

RESOLUÇÃO Nº 0244/2001
Curitiba, 05 de abril de 2001
Publicada em 31/05/2001 (DIOE)

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições e de acordo como disposto na Lei Federal n.º 8080/90, artigos 15, I e XI, 17, III e XI, bem como no Regulamento do Código Sanitário do Estado do Paraná, artigo 717, e considerando:

Que os serviços de saúde são de relevância pública estando sujeitos a regulamentação, fiscalização e controle pelo Poder Público;

Que o Estado do Paraná possui dever constitucional de proteger a saúde de seus cidadãos;

A necessidade de manter os serviços de saúde em elevada qualidade, isentando os usuários da propagação de patologias e de outros danos à saúde;

Que o Sistema Único de Saúde consagrado constitucionalmente, atribui competência legal para que o Estado do Paraná execute ações de Vigilância Sanitária e Controle de Avaliação, quando tais atos forem necessários para manutenção da qualidade dos serviços de saúde prestados.

RESOLVE:

Artigo 1º - Aprovar o ROTEIRO DE INSPEÇÃO PARA CASAS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM TRATAMENTO.

§ 1º - Definem-se “**Casas de Apoio a Crianças e Jovens em Tratamento Ambulatorial**”, como sendo uma residência provisória ou definitiva, **em substituição à família** e onde só poderão ser adotados procedimentos de baixa complexidade.

Artigo 2º - A execução do presente instrumento será de competência do Sistema Único de Saúde do Paraná – SUS/PR., por intermédio dos órgãos estaduais e municipais de Vigilância Sanitária.

Artigo 3º - O não cumprimento dos dispositivos deste instrumento implicará na aplicação das penalidades previstas na Lei Federal n.º 6437, de 20 de agosto de 1977 e legislação específica estadual e municipal.

Artigo 4º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Artigo 5º - Revogam-se as disposições em contrário.

Curitiba, 05 de abril de 2001.

Armando Raggio
SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Anexo da Resolução SESA n.º 0244/ 2001.

CRITÉRIOS E INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DE ROTEIRO DE INSPEÇÃO EM:

CASAS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS EM TRATAMENTO.

Definem-se “Casas de Apoio a Crianças e Jovens em Tratamento” Ambulatorial, como sendo uma residência provisória ou definitiva, em substituição à família e onde só poderão ser adotados procedimentos de baixa complexidade.

Os critérios para a avaliação do cumprimento dos itens do Roteiro de Inspeção, baseiam-se no risco potencial inerente a cada item, visando a qualidade e segurança dos usuários.

CRITÉRIOS IMPRESINDÍVEL = I	Considera-se Imprescindível (I) aquele item que pode influir em grau crítico na qualidade dos serviços prestados e na saúde dos moradores. Os quesitos assim considerados, compõem um conjunto de exigências legais contidas em resoluções, portarias federais, estaduais e municipais, sendo imprescindível o cumprimento integral dos mesmos.
NECESSÁRIO = N	Considera-se Necessário (N) aquele item que pode influir em grau menos crítico na qualidade dos serviços prestados e na saúde dos moradores. Este critério possibilita verificar as condições necessárias para melhoria do estabelecimento.
RECOMENDÁVEL = R	Considera-se Recomendável (R) aquele item que pode influir em grau não crítico na qualidade dos serviços prestados e na saúde dos usuários.
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO ROTEIRO	
SIM = S NÃO = N	Marcar SIM (S) quando estiver de acordo (atender o solicitado no item) Marcar NÃO (N) quando estiver em desacordo (não atender o solicitado no item).
NÃO DISPONÍVEL = ND	MARCAR NÃO DISPONÍVEL (ND) quando o item não atender o solicitado e não for obrigatório (campo do ND sem sombreado ou em aberto).

**ROTEIRO DE INSPEÇÃO:
PARA CASAS DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS
EM TRATAMENTO**

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO						
- Nome / Razão Social:						
- CNPJ n.º			Início de funcionamento:			
- Nome fantasia:						
- Nome do proprietário:						
- Formação profissional:						
- Nome do responsável:						
- Formação profissional:						
- Endereço:						
- Bairro:		CEP:		Fone:		
- e-mail:						
- Entidade: filantrópica () municipal () outras () particular () estadual ()						
II – CARACTERÍSTICAS DA CLIENTELA: QUANTIFICAR						
II.1-Crianças (Até 12 anos)	Meninos	Meninas	Acamados	Dependentes	Deambulantes*	
II.2- Jovens						
II.3- Situação:						
• Dependentes químicos						
• Deficientes mentais						
• Deficientes físicos						
• Doentes mentais						
• Neoplásicos						
• Soropositivos p/ HIV						
N.º total da clientela (menos os funcionários)						
III – RECURSOS HUMANOS	Quantidade	Contrato / N.º horas	Voluntário	Cedido	Estagiário	Supervisão de Enfermagem
Administração						
Nutrição e Dietética (cozinha)						
Lavanderia						
Manutenção e limpeza						
Enfermeiro (a)						
Auxiliar de enfermagem						
Atenção aos moradores						
Outros: (Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, etc.) Especificar.						
Total						

* Caminham com dificuldade

Obs.:

Nas **CASAS DE APOIO P/ CRIANÇAS E JOVENS EM TRATAMENTO** será exigido *no mínimo, o auxiliar de enfermagem*, com a supervisão do (a) enfermeiro (a), que poderá ser da Unidade de Saúde mais próxima

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS		S	N	ND	Observações
IV – DOCUMENTAÇÃO DOS MORADORES (CLIENTELA)					
I	Ficha cadastral de todos os moradores com dados de identificação, familiares (pelo menos 2), de saúde (referência médica, medicamentos em uso), alergias, hábitos e vícios, preferências alimentares, culturais e de lazer, atendimentos rotineiros e especializados que deverá receber, data de ingresso na entidade				
V – ATIVIDADES E SERVIÇOS OFERTADOS					
INF	Alojamento / abrigo				
	Nutrição e dietética				
	Lavagem de roupas				
	Higienização dos moradores				
	Plantão de enfermagem diurno				
	Plantão de enfermagem noturno				
	Assistência social				
	Assistência odontológica				
	Assistência psicológica				
	Assistência fonoaudiológica				
	Assistência fisioterápica				
	Terapia ocupacional (lazer, exercícios físicos, etc).				
	Assistência médica:				
	• Particular				
	• SUS				
	• Nenhum				
	Vacinação				
1 – MANIPULADORES					
I	1.1 – Funcionário(s) exclusivo(s) para manipulação de alimentos e higienização de equipamentos e utensílios				
I	1.2 – Mãos e unhas curtas, limpas e sadias				
I	1.3 – Ausência de esmalte nas unhas, adornos nos dedos e pulsos				
I	1.4 – Uso de uniforme completo: Avental; Protetor de cabelo (rede, gorro, boné) Calçados fechados				
R	1.5- Uso de calçado fechado				
2- ALIMENTOS					
R	2.1 – Cardápio de rotina e dieta especial elaborada sob orientação nutricional especializada				
I	2.2 – Alimentos e matérias-primas com caracteres organolépticos normais				
I	2.3 – Alimentos e matérias-primas com registro no Ministério da Saúde e/ou Agricultura, com prazo de validade, rótulos, embalagens adequadas (inclusive de doações)				

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS		S	N	ND	Observações
N	2.4- Despensa exclusiva para alimentos / armários e/ou prateleiras exclusivas, de material liso, lavável e impermeável, ventilada, iluminada, limpa e protegida contra vetores e roedores				
I	2.5 - Local adequado para armazenamento de perecíveis; geladeira e freezer com controle de temperatura (máxima, mínima e de momento), em bom estado de funcionamento, limpos				
I	2.6 - Alimentos protegidos contra a contaminação (pó, saliva, insetos, roedores, animais domésticos, etc)				
I	2.7 - Descongelamento de alimentos realizado em refrigeração				
I	2.8 - Limpeza e desinfecção dos alimentos hortifrutigranjeiros com produtos / concentração / tempo adequados				
I	2.9 - Alimentos pós-preparados mantidos em temperatura inferior a 5° C ou superior a 65° C até o momento do consumo				
I	2.10 - Alimentos refrigerados ou congelados mantidos conforme especificação do fabricante Observação: Reaquecer os alimentos acima de 74° C por 2 minutos.				
N	2.11 - Rotina escrita para preparo de fórmulas lácteas e registro do horário de preparo.				
I	2.12 - A água e o leite para preparo das fórmulas lácteas sofrem processo térmico e processo de conservação adequados? Obs. 1) Aceita-se o processo térmico de fervura ou pasteurização ou outro processo, desde que validado ou comprovado cientificamente. Obs. 2) Questionar funcionário e comparar com rotina escrita.				
N	2.13 - Rotina escrita da limpeza e desinfecção das mamadeiras.				
I	2.14 - Reprocessamento (limpeza e desinfecção) adequado das mamadeiras. Obs. 1) Aceita-se o processo de esterilização ou desinfecção térmica (fervura por 30 minutos) ou desinfecção química (hipoclorito em 0,02% de cloro ativo por 60 minutos). Obs. 2) Questionar funcionário e comparar com rotina escrita.				
3 – EQUIPAMENTOS E INSTALAÇÕES DA COZINHA					
3.1 - Móveis, utensílios e equipamentos					
N	3.1.1 – N.º compatível com o n.º de refeições elaboradas				
N	3.1.2 - Em bom estado de conservação, limpos				
N	3.1.3 - Em funcionamento				
N	3.1.4 – Superfícies lisas, laváveis, impermeáveis				

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS		S	N	ND	Observações
3.2 - Instalações para lavagem e desinfecção					
N	3.2.1 – Dotadas de água fria e quente				
N	3.2.2 – Existência e uso adequado de produtos de limpeza (detergente, panos, etc.); Obs.: Panos de prato podem ser lavados na pia da cozinha, porém nunca no tanque junto com outras roupas				
I	3.2.3 – Ausência de focos de insalubridade (objetos em desuso, animais, resíduos, etc.)				
N	3.2.4 – Dimensão adequada com o n.º de refeições elaboradas, n.º de manipuladores e equipamentos				
N	3.2.5 - Piso íntegro, liso, lavável, impermeável, com ralos sifonados para drenagem				
I	3.2.6 – Boa conservação, limpos				
N	3.2.7 - Paredes íntegras, claras, limpas, lisas e laváveis				
N	3.2.8 - Forros / tetos lisos, cores claras, bom estado, limpos				
N	3.2.9 - Porta telada com fechamento automático, quando comunicar diretamente com área externa da edificação				
N	3.2.10 – Janelas com vidros íntegros, limpos, teladas				
N	3.2.11 – Iluminação Natural e Artificial adequadas				
N	3.2.12 – Ventilação Natural Adequada				
R	3.2.13 – Coifa com exaustor Observação: Dispensável quando possuir ventilação adequada				
I	3.2.14 – Limpeza e desinfecção diária dos móveis, maquinários, utensílios e instalações				
I	3.2.15 – Rotinas escritas dos processos de higienização, limpeza e descontaminação de ambientes, panos de prato, utensílios e equipamentos e/ou acessórios				
I	3.2.16 - Local para higienização das mãos dos funcionários, provido de sabão líquido desinfetante, papel-toalha e lixeira sem tampa				
I	3.2.17 – Escovinha para higiene das unhas, individualizadas, de plástico, desinfetadas e mantidas secas				
I	3.2.18 - Rotina escrita para higienização das mãos, junto ao lavatório				
4- REFEITÓRIO					
N	4.1 - Mobiliário liso, lavável e impermeável, em bom estado de conservação, compatível com o número de usuários				
N	4.2 - Piso de material antiderrapante, impermeável, de fácil limpeza e higienização				
N	4.3 – Paredes e forro liso, de fácil limpeza, em bom estado de conservação				
N	4.4 – Iluminação e ventilação natural e/ou artificial adequadas				

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS		S	N	ND	Observações
I	4.5 – Lavatório para higienização das mãos, provido de sabão-líquido, papel-toalha e lixeira sem tampa para o descarte do papel-toalha				
5- INSTALAÇÕES SANITÁRIAS					
N	5.1 - Os funcionários deverão dispor de instalações sanitárias em separado dos moradores				
R	5.2 – Preferencialmente separada por sexo				
I	5.3 - Barra de apoio (vaso sanitário e chuveiro)				
I	5.4 - Vaso sanitário sifonado bem fixado				
N	5.5 - Assento com tampa				
N	5.6 - Peças reduzidas ou adaptadas ao tamanho das crianças				
N	5.7 - Sanitários próximos aos quartos das crianças				
N	5.8 - Trocador em uma instalação sanitária (Anexa ao quarto dos pequenos)				
I	5.9 - Descarga em funcionamento				
I	5.10 - Papel higiênico				
I	5.11 - Coletor para lixo com tampa e saco plástico				
I	5.12 – Vaso sanitário: proporção mínima 1/6 moradores				
I	5.13 – Chuveiro e lavatório: no mínimo 1/12 moradores				
N	5.14 – Porta que abra para fora				
I	5.15 - Piso antiderrapante				
N	5.16 – Portas com vão mínimo de 0,80m				
N	5.17 – Cadeira própria para banho				
N	5.18 – Inst. Sanitárias para deficientes físicos, de acordo com as normas da ABNT (NBR 9050) Observação: O box não deve ter porta ou obstáculo que dificulte o acesso.				
6- DORMITÓRIOS					
6.1 – Quarto coletivo					
6.1.1 – Áreas mínimas:					
I	6.1.2 - 5,0 m ² por leito				
N	6.1.3 - Não mais de 3 (três) leitos por quarto				
N	6.1.4 – Distância mínima entre 2 (dois) leitos: paralelos de 1,0 metro e 1,5 metros de frente Observação: Não será permitido o uso de beliches				
Os quadros abaixo, destinam-se a identificação dos quartos e número de leitos. Devem ser nominados ou numerados, exemplo: quarto n.º 03, quarto dos BAM-BANS, do Arco-íris, das dondocas, etc.)					
INF	Quartos (nome ou número)	N.º de Leitos			

INF	Quartos (nome ou número) Continuação	N.º de Leitos				
6.2 – Quartos individuais						
CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS			S	N	ND	Observações
I	6.2.1 – Com área mínima de 5,0 m² por leito					
INF	Quarto (nome ou número)					
N	6.3 - ALOJAMENTO CONJUNTO No mínimo um alojamento conjunto, p/ crianças ou jovens e familiares pernitem juntos, quando da visita dos mesmos.					
I	6.4 – Piso antiderrapante, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção, isolante térmico Obs.: Proibido { forração, carpetes}					
N	6.5 – Paredes e forros lisos, laváveis e de cor clara					
N	6.6 – Ventilação natural compatível com a dimensão da sala					
I	6.7 – Janela em todos os quartos					
N	6.8 – Iluminação natural e artificial adequadas					
R	6.9 – Luz de vigília nos pontos estratégicos					
I	6.10 – Colchões e travesseiros revestidos de material impermeável de fácil limpeza e desinfecção					
N	6.11 – Rotina de limpeza e desinfecção de camas e colchões					
R	6.12 – Barras de apoio nas áreas de circulação					
7 – LAZER						
I	7.1 - Sala destinada ao lazer (interna)					
I	7.1.1 - Ventilação natural adequada					
I	7.1.2 - Iluminação natural e artificial adequadas					
N	7.1.3 -Piso antiderrapante e isolante térmico, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção					
N	7.2 - Área externa: no mínimo 1,0 m² por leito instalado					
R	7.3 - Rotina escrita das atividades de lazer:					
R	7.3.1 – Na entidade					
R	7.3.2 - Fora da entidade					
8 – LAVANDERIA						
N	8.1 - Pisos de material liso, impermeável, de fácil limpeza e desinfecção					
N	8.2 - Paredes lisas, impermeáveis, de fácil limpeza e desinfecção					
I	8.3 – Fluxo racional de trabalho: recepção, separação, lavagem, roupa, costura e distribuição					

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS		S	N	ND	Observações
N	8.4 - Uso de EPI's (luvas de borracha, avental e botas) pelo funcionário				
N	8.5 - Rotina de desinfecção de roupas				
N	8.6 - Utilização de produtos de uso hospitalar com registro no MS				
N	8.7 – Rotina escrita da coleta, transporte e distribuição de roupas				
09 – RAMPAS					
N	9.1 -Rampas com piso antiderrapante, largura mínima de 1,50 m, com guarda-corpo e corrimão Observação: Nos projetos é imprescindível rampa quando a construção tiver mais de um piso.				
10 – ESCADAS					
I	10.1 - Largura mínima de 1,20 metros, dotadas de corrimão em ambos os lados e guarda-corpo				
I	10.2 - Piso antiderrapante				
N	10.3 - Patamar a cada 2metros para construções novas				
I	10.4 - Luz de vigília no 1º e último degraus da escada Observação: Se nenhuma condição for viável, os dependentes devem ficar no andar térreo.				
11- FARMÁCIA					
I	11.1 - Medicamentos sob a responsabilidade do profissional de enfermagem, ou na sua ausência, do responsável pela Entidade				
I	11.2 - Medicamentos com registro no Ministério da Saúde				
I	11.3 - Local apropriado para guarda de medicamentos separado por nome, com os receituários de fácil acesso				
I	11.4 - Controle da validade dos medicamentos				
I	11.5 - Rotina de distribuição dos medicamentos				
I	11.6 - Medicamentos controlados, fechados à chave, e livro para o controle da distribuição				
12- MATERIAL DE LIMPEZA					
N	12.1 - Local adequado, restrito e ventilado, para guarda de material de limpeza				
13- ABASTECIMENTO DE ÁGUA					
I	13.1 - Água tratada				
I	13.2 - Limpeza e desinfecção da caixa d'água de seis em seis meses				
R	13.3 - Monitoramento da qualidade da água de poço				
I	13.4 - Rotina escrita de desinfecção dos filtros de água Observação: Marcar ND se não possuir poço.				

14- RESÍDUOS					
CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS		S	N	ND	Observações
I	14.1 - Lixo acondicionado em embalagens plásticas e recipientes laváveis com tampa				
I	14.2 - Lixo contaminado (hospitalar) separado do lixo comum, acondicionado em saco hospitalar ou saco duplo identificado e encaminhado à Entidade de saúde mais próxima				
I	14.3 - Descarte de material perfurocortante em recipiente rígido com tampa e identificado				
I	14.4 - Serviço de coleta pública de lixo				
I	14.5 - Em área onde não houver coleta pública, prever sistema individual de destinação final do lixo, em fossas próprias, de acordo com as Normas Técnicas				
15- INFRA-ESTRUTURA FÍSICA E AMBIENTAL					
I	15.1 - Imediações do estabelecimento isentas de focos de insalubridade (lixo, esgoto aberto, animais, etc.)				
I	15.2 - Esgoto ligado à rede pública				
I	15.3 - Sistema individual de tratamento de acordo com a ABNT (NBR 7229)				
I	15.4 - Pé direito mínimo de 2,50m				
I	15.5 - Instalações Elétricas em bom estado de funcionamento, fiação, tomadas, etc.				
I	15.6 - Mobiliário com cantos arredondados ou com arestas protegidas.				
INF	15.7 - Área total				
INF	15.8 - Área construída Observação: Se houver sistema de climatização (ar condicionado), a manutenção deverá atender às exigências do MS/Portaria 3523/ DO 31/08/98, artigo V.				
16- UNIDADE ASSISTENCIAL / PROCEDIMENTOS					
16.1 - Rotinas para:					
I	16.1.1 - Lavagem e antissepsia das mãos				
I	16.1.2 - Procedimentos invasivos				
I	16.1.3 - Precauções universais (EPI's profissionais)				
I	16.1.4 - Limpeza e desinfecção de superfícies				
I	16.1.5 - Higiene dos doentes: bucal, banho de leito, aspersão				
I	16.2 - Possuir fluxo seqüencial de procedimentos, observando-se a barreira física e a barreira técnica na central de material esterilizado Observação: Marcar ND apenas quando não dispuser de CME.				

CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS		S	N	ND	Observações
INF	16.3 – Esterilização de materiais				
	16.3.1 – Terceirizada, onde?.....ou				
	16.3.2 – Própria				
	16.3.3 – Possui autoclave				
	16.3.4 – Possui estufa				
	Observações: 1 – A esterilização só pode ser realizada onde haja o profissional de enfermagem. 2 – Só é permitida a esterilização de material para curativo.				
INF	16.4 – Realiza curativo?				
I	16.5 – Se realiza, o material para o curativo é esterilizado? Observação: Marcar ND apenas quando não realizar curativo.				
I	16.6 - Materiais esterilizados armazenados e acondicionados adequadamente, apresentando em sua embalagem: identificação com a data de esterilização, prazo de validade, tipo de material e indicador químico				
I	16.7 – Controle biológico quinzenal do processo de eficácia da esterilização Observação: Marcar ND se não esterilizar material.				
I	16.8 - Invólucros íntegros e adequados ao material a ser esterilizado Observação: Para aplicação de injeção, deve-se utilizar agulha e seringa descartáveis.				
17- EXIGÊNCIAS COMPLEMENTARES					
N	17.1 - Isolamento com banheiro anexo, ante-sala com pia para higienização das mãos, contendo sabão líquido, papel-toalha e lixeira com tampa e pedal Observação: Isolamento para casos de pacientes imunodeprimidos e/ou aguardando resultados laboratoriais de paciente com suspeita de doença infecto-contagiosa .				
N	17.2 – Licença Sanitária em local visível				

18- SITUAÇÃO SÓCIO-FAMILIAR DOS MORADORES		
CRITÉRIOS A SEREM OBSERVADOS		OBSERVAÇÕES
INF	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos moradores recebem visita dos familiares? 	
INF	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos moradores não recebem visita dos familiares? 	
INF	<ul style="list-style-type: none"> • Horário de visitas 	
INF	<ul style="list-style-type: none"> • Os moradores têm acesso ao telefone? - Sempre que necessitam () - Nas emergências () - Telefone público no local () 	
INF	<ul style="list-style-type: none"> • A permanência dos moradores na entidade, em sua maioria é: - Definitiva () Família em férias () - Provisória () Outras ()..... 	

	<p>19- OBSERVAÇÕES (Para informações complementares)</p>
<p>INF</p>	<p>20- INFORMAÇÕES TÉCNICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Data da inspeção: • Nome (s) e assinatura (s) do (s) técnicos (s): Nome do responsável que acompanhou a inspeção..... • Nome e assinatura do responsável pela Entidade que acompanhou a inspeção: • Município: • Regional de Saúde:

Secretaria de Estado da Saúde
Dr. Armando Raggio

Diretora do Serviços de Saúde
Dra Márcia Huçulak

Departamento da Qualidade em Saúde
Janete F. A . P Argenton

Divisão de Serviços de Saúde
Maria Aida Meda Rezende

Coordenação dos Trabalhos
Maria Aparecida Paleari Silva

**Documento elaborado
pelas equipes técnicas do**

- **Departamento da Qualidade em Saúde/ SESA**

- **Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/CSA e Regional Matriz**

- **Demais colaboradores**
2ª Regional de Saúde – Seção de Ação ao Meio
Vigilância Sanitária do Município de São José dos Pinhais
Vigilância Sanitária do Município de Colombo

- **Contribuição na validação do roteiro:**
Regionais de Saúde do Estado, através de um município piloto em cada Regional de Saúde.

- **Digitação do roteiro: Luciana Corrêa de Oliveira**