

Debate sobre atualização da norma RDC ANVISA Nº 50/2002

Arq. Marcio N. de Oliveira

Salvador, Agosto de 2016.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANVISA

Incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

Lei 9782/99, Cap. II, Artº 8

Objetivos

- ✓ Prevenção ou minimização de risco aos usuários
- ✓ Racionalização de uso

Vantagens

- ✓ Segurança para paciente, funcionário e usuário
- ✓ Uso de processo e métodos aperfeiçoados
- ✓ Redução de custos
- ✓ Facilidade de interpretação e de comunicação
- ✓ Melhoria da qualidade

HISTÓRICO

1965 - LIVRO: projeto de normas disciplinadoras das construções hospitalares

1974 - LIVRO: normas de construção e instalação do hospital geral

1977 - PORTARIA nº 400: normas e padrões sobre construções e instalações de serviços de saúde

1980 - RESOLUÇÃO CIPLAN nº 03: normas para adequação e expansão da rede de atenção à saúde

1980/89 - EVENTOS: encontros nacionais para revisão da Portaria nº 400

HISTÓRICO

1994 - PORTARIA nº 1884: normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde

1998 - CONSULTA PÚBLICA 674: revisão da Portaria 1884

2002 – RESOLUÇÃO ANVISA RDC nº 50: normas para projetos físicos de EAS

2002 – RETIFICAÇÃO DA RDC nº 50: RDC nº 307/02

2003 – RDC 189 : regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

2011 – RDC 51: substituição da RDC 189/2003

- ✓ **Não estabelecer uma tipologia de EAS, nem tampouco programas arquitetônicos pré-definidos**
- ✓ **Permitir a projeção e a avaliação de qualquer EAS**
- ✓ **Proporcionar a descentralização das decisões de planejamento e projeto**
- ✓ **Disponibilizar regras flexíveis**

Objetivo

- ✓ **Na elaboração de projetos de EAS**
- ✓ **Na avaliação de projetos físicos**
- ✓ **Nas inspeções de vigilância sanitária (em conjunto com outras normas específicas)**

Aplicação

- ✓ **Nas construções novas;**
- ✓ **Nas áreas a serem ampliadas de EAS existentes;**
- ✓ **Nas reformas de EAS já existentes e aqueles anteriormente não destinados a estabelecimentos de saúde.**

Abrangência

PARTE II PROGRAMAÇÃO FÍSICO- FUNCIONAL

2 - Organização Funcional de Saúde

Atribuições → **Atividades** → **Sub-atividades**

Ambientes

**Programa
Arquitetônico**

7. APOIO
ADMINISTRATIVO

-
1. ATENDIMENTO EM REGIME AMBULATORIAL E DE HOSPITAL -DIA
 2. ATENDIMENTO IMEDIATO
 3. ATENDIMENTO EM REGIME DE INTERNAÇÃO
 4. APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA

8. APOIO
LOGÍSTICO

6. ENSINO E
PESQUISA

5. APOIO TÉCNICO

Listagem de atividades

4.7. Realização de partos normais, cirúrgicos e intercorrências obstétricas:

4.7.1- recepcionar e transferir parturientes;

4.7.2- examinar e higienizar parturiente;

4.7.3- assistir parturientes em trabalho de parto;

4.7.4- assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e anestésicos;

4.7.5- proceder a lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos;

4.7.6- assistir partos normais;

4.7.7- realizar partos cirúrgicos;

PARTE II

PROGRAMAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL

Atividades, dimensionamento, quantificação e pontos de instalações

UNIDADE FUNCIONAL: 4 – APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)				
Nº ATIV	UNIDADE / AMBIENTE	QUANTIFICAÇÃO (caso)	DIMENSIONAMENTO	INSTALAÇÕES
			DIMENSÃO (caso)	
42	<i>Centro Operatório</i> <i>(Bancos ortópticos e reabilitação)</i>	A depender da demanda, e por quantos operários, e atividades a serem realizadas com uso único unidades físicas		
421	Área de recepção de pacientes	1	Suficiente para o recebimento de uma pessoa	
422	Sala de espera, admissional e preparação de pacientes	1	8,0 m²	HQ, HQ
423	Sala de preparação	1, sendo 1 sala de preparação a cada 10 salas admissional ou fisioterapia O preparo pode ser realizado em qualquer recepção quando não for individual	9,0 m² - individual 14,0 m² - 2 salas Nº máximo de salas por sala=2	HQ, FO, FAM, EE, ED
423	Ponto de coleta sangue	1 a cada 30 salas de preparação	2,5 m²	HFE, E
424	Sala de guarda e preparo de amostras		4,0 m²	HFFAM
424	Área de condução amostras		2 salas de amostras, com distância entre salas igual a 0,8 m e entre salas e paredes, e entre cabineiras, igual a 0,6 m e caso espaço suficiente para o caminho de salas justos ao pé de sala	HFFO, FM, FVC, FAM, AC, EE, ED
425	Área de recepção	Até 2 salas admissional - 2 unidades por cada sala Mais de 2 salas admissional - 2 unidades a cada sala por de salas ou fisioterapia	1,10 m² por unidade de cada unidade - 1,0 m	HQ, HQ
426, 428	Sala de ponto central	1 a cada 20 salas admissional ou fisioterapia A sala de ponto central não se prepara quando for adotado o sistema "PPP"	Ponto admissional - 20,0 m² caso distância entre - 3,45 m Ponto central - 14,0 m² caso distância entre - 3,0 m	FVC, FO, FM, FAM, AC, EE, ED
427, 428	Sala de ponto admissional / ou sangue	1 a cada 3 salas de ponto central ou fisioterapia	Cada sala de ponto central ou admissional deve conter uma única unidade de ponto	FVC, FO, FM, AC, FAM, EE, ED, E
4210	Sala para AMT		6,0 m²	HFE, E
4211	Área para amostras de RIN	1 a cada sala de ponto No caso de uma sala exclusiva para área, caso não se for o caso de uma sala de ponto	0,8 m², além da distância da própria sala de ponto	HQ, FAM, FO, FVC, EE, ED
4211	Sala para amostras de RIN		6,0 m² por até 2 salas de ponto A cada 0,8 m² por cada sala admissional	
4212	Área de preparo para exames		2,0 m²	
4212	Ponto de coleta sangue e amostras	1 a cada 12 salas de recepção pré-amostras	6,0 m²	HFE, E
4213	Área de coleta para pré-amostras	1	2 salas de amostras, com distância entre salas igual a 0,8 m, entre salas e paredes, e entre cabineiras, igual a 0,6 m e caso espaço suficiente para o caminho de salas justos ao pé de sala O nº de salas deve ser igual ao nº de salas de ponto admissional	HFFO, FAM, AC, FVC, EE, ED

PROCESSO DE REVISÃO

RDC ANVISA Nº 50/2002

- ✓ **Diversas tentativas realizadas desde 2005**
- ✓ **Elaboração do Somasus em 2006 (MS)**
- ✓ **Grupo de Trabalhos formados com participação de técnicos das VISAs e MS**
- ✓ **Discussões retomadas em 2010 na ANVISA**
- ✓ **ABDEH convidada a colaborar em 2014**
- ✓ **Manuais publicados (incêndio, conforto, etc).**
- ✓ **ABDEH realiza debates regionais**
- ✓ **Atividades retomadas pela ANVISA em 2015**
- ✓ **Versão reduzida apresentada no início de 2016, recusada pelo GT.**
- ✓ **Nova minuta apresentada em junho 2016**
- ✓ **GT de infraestrutura criado no MS**
- ✓ **ABDEH realiza debates nos estados**

TÍTULO II DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I DO PLANEJAMENTO DA EDIFICAÇÃO

Art. 4. O planejamento da edificação do estabelecimento assistencial de saúde deve contemplar as seguintes etapas:

- I - a proposta assistencial;
- II - o programa de necessidades;
- III - o estudo preliminar;
- IV - o projeto básico;
- V - o projeto executivo.

Parágrafo único. A execução das etapas deve ser realizada de forma a evidenciar a gradação crescente de complexidade do planejamento da edificação do estabelecimento assistencial de saúde.

Seção I Da proposta assistencial

Art. 5. A proposta assistencial deve contemplar e listar:

- I - os serviços de saúde prestados;
- II - os processos de assistência à saúde;
- III - os processos de apoio à assistência à saúde;
- IV - as atividades de assistência à saúde;
- V - as atividades de apoio à assistência à saúde.

Art. 6. A proposta assistencial deve envolver o detalhamento de todas as atividades, processos e serviços de saúde prestados na edificação de acordo com o ANEXO III – Lista de atividades do estabelecimento assistencial de saúde.

Parágrafo único. O detalhamento de informações deve evidenciar as etapas necessárias à prestação do serviço de saúde.

Art. 7. A proposta assistencial deve evidenciar as relações de dependência e precedência entre as atividades, os processos e os serviços de saúde prestados.

Seção II

Do programa de necessidades

Art. 8. O programa de necessidades deve atender às condições de funcionalidade e de continuidade da assistência à saúde prevista na proposta assistencial.

Art. 9. O programa de necessidades deve vincular as atividades realizadas aos ambientes de assistência à saúde, aos ambientes de apoio à assistência à saúde, as unidades de assistência a saúde e as unidades de apoio à assistência à saúde.

Art. 10. O programa de necessidades deve evidenciar as especificidades da edificação para a realização das atividades.

Art. 11. O programa de necessidades deve evidenciar o papel da edificação do estabelecimento assistencial de saúde na assistência à saúde.

Seção III Do estudo preliminar

Art. 12. O estudo preliminar deve avaliar a classificação de risco sanitário ambiental de acordo com as atividades realizadas.

Parágrafo único. A classificação de risco deve ser utilizada para verificar a adequação do risco sanitário ao ambiente de apoio à assistência à saúde e a assistência à saúde e às suas medidas de mitigação.

Art. 13. O estudo preliminar deve evidenciar a distribuição dos ambientes e a respectiva classificação de risco sanitário.

Art. 14. O estudo preliminar deve avaliar a adequação da edificação do estabelecimento assistencial de saúde à prestação dos serviços de saúde.

Parágrafo único. A avaliação da adequação deve considerar os ambientes, as unidades, as instalações e as relações existentes entre eles.

Art. 15. O estudo preliminar deve avaliar a compatibilidade dos fluxos de trabalho com as atividades realizadas na edificação.

Art. 16. O estudo preliminar deve evidenciar a disposição dos ambientes e a sua relação com as atividades realizadas.

Parágrafo único. A avaliação deve compreender as relações e conexões existentes entre os ambientes de apoio à assistência à saúde e os de assistência à saúde.

CAPÍTULO II DAS DIRETRIZES DO PLANEJAMENTO

Seção I Do risco sanitário

Subseção I Da classificação do risco sanitário

Art. 20. A classificação de risco sanitário deve considerar:

- I - o paciente ou doador e a sua interação com o ambiente;
- II - a equipe de assistência à saúde e a sua interação com o ambiente;
- III - a tecnologia em saúde e a sua interação com o ambiente.

Parágrafo único. A classificação de risco sanitário ambiental deve considerar as três categorias previstas no **caput** do artigo.

Subseção II Da avaliação do risco sanitário

Art. 21. O estabelecimento assistencial de saúde deve avaliar o risco sanitário de suas atividades de acordo com o disposto no Anexo I – Classificação de risco sanitário ambiental.

Parágrafo único. A classificação de risco sanitário deve considerar a atividade de maior risco sanitário a ser realizada no ambiente.

Art. 22. A avaliação de risco sanitário deve considerar a influência dos ambientes e unidades adjacentes.

Subseção III Da mitigação do risco sanitário

Art. 23. O estabelecimento assistencial de saúde deve estabelecer estratégias e ações necessárias para a mitigação do risco sanitário.

§ 1º As estratégias e ações adotadas para a mitigação do risco sanitário **devem ser evidenciadas** no planejamento da edificação do estabelecimento assistencial de saúde.

§ 2º As estratégias e ações adotadas para a mitigação do risco sanitário devem ser efetivas para a finalidade a que se propõem.

Subseção IV Do zoneamento do risco sanitário

Art. 24. O risco sanitário associado às atividades realizadas nos ambientes e unidades deve ser identificado no planejamento da edificação do estabelecimento assistencial de saúde.

Subseção V

Da compatibilização do risco sanitário

Art. 25. O estabelecimento assistencial de saúde deve adotar estratégias e ações para mitigar o risco sanitário das atividades realizadas nos ambientes e unidades.

Art. 26. A disposição física dos ambientes deve considerar a distribuição do risco sanitário ao longo da edificação do estabelecimento assistencial de saúde.

Parágrafo único. A disposição física dos ambientes **deve ser compatível com o zoneamento do risco sanitário.**

Seção II

Dos fluxos de trabalho

Art. 27. A definição dos fluxos de trabalho deve ser adequada à classificação do risco sanitário.

Parágrafo único. Os fatores a serem priorizados na definição dos fluxos de trabalho são, em ordem decrescente:

- I - o paciente ou doador;
- II - a equipe de assistência à saúde;
- III - a tecnologia em saúde.

Art. 28. Os fluxos internos e externos às unidades devem ser otimizados de forma a garantir a qualidade da prestação dos serviços de saúde

CAPÍTULO III DOS ELEMENTOS DO PLANEJAMENTO

Seção I

Da classificação dos ambientes e unidades

Art. 36. Os ambientes e unidades da edificação do estabelecimento assistencial de saúde devem ser classificados em:

- I - assistência à saúde;
- II - apoio à terapia;
- III - apoio ao diagnóstico;
- IV - apoio técnico;
- V - bancos;
- VI - apoio funcional.

§ 1º A classificação deve considerar a função que o ambiente ou a unidade desempenha na prestação dos serviços de saúde.

§ 2º A classificação utilizada nesta Resolução refere-se à atividade mais relevante realizada pela unidade.

Seção II

Da composição da edificação

Art. 37. A edificação do estabelecimento assistencial de saúde deve ser composta pelos ambientes e unidades descritos no Anexo II - Lista de ambientes e unidades - desta Resolução necessários à prestação dos serviços de saúde e realização das atividades, além de respeitar as diretrizes apresentadas nesta Resolução.

Subseção I Da assistência à saúde

Art. 39. A estrutura física necessária à edificação do estabelecimento assistencial de saúde para a assistência à saúde é composta por:

I - atendimento ambulatorial;

- a) atendimento básico de saúde;
- b) atendimento especializado de saúde;
- c) atendimento terapêutico:
 1. reabilitação;
 2. diálise;
 3. oxigenoterapia hiperbárica;
 4. radioterapia;
 5. quimioterapia;
 6. hemoterapia.

II - atendimento imediato;

- a) urgência e emergência.

III - atendimento à parturiente;

- a) centro obstétrico;
- b) centro de parto normal.

IV - internação.

- a) internação geral:
 1. lactente;
 2. criança;
 3. adolescente;
 4. adulto;
 5. conjunta;
 6. isolamento.
- b) cuidados intermediários:
 1. neonatal;
 2. pediátrico;
 3. adulto.
- c) tratamento intensivo:
 1. neonatal;
 2. pediátrico;
 3. adulto.
- d) tratamento de queimados:
 1. internação geral;
 2. tratamento intensivo.

Subseção II Do apoio à terapia

Art. 40. A estrutura física necessária à edificação do estabelecimento assistencial de saúde para o apoio à terapia é composta por:

- I - centro cirúrgico;
- II - centro cirúrgico ambulatorial.

Subseção III Do apoio ao diagnóstico

Art. 41. A estrutura física necessária à edificação do estabelecimento assistencial de saúde para o apoio ao diagnóstico é composta por:

I - análises clínicas:

- a) anatomia patológica e citopatologia;
- b) patologia clínica.

II - imagenologia:

- a) radiologia;
- b) tomografia;
- c) hemodinâmica;
- d) ressonância magnética;
- e) endoscopia;
- f) ultrassonografia;
- g) medicina nuclear.

III - métodos gráficos.

CAPÍTULO IV DOS REQUISITOS DO PLANEJAMENTO

Seção I

Dos ambientes e unidades de apoio

Art. 45. Os ambientes de apoio das unidades de acesso restrito devem ser exclusivos e localizados no interior das unidades.

Art. 46. Os ambientes de apoio das unidades que não são de acesso restrito podem ser compartilhados entre duas ou mais unidades.

§ 1º O ambiente de apoio deve ser proporcional e dimensionado de forma a garantir a adequação da demanda a ser atendida.

§ 2º O ambiente de apoio pode ser localizado no exterior de uma unidade, desde que seja de fácil acesso e não comprometa os fluxos de trabalho.

§ 3º O compartilhamento dos ambientes de apoio está condicionado à compatibilidade do risco sanitário das atividades realizadas em seu interior e a sua relação com os demais ambientes e unidades.

§ 4º Os ambientes de apoio relacionados ao conforto e higiene de pacientes e equipe de assistência à saúde, gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e limpeza devem estar localizados na mesma edificação da unidade requerente.

Seção II

Das circulações e acessos

Art. 50. A construção, reforma ou ampliação de edificações de estabelecimentos assistenciais de saúde deve ser executada de modo que seja ou se torne acessível à pessoa com mobilidade reduzida.

Subseção I

Dos acessos e estacionamentos

Art. 51. A edificação do estabelecimento assistencial de saúde deve dispor do menor número possível de acessos, considerando as suas especificidades e necessidades.

Parágrafo único. Desde que tecnicamente viável, a edificação do estabelecimento assistencial de saúde pode agregar diversos tipos funcionais de acesso em um único espaço físico.

Seção III Das aberturas e renovação de ar

Subseção I Das portas

Art. 68. As portas devem possuir bate-macas onde houver a circulação de macas.

Art. 69. As maçanetas devem possibilitar a abertura e o fechamento das portas sem o contato manual.

Art. 70. As portas devem possuir visores que possibilitem a visualização do ambiente de assistência à saúde do paciente em:

- I - salas de cirurgia;
- II - salas de parto;
- III - quartos de isolamento;
- IV - internação pediátrica;
- V - tratamento intensivo;

Art. 71. As portas devem possuir vão livre adequado para a passagem de macas e cadeiras de rodas.

§ 1º As portas devem ter dimensões mínimas de 1,20 m (vão livre) por 2,10m, inclusive nos banheiros e sanitários, em:

- I - áreas de passagem de camas e macas;
- II - áreas de internação;
- III - laboratórios;
- IV - salas de diagnóstico e terapias.

§ 2º As portas devem ter dimensões mínimas de 0,8 m (vão livre) por 2,10m nos demais ambientes.

§ 3º Nos ambientes onde há equipamentos de grande porte, as portas deverão possuir largura adequada para a passagem do mesmo.

Art. 96. As paredes utilizadas em ambientes com nível de risco sanitário superior a TSAM - I, PAAM - I e EAAM - I devem ser:

- I - lisas;
- II - não porosas;
- III - impermeáveis, com índice de absorção de água inferior a 4%;
- IV - resistentes à ação frequente de desinfetantes e lavagem com água em abundância e sabão;
- V - monolíticas ou com o menor número possível de frestas e ranhuras;
- VI - estanques.

Art. 97. Os forros, ou o próprio teto utilizados em ambientes com nível de risco sanitário superior a TSAM - I, PAAM - I e EAAM - I devem ser:

- I - lisos;
- II - não porosos;
- III - impermeáveis, com índice de absorção de água inferior a 4%;
- IV - resistentes à ação frequente de desinfetantes e lavagem com água e sabão;
- V - monolíticos ou com o menor número possível de frestas e ranhuras;
- VI - estanques.

Parágrafo único. O uso de forros removíveis é permitido somente em ambientes com risco sanitário TSAM e aqueles com risco sanitário inferior a PAAM - IV, EAAM - IV e

Art. 98. As divisórias utilizadas em ambientes com nível de risco sanitário superior a TSAM - I, PAAM - I, e EAAM - I devem ser:

- I - lisas;

ANEXO I CLASSIFICAÇÃO DE RISCO SANITÁRIO AMBIENTAL

Classificação de risco sanitário ambiental de acordo com a perspectiva do paciente ou doador.	
Nível de risco sanitário	Definição
PAAM - VI	<p>Considera-se um ambiente de risco PAAM - VI, aquele em que há probabilidade aumentada de interação entre o paciente e o ambiente que cause dano à saúde ou interfira negativamente nas atividades realizadas.</p> <p>Critérios de classificação na categoria de risco PAAM – VI:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realização de procedimentos cirúrgicos assépticos de grande e médio porte;• Realização de procedimentos de broncoscopia;• Internação de pacientes contaminados por micro-organismos altamente infecciosos e que representam um risco sanitário à equipe de assistência à saúde envolvida na prestação do serviço de saúde, por conta da transmissão via aérea ou por contato;• Internação de pacientes suscetíveis à contaminação via aérea por micro-organismos infecciosos.
PAAM - V	<p>Considera-se um ambiente de risco PAAM – V, aquele em que há probabilidade alta de interação entre o paciente e o ambiente que cause dano à saúde ou interfira negativamente nas atividades realizadas.</p> <p>Critérios de classificação na categoria de risco PAAM – V:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realização de procedimentos cirúrgicos assépticos de pequeno porte;• Realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos assépticos;• Internação de pacientes em regime de tratamento intensivo.

PAAM - V	<p>Considera-se um ambiente de risco PAAM – V, aquele em que há probabilidade alta de interação entre o paciente e o ambiente que cause dano à saúde ou interfira negativamente nas atividades realizadas.</p> <p>Critérios de classificação na categoria de risco PAAM – V:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realização de procedimentos cirúrgicos asépticos de pequeno porte;• Realização de procedimentos terapêuticos e diagnósticos assépticos;• Internação de pacientes em regime de tratamento intensivo.
PAAM - IV	<p>Considera-se um ambiente de risco PAAM – IV, aquele em que há probabilidade moderada de interação entre o paciente e o ambiente que cause dano à saúde ou interfira negativamente nas atividades realizadas.</p> <p>Critérios de classificação na categoria de risco PAAM – IV:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realização de terapias;• Realização de diagnóstico por medicina nuclear;• Internação de pacientes em regime de cuidados intermediários;• Classificação de risco e triagem de pacientes.
PAAM - III	<p>Considera-se um ambiente de risco PAAM – III, aquele em que há probabilidade baixa de interação entre o paciente e o ambiente que cause dano à saúde ou interfira negativamente nas atividades realizadas.</p> <p>Critérios de classificação na categoria de risco PAAM – III:</p> <ul style="list-style-type: none">• Internação geral de pacientes;• Realização de procedimentos médicos, odontológicos e de enfermagem de pequeno porte;• Consultórios de especialidades que oferecem risco de contaminação do ambiente;• Centro de parto normal.

ANEXO II LISTA DE AMBIENTES E UNIDADES

ASSISTÊNCIA A SAÚDE		
AMBIENTE	OBRIGATORIEDADE	REQUISITOS MÍNIMOS
<i>Internação - Cuidados intermediários</i> ACESSO RESTRITO		
<i>Unidade (centro) de cuidados intermediários – Adulta</i>		
Posto de enfermagem	Ambiente obrigatório. Deve haver um posto de enfermagem a cada 15 leitos.	Área de 6,0 m ² . Deve dispor de: bancada para registro de informações; lavatório; sistema de emergência de energia elétrica para equipamentos e iluminação; sistema de sinalização de enfermagem. O posto de enfermagem deve ser alocado de forma a permitir a visualização de todos os leitos da área coletiva e ter acesso facilitado aos quartos.
Sala de serviços de enfermagem	Ambiente obrigatório. Deve estar vinculada ao posto de enfermagem.	Área de 6,0 m ² . Deve dispor de: bancada de apoio; pia de lavagem; sistema de emergência de energia elétrica para os equipamentos e a iluminação.
Área de prescrição médica		Área de 2,0 m ² .
Área coletiva de cuidados	Ambiente obrigatório. Deve haver um quarto de cuidados com isolamento a cada 15 leitos de cuidados. A antecâmara é obrigatória para o quarto com isolamento.	Área de 7,0 m ² por leito, mantendo uma distância de: 1,8 entre leitos; 1,0 m entre laterais do leito e paredes; 1,2 m entre pé do leito e parede; sem distância entre cabeceira e parede. Deve dispor de: iluminação natural; sistema de tratamento de ar; lavatório (1 a cada 5 leitos); sistema de emergência de energia elétrica para equipamentos e iluminação; 10 tomadas para equipamentos médicos por leito mais uma tomada para equipamento portátil de raio-X com afastamento máximo de 15 m do leito; sistema de sinalização de enfermagem; instalação de vácuo clínico, oxigênio (2 pontos) e ar comprimido medicina (2 pontos). Máximo de 15 leitos por área coletiva. Deve ser previsto espaço para poltrona de acompanhante ao lado do leito. Deve haver mecanismos para manutenção da privacidade do paciente.
Antecâmara de acesso ao quarto de cuidados com isolamento		Área de 3,0 m ² . Deve dispor de lavatório. O lavatório do quarto de isolamento pode ser localizado na antecâmara.
Quarto de cuidados (com isolamento ou não)		Área de 10,0 m ² , mantendo uma distância de: 1,2 m entre laterais do leito e paredes; 1,2 m entre pé do leito e parede; sem distância entre cabeceira e parede. Deve dispor de: iluminação natural; sistema de tratamento de ar; lavatório; sistema de emergência de energia elétrica para equipamentos e iluminação; 10 tomadas para equipamentos médicos por leito mais uma tomada para equipamento portátil de raio-X com afastamento máximo de 15 m do leito; sistema de sinalização de enfermagem; instalação de vácuo clínico, oxigênio (2 pontos) e ar comprimido medicinal (2 pontos). Deve ser previsto espaço para poltrona de acompanhante ao lado do leito.
Ambientes de apoio obrigatórios: Sala de utilidades; Depósito de material de limpeza; Rouparia; Quarto de plantão; Depósito de equipamentos e materiais; Sanitários para funcionários (mas. e fem.); Vestiários para funcionários (mas. e fem.); Sala de entrevista; Sala de preparo de equipamentos e materiais; Área de espera para acompanhantes e visitantes (anexa à unidade); Sanitários para a sala de espera (mas. e fem.); Sala administrativa; Copa; Banheiro de pacientes.		
Ambientes de apoio opcionais: Sala de estar para funcionários; Farmácia satélite.		
Unidades de apoio: Centro de material e esterilização; Farmácia; Nutrição e dietética; Banco de leite humano; Processamento de roupas; Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; Necrotério; Unidade de terapia intensiva – adulta.		

ASSISTENCIA A SAUDE	
AMBIENTE	OBRIGATORIEDADE
<i>Atendimento terapêutico - Reabilitação</i>	
<i>Fisioterapia</i>	
Consultório	Ambiente obrigatório. Pode ser compartilhado com outras unidades.
Sala de terapia - cinesioterapia; - mecanoterapia; - hidroterapia.	Ambiente obrigatório.
Sala de terapia - eletroterapia; - termoterapia; - fototerapia; - terapia respiratória.	
<i>Terapia ocupacional</i>	
Consultório	Ambiente obrigatório. O consultório pode ser compartilhado com outras unidades.
Sala de terapia ocupacional	
<i>Fonoaudiologia</i>	
Consultório	Ambiente obrigatório. O consultório pode ser compartilhado com outras unidades.
Sala de psicomotricidade e ludoterapia	
Ambientes de apoio obrigatórios	Geral: Area de recepção, espera e registro de pacientes; Sanitários para paciente e pessoal; Armários para material de limpeza.
Ambientes de apoio obrigatórios – Fisioterapia:	Vestiários para pacientes (mas. e fem.); Rouparia; Banheiros para pacientes e pessoal.
Ambientes de apoio opcionais:	Area de guarda de macas e cadeiras de rodas; Depósito de equipamentos e materiais.
Unidades de apoio:	Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

ANEXO III LISTA DE ATIVIDADES DO ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Lista de atividades do estabelecimento assistencial de saúde	
Unidade	Atividades
	<p>Atendimento ambulatorial – Atendimento básico de saúde</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar ações individuais ou coletivas de prevenção à saúde tais como: imunizações, primeiro atendimento, controle de doenças, visita domiciliar, coleta de material para exame, entre outras;• Realizar vigilância epidemiológica através de coleta e análise sistemática de dados, investigação epidemiológica, informação sobre doenças, entre outras;• Promover ações de educação para a saúde, através de palestras, demonstrações e treinamento in loco, campanha, entre outras;• Orientar as ações em saneamento básico através da instalação e manutenção de melhorias sanitárias domiciliares relacionadas com água, esgoto e resíduos sólidos;• Realizar vigilância nutricional através das atividades continuadas e



marcio.oliveira@abdeh.org.br
www.abdeh.org.br