas e psíquicas dos ocupantes não habituais. Neste sentido, segundo Brasiliano (2003), é possível encontrar situações variadas, como:

1. *Visitantes que conhecem o edifício;*
2. *Visitantes que não conhecem o edifício;*
3. *Pessoas idosas;*
4. *Pacientes com problemas físicos;*
5. *Pacientes com problemas psicológicos;*
6. *Grupos familiares;*
7. *Estrangeiros;*
8. *Pessoas que carregam volumes (mercadorias);*
9. *Transeuntes;*
10. *Clientes.*

Essas características do tipo de ocupação ou atividade influirão tanto na atuação de intervenção como na evacuação. A atuação de intervenção deverá ser imediata, a fim de controlar a emergência diante do surgimento de situação de pânico e, para a atuação de evacuação será preciso, geralmente, a preparação (alerta ao pessoal especial) e seu controle, desde o momento inicial (BRASILIANO, 2003).

### **Estratégias de intervenção em situação de emergência**

Ainda de acordo com Brasiliano (2003), as estratégias de intervenção em situação de emergência ocorrerão mediante a sofisticação do plano de intervenção, a rapidez de detecção da emergência e da interação com os equipamentos.

A rapidez na atuação mediante a detecção de um sinistro se baseará na eficiência do sistema de detecção e direcionará o plano de emergência que deverá ser constituído por conhecimento do(s):

*“Diferentes horários de trabalho ou de ocupação”;*

*“Mecanismo ou conjunto de mecanismos para alertar ou colocar em ação as equipes de emergência”;*

*“Sinal de alarme – que vai desde a sirene (quando o pessoal conhece o sinal e foi treinado para iniciar a evacuação)” até mensagens de viva voz (sistema de som) ou fita pré-gravada (dando as instruções para evacuação dos ocupantes não habituais, público em geral);*

*“Ação ou conjunto de ações necessárias para o controle da emergência”;*

*“Apoio” – incluiria todas as atuações que tendem a facilitar os trabalhadores de controle de sinistro, tanto para a parte de equipes de emergência interna (da própria empresa) como por parte dos serviços externos de ajuda (como por exemplo, o Plano de Auxílio Mútuo entre as Empresas - PAM).*

O autor relaciona suas sugestões quanto aos trabalhos de apoio:

- *Recepção e informação a bombeiros (Corpo de Bombeiros);*
- *Interrupção do funcionamento de máquinas e equipamentos, ou zona de sinistro e anexo;*
- *Controle de válvulas do sistema de Sprinklers;*
- *Vigilância do funcionamento das equipes de bombeiro contra incêndio;*
- *Parada do sistema de ar condicionado e ou das instalações de ventilação;*
- *Vigilância das equipes de elétrica (responsável pelo corte de energia na área de risco);*
- *Fornecimento dos materiais necessários para extinção (máscaras, extintores adicionais, mangueiras, viaturas);*
- *Controle de acesso.*

O autor chama atenção para o fato de que as equipes de atuação devem, para obter um bom rendimento na estrutura do plano de emergência, efetuar mudanças nos objetivos, se assim for necessário, pois o *“espírito de qualquer estrutura de equipe de emergência não deve ser burocrático, mas decidir trata-se de realizar ‘tem que realizar’ de maneiras mais simples possíveis”* (BRASILIANO, 2003, pág.16).

O Líder de Intervenção comanda, coordena a emergência e a atuação das equipes de emergência. É o responsável pela estratégia de emergência a ser desenvolvida. Estes devem ser facilmente localizados na empresa e designarem substitutos em caso de ausência.

O autor reforça que é desaconselhável existir remuneração para as equipes de emergência. Entretanto, haverá “*remuneração quando a empresa possui brigada de incêndio profissional*”. O autor recomenda, ainda, que “*qualquer pessoa que exigir qualquer tipo de remuneração deve ser desligada da equipe de emergência*”. Entretanto, sugere certa dose de imaginação para recompensar as equipes de emergência, que não esteja atrelada a condicionantes econômicos.

### **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa descritiva a luz da Resolução nº50 da Diretoria Colegiada da ANVISA e das Normas Brasileiras de Regulamentação.

A abordagem utilizada neste estudo foi a qualitativa, por revelar um universo de significados que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1992).

O levantamento dos dados ocorreu em dois momentos: No primeiro através do levantamento bibliográfico e, no segundo, por levantamento situacional da unidade de saúde.

A busca aos dados bibliográficos foi realizada de modo manual e eletrônico no período de setembro a novembro de 2008. No modo manual obteve-se pesquisa direta nos materiais impressos que contemplassem a temática do estudo e, a busca eletrônica de dados, através de produções científicas e técnicas disponibilizadas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os critérios utilizados para a busca foram idioma português e descritores DeCS/MeSH: prevenção e proteção contra incêndios, controle de incêndio, gerenciamento de risco, assistência hospitalar.

Para atender ao critério de inclusão o recorte temporal foi no período de 1998 a 2008. Os critérios de exclusão se pautaram nas publicações que não tratassem diretamente o gerenciamento de risco de incêndio, bem como na identificação de cenário que não o hospitalar.

Identificado o material realizou-se leitura rápida para seleção, este processo definido como leitura exploratória que tem por objetivo verificar em que medida a obra consultada interessa à pesquisa.

Consequente a este processo procedeu-se à leitura analítica cuja finalidade foi identificar e ordenar os dados, relacionando-os com os conhecimentos obtidos através de outras leituras e

experiências, adicionando-se àqueles os dados obtidos através da pesquisa manual também (GIL, 2007).

Para o levantamento situacional do ambulatório realizaram-se visitas para se identificar e classificar as principais áreas sugestivas de sinistros de incêndio. Nesta fase, se adotou a técnica de “observação” e “diário de campo” para registros e auxílio a compreensão para a análise dos dados.

A organização dos dados prezou a natureza e o tipo da fonte bibliográfica, além de considerar o levantamento situacional do ambulatório, de tal forma que a soma dessas informações permitiram uma análise clara e objetiva.

O estudo não foi registrado no SISNEP por não tratar de pesquisa com seres humanos, mas foi submetido à direção da Instituição, através da Superintendência de Enfermagem e da Chefia de Enfermagem. Não houve necessidade da aprovação pelo Comitê de Ética.

Após a identificação das áreas sugestivas de sinistro de incêndio durante a visita técnica ao ambulatório foi possível proceder ao diagnóstico e desenvolver “*o planejamento que visa comparar as condições existentes preventivas, frente aos perigos que a empresa está exposta*”. Posteriormente, seguiu-se a comparação com as recomendações da RDC 50.

### **Apresentação e análise dos dados**

A visita técnica proporcionou identificar as atividades geradoras e as características próprias do ambiente. Entendeu-se como atividades geradoras o atendimento aos usuários nas diversas clínicas e laboratórios e, como características próprias do ambiente, o arquivo geral (denominado de Documentação Médica pela Unidade) e arquivos por especialidades.

A Documentação Médica atende as especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia, Nefrologia e Pneumologia. Na Clínica de Pneumologia há também um arquivo menor. Somado a este, há arquivos por especialidade nas clínicas de Dermatologia, Oncologia, Imunologia, Cardiologia e Divisão Médica de Pessoal.

A visita ocorreu na companhia do administrador da Unidade, no turno da tarde por ter um menor fluxo de usuários e facilitar o acesso a todas as dependências, sem causar transtorno ao Serviço.

Ao avaliar as condições de segurança contra incêndio, fez-se necessário considerar a RDC 50 que dispõe o Regulamento Técnico para avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Sendo assim, no ambiente em estudo foi considerado suas instalações prediais para melhor compreensão das exigências necessárias ao seu funcionamento.

A organização físico-funcional pauta-se na descrição das atribuições e atividades desenvolvidas no ambulatório. Neste estudo destacou-se:

**1 – Prestação de atendimento eletivo de promoção e assistência à saúde em regime ambulatorial**, que se baseia na atenção à saúde incluindo atividades de promoção, prevenção, vigilância à saúde da comunidade e atendimento a pacientes externos de forma programada e continuada, tais como:

- 1.1 Controle de doenças, coleta de material para exame;
- 1.2 ações de educação para a saúde, através de palestras, demonstrações e treinamento “in loco”;
- 1.3 Vigilância nutricional através das atividades continuadas e rotineiras de observação, coleta e análise de dados e disseminação da informação referente ao estado nutricional, desde a ingesta de alimentos até sua utilização biológica;
- 1.4 Registro e marcação de consultas;
- 1.5 Realização de consulta médica, de assistência social, de nutrição, de terapia alternativa e de enfermagem;
- 1.6 Procedimentos médicos de pequeno porte, sob anestesia local (punções, biópsias etc.);
- 1.7 Procedimentos diagnósticos que requeiram preparação e/ou observação médica posterior;
- 1.8 Execução e registro da assistência médica e de enfermagem;
- 1.9 Treinamento especializado para aplicação de procedimento terapêutico e capacitação profissional.

**2 – Prestação de atendimento de apoio ao diagnóstico e terapia**, que significa o atendimento a pacientes internos e externos em ações de apoio direto ao reconhecimento e recuperação do estado da saúde, de modo que:

- 2.1 Executa endoscopias em regime de rotina;
- 2.2 Garante o apoio diagnóstico necessário;
- 2.3 Realiza os exames que são representados por traçados gráficos aplicados em papel ou em filmes especiais, tal como eletrocardiograma e outros;
- 2.4 Emite laudo dos exames realizados.

**3 – Prestação de serviços de apoio à gestão e execução administrativa**, onde o atendimento ao estabelecimento pauta-se em funções administrativas, tais como:

- 3.1 Realiza serviços de documentação e informação em saúde:

3.2 Registra a movimentação dos pacientes e serviços clínicos do estabelecimento;

3.3 Procede a marcação de consultas e exames;

3.4 Faz as notificações médicas e as movimentações dos pacientes do atendimento imediato;

3.5 Recebe, confere, ordena, analisa e arquiva os prontuários dos pacientes;

Percebeu-se que outros serviços de assistência como, por exemplo, endoscopia, colonoscopia, quimioterapia, biópsias, necessitam de ambientes de apoio, ou mesmo unidades inteiras complementares, de modo a suprir e promover o funcionamento dos mesmos.

Outro fator importante é o conhecimento, no meio gerencial e administrativo, das legendas para compreensão funcional em casos de sinistro por incêndio:

**HF** = Água fria

**HQ** = Água quente

**FV** = Vapor

**FG** = Gás combustível

**FO** = Oxigênio

**FN** = Óxido nitroso

**FV C** = Vácuo clínico

**FV L** = Vácuo de limpeza

**FA M** = Ar comprimido medicinal

**FA I** = Ar comprimido industrial

**AC** = Ar condicionado

**EE** = Elétrica de emergência

**ED** = Elétrica diferenciada

**E** = Exaustão

**CD** = Coleta e afastamento de efluentes diferenciados

**ADE** = A depender dos equipamentos utilizados

O Ambulatório atende à RDC 50 nas características apresentadas no quadro.

#### **Organização Funcional das instalações no Ambulatório do Hospital Universitário**

<b>N. ATIV.</b>	<b>UNIDADE /AMBIENTE</b>	<b>DIMENSIONAMENTO</b>	<b>INSTALAÇÕES</b>
	CONSULTÓRIOS	-	
1	ONCOLOGIA	-	<b>HF</b>
2	DIVISÃO MÉDICA PESSOAL	-	<b>HF</b>
3	ORTOPEDIA – sala de gesso	-	<b>HF; CD</b>
4	RADIOLOGIA	-	<b>HF; HQ; ED</b>
5	DERMATOLOGIA	-	<b>HF</b>
6	CIRURGIA	-	<b>HF</b>



7	ARQUIVO	-	<b>HF</b>
8	GINECOLOGIA	-	<b>HF</b>
9	PNEUMOLOGIA	-	<b>HF</b>
10	ELETROCARDIOGRAMA	-	<b>HF; ED; ADE</b>
11	SERVIÇO SOCIAL	-	<b>HF</b>
12	NUTRIÇÃO	-	<b>HF</b>

Após a apresentação da organização física e funcional, com o intuito de melhor elucidar quanto as principais áreas sugestivas de sinistros de incêndio no ambulatório do Hospital Universitário, se fez necessário alguns esclarecimentos.

A RDC 50 (2002, pág. 130) faz referencia para os setores pertencentes a risco especial, como é o caso dos arquivos (documentação médica), para que sejam:

*“Auto-suficientes em relação à segurança contra incêndio, isto é, devem ser compartimentados horizontal e verticalmente de modo a impedir a propagação do incêndio para outro setor ou resistir ao fogo do setor adjacente. A compartimentação horizontal permite a transferência da população (em especial do paciente) entre setores de incêndio no mesmo pavimento, a compartimentação vertical permite a transferência da população entre setores de incêndio em diferentes pavimentos”.*

No caso em questão a estrutura física é um pavimento horizontal que seguirá as recomendações para compartimentação horizontal. A título de ilustração, cabe salientar que as vias de escape deverão ser prolongadas até o exterior da estrutura física.

Para a análise de risco de incêndio no ambulatório, considerou-se:

***Acessibilidade:***

O acesso atende as recomendações técnicas da RDC 50 (2002), visto haver quatro portões para acesso de veículos de urgências, por duas vias públicas paralelas com dois portões em cada uma; encontram-se livre de congestionamento e permitem alcançar, ao menos, duas fachadas opostas.

***Setorização e compartimentação:***

Para a RDC 50 (2002) é importante classificar o grau de risco em setorização e compartimentação. Entendendo-se por setorização, para fins de segurança contra incêndio, a divisão das unidades funcionais e ambientais do estabelecimento assistenciais de saúde em

setores com características específicas em relação à população, instalações físicas e função, tendo em vista subsidiar o zoneamento de incêndio. Assim, o ambulatório é classificado como “A”, o setor de apoio ao diagnóstico e terapia (laboratórios) em “D” e o arquivo como “K”, sendo estes dois últimos identificados como setores de risco especial.

Para o estudo se enfatizou os seguintes setores como área de risco que caracterizam o ambulatório do Hospital Universitário: Arquivos, por acondicionar um volume significativo de documentos, materiais de fácil combustão e, também,, os consultórios de diversas clínicas, que fornecem apoio ao diagnóstico e terapia – laboratórios, endoscopias.

A RDC 50 esclarece quanto à necessidade destes locais possuírem “*detectores adequados à classe previsível do fogo*” e instrumentos manuais que auxiliem o controle ou combate ao fogo. É importante alertar que a Unidade, por ser de estrutura física antiga (1924), não possui detectores como os “*splinkers, ou chuveiros automáticos, que formam um sistema de extinção composto por uma série de ramificações de tubulações*” (RDC 50, 2002, pág. 85).

Encontra-se na RDC 50 (2002) o tipo dos principais extintores manuais conforme a classificação do incêndio. O extintor de água pressurizada deve ser utilizado para o controle e combate ao incêndio em materiais sólidos; o de espuma para os líquidos inflamáveis; o de gás carbônico para equipamentos elétricos e o pó químico para controle e combate ao fogo em metais. Equipamentos que os setores de risco especial possuem conforme recomendações para a classe de incêndio.

A RDC 50 assegura que “*todo material utilizado na estrutura dos EAS tem de receber tratamento de ignifugação, de modo a suportar as temperaturas estimadas em um incêndio*”.

Observou-se, durante a visita predial, que o ambulatório, principalmente nos setores classificados em “A” e “K”, não dispõe de portas resistentes ao fogo com fechamento permanente. Faz-se necessário reforçar que esta instituição foi construída entre 1924 e 1929 e que, ao longo do tempo, vem sofrendo adaptações para atender as recomendações de segurança exigidas pela lei em vigor.

A título de ilustração,destacamos que as saídas de pavimentos e setores de incêndio têm de estar sinalizadas e que as circulações devem contar com sinais indicativos de direção desde os pontos de origem de evacuação até os pontos de saída. A sinalização perfeitamente visível deve confirmar a utilização, por exemplo, de escadas de incêndio. Constatou-se que a Unidade de escolha para o estudo possui sinalizações quanto à identificação dos diversos consultórios e pavimentos e sinalização mínima específica de emergência (rota de fuga).

Para atender ao objetivo de elaboração de uma proposta de controle e combate a incêndio, mediante observações e informações durante a visita técnica à luz da RDC 50, propomos:

1. Criação de um arquivo central em local específico com significativa distância dos consultórios e circulação dos usuários. Segundo informações de profissional responsável pela documentação médica, este espaço está sendo providenciado. Acrescentou que o objetivo deste novo espaço é manter um arquivo único, para que a equipe multiprofissional tenha conhecimento do deslocamento do usuário pelas diversas clínicas da Unidade.
2. Adequar este local com infra-estrutura que garanta a segurança preventiva e controladora em casos de sinistro a incêndio, ou seja, ter dimensões de todas as aberturas (altura dos peitoris, vãos de portas, aberturas das janelas); impermeabilização de paredes e outros elementos de proteção contra incêndio; portas de proteção em zonas de alta circulação com dispositivos de retenção próprios que possam ser desligados automática ou manualmente; sinalização de segurança nas paredes e pisos, porque a fumaça pode encobrir a sinalização mais alta; ter detectores automáticos, acionadores automáticos ou manuais; centrais de alarme; dispositivos de saída através de indicadores sonoros ou visuais, painéis repetidores e outros, conforme a Normatização Brasileira.
3. Transferir, também, os setores de apoio e diagnósticos para áreas com infra-estrutura semelhante à proposta para o arquivo central.

### **Considerações finais**

O estudo evidenciou que uma instituição construída no início do século XX vem se adaptando, na medida do possível, as exigências de segurança aos diversos sinistro, buscando garantir proteção individual e coletiva a comunidade interna (servidores, gestores e colaboradores) e externa (clientes, familiares e visitantes).

Como o enfoque deste estudo pautou-se na prevenção e controle do sinistro ao incêndio com o dinamismo em conhecer a implantação de um plano de emergência foi salutar relacionar os dados literários com os observados na visita técnica. Isto só foi possível em virtude da magnitude de se identificar às estratégias contra incêndio registradas na literatura escrita e eletrônica, que forneceram base substancial à discussão crítico reflexivo para a melhoria da Unidade.

À medida que se realizou a visita técnica predial foi possível identificar as áreas sugestivas de sinistros de incêndio e analisar o que existe em termos de proteção e controle com o que é recomendado para a proteção de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A elaboração de propostas de controle e combate a incêndio mediante estratégias encontradas na literatura reforçou algumas recomendações da RDC 50 e a normatização brasileira. Constatou-se ser um projeto em andamento na instituição, uma vez que está sendo construído um setor de documentação central, favorecendo a execução de sistemas de detecção e alarme de incêndio, instalação de chuveiros automáticos para extinção de incêndio, porta e vedadores corta fogo, implantação de saídas de emergência com sinalização específica e rota de fuga, como recomendado.

O estudo propiciou conhecer as dificuldades que uma instituição antiga tem para adequar-se as exigências recomendadas, mas que não são impedimento, quando um grupo de profissionais se empenha junto aos gestores, para implementar planos de emergência em caso de sinistro a incêndio.

Com base no exposto constata-se que o estudo favorece o desenvolvimento de outras pesquisas no campo de segurança ao incêndio.

## Bibliografia

AIRMIC ALARM IRM: 2002, Translation copyright FERMA: 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Série Saúde e Tecnologia** – Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Condições de Segurança Contra-Incêndio. Brasília, 1995.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução – RDC nº 50 de 21 de fevereiro de 2002*. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Normas Regulamentadoras. NR-05**. Disponível em: <[http://www.mte.gov.br/legislação/normas\\_regulamentadoras/nr\\_05.asp](http://www.mte.gov.br/legislação/normas_regulamentadoras/nr_05.asp)> Acesso em 30/03/09. Brasília, 2009.

BRASILIANO, Antonio Celso Ribeiro. Implantação de um Plano e Ação de Emergência. Implantação: a diferença entre planejar e agir. **Revista Proteger o Universo da Segurança**. São Paulo, a. VIII, n. 43. ago/set, 2003. pág. 10-19.

\_\_\_\_\_. Análise de Riscos. **Revista Eletrônica Brasileiro e Associados** nº 20. Disponível em: <[www.brasiliano.com.br](http://www.brasiliano.com.br)>. ISSN 1678-2496N. Set/Out. 2005.

\_\_\_\_\_. **Manual de Análise de Risco Para a Segurança Empresarial**. São Paulo: Sicurezza, 2003.

FERNANDES, Francisco; CELSO, Pedro Luft; GUIMARÃES, F. Marques. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. 30ª ed. São Paulo: Globo, 1993.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. – 8 reimpressão. São Paulo: Atlas S.A., 2007.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO; JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Manual internacional de padrões de certificação hospitalar**. [editado por] Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro. CBA: 2005.

MARCZYK, Carlos Emílio Stigler. **Garantindo a segurança do ambiente hospitalar** – aspectos legais e de monitoramento. In: Seminário Internacional de Acreditação. Passaporte internacional para excelência na assistência e gestão em saúde: a segurança do paciente como prioridade da qualidade: coletânea de Palestras. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; Joint Commission International, 2005.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. São Paulo: Atlas, 1982.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992.

MORETTI, Cláudio Santos. **Análise de Riscos: método estatístico**. São Paulo: Jornal da Segurança. 1 DVD (50 min.).

PORTELA, Paulo Roberto Aguiar. **Gestão de Segurança: segurança privada, sistemas de proteção: história, metodologia e doutrina**. Rio de Janeiro: Rio, 2003.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR. **Coletânea de Palestras / Seminário Internacional sobre Acreditação Hospitalar.** Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas de Serviço de Saúde, 2003

SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Passaporte internacional para excelência na assistência e gestão em saúde:** a segurança do paciente como prioridade da qualidade: coletânea de Palestras. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação; Joint Commission International, 2005.

Recebido em 27/07/2011  
Versão final reapresentada em 23/10/2011  
Aprovado em 25/10/2011

**APENDICES****VISITA TÉCNICA PREDIAL NO HUGG/UNIRIO**

<b>LOCAL</b>	<b>ITENS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
CASA DE MÁQUINAS	Limpeza	
	Inflamáveis	
	Iluminação	
MEDIDAS CONTRA INCÊNDIO	Hidrantes	
	Detector de fumaça	
	Sprinklers	
	Extintores	
	Portas corta-fogo	
	Corrimões em escadas	
	Anti derrapantes em escadas	
	Iluminação	
ATERRAMENTO		
TRANSFORMADOR E GERADOR (automático, supervisão horária de funcionamento)		
CLIMATIZAÇÃO		
MATERIAIS PERIGOSOS		
ELEVADORES		
MONTA CARGA		
EQUIPAMENTOS BIOMÉTRICOS		
ILUMINAÇÃO	Área	
	Emergência	

**REUNIÃO DE AMBIENTE:**

PLANTAS FÍSICAS:

QUALIDADE DE SEGURANÇA (QPS):

GERENCIAMENTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO (MCI):