

Mapa de Fluxos por Área Crítica – Vivá Hospital S.A.

CMC - Chapecó Medical Center

Rua Euclides Prade, 261-E – Bairro Santa Maria – Chapecó/SC – CEP 89.812-600

Área total: 15.991,10 m² | Pavimentos: 8 subsolos + térreo + 3 pavimentos + cobertura

Data de emissão: 21/03/2026

Versão: 1.0 – R00

Sumário

- [1. Introdução](#)
- [2. Estrutura e Organização do Hospital](#)
- [3. Fluxos de Pessoas](#)
- [4. Fluxos de Materiais](#)
- [5. Fluxos por Área Crítica](#)
- [6. Recomendações Operacionais](#)
- [7. Referências Normativas](#)

1. Introdução

1.1 Objetivo

Este documento tem por objetivo descrever, de forma detalhada e sistematizada, os fluxos de pessoas e materiais que permeiam as áreas críticas do Vivá Hospital S.A. (CMC - Chapecó Medical Center), hospitalar cirúrgico de médio-grande porte localizado em Chapecó, Santa Catarina.

O mapeamento de fluxos é instrumento fundamental na gestão hospitalar, garantindo que a movimentação de pacientes, profissionais, visitantes, materiais limpos e contaminados seja realizada de forma ordenada, segura e em conformidade com as normas sanitárias vigentes. A correta definição e execução dos fluxos contribui diretamente para:

- Prevenção e controle de infecções hospitalares (PCIH):** A segregação de fluxos limpo e contaminado é a principal barreira de contenção da disseminação de micro-organismos patogênicos no ambiente hospitalar.
- Segurança do paciente:** Fluxos bem definidos reduzem erros de medicação, extravios de materiais e exposição indevida de pacientes a riscos ambientais.
- Eficiência operacional:** Rotas claras minimizam deslocamentos desnecessários, reduzem o tempo de resposta das equipes e otimizam o uso dos recursos.
- Conformidade regulatória:** O cumprimento das normas da ANVISA, NR-32 e padrões da ONA exige que os fluxos estejam explicitamente definidos, documentados e auditáveis.

1.2 Importância da Segregação de Fluxos

A segregação de fluxos em estabelecimentos de saúde é um conceito que parte da premissa de que **o risco de contaminação cruzada é proporcional à promiscuidade de circulações**. Quanto mais distintos e separados forem os corredores, elevadores, acessos e horários utilizados por cada categoria de usuário e material, menor é a probabilidade de que agentes infecciosos migrem de zonas contaminadas para zonas limpas.

O Vivá Hospital adota, em seu projeto arquitetônico, seis categorias de acesso externo segregadas: acesso principal (pacientes eletivos), acesso de ambulância (emergência), acesso de colaboradores, acesso de suprimentos, acesso de pacientes acamados e saída de cadáveres e resíduos, e acesso de pacientes terceiros. Internamente, essa segregação se desdobra em elevadores exclusivos, corredores técnicos independentes, vestiários de barreira e zonas com graus crescentes de restrição sanitária.

1.3 Base Normativa

Os fluxos descritos neste documento observam as seguintes referências normativas:

- **RDC ANVISA nº 50/2002** (e sua atualização pela RDC 50/2002 com RDC 307/2002 e RDC 189/2003): Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS). Define áreas mínimas, fluxos, zonas de restrição e requisitos de biossegurança para cada tipo de unidade hospitalar.
- **RDC ANVISA nº 51/2011** (e RDC ANVISA nº 222/2018): Regulamento técnico para gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (RSSS), definindo os grupos A (biológico), B (químico), C (radioativo), D (comum) e E (perfurocortante), bem como os fluxos de geração, segregação, acondicionamento, transporte interno, armazenamento temporário e coleta externa.
- **NR-32 (Norma Regulamentadora nº 32/MTE)**: Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Define obrigações do empregador e do trabalhador quanto à exposição a agentes biológicos, químicos e físicos, com implicações diretas nos fluxos de trabalho.
- **PGRSS (Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde)**: Instrumento de gestão que descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos gerados no EAS.
- **Manual Brasileiro de Acreditação ONA (Organização Nacional de Acreditação)**: Padrões de qualidade e segurança hospitalar, com critérios de avaliação de infraestrutura e processos que incluem a gestão de fluxos.

2. Estrutura e Organização do Hospital

Para compreensão plena dos fluxos, apresenta-se a síntese da organização vertical do edifício:

Pavimento	Cota (m)	Função Principal
4º Subsolo	704,00	Logística central, farmácia (fracionamento injetáveis), morgue, cozinha industrial (SND), lavanderia, central de resíduos (4 grupos RSSS), geradores, central de O ₂ /gases medicinais
3º Subsolo	708,20	Administração, Data Center, estacionamento exclusivo

		médicos (36 vagas + 25 motos), CFTV/segurança
2º Subsolo	711,80	Estacionamento público (63 vagas + 30 motos), infraestrutura técnica
1º Subsolo	715,40	Área técnica (pé-direito duplo 2.184,77 m ²), rampas de acesso veicular
Térreo	719,36	Pronto-Atendimento (PA) completo, diagnóstico por imagem (RM, TC, RX, mamografia, US, densitometria), endoscopia, câmaras hiperbáricas, átrium, áreas comerciais, admissão
1º Pavimento	724,36	UTI (10 boxes), Centro Cirúrgico (8 salas, 1 robótica), RPA CC (9 leitos), RPA UCA (15 leitos), CME (expurgo→preparo→arsenal), laboratório de emergência, anatomia patológica, 3 farmácias satélite, conforto médico
2º Pavimento	728,32	Internação — Ala A (10 apartamentos individuais) + Ala B (10 quartos de enfermaria = 20 leitos), quarto de isolamento com antecâmara
3º Pavimento	732,28	Internação — Ala A (10 apartamentos individuais) + Ala B (10 quartos de enfermaria = 20 leitos), quarto de isolamento com antecâmara
Cobertura	736,24-743,24	Reservatórios 184,60 m ³ (2 × 92,30 m ³), shaft área técnica (172 m ²), exaustores

Capacidade total: aproximadamente 106 leitos (PA: 6 observação; Endoscopia: 6 recuperação; UTI: 10; RPA CC: 9; RPA UCA: 15; Internação: 60 leitos distribuídos em 2 andares).

Centro Cirúrgico: 7 salas operatórias (salas 01 a 06 + sala ambulatorial UCA), sendo a sala 04 destinada à cirurgia robótica (58,07 m²).

3. Fluxos de Pessoas

3.1 Médicos e Residentes

O fluxo dos médicos é projetado para garantir que o profissional transite desde a entrada externa até as áreas de maior restrição sem cruzar com fluxos de pacientes e visitantes, e com proteção biológica adequada para atuação em áreas críticas.

O percurso inicia-se pela entrada exclusiva de colaboradores, localizada em acesso segregado na implantação do hospital. Do ponto de entrada, o médico dirige-se ao 3º Subsolo, onde está localizado o

estacionamento exclusivo para médicos (36 vagas de carro, 2 vagas PCD e 25 vagas de moto), com controle de acesso por catraca. Após estacionar, o médico acessa o núcleo vertical (elevador de emergência/interno ou escada de emergência pressurizada) e chega ao pavimento de destino.

Para atuar no Centro Cirúrgico (1º Pavimento): o profissional acessa a área não restrita do CC, realiza troca de roupa no vestiário de barreira (masculino: 7,59 m²; feminino: 7,92 m²), paramentando-se com pijama cirúrgico, propé e touca. Avança para a zona semi-restrita (corredor de circulação interna) e, ao entrar em sala cirúrgica, realiza a antisepsia das mãos e paramentação estéril (avental, luvas). Após o procedimento, o retorno ocorre pelo mesmo corredor semi-restrito, com deposição de roupas sujas no hamper da sala e encaminhamento ao vestiário para troca. O conforto médico (69,37 m²) serve como área de descanso entre cirurgias.

Para atuar na UTI (1º Pavimento): o médico acessa o vestíbulo interno da UTI, realiza higienização das mãos no vestiário PCR adequado e entra na área crítica. Para atendimento ao paciente em isolamento (Box 07), passa obrigatoriamente pela antecâmara (6,15 m²) com EPI específico antes de entrar no box.

Para atendimento no PA (Térreo): o médico utiliza o vestiário de plantão (plantonistas, 8,73 m²) e acessa os consultórios e área de observação, com higienização entre cada atendimento.

O retorno ao final do plantão percorre o caminho inverso: despida de EPI → vestiário → saída pelo elevador interno → estacionamento de médicos.

3.2 Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem

A equipe de enfermagem e técnicos de apoio utiliza o acesso de colaboradores, adentrando o hospital pelo vestiário central localizado no 4º Subsolo (vestiário central feminino e masculino). Após a troca de roupa de trabalho (uniforme hospitalar), acessam o pavimento de destino pelo elevador interno ou escada de emergência interna.

Nos pavimentos de internação (2º e 3º Pavimentos), o posto de enfermagem centralizado (56 m²) serve como base de operações. Os técnicos circulam entre os quartos para realização de procedimentos, retornando ao posto para registro e preparo de materiais. O deslocamento entre quartos deve ser precedido e sucedido de higienização das mãos com álcool gel ou na pia do corredor.

No Centro Cirúrgico, enfermeiros e técnicos circuladores realizam a mesma rotina de paramentação nos vestiários de barreira antes de entrar na zona semi-restrita e restrita. Os técnicos instrumentadores avançam para a zona restrita (campo estéril) com paramentação completa estéril.

Na UTI, a equipe de enfermagem mantém presença contínua no posto de monitorização, circulando entre os boxes com higienização de mãos e, quando necessário, troca de EPI entre pacientes de maior risco.

3.3 Pacientes Ambulatoriais

Os pacientes que comparecem para atendimento ambulatorial, diagnóstico por imagem, endoscopia, câmara hiperbárica ou consultas no PA acessam o hospital pela entrada principal, chegando ao átrium (hall central, 92,53 m² com pé-direito duplo) no nível térreo. São recebidos na recepção/admissão unificada (26,35 m²) ou no controle de acesso do balcão de emergência, conforme o serviço desejado.

O fluxo típico de paciente ambulatorial é: chegada pela entrada principal → atendimento na recepção (registro, conferência de dados e agendamento) → direcionamento para a sala de espera específica do setor (espera de 34 lugares no térreo) → chamada para o setor correspondente (imagem, endoscopia, câmara hiperbárica ou consultório do PA) → realização do procedimento ou exame → recuperação quando aplicável → emissão de laudo → saída pela mesma entrada.

Para os setores de diagnóstico por imagem (RM, TC, RX, mamografia, ultrassom, densitometria): o paciente aguarda na sala de espera do setor, é chamado para o vestiário de paciente (troca de roupa e retirada de metais, especialmente para RM), passa pela sala de comando onde o técnico verifica contraindicações, entra na sala de exame acompanhado apenas pelo técnico, realiza o exame e aguarda na sala de recuperação quando sedação anestésica foi necessária (sala de indução e recuperação anestésica, 18,20 m²). O laudo é gerado nas salas de laudos adjacentes (6,50 m² e 8,96 m²).

3.4 Pacientes de Internação

Pacientes admitidos para internação eletiva chegam pela entrada principal do hospital, são recepcionados na área de admissão (recepção geral, 24,54 m²) e têm seus dados de internação registrados. Após a confirmação da vaga e dos procedimentos administrativos, o paciente é conduzido ao elevador público ou elevador de emergência (dependendo do estado clínico) e transportado até o pavimento de internação (2º ou 3º Pavimento).

No andar de internação, o paciente é recebido pela equipe de enfermagem do posto, direcionado ao quarto ou apartamento designado (Ala A para apartamentos individuais ou Ala B para enfermaria), onde é instalado, recebendo orientações sobre a rotina do andar, horários de visita e dispositivos de chamada de enfermagem. Durante a internação, o paciente permanece no quarto/apartamento para repouso, sai para procedimentos no próprio pavimento (coleta de sangue à beira do leito, fisioterapia no corredor) ou é transportado, quando necessário, para o 1º Pavimento (CC, UTI) ou Térreo (imagem, endoscopia) utilizando macas e o elevador de emergência, sempre com escolta da equipe de enfermagem.

A alta hospitalar percorre o caminho inverso: orientações finais com o médico → resolução das pendências administrativas pelo posto → saída pelo elevador público → desembarque no átrium do térreo → saída pela entrada principal.

3.5 Pacientes Cirúrgicos

O paciente cirúrgico inicia seu trajeto a partir do quarto de internação (caso a cirurgia seja eletiva e o paciente já esteja internado) ou da sala de espera do Centro Cirúrgico/UCA (caso a cirurgia seja ambulatorial). O fluxo até o CC é realizado em maca, escoltado por técnico de enfermagem, utilizando o elevador de emergência do 2º ou 3º Pavimento até o 1º Pavimento.

Na entrada do CC, o paciente é recebido na recepção do CC e UCA, identificado (pulseira, confirmação do prontuário e do procedimento — protocolo de cirurgia segura), e encaminhado à sala de preparo. Nessa sala, são realizados a tricotomia (quando indicada), a instalação de acesso venoso, e é feita a conferência final do checklist pré-operatório. O paciente é então transportado na maca para a sala cirúrgica designada, sendo recebido pela equipe paramentada.

Durante o ato cirúrgico, o paciente permanece na sala cirúrgica sob anestesia. Ao final do procedimento, é conduzido, ainda na maca, para a RPA CC (9 leitos, 94,52 m²) ou RPA UCA (15 leitos, 194,21 m²),

dependendo da modalidade (internação ou ambulatorial). Na RPA, o paciente é monitorado até recuperar os reflexos protetores e estabilizar os parâmetros vitais. Após alta da RPA, o paciente cirúrgico internado retorna ao seu quarto de internação via elevador de emergência; o paciente ambulatorial recebe alta hospitalar diretamente da RPA UCA.

3.6 Pacientes de UTI

O paciente que necessita de cuidados intensivos chega à UTI por dois caminhos principais:

Via emergência/PA: O paciente em estado crítico é admitido pela entrada de ambulância, conduzido em maca ou maca-banheira pelo corredor do PA no térreo, estabilizado na área de observação (6 leitos) ou na sala de suturas e curativos do PA, e em seguida transferido pelo elevador de emergência diretamente para a UTI no 1º Pavimento. Toda a transferência é feita com monitorização contínua e presença do médico plantonista.

Via pós-operatório: Pacientes que apresentam intercorrências durante ou após cirurgia são transportados diretamente da sala cirúrgica ou da RPA para a UTI pelo corredor interno do 1º Pavimento, sem necessidade de uso de elevador.

Dentro da UTI, o paciente ocupa um dos 10 boxes individuais. Casos de maior risco infeccioso (infecção por microrganismo multirresistente, tuberculose pulmonar bacilífera, etc.) são direcionados ao Box 07 (14,45 m²), que dispõe de antecâmara (6,15 m²) e banheiro com exaustão mecânica, garantindo isolamento completo. A alta da UTI ocorre quando o paciente apresenta estabilidade hemodinâmica e respiratória, sendo transferido para o quarto de internação (2º ou 3º Pavimento) via elevador de emergência.

3.7 Visitantes

Os visitantes acessam o hospital exclusivamente pela entrada principal, são identificados na recepção geral e recebem crachá de visitante com identificação do andar e quarto de destino. O horário de visita é controlado pela recepção e pelo posto de enfermagem do andar.

O percurso do visitante é: entrada principal → átrium (térreo) → recepção (identificação e registro) → elevador público (exclusivo para visitantes e pacientes ambulatoriais) → andar de internação (2º ou 3º Pavimento) → vestíbulo público do andar → sala de espera de familiares (45 m²) → quarto do paciente. O acesso ao quarto é liberado pelo posto de enfermagem, que controla o número de visitantes simultâneos (máximo 2 por paciente, conforme regulamento interno).

Visitantes de UTI têm fluxo diferenciado: após identificação na recepção geral, são conduzidos ao vestíbulo da UTI (vestíbulo interno, 17,04 m²) e aguardam na sala de espera da UTI (55,85 m², 24 lugares). As visitas são autorizadas em horários fixos (geralmente duas vezes ao dia, com duração controlada), e os familiares recebem EPIs mínimos (avental descartável e máscara) antes de entrar nos boxes. Para o Box 07 (isolamento), visita é restrita e exige aprovação médica e protocolo específico de EPI.

Visitantes não têm acesso ao Centro Cirúrgico, CME, farmácias, laboratório ou qualquer área técnica. O acesso às varandas externas dos pavimentos de internação é liberado apenas para pacientes internados e equipe de saúde.

3.8 Cadáveres

O fluxo de cadáveres é um dos mais críticos do ponto de vista da segregação, pois envolve risco biológico e impacto emocional para pacientes, familiares e equipe. Por isso, o projeto prevê percurso inteiramente segregado.

Quando ocorre óbito em quarto de internação (2º ou 3º Pavimento): após a confirmação do óbito pelo médico plantonista e os cuidados pós-morte pela equipe de enfermagem, o corpo é envolto em lençol e/ou saco mortuário, identificado e transportado em maca fechada pelo corredor interno do andar (em horário de menor circulação de visitas, preferencialmente). O transporte desce pelo **elevador interno (de emergência)** — nunca pelo elevador público — até o 4º Subsolo, onde está localizada a morgue (16,73 m²).

Quando ocorre óbito no PA ou UTI (Térreo e 1º Pavimento): o trajeto é semelhante, utilizando o corredor interno e o elevador de emergência diretamente para o 4º Subsolo.

Na morgue, o corpo é recebido, identificado formalmente, preparado e colocado em câmara de refrigeração. A sala da família (13,32 m², 5 lugares) está adjacente à morgue para que parentes possam realizar o velório sem circular por outras áreas do hospital. Após os procedimentos administrativos (Declaração de Óbito), o corpo é liberado para o serviço funerário que acessa o hospital pelo **acesso exclusivo de saída de cadáveres e resíduos**, localizado em fachada segregada da implantação, com vaga específica para carro fúnebre. Em nenhuma circunstância o transporte de cadáveres utiliza o acesso principal ou elevadores públicos.

3.9 Funcionários de Apoio (Limpeza, Manutenção, Nutrição, Lavanderia)

Os funcionários de apoio operacional utilizam o **acesso de colaboradores** (entrada segregada na implantação) para acessar e sair do hospital. Há também um acesso específico para colaboradores do SND (Serviço de Nutrição e Dietética) no 4º Subsolo, próximo à cozinha industrial.

Funcionários de limpeza e higienização: seguem escalonamento por setor e turno. Recebem carrinho de limpeza do DML (Depósito de Material Limpo) do respectivo pavimento, realizam limpeza concorrente (entre atendimentos) e terminal (após alta ou óbito), e devolvem o material ao DML para reabastecimento. O trajeto do carro de limpeza nunca cruza o material limpo com o sujo; quando necessário, o carro sujo é levado ao DML do pavimento e descontaminado antes de novo uso.

Funcionários de manutenção: acessam o hospital pelo acesso de colaboradores, identificam-se na portaria, e são autorizados a transitar por áreas técnicas (shafts, casa de máquinas, sala de TI, geradores) mediante ordem de serviço. Nunca circulam por áreas críticas (CC, UTI, CME) sem autorização do responsável pelo setor e sem os EPIs requeridos.

Funcionários da cozinha (SND): utilizam o acesso exclusivo do SND no 4º Subsolo. Vestiários PCR masculino e feminino são obrigatórios antes do início das atividades. O transporte de refeições para os pavimentos de internação ocorre em carros térmicos vedados pelo elevador de serviço, em horários definidos.

Funcionários da lavanderia: atuam inteiramente no 4º Subsolo. A roupa suja que chega dos pavimentos é recebida diretamente no lado sujo da barreira, sem que o funcionário da área limpa precise cruzar para o lado contaminado.

4. Fluxos de Materiais

4.1 Material Limpo e Estéril

O ciclo do material limpo e estéril tem origem na CME (Central de Material e Esterilização), localizada no 1º Pavimento. Após o processamento completo (ver seção 5.3), os artigos estéreis são armazenados no Arsenal da CME (38,36 m²) em condições controladas de temperatura e umidade.

A distribuição do material estéril segue rotas exclusivas e protegidas: do Arsenal, o material é acondicionado em carros fechados e encaminhado diretamente para os pontos de uso — farmácia satélite do CC (22,80 m², adjacente às salas cirúrgicas), farmácia satélite da UTI (9,76 m²) e farmácia satélite do PA (11,66 m², no térreo). O transporte é realizado pelo corredor de suprimentos do Centro Cirúrgico (acesso exclusivo, separado do corredor de retorno de material sujo), garantindo que o material estéril nunca cruze com material contaminado.

Para os pavimentos de internação, caixas de material estéril são distribuídas pelo elevador de serviço, entregues no DML/rouparia do andar e dispensadas pelo posto de enfermagem conforme necessidade clínica.

4.2 Material Sujo e Contaminado

O percurso do material sujo e contaminado é sempre inverso ao do material limpo, seguindo o princípio da unidirecionalidade. Artigos médico-hospitalares utilizados (sondas, pinças, afastadores, recipientes cirúrgicos, etc.) são imediatamente segregados após uso em recipientes fechados identificados e encaminhados ao expurgo mais próximo:

- Expurgo do CC (11,46 m², 1º Pavimento) para materiais gerados nas salas cirúrgicas
- Expurgo da UTI (6,32 m², 1º Pavimento) para materiais dos boxes
- Expurgo do PA (5,14 m², Térreo) para materiais do pronto-atendimento

Do expurgo, os artigos são transportados em carro fechado pelo corredor interno até o **Expurgo da CME** (44,52 m²), onde inicia o ciclo de reprocessamento. A entrega no expurgo da CME é feita pela janela de recepção de material sujo, sem que o funcionário externo entre na área limpa da CME.

4.3 Roupas Hospitalares (Enxoval)

O ciclo de roupas hospitalares envolve os seguintes estágios:

Roupas sujas: A roupa usada por pacientes e equipe é depositada em hampers (sacos hamper coloridos, geralmente verdes para roupas comuns e vermelhos para roupas com risco biológico elevado) nos quartos, UTI, salas cirúrgicas e vestiários. Em cada pavimento, o hamper é recolhido pela equipe de limpeza e depositado na sala de **Roupa Suja e Resíduos** do pavimento (6,30 m² nos pavimentos de internação). Da sala do andar, o hamper fechado é transportado pelo elevador de serviço (nunca pelo público) até o 4º Subsolo, onde é recebido no lado sujo da lavanderia, através de janela de barreira — o funcionário do lado limpo nunca manipula roupa suja diretamente.

Processamento: Na lavanderia do 4º Subsolo, as roupas são pesadas, classificadas e processadas em equipamentos industriais (lavadoras, secadoras, calandras, dobradeiras). Roupas com contaminação biológica confirmada passam por pré-lavagem com produto desinfetante antes do ciclo normal. Após a lavagem, as roupas passam para o lado limpo da lavanderia (barreira física obrigatória entre os lados sujo e limpo), são secas, dobradas e embaladas.

Distribuição: As roupas limpas são acondicionadas em carros fechados e distribuídas para a rouparia central (8,45 m², 4º Subsolo) e rouparias dos setores, sendo encaminhadas aos pavimentos pelo elevador de serviço em horários programados.

4.4 Resíduos de Serviços de Saúde (RSSS)

A gestão de resíduos segue rigorosamente a RDC ANVISA 222/2018, com segregação na fonte em quatro grupos principais:

Grupo A (Resíduos Biológicos): Sangue e hemoderivados, culturas e estoques de agentes infecciosos, resíduos anatômicos humanos, materiais de curativos e cirurgias com presença de sangue ou secreções. São acondicionados em sacos brancos leitosos identificados com símbolo de risco biológico. Gerados em salas cirúrgicas, UTI, observação do PA, boxes de isolamento e laboratório.

Grupo B (Resíduos Químicos): Medicamentos vencidos ou não utilizados, reagentes laboratoriais, saneantes com risco químico, reveladores radiológicos. Acondicionados em recipientes rígidos resistentes a vazamentos, com identificação química. Gerados na farmácia central (4º Subsolo), farmácias satélite, laboratório e setor de imagem.

Grupo D (Resíduos Comuns): Resíduos equiparáveis aos domiciliares, sem risco específico (papel, embalagens, restos alimentares, etc.). Acondicionados em sacos pretos. O volume maior é gerado nas áreas de internação, cozinha e áreas administrativas.

Grupo E (Resíduos Perfurocortantes): Agulhas, lâminas de bisturi, ampolas de vidro, lâminas de microscopia. Descartados exclusivamente em caixas rígidas (tipo Descarpak) amarelas, nunca reabertas ou comprimidas. Gerados em todas as áreas assistenciais.

O fluxo interno de resíduos é: geração e segregação na fonte (quarto, sala, corredor) → acondicionamento no recipiente correto → transporte em carro fechado exclusivo pelo corredor interno (nunca pelo corredor público de pacientes/visitas) → sala de resíduos do pavimento → descida pelo elevador de serviço até o 4º Subsolo → central de resíduos (sala de resíduos contaminados 19,29 m², resíduos recicláveis 10,71 m², resíduos comuns 18,45 m², resíduos químicos) → armazenamento temporário → coleta externa em horários pré-determinados pelo operador de resíduos licenciado, com saída pelo **acesso de resíduos** (acesso exclusivo segregado na implantação).

O transporte interno deve ocorrer em horários de menor movimento de pacientes e visitantes, preferencialmente nas primeiras horas da manhã, após o almoço e no final da tarde.

4.5 Medicamentos

O circuito dos medicamentos inicia-se no recebimento no 4º Subsolo, pela entrada de suprimentos. Os medicamentos são triados e armazenados no estoque bruto da farmácia central. Medicamentos controlados são armazenados separadamente em sala específica (5,52 m²) com controle de acesso restrito.

O fracionamento de injetáveis é realizado em área classificada de alta limpeza (+++), com controle rigoroso de partículas e manipulação asséptica (sala de fracionamento de injetáveis, 4º Subsolo). O fracionamento de sólidos (comprimidos, cápsulas) ocorre em área adjacente (33,04 m²). Os medicamentos fracionados são estocados em área específica (estoque fracionados, 17,71 m²) antes da distribuição.

A distribuição para as farmácias satélite é feita por dose unitária: os medicamentos são preparados individualmente por paciente, identificados com nome, leito e horário, acondicionados em gavetas individuais de dispensário, e transportados pelas farmácias satélite nos respectivos setores. As farmácias satélite do CC (22,80 m²), UTI (9,76 m²) e PA (11,66 m²) dispensam os medicamentos diretamente à equipe de enfermagem responsável pela administração.

4.6 Alimentos (SND – Serviço de Nutrição e Dietética)

A cozinha industrial está localizada no 4º Subsolo, com acesso exclusivo de recebimento de mercadorias pela entrada de suprimentos. O fluxo segue a marcha avante, sem retrocesso: área de recebimento → estocagem seca e câmaras frigoríficas (carnes e vegetais com antecâmaras de transição) → pré-preparo (setores de preparo de carnes, vegetais, cereais e sobremesas, cada qual com bancada exclusiva) → cocção (caldeirões, fornos, chapa) → porcionamento e montagem de bandejas na copa de higienização → distribuição.

A distribuição das refeições para os pavimentos de internação é feita em carros de transporte térmico identificados (café da manhã, almoço, lanche e jantar) pelo elevador de serviço, nos horários estabelecidos pelo SND. Em cada andar, a copa de distribuição (6,46 m²) serve como ponto de organização das bandejas. Após a refeição, as bandejas sujas são recolhidas pelos funcionários de apoio e retornam à cozinha pelo mesmo elevador de serviço para lavagem na copa de higienização (lavagem de panelas, utensílios e louças, 9,27 m²). Este retorno de louça suja nunca ocorre concomitantemente com a subida de alimentos limpos.

4.7 Gases Medicinais

A central de gases medicinais está localizada no 4º Subsolo, com área técnica de cilindros de oxigênio na varanda externa (área a céu aberto, com ventilação natural obrigatória por risco de incêndio e explosão). A central distribui oxigênio, ar comprimido medicinal, óxido nítrico e vácuo clínico por rede embutida na estrutura do edifício (shaft de gases), com pontos de uso (réguas de gases) em todas as áreas assistenciais: salas cirúrgicas, UTI, boxes do PA, quartos de isolamento, área de recuperação pós-anestésica e salas de endoscopia e câmara hiperbárica.

A manutenção preventiva das centrais de gases segue calendário rigoroso, com sistema de alarme visual e sonoro para nível crítico de pressão. A troca de cilindros é realizada por equipe técnica especializada, com acesso pela entrada de suprimentos ou pela varanda técnica do 4º Subsolo.

4.8 Amostras Laboratoriais

Amostras biológicas (sangue, urina, secreções, tecidos) são coletadas nos pontos de cuidado (leitos, UTI, PA, salas de procedimento) por equipe de enfermagem ou técnico de laboratório. Imediatamente após

a coleta, cada amostra é identificada (etiqueta com nome, data, hora, tipo de amostra e exame solicitado) e acondicionada em recipiente vedado dentro de saco plástico transparente (bolsa de dupla câmara).

O transporte é realizado em caixa isotérmica resistente a impactos, exclusiva para amostras, percorrendo o corredor interno do pavimento até o elevador de serviço e descendo até o 1º Pavimento, onde está o **laboratório de emergência** (19,70 m²) e a sala de tipagem sanguínea (6,88 m²). Amostras para exames de rotina (não emergenciais) podem ser encaminhadas ao laboratório externo de apoio, saindo pelo acesso de suprimentos. Em nenhuma circunstância amostras são transportadas em elevadores públicos ou misturadas com outros materiais.

5. Fluxos por Área Crítica

5.1 Centro Cirúrgico (CC)

O Centro Cirúrgico do Vivá Hospital é a área de maior complexidade assistencial e exige controle absoluto de fluxo, com divisão em três zonas progressivas de restrição sanitária, conforme RDC 50/ANVISA:

Zona Não Restrita (ZNR): Compreende a recepção do CC e UCA, a sala de espera (79,10 m², 22 lugares), os vestiários externos (feminino 32,09 m², masculino 23,41 m²) e a administração do CC. É a área onde pacientes aguardam, acompanhantes permanecem até a entrada do paciente, e profissionais externos ao CC transitam para assuntos administrativos. Acesso livre para colaboradores identificados do hospital.

Zona Semi-Restrита (ZSR): Engloba os corredores internos do CC, a farmácia satélite (22,80 m²), o depósito de OPME (4,19 m²), rouparias (4,97 m² e 4,80 m²), o monitoramento (36,53 m²), o conforto médico (69,37 m²), conforto de colaboradores (19,69 m²), chefia de enfermagem, administração interna e os vestiários de barreira. Exige paramentação com pijama cirúrgico, touca e propé. Acesso restrito a profissionais habilitados do CC.

Zona Restrita (ZR): Compreende as 6 salas cirúrgicas (salas 01 a 06) e a sala de cirurgia ambulatorial UCA, além da sala de preparo de campo estéril e o corredor asséptico de suprimentos. Exige paramentação estéril completa (avental cirúrgico, luvas estéreis, máscara e óculos de proteção) para todos os presentes. Acesso absolutamente controlado — apenas equipe cirúrgica paramentada e paciente no momento do ato cirúrgico.

Fluxo de paramentação (equipe): Vestiário externo (troca de roupa) → vestiário de barreira (troca para pijama cirúrgico, calçado exclusivo) → zona semi-restrita → antissepsia das mãos (escovação cirúrgica ou antissepsia alcoólica) → zona restrita → paramentação estéril dentro da sala cirúrgica.

Fluxo de entrada do paciente: Sala de espera CC → recepção CC (conferência de identidade e prontuário) → sala de preparo (acesso venoso, revisão de medicamentos pré-operatórios) → maca de transporte → corredor semi-restrito → sala cirúrgica designada. O paciente chega vestindo camisola hospitalar, sem pertences pessoais, identificado com pulseiras.

Fluxo de saída do paciente: Sala cirúrgica → RPA CC (9 leitos, 94,52 m²) ou RPA UCA (15 leitos, 194,21 m²) → recuperação completa (mínimo 1 hora ou até estabilização) → alta da RPA: retorno ao quarto de internação (via elevador de emergência) ou alta hospitalar direta (UCA ambulatorial, saída pela entrada principal).

Fluxo de material estéril: Arsenal da CME → carro de suprimentos estéreis → corredor exclusivo de suprimentos do CC (entrada segregada da entrada de material sujo) → farmácia satélite CC ou diretamente à sala cirúrgica. Os instrumentais são entregues na mesa de instrumentação pela circulante, que os transfere ao instrumentador usando técnica asséptica.

Fluxo de material contaminado: Sala cirúrgica → embalagem em recipiente identificado → expurgo do CC (11,46 m²) → carro fechado de material sujo → corredor interno segregado → janela de recepção da CME (expurgo CME, 44,52 m²).

Fluxo entre salas: A equipe cirúrgica não transita diretamente de uma sala cirúrgica para outra sem despir a paramentação utilizada e realizar nova paramentação. Entre casos, o profissional retorna à zona semi-restrita para retirada do avental cirúrgico usado, higiene das mãos e nova paramentação antes de entrar na próxima sala.

Fluxo da sala robótica (Sala 04): A sala de cirurgia robótica (58,07 m², maior sala do CC, porta larga com visor PLC) exige fluxo adicional para o sistema robótico (Da Vinci ou similar): entrada do robô pelo corredor de suprimentos em dias programados, montagem pelo técnico especializado em protocolo de limpeza rigoroso antes de cada uso. Os braços robóticos recebem drapes estéreis específicos que são descartados após cada procedimento.

5.2 UTI — Unidade de Terapia Intensiva

A UTI do 1º Pavimento conta com 10 boxes individuais, dispostos em torno do posto de monitorização central. O acesso é controlado pelo vestíbulo interno (17,04 m²) e pela secretaria/recepção UTI (7,33 m²), que gerenciam o fluxo de entrada e saída de toda a unidade.

Acesso da equipe: Profissionais que trabalham na UTI entram pelo vestíbulo interno, realizam higienização das mãos no banho PCR (masculino ou feminino) e vestem avental descartável antes de entrar nos boxes. Para o Box 07 (isolamento), o protocolo adicional exige máscara N95 ou PFF2, óculos de proteção ou face shield, luvas e avental impermeável, com colocação na antecâmara (6,15 m²) antes de entrar no box e retirada na mesma antecâmara ao sair.

Visitação: Exclusivamente nos horários estabelecidos (recomenda-se dois períodos diários de 30 minutos). Familiares aguardam na sala de espera da UTI (55,85 m², 24 lugares) e são chamados um a um para o vestíbulo de acesso, onde recebem avental descartável e máscaras antes de entrar. Não mais que dois visitantes por box por vez. Visita ao Box 07 (isolamento) exige autorização médica e protocolo de EPI completo, com orientação específica da equipe.

Isolamento (Box 07): O Box 07 (14,45 m²) é o box de isolamento da UTI, equipado com antecâmara (6,15 m²) e banheiro com exaustão mecânica (pressão negativa ou positiva, a ser definida pelo tipo de isolamento). Para isolamentos por aerossóis (tuberculose, COVID-19 grave): pressão negativa com exaustão direta para o exterior, troca de ar mínima de 12 volumes/hora. Para isolamentos protetores (neutropênicos profundos): pressão positiva com filtragem HEPA.

Expurgo da UTI: Localizado no perímetro da UTI (6,32 m², com exaustão mecânica obrigatória e acabamento lavável PON3), serve para o processamento de material sujo gerado nos boxes. O funcionário entra com material sujo pelo corredor interno, deposita no expurgo, e o material é recolhido para a CME sem que o fluxo sujo retorne pela área limpa da UTI.

Farmácia satélite da UTI: A farmácia satélite (9,76 m²) está estrategicamente posicionada no perímetro da UTI, com acesso controlado. A dispensação de medicamentos é feita por farmacêutico ou técnico de farmácia habilitado, com controle por dispensário eletrônico. Medicamentos de alta vigilância (potássio, heparina, insulina, morfina, etc.) têm dupla checagem obrigatória.

5.3 CME — Central de Material e Esterilização

A CME é o coração do controle de infecção do hospital. Seu funcionamento baseia-se no **fluxo estritamente unidirecional** — nunca ocorre sobreposição entre os sentidos sujo e limpo — e na **barreira física obrigatória** entre as áreas, como exigido pela RDC 50.

Recebimento sujo: O material contaminado chega à CME pelo lado do expurgo (44,52 m²), que possui janela de recepção separada da entrada de distribuição. Nenhuma pessoa do lado limpo da CME acessa o expurgo sem trocar de EPI e vice-versa.

Limpeza e descontaminação: No expurgo, os artigos são inspecionados, desmontados e submetidos à limpeza manual (escova, água corrente) ou mecânica (lavadora ultrassônica ou lavadora desinfetadora automática). A limpeza remove a carga orgânica que poderia proteger micro-organismos durante a esterilização. O enxágue final é realizado com água tratada ou osmose reversa (central própria, 9,40 m²).

Preparo e embalagem: Artigos limpos e secos passam para a área de preparo (52,56 m²), onde são inspecionados quanto à integridade (lâminas, travas, solda de ponta), montados, embalados em papel grau cirúrgico ou invólucros específicos e selados com lacre termossoldado. Cada pacote recebe etiqueta de identificação com: artigo, data, lote, data de esterilização e validade.

Esterilização: Os pacotes embalados seguem para os autoclaves (esterilização a vapor saturado, 134°C/18 min — ciclo de prions; ou 121°C/15 min — ciclo padrão) ou para a esterilização por plasma de peróxido de hidrogênio (sala de esterilização por plasma, 5,17 m²) para artigos termossensíveis (laparoscópios, fibras ópticas). Os registros de cada ciclo (temperatura, tempo, pressão) são arquivados pelo período mínimo de 5 anos.

Arsenal e distribuição limpa: Os artigos esterilizados saem do autoclave pelo lado oposto ao carregamento (autoclave de dupla porta) e entram diretamente no arsenal (38,36 m²). O arsenal mantém temperatura entre 15°C e 25°C, umidade relativa entre 30% e 60%, e os artigos são armazenados em prateleiras fechadas, organizados por tipo e data. A distribuição para os setores ocorre exclusivamente pela saída do arsenal, nunca pelo lado do expurgo.

Controle de qualidade: Cada ciclo de esterilização é monitorado por indicadores biológicos (esporos de *Geobacillus stearothermophilus* para autoclaves a vapor) e indicadores químicos externos e internos (fita e integrador). Artigos com falha no indicador são quarentenados e reprocessados.

5.4 Farmácia — Central e Satélites

A farmácia central (4º Subsolo) é o ponto de entrada e controle de todos os medicamentos do hospital. O processo inicia com o **recebimento** na área de triagem (15,66 m²): as notas fiscais são conferidas, os medicamentos são inspecionados quanto à integridade das embalagens, prazo de validade e conformidade com o pedido. Medicamentos controlados (psicotrópicos, entorpecentes,

precursores) são registrados em livro de controle específico da ANVISA e armazenados na sala de controlados (5,52 m²) com acesso restrito ao farmacêutico responsável.

Armazenamento: Os medicamentos aprovados no recebimento são armazenados no estoque bruto, separados por forma farmacêutica (sólidos orais, injetáveis, tópicos) e condição de conservação (temperatura ambiente, refrigerado 2°C-8°C, congelado). Inflamáveis ficam no depósito específico (5,52 m²) com forro corta-fogo de 120 minutos.

Fracionamento de injetáveis: Realizado em sala de manipulação asséptica de alto padrão (área +++), com fluxo de ar laminar, controle de pressão e temperatura, indumentária estéril específica. Injetáveis de alto risco (quimioterápicos, quando houver) exigem câmara de fluxo laminar vertical com proteção ao manipulador. O fracionamento de sólidos ocorre na sala adjacente (33,04 m²) com menos restrições de assepsia, mas com controle de cross-contamination.

Distribuição: Os medicamentos preparados são distribuídos para as três farmácias satélite (PA: térreo; UTI e CC: 1º Pavimento) em horários programados, em maletas identificadas por setor e por paciente (dose unitária). O retorno de medicamentos não utilizados (estorno) ocorre pela área de estorno (2,38 m²), onde são reintegrados ao estoque ou descartados conforme protocolo.

5.5 Morgue

A morgue (16,73 m²) está posicionada no 4º Subsolo, com acesso pelo corredor segregado próximo ao acesso de saída de cadáveres. O fluxo é projetado para garantir total sigilo e respeito à dignidade do paciente falecido, além da biossegurança da equipe e do hospital.

Recebimento do óbito: O corpo chega à morgue em maca fechada, transportado pelo elevador interno. O técnico de morgue recebe o cadáver, verifica a identificação (pulseira, declaração de óbito assinada pelo médico), registra o horário de entrada e realiza os cuidados post mortem (higienização corporal, tamponamento de orifícios quando indicado, identificação formal com etiqueta no hálux).

Refrigeração: O corpo é colocado em gaveta de câmara frigorífica (temperatura entre 2°C e 8°C) para aguardar retirada pelo serviço funerário. O tempo máximo de permanência em câmara é regulamentado pela legislação estadual/municipal.

Sala da família: A sala da família (13,32 m², 5 lugares) está adjacente à morgue, com acesso controlado e ambiente humanizado. Permite que os familiares realizem o velório dentro do hospital sem circular pelas demais dependências. O acesso da família a esta sala ocorre diretamente pelo corredor de saída de cadáveres, sem cruzar com as áreas de internação ou circulação geral.

Saída exclusiva: A liberação do corpo ocorre após cumprimento dos procedimentos legais e administrativos. O carro fúnebre acessa a vaga exclusiva no acesso de saída de cadáveres (implantação), e o corpo é transferido da câmara frigorífica diretamente para o veículo, sem circulação por outros ambientes do hospital.

5.6 Resíduos de Serviços de Saúde

O gerenciamento de resíduos no Vivá Hospital segue o PGRSS específico do estabelecimento, com base na RDC 222/2018 e nas normas técnicas da ABNT.

Segregação na fonte: A responsabilidade pela segregação é de todo profissional de saúde no momento da geração. Cada área assistencial possui os recipientes adequados devidamente identificados: caixas de perfurocortantes (Grupo E) fixadas na parede próximas ao ponto de uso, sacos brancos leitosos (Grupo A) em lixeiras com pedal e tampa, sacos pretos (Grupo D) para resíduos comuns, e recipientes rígidos para resíduos químicos (Grupo B). A mistura de resíduos de grupos diferentes no mesmo recipiente é terminantemente proibida.

Acondicionamento e identificação: Sacos e recipientes são fechados quando atingem $\frac{3}{4}$ da capacidade e identificados com data, gerador e grupo de resíduo. Nunca são reabertos, pressionados ou transferidos de embalagem após fechamento.

Transporte interno: Realizado em horários definidos (turnos matutino, vespertino e noturno), utilizando carros de transporte exclusivos para resíduos (nunca misturados com carros de roupa ou suprimentos), pelo corredor interno e elevador de serviço. Os carros são higienizados após cada uso.

Armazenamento temporário: A central de resíduos do 4º Subsolo possui salas segregadas por grupo: resíduos contaminados (19,29 m², Grupo A), resíduos químicos (Grupo B), resíduos comuns (18,45 m², Grupo D) e resíduos recicláveis (10,71 m²). Todas as salas têm impermeabilização total de piso, teto e paredes, ralos sifonados, ponto de água para lavagem, ventilação negativa e controle de temperatura.

Coleta externa: Operador licenciado e autorizado pela vigilância sanitária municipal coleta os resíduos na frequência estabelecida no PGRSS (Grupos A e E: diariamente ou conforme geração; Grupo B: conforme acúmulo e prazo de validade; Grupo D: conforme volume). A saída ocorre pelo acesso exclusivo de resíduos na implantação. Todo manifesto de resíduos é documentado e arquivado pelo prazo legal.

5.7 Lavanderia

A lavanderia do 4º Subsolo processa todo o enxoval do hospital (lençóis, fronhas, toalhas, capotes cirúrgicos, uniformes, campos cirúrgicos). O princípio fundamental é a **barreira sanitária física** entre o lado sujo (recebimento e pré-lavagem) e o lado limpo (saída da lavadora, secagem, dobragem e expedição). Nenhum funcionário do lado limpo acessa o lado sujo, e vice-versa, sem transitar pela área de higienização pessoal (vestiário com banho obrigatório).

Recebimento sujo: A roupa suja chega em hampers fechados pelo elevador de serviço. Os hampers são abertos no lado sujo, e as roupas são triadas, pesadas e classificadas por tipo e grau de contaminação. Roupas com sangue visível ou fluidos corporais são submetidas a pré-lavagem com água fria e desinfetante antes do ciclo normal para evitar fixação de proteínas orgânicas.

Processamento: As lavadoras industriais operam a ciclos programados de acordo com o tipo de roupa e grau de contaminação, com temperatura mínima de 70°C por 25 minutos para garantia de descontaminação (higienização processada). O enxágue final com água clorada complementa o processo de desinfecção.

Saída limpa: As roupas lavadas passam pela janela do autoclave ou pelo escamoteável da lavadora extratora para o lado limpo, sem retorno ao lado sujo. Após secagem (secadoras industriais), as roupas passam pela calandra (para lençóis, capotes e fardamentos) ou são dobradas manualmente e embaladas em pacotes plásticos identificados por setor.

Distribuição: Roupas dobradas e embaladas são expedidas em carros fechados para a rouparia central (8,45 m², 4º Subsolo) e para as rouparias dos setores, sendo distribuídas para os pavimentos em horários programados pelo elevador de serviço.

5.8 Cozinha Industrial / SND (Serviço de Nutrição e Dietética)

A cozinha industrial do 4º Subsolo adota o sistema de **marcha avante** (fluxo linear sem retrocesso), conforme recomendação da RDC 50 e da Resolução CFN nº 380/2005.

Recebimento: Os alimentos chegam pela entrada de suprimentos. Cada entrega passa por inspeção visual (embalagem, temperatura, prazo de validade), registro no controle de recebimento e armazenamento imediato nas condições adequadas (temperatura ambiente na estocagem seca, câmara de 0°C-4°C para carnes, câmara de 5°C-10°C para vegetais e laticínios).

Pré-preparo: Em cada seção independente (carnes, vegetais, cereais, sobremesas), os alimentos são higienizados (vegetais: imersão em solução hipoclorita de sódio 100-200 ppm por 15 minutos, seguido de enxágue), descascados, cortados e porcionados. As bancadas e utensílios são exclusivos por tipo de alimento (carne crua não compartilha superfície com alimento pronto para consumo).

Cocção: Os caldeirões, fornos e equipamentos de cocção estão concentrados na área de cocção/estoque temporário (8,48 m²). A cocção atinge temperatura interna mínima de 74°C em todos os alimentos para garantia microbiológica.

Distribuição: As refeições são porcionadas na copa de higienização e carregadas em carros de distribuição térmicos identificados por andar e horário. Nos pavimentos de internação, a copa de distribuição (6,46 m²) recebe os carros e a equipe do SND (ou auxiliares treinados) serve os pratos ao paciente no quarto.

Retorno da louça suja: Após a refeição, bandejas e louças sujas são recolhidas e retornam à cozinha pelo elevador de serviço em carros fechados identificados como “louça suja”. O recebimento no 4º Subsolo ocorre em área segregada (copa de higienização e lavagem de carros), e a lavagem é feita em máquina de lavar louças industrial com temperaturas adequadas (enxágue mínimo 82°C).

5.9 Diagnóstico por Imagem

O setor de diagnóstico por imagem no térreo engloba ressonância magnética (39,14 m²), tomografia computadorizada (34,92 m²), raio-X (26,75 m²), mamografia (18,90 m²), três salas de ultrassom (total ~43 m²) e densitometria (18,68 m²).

Recepção e triagem: O paciente é recebido no controle de agenda (8,64 m²), onde o agendamento é confirmado e são feitas perguntas de triagem (contraindicações para RM como marca-passo, contraindicações a contraste iodado, gravidez). Após triagem, o paciente aguarda na sala de espera do setor.

Preparo: O paciente entra no vestiário PCR (vestiário de paciente, com banho disponível), onde troca de roupa e retira todos os objetos metálicos (especialmente para RM). Pacientes que necessitam de sedação ou anestesia para o exame (crianças, claustrofóbicos, procedimentos guiados por imagem) são encaminhados à sala de indução e recuperação anestésica (18,20 m²) antes do exame.

Realização do exame: O técnico ou tecnologista de imagem conduz o paciente à sala de exame específica, posiciona o paciente no equipamento, controla os parâmetros do exame pela sala de comando (7,23 m²) com visor de comunicação direta com o paciente. Para exames com contraste (TC com contraste iodado, RM com gadolínio), o técnico de enfermagem realiza a punção venosa antes do exame e monitora o paciente durante a administração.

Recuperação e laudo: Após o exame, pacientes sedados são monitorados na sala de indução/recuperação até retomada plena da consciência. O laudo é gerado nas salas de laudos (6,50 m² e 8,96 m²) pelo médico especialista (radiologista). A impressão e fechamento de exames ocorrem na sala de impressoras (7,99 m²).

Controle de acesso por proteção radiológica: As salas de TC, RX e mamografia têm proteção plumbífera obrigatória nas paredes. O acesso é restrito ao técnico responsável durante a realização do exame; acompanhantes que precisem entrar (pacientes pediátricos ou com necessidades especiais) recebem avental plumbífero.

5.10 Endoscopia

O setor de endoscopia no térreo conta com duas salas de procedimento (Endoscopia 01 e 02, ~15 m² cada), área de recuperação com 6 leitos (72,35 m²) e duas salas de preparo para colonoscopia (8,40 m² e 8,85 m²).

Preparo para colonoscopia: Os pacientes que realizam colonoscopia iniciam o preparo intestinal em casa (dieta e laxante na véspera). No dia do exame, chegam ao hospital em jejum e são recepcionados na área de preparo de colonoscopia, onde completam o preparo final com enema (quando prescrito) no banheiro PCR exclusivo.

Procedimento: O paciente entra na sala de procedimento em maca, é posicionado e monitorado pelo técnico de enfermagem. A sedação (consciente ou profunda) é administrada pelo anestesista ou pelo médico endoscopista conforme protocolo. O procedimento de endoscopia digestiva alta dura em média 15-20 minutos; a colonoscopia, 30-60 minutos.

Recuperação: Após o procedimento, o paciente permanece na área de recuperação de endoscopia (6 leitos) até recuperação total da sedação (mínimo 30 minutos), monitorizado com oximetria e pressão arterial. Laudo e orientações são fornecidos ao paciente e acompanhante antes da alta.

Processamento dos endoscópios: Os endoscópios utilizados são encaminhados imediatamente após o procedimento para a sala de laudos e lavagem (laudos lavagem, 5,52 m²), onde passam por: limpeza manual com detergente enzimático (imersão e escovação interna dos canais), enxágue, teste de estanqueidade, desinfecção de alto nível em glutaraldeído 2% ou equivalente por tempo mínimo de 20 minutos, enxágue final com água filtrada, secagem e armazenamento vertical em armário ventilado. O reprocessamento segue a RDC 55/2012.

5.11 Internação

O setor de internação ocupa o 2º e 3º Pavimentos, com estrutura espelhada: Ala A (10 apartamentos individuais de 27-28 m² cada, com banheiro privativo) e Ala B (10 quartos de enfermaria de 27 m² cada, com 2 leitos e banheiro compartilhado), além de 1 quarto de isolamento com antecâmara (Apartamento 05, com antecâmara de 7,75-7,81 m²) em cada andar.

Admissão: O paciente é admitido na recepção geral (térreo), com registro de dados cadastrais, convênio, diagnóstico, médico responsável e leito designado. Pertences pessoais são conferidos e inventariados. O paciente é conduzido ao leito pelo técnico de enfermagem, recebe orientações sobre o hospital (horário de visitas, chamada de enfermagem, refeições, regras de segurança) e assina o termo de consentimento de internação.

Ciclo assistencial no leito: O paciente internado recebe visita médica diária (matutina), cuidados de enfermagem conforme prescrição (medicação, curativos, higiene pessoal assistida, mudança de decúbito), fisioterapia (quando prescrita), visita da nutricionista e demais membros da equipe multidisciplinar. Exames laboratoriais são coletados no próprio leito; exames de imagem exigem transporte para o térreo (TC, RM) ou podem ser realizados no leito (RX portátil, ultrassom portátil).

Quarto de isolamento (Apto 05): Para pacientes com doenças infecciosas de transmissão por contato, gotículas ou aerossóis, ou pacientes imunossuprimidos (isolamento protetor), o Apartamento 05 (em ambos os andares) dispõe de antecâmara obrigatória de passagem. A equipe coloca os EPIs na antecâmara antes de entrar e os remove ao sair, sem contaminar o corredor externo. Visitantes seguem o mesmo protocolo com instrução individualizada.

Alta e transferência: A alta hospitalar é dada pelo médico responsável, com emissão do sumário de alta, prescrição de medicamentos de uso domiciliar, orientações ao paciente e agendamento de retorno ambulatorial. O paciente é conduzido ao elevador público e sai pela entrada principal. Em casos de transferência para outro hospital, uma UTI de referência ou uma unidade de reabilitação, o transporte é realizado em ambulância pelo acesso de ambulâncias ou acesso de pacientes acamados, com documentação completa de transferência.

6. Recomendações Operacionais

6.1 Sinalização de Fluxos

A sinalização horizontal e vertical é fundamental para que todos os usuários do hospital — pacientes, familiares, equipe e visitantes — compreendam intuitivamente os fluxos e respeitem as restrições de acesso. Recomenda-se:

- **Sinalização por cor no piso:** Faixas coloridas no piso dos corredores identificando categorias de fluxo (azul para pacientes, vermelho para material contaminado, amarelo para resíduos, verde para material limpo/estéril). Os corredores de acesso ao CC, CME e UTI devem ter demarcação clara de início da zona semi-restrita.
- **Sinalização vertical de zona:** Placas suspensas e adesivos em portas indicando Zona Restrita, Zona Semi-Restrta, Acesso Controlado, Uso Exclusivo de Equipe, Proibida a Entrada de Visitantes.
- **Sinalização de EPIs obrigatórios:** Em cada ponto de entrada de área crítica, painel informativo com EPIs obrigatórios para acesso (ícones ilustrativos + instrução textual).
- **Identificação de elevadores:** Placas e adesivos em elevadores indicando Elevador Público (visitantes e pacientes ambulatoriais), Elevador de Serviço/Emergência (equipe, materiais, pacientes internados), Proibido Transporte de Resíduos em Elevador Público.

6.2 Controle de Acesso por Área

- **UTI, CC e CME:** Controle de acesso eletrônico (crachá RFID ou senha) com registro de entradas e saídas. Visitação da UTI somente com autorização registrada no sistema.
- **Farmácia central (4º Subsolo):** Acesso restrito a farmacêutico responsável e auxiliares habilitados. Sala de controlados com fechadura de dupla chave (farmacêutico + gerência).
- **Morgue:** Acesso restrito a técnico de morgue e médico. Sala da família aberta para familiares somente após liberação pelo médico e com acompanhamento da equipe.
- **Central de resíduos:** Acesso restrito a funcionários de higiene e coleta. Porta com mola de fechamento automático.
- **Estacionamento de médicos (3º Subsolo):** Controle de acesso por catraca/cancela com tag veicular. Proibido acesso de veículos não credenciados.

6.3 Horários de Transporte de Resíduos e Roupas

Para evitar o cruzamento com fluxos de pacientes e visitas, recomenda-se:

Material	Horários recomendados
Resíduos Grupo A e E	06h00, 14h00 e 22h00
Resíduos Grupo D (comuns)	07h00 e 19h00
Roupa suja	06h30 e 14h30
Roupa limpa	08h00 e 16h00
Alimentos (café, almoço, jantar)	07h30, 11h30 e 18h30
Material estéril (CME → setores)	07h00 e 13h00
Medicamentos (farmácia → satélites)	06h00, 12h00 e 18h00

Todos os transportes de risco (resíduos, material sujo) devem ocorrer em horários distintos dos transportes de alimentos e material limpo, com intervalo mínimo de 30 minutos.

6.4 Elevadores Exclusivos

O gerenciamento dos elevadores é crítico para a segregação de fluxos verticais. A distribuição funcional recomendada é:

Elevador	Uso	Usuários/Cargas
Elevador Público (2 unidades)	Visitantes e pacientes ambulatoriais	Visitantes, pacientes sem maca, familiares em alta
Elevador de Emergência/Serviço	Pacientes internados e críticos, equipe, materiais	Macas, cadeiras de rodas, equipe CC/UTI, material limpo
Elevador de Serviço (logística)	Resíduos, roupa, alimentos, suprimentos	NUNCA misturar resíduos com alimentos — horários alternados

O uso de elevadores públicos para transporte de resíduos, material contaminado ou cadáveres é terminantemente proibido. Em caso de emergência (queda de energia nos elevadores de serviço), utilizar escadas de emergência internas pressurizadas, com acionamento do protocolo de contingência.

7. Referências Normativas

Norma	Título	Órgão	Aplicação
RDC 50/2002 (ANVISA)	Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS	ANVISA/MS	Projeto físico, zonas de restrição, áreas mínimas, fluxos gerais
RDC 307/2002 (ANVISA)	Complementação da RDC 50	ANVISA/MS	Ajustes e esclarecimentos sobre EAS
RDC 189/2003 (ANVISA)	Regulação de esterilização de produtos médico-hospitalares	ANVISA/MS	CME: processos de esterilização
RDC 51/2011 (ANVISA)	Registro de equipamentos médico-hospitalares	ANVISA/MS	Equipamentos utilizados no hospital
RDC 222/2018 (ANVISA)	Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde	ANVISA/MS	RSSS: segregação, transporte, armazenamento, descarte
RDC 55/2012 (ANVISA)	Reprocessamento de produtos médicos	ANVISA/MS	Endoscópios, dispositivos de uso único
NR-32 (MTE/2005)	Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde	MTE	Proteção de trabalhadores, EPIs, fluxos de trabalho em saúde
PGRSS	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	Hospital (elaboração própria)	Documento específico com rotas, horários, responsáveis
Manual ONA (versão vigente)	Manual Brasileiro de Acreditação	ONA	Padrões de qualidade e segurança hospitalar
NBR 9050/2020 (ABNT)	Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos	ABNT	Acessibilidade — rampas, sanitários, circulações
Lei 13.146/2015	Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência)	Presidência	Acessibilidade universal
Resolução CFN 380/2005	Áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições	CFN	SND — cozinha hospitalar

Documento elaborado com base nas pranchas arquitetônicas revisão R00 (24HCH-ARQ-PV-001 a 018), análises de biossegurança e normas vigentes.

Responsável pela elaboração: Claw — Subagente viva-entrega3

Data de emissão: 21/03/2026

*Próxima revisão recomendada: quando da revisão do projeto ou
atualização normativa relevante*