

Republica da Guiné-Bissau
PLANO DE GESTÃO DE RESÍDUOS BIOMÉDICOS
RELATORIO PROVISORIO
Mbaye Mbengue FAYE
Engenheiro Sanitário - Consultor
Tél: (221) 832 44 31 ou (221) 549 76 68
fayeconscilCac)sentoo..sn
Dakar - Senegal
Março, 2003
FILE rCO^A

SUMARIO EXECUTIVO	4
I. Contexto e Objectivos	.4
II. PRINCIPAIS RECONHECIMENTOS DO ESTUDO	.4
III. PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES	..5
1. Planos de acção	.5
2. Tratamento e sistema de eliminação	.6
IV. Acção e planos para a implementação	.7
V. Custos do plano do HCWM	..8
A. INTRODUCCAO.	1
1. CONTEXTO E JUSTIFICACAO	.1
2. DESCRICAO DO PROJECTO	.1
3. OBJECTIVO DO ESTUDO	.2
4. METODOLOGIA DO ESTUDO	.2
B. PRESENTACAO DO PAIS	.3
1. Situacao Geografica e Administrativa da Republica da Guiné-Bissau	. 3
2. SITUACAO ECONOMICO E SOCIO-DEMOGRAFICO	.3
C. ORGANIZACAO DO SISTEMA DE SADE	.4
1. AS ESTRUTURAS DE GESTAO SERVICO DE MINSAP	.4
2. AS FORMACOES SANITARIAS	..5
3. RECURSOS HUMANOS	..5
D. AVALIACAO DA GESTAO DO RBM EM RIM	.5
1. POLITICA SANITARIA	.5
2. POLITICA DO MEIO AMBIENTE	.6
3. ASPECTOS INSTITUCIONAIS E REGULAMENTACAO DE GDBM	. 7
4. PESSOAS IMPLICADAS NA DOS RBM	.7
5. PRODUCAO E COMPOSICAO DOS LIXOS SANITARIOS	.9
6. NIVEIS DE RECUPERACAO DOS LIXOS	.12
7. ANALISE DA DOS RBM NAS FORMACOES SANITARIAS	.13
9. AVALIACAO DAS TECNOLOGIAS DE ELIMINACAO DOS RBM	.25
11. FINANCIAMENTO DA DOS RBM	.32
12. AVALIACAO DAS NECESSIDADES DE FORMACAO	.35
E. PLANO DE GESTAO DOS RBM	.40
1. PROBLEMAS PRIORITARIOS NA DOS RBM	.40
2. OPORTUNIDADES E PONTOS FORTES	.41
3. OBJECTIVOS E ESTRATEGIAS DO PLANO DE GESTAO DOS RBM	.41
4. QUADRO LOGICO DA INTERVENCAO DO PLANO DE GESTAO DE RBM	.48
5. ESTRATEGIAS DE INTERVENCO	.49
6. ESTRATEGIAS DE FORMACAO E DE SENSIBILIZACAO	.51
7. QUADRO DE PARCERIA NA GRBM	.54
8. MEDIDAS AMBIENTAIS E SOCIAIS	.56

9. LIGAÇÃO DO PGRBM A POLITICA SANITARIA NACIONAL	57
10. PLANO DE SEGUIMENTO DA CRIAÇÃO DO PGRBM	58
11. CUSTO DO PLANO DE GRM	64
12. PROPOSTA DO PLANO DE FINANCIAMENTO	65
ANEXOS: PESSOAL CONTACTADO	66
LISTAS DOS QUADROS	
Quadro 1 Repartição dos efectivos..	5
Quadro 2 Ratios da quantidade dos RBM ..11	
Quadro 3 Quantificação dos resíduos produzidos (resíduos domésticos e RBM) . .11	
Quadro 4 Produção de RBM .11	
Quadro 5 Formações Sanitarias visitadas .13	
Quadro 6 Separação e código das cores para a GRBM ..18	
Quadro 7 Impacto sanitário observado na gestão actual dos RBM	20
Quadro 8 Riscos para os actores formais na GRBM	21
Quadro 9 riscos para as populações riverinas	21
Quadro 10 Riscos para os actores informais (recuperadores)	21
Quadro 11 Riscos de infecção por VIH/SIDA por etapa de produção dos RBM	22
Quadro 12: Impacto sobre o meio natural devido a gestão dos resíduos Biomédico .23	
Quadro 13 Impactos socioculturais especificos .24	
Quadro 14 Apreciação dos sistemas de eliminação segundo os critérios .27	
Quadro 15 Anàlise comparativa de diferentes tecnologias .28	
Quadro 16 Tecnologia de Eliminação dos objectos agudos e cortantes .30	
Quadro 1: Apreciação dos CAP na dos RBM conforme a categoria dos actores	38
Quadro 21: Quadro Logico	48
Quadro 22 Dominio potencial da intervenção dos actores	55
Quadro 23 Metodologia de seguimento da implementação do plano de acção	58
Quadro 14 Responsabilidades da implementação	59
Quadro 25 Calendario da implementação .63	
Quadro 26 Custos da implementação do PGRBM .64	
Quadro 27 Custo das actividades incluindo o projecto HIV/SIDA .65	
Quadro 28 Custos de medidas complementares .65	
bibliografia..67	

ABREVIACAO

CAP	Conhecimento Atitudes e prática
CCC	Comunicação para a mudança de comportamento
RBM	Resíduo Biomédico
DGE	Direcção Geral de Ambiente
DGSP	Direcção Geral de Saúde Publica
DHE	Direcção de Higiene e de Epidemiologia
DIECS	Direcção de Educação Comunicação e Informação da saúde publica
DISS	Resíduos provenientes de cuidados de saúde
DSH	Direcção de Serviços Hospitalares
DRH	Direcção de Recursos Humanos
DRS	Direcção Regional sanitária
ENS	Escola Nacional de Saúde
GRBM	Gestão do Resíduo Biomédico
HCW	Lixo dos Cuidados de Saúde
HCWM	Administração do Lixo dos cuidados de Saúde
IEC	Informação Educação e Comunicação
MAP	Programas de vírus de Países diversos
MRNE	Ministério de Recursos Naturais e de Energia
MINSAP	Ministério da Saúde Publica
OBC	Organização na Base Comunitária
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
PGDBN	Plano de Gestão dos Resíduos Biomédicos
PMSE	Projecto Multi-Sectorial de Luta contra VIH/SIDA e Doenças Endémicas
PNLS	Programa Nacional de Luta contra SIDA
PS	Posto de Saúde
PVVIH	Pessoas que vivem com vírus de SIDA
SIDA	Síndrome de Imonodeficiencia adquirida
VIH	Vírus de Imonodeficiencia Humana

SUMARIO EXECUTIVO

1. CONTEXTO E OBJECTIVOS

A Republica da Guiné-Bissau, cobre uma área de 36.125 km quadrados. No Ano 2001, a população estimava-se em 1.216.733 habitantes. O Pais conta Administrativamente e regionalmente com 11 Centros de Saúde e esta no renque dos Países mais pobres do mundo. Indicações de saúde revela inconstantes situações globais. O Projecto presente HIV/SIDA e programa para África (MAP), constitui um componente multi Sectorial do Banco Mundial, que tem como objectivo a redução do vírus HIV e o impacto da sua propagação nas pessoas através da comunidade. O objectivo deste estudo e elaborar vastos planos para Administração dos Cuidados de Saúde para a Guiné-Bissau. Apropriados acesso com claras disposições Institucionais para a sua implementação.

II. PRINCIPAIS RECONHECIMENTOS DO ESTUDO

O Sistema de Saúde compreende três níveis: nível central (Nacional) com cinco diferentes hospitais; o nível Regional, com 14 hospitais Regionais ; nível local, com 114 centros de saúde e 19 postos de saúde. O sector, médicos privados esta relativamente desenvolvido, o pessoal da saúde compreende 2325 agentes com: 165 Doutores, 67 Enfermeiras, 337 agentes para médicos; 1736 outros agentes. A produção dos lixos hospitalares esta estimado em 1781 kg por dia, quantidade cujo os 566Kg e dos HCW e 57 Kg é dos objectos cortantes.

Os principais problemas do HCWM globalmente são:

Quadro Institucional legal , deficitário no contexto do HCWM. HCWM não constitui uma prioridade na politica nacional. Existe uma ausencia de estratégia Nacional, especificamente directrizes e procedimentos do que é HCWM.

Organização e Planificação do HCWM não esta a ser levado a cabo. Não obstante o esforço em alguns Centros de Saúde, para a organização do HCWM nas estruturas de saúde deixa muito a desejar. Falta de responsabilidade, falta de protecção dos equipamentos pelas pessoas. Ausência da selecção e recuperação do HCW, normalmente se mistura com resíduos domésticos, insuficiência da pre-selecção, colecção e conservação das caixas de lixo, assim como falta de uma adequada protecção dos equipamentos de cuidados de saúde pelo pessoal que recolhem o lixo. Nas infraestruturas de saúde, vários HCWM e os procedimmentos das suas eliminação são usadas mal, devido a falta de recursos financeiros.

Conhecimento, atitude, e comportamento no HCWM é globalmente medíocre. Ao nivel de conhecimento, atitudes e pratica, varias categorias socio profissionais (funcionarios dos hospitais, pessoal de recolha, os recuperadores informais, pessoas que utilizam objectos reciclados são directamente implicados em termo de riscos) ligados a manipulação de HCW, mesmo assim maior parte deles não são formados na responsabilidade da sua gestão. Existem possíveis contaminação do VIROS /HIV. Em geral, o pessoal médico esta consciente do risco existente na sua manipulação, mesmo que não tem formação da sua utilização.

Entre os serventes e os responsáveis para a remoção dos lixos nos Centros de Saúde existe uma certa consciência do impacto e efeitos negativos da má gestão do HCW.

Agentes encarregues para a sua recolha, permanentemente estão em contacto com o lixo infectado.

Eles são geralmente indivíduos não qualificados e, possuem uma formação muito baixa. Maioria deles trabalham em más condições higiénica e sem protecção e equipamento adequado etc.

Recuperação informal dos lixos a sua reciclagem, constitui uma fonte de rendimento e oportunidade para as pessoas pobres. Elas não têm a noção do perigo relacionado com o lixo que manipulam.

Opinião pública precisa de ter informação do perigo dos objectos apanhados no HCW, especialmente pessoas que usam produtos reciclados e aqueles que dão e recebem cuidados médicos em casa.

Companhias privadas são pouco envolvidos no HCWM, principalmente na sua transformação externa. A inexistência de recolhedores especializados e meios adequados de tratamento de lixo, constitui maior constrangimento para os Centros de Saúde.

Recursos Financeiros local para actividades do HCM são insuficientes; Recursos Financeiros são geralmente para os cuidados e as infraestruturas de saúde.

III. PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES

1. Planos de acção

Medidas protectoras no plano HCWM, devem ser estruturadas em torno dos seguintes componentes.

Objectivo 1: Desenvolver um bom quadro Institucional do HCWM.

Actividades

- * Implantar estrutura para coordenar e seguir o plano HCWM;
- * Desenvolver métodos e regulamentação articulado para HCWM.
- * Desenvolver técnicas e orientações para HCWM.

Objectivo 2: Melhorar HCWM nos cuidados de Saúde.

Actividades

- * Regular HCWM nos Centros de Saúde.
- * Implantar um Comité de Higiene responsabiliza-lo pela gerência e seguimento do HCWM.
- * Aprovisionar cuidados de saúde com materiais e equipamentos para HCWM.
- * Levar a cabo uma sistemática selecção e racionalização de utilização dos materiais agudos.
- * Promover o uso de materiais reciclados.
- * Determinar o tratamento do HCW e a sua cessão final em qualquer que seja os cuidados de Saúde.
- * Estimar Recursos Financeiros afim de levar a cabo as actividades do HCWM.

Objectivo 3: Ensinar o pessoal do Hospital e operadores do lixo.

Actividades

- * Elaborar programas de Ensino e ensinar os ensinados.
- * Ensinar todos os operadores do sistema a actuar com HCWM.
- * Avaliar o programa de ensino

Objectivo 4: Sensibilizar a população em risco a relatar o HCWM.

Actividades

- * Informar a população do perigo que o HCW constitui e o uso dos objectos reciclados.
- * Assegurar o ruído do HCWM nas casas depois dos cuidados médicos.

Objectivo 5: Suportar a implementação do plano HCWM.

Actividades

- * Validade dos planos de HCWM.
- * Preparar as actividades operacionais
- * Seguir a implementação e evacuação do plano HCWM.

2. Tratamento e sistema de eliminação

Relativamente ao sistema de tratamento, avaliação do contexto socio economico na Guiné-Bissau, análise comparativo permite recomendar:

Uma incineradora moderna para o Hospital de referência.

Uma sala de incineração , uma incineradora caseira para Hospitais Regionais e Centros de Saúde Urbanos e:

Estabilizar a utilização de superfícies cavadas para Centros de Saúde e Postos de Saúde.

Entretanto, incineradora inapropriada ou da combustão de lixo que não conseguem incinerar (plásticos Produtos Químicos e radioactivos, como mercúrio e metais pesados etc) pode propagar a poluição e afectar o ar, por esta razão, o modelo de incineradora recomendada no plano de acção, baseia-se na separação da qualidade do lixo em si.

Afim de reduzir gradualmente as infecções causadas pelo lixo e restringir a contaminação dos lixos não contaminados (papel, plástico, tubos e seringas etc), não é todo o tipo de lixo que deve ser incinerado. A segurança selectiva deve contribuir para que os lixos não contaminados sejam direccionados para maior desinfectação e sistema de tratamento como por exemplo: enterramento nas covas) e apenas incinerar o lixo de contaminação (agulhas etc) Agora esta categoria de lixo não emite ou emite muito pouco produtos tóxicos. Especialmente dioxina e mercúrio seguramente o sistema vai permitir total desfeita das agulhas, que são piores vectores para a transmissão do vírus HIV. Nos Centro de Saúde localizados nas Regiões Rurais, o lixo produzido quotidianamente e muito pouco, se a separação for respeitada, o volume a ser incinerada será insignificante,

adicionalmente o incentivo de não uso dos recipientes de plástico, vai ajudar a reduzir a poluição causada pela incineradora.

Em caso de obstáculo institucional para o uso das incineradora, as seguintes alternativas podem ser recomendadas: Desinfecção química ou fazer estacas na lixeira enterra-los no próprio Hospital, se houver área disponível. Outros sistemas com (microondas especiais) essas não são recomendadas por serem muito caras e precisam de pessoas com alta qualificação para as fazer operar.

Para o lixo liquido, a desinfecção química e de certeza o melhor para trata-los. A razão pela qual este Projecto deve dar prioridade e concentrar-se na luta contra os virus HIV. Fazendo isso podemos contemplar um sistema combinado (desinfecção dos tanques sépticos) nas províncias e áreas rurais. No Hospital Central, devido ao importante volume de lixo, é preferível escolher o tratamento fisico-químico que include um posto de desinfecção. Porém, este sistema requiere estudo mais detalhado em termos de viabilidade.

IV. ACÇÃO E PLANOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Concernente aos arranjos institucionais para a implementação, no primeiro ano do Projecto, ficara a cargo do Ministério da Saúde Publica, através da Direcção de Higiene e Epidemiologia, que sera responsavel para o desenvolvimento de um quadro legal regulamentar adequado. Nos cuidados de saúde a regulamentação e regras do HCW, deve ser conduzida pela Direcção dos Serviços Hospitalares (DSH).

Actividades educativas nos Centros de Saúde (Implementados nos dois primeiros anos do Programa) podem ser monitorado pelo DHE. Na Região, o controle e a concretização das actividades devem ser realizada pela Direcção Regional de Saúde.

No que diz respeito a população, na generalidade esta interessada, deve-se fazer uma acção de sensibilização e supervisão alargada durante todo o programa, através da Direcção do IEC do sector de Saúde (DIECS) com provisão do DHE. Na Região , Direcção Regional de Saúde deve assegurar o controle e concretização das actividades e seguimento dos relatórios.

A montagem da estrutura de coordenação do Plano de HCWM e lançamento de seminários (para o começo do Projecto), deve ser organizado no começo do primeiro ano, informação deve ser dada através do fórum nacional do Ministério da Saúde Publica. O começo do acesso deve sera assegurado por consultores local, sob supervisão da Direcção à Regional de Saúde.

Localmente, a Direcção Regional, deve recomendar e assegurar o controle. Seguimento mensal deve ser feito nos Centros de Saúde. Anualmente, deve haver um seguimento dos Serviços Centrais do DHE, em colaboração com os serviços do Ministério da Saúde Publica.

Tributação deve ser feito metade de cada vez (inicio do segundo ano) e no fim do Projecto.

Localmente, a Direcção de Saúde deve assegurar o controle. Uma larga supervisão deve ser levado a cabo pela DHE, em colaboração com o colectivo local, Ministério de Saúde e Ministério dos Recursos Naturais.

V. CUSTOS DO PLANO DO HCWM

O custo do plano do HCWM que exclusivamente compreende actividades para o reforço do quadro institucional, para a educação e publicidade, estima-se 230.400 000 FCFA, dividindo-se assim:

-Desenvolvimento da instituição e boa infra-estrutura : 9 000 000 FCFA

-Educação : 133 000 000 FCFA

Sensibilização Publica (publicidade) 34 000 000 FCFA

Implementação do Plano HCWM 54 000 000 FCFA

As opiniões complementares, medidas apontadas para desenvolver a recolha e tratamento do HCW nos cuidados de Saúde. O custo dos orçamentos iniciais (como indicador) é avaliado em 199 250 000 FCFA.

A. INTRODUÇÃO

1. CONTEXTO E JUSTIFICAÇÃO

O projecto de atenuação global de VIH/SIDA na Guiné-Bissau, inscreve-se no quadro da visão Nacional. O objectivo e estratégia do governo nacional; é a luta contra os VIH/SIDA, redução progressiva da infecção em todo o País . Para atingir este objectivo, o Projecto deve também apoiar os seguintes domínios: (i) atenuação dos impactos sanitários e socio-economico do VIH/SIDA a nível individual, familiar e comunitário, particularmente aqueles que suportam uma população economicamente produtiva; (ii) desenvolver uma capacidade nacional forte e durável para fazer face a epidemia.

A recolha, meio ambiente, manutenção, stocagem e gestão de materiais dos produtos infectados pelo VIH é problema maior deste Projecto. O risco é mais elevado que as actividades que a volta contribuem para a expansão da epidemia. O projecto prevê apoiar um plano de gestão dos lixos biomédico, adequar cifras e levar a cabo os preparativos Institucionais apropriados. As manipulações impróprias dos materiais infectados pelo VIH/SIDA feito passar por graves ameaças para a Saúde de muitas categorias de pessoas, em particular o pessoal que trabalha no Hospital e outras formações sanitárias, a municipalidade as famílias as crianças da rua e os recuperadores que elaboram a reciclagem dos lixos. Esta situação agrava-se devido ao desenvolvimento do tratamento de lixos perigosos rejeitados em casa (particularmente os instrumentos usados no momento das intervenções). A manipulação destes lixo constitui um veiculo para agravado do risco ambiental e sanitário é uns dos aspectos a ser levado à cabo pelo Projecto, por exemplo, o estabelecimento de texto clinico voluntário e solicitado, utilização da comunidade em casa, de equipamento para tratar pessoas que vivem com VIH/SIDA. A promoção de preservativos, etc, pode constituir potencialmente um aumento em relação ao risco sanitário e ambiental, devido a manipulação dos lixos infectados por vírus de SIDA. Os dados estatísticos disponibilizados revelam que a nível mundial, a manipulação dos lixos Biomedical infectado por virus de Sida, representa perto de 0.2 % dos casos de transmissão.

Para fazer face a esta situação, as autoridades nacional do País, decidiram elaborar um plano de gestão dos lixos biomédicos, compreendendo uma avaliação adequada dos Recursos financeiros. Deste modo é necessario um dispositivo institucional apropriado para a sua materialização operacional.

2. DESCRIÇÃO DO PROJECTO

A epidemia de SIDA, nos nossos dias representa o maior constrangimento para o desenvolvimento na África Sub-Sahariana. Para fazer face a esta crise, o Departamento da Região África, do Banco Mundial, adoptou uma nova estratégia para intensificação de acção contra o HIV/SIDA na África Saheliana. Com objectivo de contornar a epidemia e evitar as suas potenciais consequencias, a região Africana concebeu o Programa Multi-sectorial de luta contra o VIH/SIDA para a Africa (MAP), sendo o projecto de atenuação global de VIH/SIDA na Guiné-Bissai constitui um dos componenetes.

Abordagem coerente e racional no quadro de MAP por toda a parte na Região, deveria engrandecer a eficácia e eficiência das intervenções do Banco na contribuição dos esforços de reforço nacional na África Sahariana em geral, na Guiné- Bissau em particular.

As actividades apoiadas pelo Projecto vão completar células do Programa existente, financiado por diferentes parceiros e ONG s que já estão envolvidas na luta contra os virus da Sida na Guiné-Bissau.

O Projecto canalizara os Recursos através do Sector Privado (Ministério, Regiões e OCBs) e o Sector Privado (lucrativo e não lucrativo).

O Projecto terá os seguintes componentes:

- * Apoio a Administração e gestão do Projecto NAC e NAS.
- * Apoio a gestão do componente da Informação e Educação.
- * Apoio para diminuir o processo de desminagem: Tratamento, Textos Sanitários e ajuda a atenuação económica.
- * Apoio e reforço de capacidade na organização e formação do pessoal da estrutura Publica e actividades privada na luta contra Sida.

3. OBJECTIVO DO ESTUDO

O objectivo do estudo, é identificar o nível da gestão mais apropriado para ajudar a implementar um plano afectivo de gestão dos Resíduos Biomédico e propor sistemas de Gestão dos mesmos tecnicamente realizável , economicamente viável e socialmente aceitável. O exame da prática de manipulação corrente dos lixos Biomédico permitirá descrever as modalidades da gestão dos lixos nos Hospitais, nas clinicas e outras formações sanitárias. Esta igualmente fornecerá indicações dos modelos de Gestão que são práticas para as autoridades Municipais, no momento que o residuo deixa o lugar da sua produção. Por conseguinte, para eles o estudo enquadra-se a determinar o nível de conhecimento das diferentes pessoas implicadas (médicos, Enfermeiras, doentes, pessoal de apoio na formação sanitária, agentes municipais e colectores privados). No que conceme aos comportamentos e atitudes a adoptar, assim como os equipamentos requeridos para eliminação deste tipo de lixo.

4. MÉTODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia utilizada foi estruturada a volta dos seguintes pontos:

- * Recolha documental do conjunto de publicações relativas a gestão dos lixos no País (Documento da Política do meio Ambiente e Sanitário, textos legislativos , regulamentações, documentos técnicos etc). A nível dos Serviços Técnicos do Estado (Ministério da Saúde, Ministério do Meio Ambiente etc), dos Serviços Técnicos Municipais (Bissau), dos Projectos e Programas das ONGs, das Organizações Internacionais e dos relatórios de estudo ets.
- * Encontros com diferentes categorias de pessoas, principalmente as ligadas a gestão e tratamento do lixo de Saúde a nível Central Departamental e na base assim como os da manutenção semi-

estrutural individual ou colectivo (Serviços Técnicos de Estado, serviço Técnico da colectividade local, ONGs, sociedade Privada, Agencias e Projectos de Desenvolvimento, etc).

* Visita dos Sítios: A nível de formação Sanitaria, na base de uma amostra reflectora do tipo de formação (Publico e Privado) e a nível hierarquico: Hospital Nacional, Hospital Regional, Centros de Saúde: Clinicas Privadas. Visita também a descarga Publica dos lixos Domésticos da Cidade de Bissau.

B. PRESENTAÇÃO DO PAIS

1. Situação Geográfica e Administrativa da Republica da Guiné-Bissau

Esta situada na Costa Ocidental da África, estende-se sobre um Território de 36 125 metros quadrado. Esta limitado ao Norte pela Republica do Senegal, Este e ao Sul pela Republica da Guiné-Conakri e pelo Oceano Atlântico e no Oeste. O Pais e constituído por uma parte Continental e por outra Insular. É composta de 88 Ilhotas, sendo só 20 Habitadas. Podemos distinguir três Zonas: Uma Costeira, a Oeste, uma Zona de transição no Centro, caracterizado por relevos ligeiramente ondulado e uma Zona de Planalto e de Colinas na Região de Boé. Observa-se duas estações climáticas: Uma Estação de Seca (de Novembro a Abril) e outra Humida (de Maio a Outubro). A Nordeste a Colina é do tipo " Sudanês", Quente e Seca. No Sul e do tipo "Sul da Guine", caracterizado por fortes precipitações e temperaturas menos elevadas.

No plano Administrativo, o País esta dividido em 8 Regiões e um Sector Autónomo. Bafata, Biombo, Bolama, Bijagos, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara, Tombali, e o Sector Autónomo de Bissau. Cada uma das Regiões esta dividida em Sectores (Trinta e seis no total) e os Sectores estão divididas em Secções compostas por Aldeias.

2. SITUAÇÃO ECONOMICO E SOCIO-DEMOGRAFICO

No plano Socio economico, a Guiné-Bissau, pertence aos países menos avançados, com um PNB, inferior a 260 UDS em 1996. As principais actividades é a Agricultura (que é a base de economia), a pastagem e Pesca.

A população total do Pais estima-se em 1.216 733 habitantes, em 2001, com uma taxa de crescimento de 2.2%, por Ano. A taxa de analfabetismo nos Adultos esta na ordem dos 75%. (em 1996). Culturalmente observam-se dois principais grupos; os animastas, que predominam nas Zonas Costeiras e os Muçulmanos no Leste do País. Os balantas constituem o principal grupo étnico do Pais, asseguir são os Fulas, Manjacos, Mandingas e os Papeis, que formam importantes grupos étnicos. Nota-se a existência de um mosaico linguistico, mas o crioulo é actualmente considerado como a língua veicular, falada por mais de que 50% da População.

No plano Sanitário, os principais indicadores revela uma taxa de mortalidade Infantil de 128 por 1000 e a esperança de vida é de 44 anos. A situação Sanitária continua dominada por um incidente elevado de doenças infecciosas e parasitarias. Os seropositivos do VIH/SIDA varia entre 5 e 10% da população adulta.

No plano de Higiene e meio Ambiente, considera-se que o clima e as condições de salubridade da água e meio ambiente, assim como a prática de higiene inadaptado, são as causas importantes das doenças infecciosas, que estão na origem de 9% das causas de mortalidade e mais de 50% da mortalidade infantil. Apenas metade da população tem acesso a água potável. No plano de saneamento, pouco se fez e se investiu: existe uma rede de esgoto centro da cidade que não funciona, aonde as casas dispõem das fossas sépticas. A cidade dispõem de canais fluviais enquanto que nos balneários, não existe nenhum sistema de drenagem pluvial. Falta de capacidade de evacuação dos lixos domésticos (que se encontra frequentemente nos canais pluviais) continua um problema grave.

C. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

1. AS ESTRUTURAS DE GESTÃO SERVIÇO DE MINSAP

Estruturas de c estão Flríítíráv de ldraianhelti ls níveis

NiINSA.\P. SernIçs| lio

.NDve Central

Dir equi regionai

s saúde ||Rejonal |

Equipas Techn CS (A B '| ,I ies,re. ji

+ Comiles de Geslion Eil-i

Local

Comites ILnlr>1n5

(fonte: Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário, 2003, 2003, MINSAP)

A Organização do Sistema Nacional de Saúde é tipo pirâmide, com três níveis: Central, Regional e Local.

* O Hospital Nacional Simão Mendes, a nível Central , é encarregado de elaborar a política e estratégia nacional de Saúde. Ele também abriga as Direcções de Serviços Centrais de Saúde e as Estruturas sanitárias de referência.

* A nível Regional, nas Divisões Administrativas Territorial encontramos as Direcções Regionais de Saúde Publica, responsável de traduzir a política nacional e estratégia operacional. A

Estrutura Sanitária de Referência é Hospital Regional.

* A nível local, encontramos as Unidades de Saúde de Base (693 em 1996), cujas estruturas Sanitárias de referência correspondem ao Centro de Saúde.

2. AS FORMAÇÕES SANITARIAS

No plano Técnico, o sistema é constituído por três níveis de prestação: Nível local (USB) o Centro de Saúde; a nível Regional, Hospital Regional, que é um Hospital de referência Nacional. Na totalidade, o Sistema Nacional de tratamento de Saúde compreende: A nível Nacional, 1 Hospital Nacional e 4 outros Hospitais de referência; a nível Regional, 14 Hospitais Regionais; a nível local, 114 Centros de Saúde e 19 Postos de Saúde.

3. RECURSOS HUMANOS

No plano dos Recursos Humanos, a Guiné-Bissau encontra-se debaixo das normas fixadas pela OMS, e as do PNDS 1998-2002, o pessoal de Saúde compreendia 2325 agentes, repartidas assim: 165 Médicos, 67 Parteiras, 357 Enfermeiras e 1736 outros agentes (agentes auxiliares, pessoal administrativo de apoio, raparigas e rapazes assistentes de salas).

Quadro 1 Repartição dos efectivos

Categoria	Equipa Regional	CS et HS	HR	HN/CR	Admin.	TOTAL
Médicos	31	25	90	6	165	
13						
Matronas	6	32	7	22	o	67
Enfermeiros	28	107	42	171	9	357
Outros	57	580	276	695	128	1 736
TOTAL	104	750	350	978	143	2 325

(Fonte: PNDS 1998-2002)

D. AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO RBM EM RIM

1. POLITICA SANITARIA

1. 1. - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

A política Nacional repousa nas seguintes directrizes:

- * Consolidação dos tratamentos de Saúde primário através de um pacote mínimo de
- * actividades:
- * Melhorar e aproximar o acesso dos serviços de Saúde a população:
- * Repartição equilibrada dos Recursos humanos materiais e financeiro:

- * Melhor funcionamento dos Serviços de Saúde e qualidade de prestação:
- * Descentralização gradual do sistema de Saúde:
- * Definição de execução de uma política de Gestão dos Recursos Humanos, compreendendo
- * um plano global de formação e de valorização do pessoal de saúde:
- * Colaboração intersectorial da execução de uma estratégia de IEC.

O objectivo do PNDS é de contribuir para uma situação sócio económica melhor para toda a população da Guiné-Bissau, através da execução de um sistema Nacional de Saúde. O objectivo específico do PNDS é reforçar o sistema nacional de Saúde, incluindo os serviços de prestações de tratamentos assim que as estruturas de gestão intrasectoriais a todo o nível. Os resultados esperados são:

- * Serviços de Saúde acessível para todos.
- * Distribuição e gestão equilibrada e eficiente dos Recursos financeiros e materiais:
- * Distribuição e gestão eficiente e equilibrada dos Recursos Humanos de qualidade.
- * Promoção da saúde incluindo a luta contra SIDA através de colaboração intersectorial e
- * uma estratégia de IEC.

O PNDS faz referência aos estrangulamentos em matéria de higiene e saneamento de base, como insuficiências perceptíveis no sector de saúde, contudo as prioridades evocadas não se resumem especificamente a problemática dos resíduos biomédicos, mesmo se esta preocupação em matéria de higiene e de prevenção parece estar mais ou menos contemplado de uma forma específica nos objectivos de desenvolvimento.

2. POLITICA DO MEIO AMBIENTE

No domínio da gestão dos lixos em geral, a política ambiental definida dentro do quadro de plano nacional de Gestão ambiental (actualmente em curso de validação), recomenda entre outras: (i) definição de uma legislação e regulamentação de saúde Publica com os suporte jurídico, obrigando os produtores de lixo a assegurar a gestão e a deposição adequada dos seus lixos: (ii) proibir a incineração dos lixos sem autorização prévia dos Serviços Técnicos competentes. Concernente aos lixos Hospitalares, o PNGE recomenda as acções seguintes:

- * Regular a gestão dos lixos Hospitalares (particularmente o Hospital Simão Mendes);
- * Aplicar um sistema de tratamento dos lixos Hospitalares infecciosos e contagiosos;
- * implementar as condições de recolha e de tratamento dos lixos hospitalares contaminado especialmente para incineração ou outro sistema eficiente;
- * Garantir a evacuação regular dos lixos contaminados e assegurar a sua distribuição ecológica.

Concernente a higiene Hospitalar, o PNGE recomenda, entre outros, de: (i) sensibilizar o pessoal dos Hospitais, clinicas e laboratórios de Saúde para a prevenção contra os lixos infecciosos e contagiosos (ii) de melhorar as condições de higiene hospitalares, dos hospitais nomeadamente a nível das (os) enfermeiras.

3. ASPECTOS INSTITUCIONAIS E REGULAMENTAÇÃO DE GDBM

3.1. - Leis e regulamentos relativo a GRBM

i) O Projecto do código de higiene.

Em matérias de gestão dos lixos biomédico, o projecto do código de higiene, a espera de aprovação, interdita misturar o lixo doméstico com os lixos infecciosos e contagiosos e recomendar a sua eliminação por via de incineração e outros sistemas seguros. As disposições relativa ao RBM, são abordadas nas formas gerais e incompleta. A aplicação concreta do projecto do código será quase impossível se o texto legislativo não for seguido. O decreto de aplicação é que deve precisar mais detalhadamente as regras, responsabilidades assim como os mecanismos de gestão ecológico dos lixos biomédicos.

ii) As licenças e autorização em matéria de GRBM

Devido a ausência de uma lei fundamental para a protecção do ambiente, não existe nenhuma autorização de licença para o GRBM, especialmente em matéria de recolha, transporte e deposição. O processo de gestão não esta regulamentado em termos de identificação dos tipos de lixos, também não há uma caracterização, nem disposição bem respeitada para pré recolha assim também para o pessoal da gestão não existe medidas de segurança na recolha, deposito, transporte evacuação e eliminação. Neste contexto, haverá dificuldades de fornecer aos formadores sanitários as recomendações da boa gestão dos RBM através do plano Directório coerente ou de recorrer a aplicação dos instrumentos jurídicos para obrigar a aplicação das regras de gestão.

iii) A necessidade de ter as autorizações de licenças

Para estabelecer ou modificar o sistema de gestão dos RBM tudo o que prevê armazenamento, tratamento por incineração, desinfeção, o seu transporte (RBM), que seja efectuado apenas quando houver uma previa autorização do MINSAP ou do Ministério responsável pelo Meio ambiente, através de um certificado a confirmar que se concedeu uma licença para exploração. O certificado deve ser requerido para enterpor os RBM fora do recinto aonde foi produzido. Os acordos para incinerar ou para transportar, as licenças de exploração, devem ser exigidas para se poder realizar as actividades previstas no certificado.

4. PESSOAS IMPLICADAS NA DOS RBM

A gestão dos RBM interpela muitas categorias de pessoas cuja as tarefas e os modelos de implicação tem o impacto que podem influenciar de maneiras diferentes na eficácia da gestão no plano ambiental e sanitário.

4.1. - O Ministério da Saúde Publica (MSP)

O MSP tem a responsabilidade de elaboração e de executar a política Sanitária. Este departamento, cujo levantamento do GRBM, define a política sanitária e exerce uma tutela sobre os estabelecimentos de tratamento que constituem os principais recursos de produção do RBM. No

seio deste Ministério. A Direcção Geral de Saúde Publica esta envolvido no primeiro plano , depois reagrupa a Direcção de Higiene e Epidemiologo (DHE), a Direcção dos tratamentos de Saúde primário, a Direcção dos Serviços Hospitalares, a Direcção de Informação, Educação e comunicação sanitária. A nível Regional e local, as estruturas de referência no domínio da Saúde são as Direcções Sanitárias Regionais. Em matéria de higiene hospitalar e de gestão dos RBM, o MINSAP a nível nacional, não dispõe de recursos humanos competentes e suficiente na matéria. As raras competências parecem pertencer a DHE, que asseguram a responsabilidade institucional da execução da política de higiene ambiental, que infelizmente fica relativamente limitado ao pessoal especificamente qualificado na matéria dos RBM. E porque no domínio dos RBM, a capacidade de intervenção do MINSAP é relativamente limitado, devido a insuficiência dos meios humanos, materiais e financeiros para executar correctamente esta missão. Os esforços do MINSAP em termos de equipamento de gestão e de tratamento dos RBM (tais como os lixos a recolha apropriada, os sistemas de tratamento os equipamentos de protecção, a construção de incineradoras, etc) ficando relativamente fracas e insuficiente considerando a amplitude das necessidades.

4.2. - O Ministério dos Recursos Naturais e Enermia

O Ministério dos Recursos Naturais e Energia é responsável para elaboração e execução da política ambiental, principalmente o Programa Nacional de gestão do meio ambiente cujo o processo de validade esta em curso. A missão através da Direcção Geral de Ambiente, consiste em assegurar o controle e seguimento da gestão ambiental. De imediato, este departamento ainda não elaborou a lei quadro sobre o ambiente, nem diminui o processo de realização de estudo do impacto sobre o ambiente. Todo o Projecto sobre o ambiente, esta susceptível de ter efeitos negativos. Além de mais, não existe normas ambientais (directrizes ambientais não esta fixada normas de regecção da poluição no ar, água e os solos).

4.3. - Estruturas Sanitárias

As estruturas sanitárias constituem as principais fontes de produção dos RBM. No centro de tratamento a maior constatação, é que o pessoal que executam o tratamento investem muito pouco na gestão quotidiana dos RBM, no entanto eles deveriam jogar um papel central na gestão durável dos lixos. Na realidade o melhoramento da gestão racional dos lixos é compreendido como prioridade da segunda ordem pela equipa de tratamento que quotidianamente sujam as urgências medicas dificultam o seu funcionamento. O incrível e que, mesmo que as directrizes são geralmente emanadas, a maioria das formações sanitárias não dispõem de referências técnicas que permitem ao pessoal de gerar racionalmente os lixos ou adoptar os comportamentos subscrito. Enfim, o facto de não existir uma provisão orçamental para cobrir as actividades de gestão dos RBM o que tende a limitar consideravelmente as iniciativas que visam a assegurar uma gestão correcta dos RBM.

4.4. - Os Conselhos Municipais

Na Guiné-Bissau os Conselhos Municipais tem a responsabilidade de assegurar a gestão dos lixos sólidos domésticos e da salubridade publica. No plano regulamentar, este colectivo local não deve responsabiliza-se da gestão dos RBM mas sim dos lixos domésticos. Na prática, a rejecção dos RBM na lixeira e descarga publica ou tanques de lxo que revelam a responsabilidade do colectivo local, obrigam estes últimos a tomar parte activamente na GRBM, como é o caso de Bissau, onde remover o recipiente do lixo na algumas formações sanitárias (Hospital Simão Mendes, por

exemplo) é assegurada pela Câmara Municipal. Isso causa mais problemas visto que estas instituições descentralizadas não dispõem de meios logísticos adequados e suficiente para esse trabalho nem dos recursos financeiros requeridos nem pessoal competente para assegurar correctamente a salubridade da sua localidade. Algumas vezes as cidades não dispõem de descarga publica controlada, mais sim um terreno baldio, como é o caso de Bissau, aonde os lixos sólidos são atirados anarquicamente sem arranjo numa velha pedreira. A implicação dos conselhos Municipais na gestão dos RBM exige um reforço das suas capacidades. Deste modo, neste domínio este colectivo local poderá apoiar as actividades de sensibilização dirigida as população das suas localidades, mais também o seu pessoal de limpeza e recolhedores do lixo.

4.5. - O sector Privado da recolha dos lixos

Em Bissau não existe nenhuma empresa privada especializada na recolha exclusiva dos RBM: Apenas um operador privado efectua a recolha do lixo doméstico em alguns estabelecimentos privados (hotéis e comércio). A recolha dos lixos sólidos em Nouakchout é assegurada por três grandes sociedades de recolha.

4.6. - As ONGs e as OCB

Algumas ONGs justificam possuir uma grande experiencia nos diversos domínios ligados a Saúde e meio ambiente, no domínio das actividades relativas a sensibilização, vulgarização, formação, planificação, seguimento e avaliação. Elas mesmos poderão ser muito úteis na execução das actividades do Projecto. Especialmente como instrumento importante para mobilização das pessoas para impulsionar uma dinâmica mais vigente de luta contra a SIDA. Concernente a organização comunitária de base, ela se encarregara para o seu engajamento e na implantação de acções disciplinares para o desenvolvimento local e com vantagem de residir na localidade e de beneficiar da confiança da população local. Assim a priori, estas organizações profissionais poderão ser úteis em agir e fazer participar a população na gestão do seu meio ambiente. Sua implicação nas actividades do Projecto, devera ser objecto de atenção e de enquadramento particular.

4.7. - Parceiros de Desenvolvimento

A maior parte dos parceiros de desenvolvimento intervém no domínio da saúde e todos reconhecem a importância ligada a Gestão do RBM assim como a necessidade de elaborar acções rigorosas neste campo. Portanto, muito poucos apoiam ou executam programas especificos neste domínio. Por conseguinte, a maioria esta disposta a apoiar o programa de GRBM e participar nele juntamente com o MINSAP.

5. PRODUÇÃO E COMPOSIÇÃO DOS LIXOS SANITARIOS

5.1. - Definição dos resíduos biomédicos

O lixo proveniente dos tratamentos de saúde, fazem parte dos resíduos biomédicos e são constituídos por lixos líquidos ou sólidos, Com o risco infeccioso, proveniente de produtos diagnosticados para tratamento de prevenção ou de pesquisa em matéria de saúde. A nível de estrutura sanitária, distingui-se dois tipos de lixos, resíduos biomédicos: Os lixos líquidos e os lixos sólidos.

i) Resíduos líquidos

Eles são constituídos por resíduos de sangue, produtos químicos líquidos, de líquidos medicinais, líquidos de lavagem gástrica as porções pleuras e cardíaco assim como os líquidos de drenagem após operação e as expirações brônquios e gastrite . O sangue constitui um afluente líquido importante, devido ao seu alto poder de nível de contaminação. Os seus afluentes incluem nas águas proveniente dos laboratórios, as águas utilizadas para o desenvolvimento de filmes radiológicos, como os reveladores e fixadores, os produtos químicos nos laboratórios como os reactivastes e os dissolventes.

Os lixos líquidos são geralmente tratados como a água doméstica: a sua evacuação efectua-se numa cova abandonada ou na natureza, sem um tratamento antecipado. Estes lixos são algumas vezes tóxicos e necessitam de um exame particular, mesmo sendo infimo o seu valor.

ii) Lixos sólidos

Estes lixos podem ser repartidos em duas categorias:

- * Os lixos parecidos aos domésticos, produzidos pelo pessoal de saúde ou por acompanhantes dos doentes (sobra de comidas, papeis, e embalagens não dissolúvel, papeis higiénicos, papeis administrativos etc):
- * Os lixos produzidos a nível dos serviços especiais dos estabelecimento do tratamento de saúde: hospitais, centros de saúde, clinica, consultórios médico, laboratório de análise médico, centro de fabrico dos produtos farmacêuticos e gabinete veterinário. Estes lixos são constituídos de:
 - o Lixos anatómicos (tecidos de órgãos do corpo humano, fetos, placenta, retirada biológica, elementos de amputação, outros líquidos fisiológico etc);
 - o Lixos tóxicos (substancias químicas, proveniente de diagnostico de limpeza ou desinfecção, mercúrio e componente de mercúrio, filmes radiograficos, etc);
 - o Lixos agudos ou cortantes (laminas, agulhas, seringas, bisturi, sondas, tubos diversos de perfusão, vidros que contem sangue ou outros objectos que podem causar cortes);
 - o Resíduos de pensos (Algodão, compressa, materiais diversos, bolsa de sangue etc);
 - o Lixo farmacêutico (produtos farmacêuticos, medicamento ultrapassados ou os não utilizados).

Este tipo de lixo solido constitui essencial da categoria do risco desinfecção VIH/SIDA, particularmente os lixos agudos ou cortantes. E precisamente sobre este tipo de lixo que o presente estudo vai focalizar com mais pormenor.

5.2. - Produção e caracterização

i) Produção

Regra geral, a produção do RBM depende de muitos factores, especialmente os métodos de gestão, o tipo de formação sanitário, o número de camas e de taxa de ocupação, o numero dos pacientes,

tratamento quotidiano, grau de especialização dos tratamentos praticados. A nível da Guiné-Bissau, nenhum estudo foi efectuado sobre a caracterização dos RBM (Quantidade, produzido e tipologia). Devido a falta de dados viaveis, as estimativas efectuadas apoiam-se na avaliação efectuada no terreno (quantificação e caracterização) que nos permite obter o ratio de quantificação do quadro 2 seguidamente descriminada:

Quadro 2 Ratios da quantidade dos RBM

RBM		lixos				
Cortantes e traçantes						
DBM		Assimiláveis	domésticos	TOTAL		
infecciosos						
(kg/d)	traçantes	Lixos (kg/dia)	(kg/d)	(kgld)		
Hospital Nacional						
Simão Mendes		37,25	2,75	25,15	76,25	141,40
Laboratório Nacional						
de Saude Publica		10,15	1,05	3,40	3,00	17,60
Hospital Regional de						
Bafata		4,45	1,15	7,65	22,30	35,55
Clinica privada Madre						
Teresa		2,85	0,95	6,00	7,25	17,05
Centro de saúde de						
Mansoa		2,45	0,25	3,55	2,25	8,50
Centro de saúde de						
Bandim		2,35	0,15	2,25	3,45	8,20

(Fonte: inquéritos e medidas de terreno)

Quadro 3 Quantificação dos resíduos produzidos (resíduos domésticos e RBM)

Categorias de formação sanitária	Numero	Ratio	de	produção	Total (Kg/d)
(kg/unidade/d)					
Centro Hospitalar Nacional	1	140		140	
Outros Hospitais nacionais	4	18		54	
Hospital Regional	14	36		504	
Centro de saúde	114	9		1026	
Posto de saúde	19	3		57	
TOTAL				1781 kg/d	

Quadro 4 Produção de RBM

Categoria de formação sanitária		Números	Resíduos infecciosos		Objectos agudos e cortantes		TOTAL
produção	Produz.	Ratio	de	Quantid.	Ratio	de	Quantidade
produção	produção	produção	produzida	produzida	produzida	produzida	RBM
Centro hospitalar nacional	1	38	38	3	3	41	
Outros hospitais nacionais	4	10	40	1	4	44	
Hospital Regional	14	5	70	1	14	84	
Centro de Saúde	114	3	342	0.3	34	376	
Posto de Saúde	19	1	19	0.1	2	21	
TOTAL		509		57	566		

Ao total os lixos sólidos nas Formações Sanitárias do País estima-se em 1781/kg por dia, 566 kg/diário (sendo 32% °) de RBM. Os lixos infecciosos representam mais de 509 kg/diário (sendo 90% dos RBM) enquanto que os objectos cortantes são estimados em 57 kg/diário, representado 10%)

ii) Composição dos lixos

Ordinário:

Latas de conservas vazias: garrafas de água mineral vazia: latas vazias de bebidas: embalagens em cartões: folhas de árvores: papel de administração: restos alimentares: areia e pedras: sacos em plástico: restos de chá: sacos de sumos de frutas.

Objectos agudos e cortantes:

Agulhas, ampolas de medicamentos quebradas: frascos de medicamentos quebrados: frascos de xaropes quebrados: laminas: pipetas: seringas com agulhas: tubos hemolise: seringas autobloqueante.

RBM assimila ao lixo ordinário:

Embalagens: cartões dos medicamentos: embalagens em cartão dos produtos: Embalagens de seringas e agulhas: frascos de xaropes usados.

Resíduos biomédico:

Caixas de materiais: algodão e compressa de tratamentos: filmes e fitas de radiografias: luvas para o uso único de medicamentos: micro pipetas: entre cultura microbiana: placenta: pacotes de sangues utilizados: pacotes de urina: produtos químicos: restos de pensos: restos de tira de crachás e de selas: restos de tiragem de sangues e de urinas: roupas suja do pessoal: tecidos humanos: tubos de perfusão: tubos de tiragem: tubos de cultura: roupas dos doentes: pedaços de dente e de dedos

6. NIVEIS DE RECUPERAÇÃO DOS LIXOS

A recuperação e a reciclagem dos RBM constitui uma das maiores actividade na formação sanitária. Actividades essenciais de recuperação são efectuadas pelas crianças (46% dos casos) e alguns adultos (36%) a agravação da pobreza é devido a insuficiência de alternativas económicas, incita a população a adoptar estratégias de sobrevivência não muito indicada, sobretudo no meio urbano. Nesse quadro, as actividades informais de recuperação ou de reciclagem nas descarga e deposito dos lixos , constitui uma oportunidades para a população carenciada voltar a ter recursos. A diversidade da natureza dos lixos atrai constantemente as crianças nos sítios aonde estão misturados os lixos domésticos e resíduos biomédico. Com os RBM, as actividades de recuperação parecem ser relativamente lucrativo e suscita uma certa atenção. Seringas usadas, garrafas e frascos vazios, etc. Mais esta actividade apresentam riscos sanitários graves, especialmente a contaminação e as picadas das agulhas e outros objectos cortantes. Devido o nível de instrução relativamente baixo e de uma condição de vida precária, é difícil a recuperação (sobretudo as crianças descalças) e estão muito longe de alcançar a verdade e perceber o verdadeiro perigo que existe na manipulação dos lixos. Eles não podem distanciar dos depósitos do lixo, porque constitui uma fonte de rendimento para ganhar o pão diária. Elas não possuem nenhum equipamento de protecção e vivem em condições insuportáveis de pobreza.

7. ANALISE DA DOS RBM NAS FORMAÇÕES SANITARIAS

A recolha de informação da formação sanitária no terreno, foi realizada na base duma demonstração, tendo em conta o estatuto (publico e privado) e escalas de intervenção (Nacional, Regional e local), que permitiu de uma só vez dispor de diferentes tipos de formações sanitárias a volta de diferentes escalas de intervenção. No total, sete (7) formações sanitárias foram visitadas, compreendendo diferentes tipos de formações no sistema sanitário. O síntese provisório dos resultados do inquérito e descriminado no quadro.

Quadro 5 Formações Sanitarias visitadas				
Tipo	PUBLICO	PRIVADO	OUTRO	TOTAL
Hospital Nacional	Hospital Nacional Simão Mendes			01
Hospital Regional de Bafata				
Hospital Cumura	02	Hospital de		
Clinica Privada		Clinica Privada Madre		01
Teresa				
Centro de Saúde de Bandim				
Centro de Saúde	Centro de Saúde de Mansôa			
		1 o02		
Outro	Laboratório Nacional		01	
TOTAL	05	01	01	7

A gestão dos RBM pode ser apreciado em três níveis. Nas formações hospitalares:

7.1. - Observação sobre estruturas visitadas

Hospital Nacional Simão Mendes

- o Hospital de referência para todo o País;
- o Falta total de meios;
- o observa-se muito frequentemente mais de um doente sobre a mesma cama, o que faz com que a taxa de ocupação seja mais de 100%;
- o Sobre o plano de GRBM, os esforços foram feitos estes últimos tempos pela agência responsável pela higiene em proceder a limpeza de toda a estrutura sobretudo nos lugares aonde os lixos foram vazados;
- o Cestos de lixos foram instalados ao longo das vias e no interior do Hospital e são recolhidos por uma viatura da câmara.
- u Existe uma incineradora tipo artesanal (metálico) que é utilizada quando o lixo não é recolhido pela Camara;
- o Os agentes responsáveis pela remoção dispõem de pouco material, apenas de (baldes, escovas, etc.);
- o Lixo e vazado algumas vezes atras do muro da estrutura;
- o As placentas e pedaços de operações são enterrados num canto a beira do muro;
- o As luvas são de pouca quantidade, as que normalmente devem ser do uso único, são utilizadas mais do que uma vez, limpadas e algumas veze desinfectadas.

Laboratório Nacional da Saúde Publica

- o E o laboratório de referência;
- o Esta em plena reabilitação com a cooperação suíça;
- o Dispõem de tantos produtos químicos a destruir, mais não ha meios;
- o Recuperação dos micro pipetas para serem reutilizadas.

Centro de Saúde de Mansoa

- o Actualmente apoiado por ONG EMI;
- o Deve ter estatuto de Hospital: trabalho de construção e equipamento em curso (Urgências, blocos, secção de radiografia e maternidade);
- o Lixos queimados num recipiente metálico, mais hà previsão de construção de uma incineradora no Projecto;
- o Esta previsto um acréscimo de numero de camas para 38;
- o Sobre planos ligados a DGBM, grandes acções vão ser realizados;
- o Equipar os agentes de conversão;
- o Colocação dos recipientes para deposição dos lixos;
- o Colocar nos locais os devidos materiais para a limpeza (pano de limpar o chão, lixívia etc);
- o Os médicos sobre cuidados de higiene e saneamento;
- o Esta previsto ao corrente do mes uma formação sobre medidas de higiene.

Centro de Saúde de Bandim

- o Situada num dos bairro populares, longe do Hospital extremamente frequentado;
- o Dispõem dum buraco aonde os lixos são depositados e depois queimados;
- o Falta de meios;
- o Corte frequente de água.

Hospital Regional de Bafata

- o Não ha água, as Enfermeiras cada manhã põem água no balde para a utilização no Hospital;
- o Existe uma incineradora tradicional;
- o Reutilização de luvas do uso único;
- o Cartões a servir de recipiente para deitar lixo.

Hospital de Comura

- o Hospital confeccionado e gerida pela Igreja;
- o É um Hospital para tratamento de lepra, também para outras doenças;
- o Tem pavilhões que tratam de tuberculoso esperando pela conclusão do Hospital Raul Follereau;
- o Ha salas de hospitalização de doentes;
- o A manutenção desse Hospital é muito boa.

Clinica Privada Madre Teresa

- o Dificuldade de funcionamento depois da guerra, devido a pobreza;
- o Clinica muito bem equipada;
- o Lixo descarregado em tanques e transportado por uma carruagem privada.

Observa sobre a Descarga Publica

Li Situada a uma dezena de quilómetros da estrada do Aeroporto;

Li Perto do cemitério;

o Antiga Zona de evacuação de latarias;

o Existe uma recuperação no local (ferro, metal, garrafas em vidro etc).

7.2. - OrManização da gestão dos RBM

A Organização e gestão dos RBM na formação sanitária, apresenta algumas insuficiências, embora os esforços notados em alguns Centros de Saúde. O constrangimento maior identificado na Gestão dos RBM concerne: Ausência de planos ou de mecanismos de gestão interno, (ii) Inexistência de dados viáveis da quantidade produzida, (iii) o facto de que as formações sanitárias nem sempre designam responsáveis para seguimento da gestão dos RBM.

Regulamento interno sobre o GRBM

Em nenhuma estrutura existe regulamentos interno do GRBM: Apenas o Centro de Mansoa, com a chegada da ONG EMI, que tentam estruturar a gestão dos RBM em particular e de higiene em geral. Também no Hospital de Comura, existe uma disciplina interna sobre gestão do GRBM e higiene. Nas outras estruturas os lixos são geridos a luz de meios muito fracos posto num camiao da Câmara e as pequenas despesas destinada para a queimada dos lixos (gasoleo) são dispensadas.

Orçamento destinado a GRBM

Nas estruturas: No orçamento não ha existe nenhuma soma especificamente destinada para funcionamento da GRBM. Esta rubrica foi diluída na rubrica manutenção e saneamento. As prestações remuneradas aos recolhedores dos lixos são por descarga de caretas (como e o caso das clinicas), ou através da quantia gasta em combustíveis.

Azentes/ equipas de gestão do RBM

Todas as estruturas dispõem de equipa responsável da GRBM e algumas nomearam mesmo um responsável de GRBM, caso do hospital Nacional. As equipas são compostas por agentes de manutenção que ocupam de varrer as estruturas e limpar as salas. São eles também os responsáveis para remoção do lixo. Não recebem nenhuma formação para esse fim. No caso do Centro de Saúde de Mansoa, estava previsto uma formação para os responsáveis a seguir quotidianamente trabalhos dos agentes de manutenção e assegurar também a formação continua. No Hospital de Comura, os responsáveis também asseguram a boa aplicação das medidas estabelecidas junto dos agentes de manutenção.

7.3 - Se2re2ação - recolha e armazenamento dos RBM

i) Presença do RBM no chão e nos soalhos

Apenas no Hospital de Bafata se observou o lixo no chão, uma vez ou outra se observou um ou outro lixo no chão de algumas salas, mas não se constatou nenhum desmazelo de lixo a não ser no Hospital Nacional.

ii) Recipiente da recolha

Todas as estruturas dispõem de recipiente para a recolha do lixo: Estes recipientes na generalidade servem ao mesmo tempo para os resíduos biomédicos e lixos domésticos.

iii) Tipo de recipiente

Os lixos infecciosos e os que contêm objectos cortantes, agudos etc são postos no mesmo cesto de lixo de diferentes formas conforme a estrutura.

Lixos infecciosos:

- o Recipiente em plástico 4 estruturas sobre os 07
- o Cartões ordinários 2 estruturas sobre 07 (Hospital de Bafata e Centro de Saúde de Bandim).

u Sacos de plástico no recipiente 1 estrutura sobre 07 (Hospital de Cumura: os sacos são postos no recipiente do lixo e recolhidos quando estiverem cheios.

Em algumas estruturas (Mansoa, Cumura, clínica) puseram uma caixa para se meter as agulhas utilizadas do tipo de UNICEF esse sistema também se pode observar em alguns serviços de vacinação e laboratórios.

Estado do caixote de lixo:

A avaliação do estado dos caixotes de lixo leva aos seguintes resultados:

Li Cor de identificação: Nenhum caixote de lixo possui uma cor para a identificação do RBM;

o Tampa de fecho: Nas 04 estruturas sobre 07 os caixotes de lixo tem tampa (laboratório nacional, clínica, Mansoa e Comura) para fechar o caixote de lixo em 03 não é possível, porque os caixotes não têm tampas (caso de Bafata e Bandim). Caixotes de lixo simples e algumas vezes cestos de papéis para Hospital Nacional);

o Sinal a indicar o tipo de lixo: Não existe nenhum sinal a distinguir o tipo de lixo nos caixotes de lixo em todas as estruturas visitadas;

o Apresentação dos caixotes de lixo: 04 Estrutura sobre 07 tem os caixotes de lixo em bom estado (laboratório nacional, clínica, Mansoa e Comura), nos outros os caixotes de lixo estão em más condições.

iv) Aerea e Zona de Estocagem

Em todas as estruturas visitadas, existem zonas de armazenamento:

- Buracos abertos ou não (Laboratorio: Buracos em alvenaria, Bandim: Buraco simples);
- Sobrepostos num local (Bafata, Cumura);
- Tanques metálicos (Clinica, Hospital Nacional, Mansoa)

Estas zonas de estocagem são acessível em três estruturas para as pessoas não autorizadas e as crianças (Hospital Nacional, Bafata e Bandim), eles estão todos separados e ligados na preparação das refeições. Mais estanho é a maior parte daquela zona não esta protegido. Com o vento, apercebe-se uma descida de lixo.

Globalmente, quase a totalidade das formações sanitárias dispõem de caixotes de lixo de RBM, embora a reciclagem utilizada não seja muito variável nem tão pouco apropriada para a manutenção dos lixos infecciosos (baldes de plástico sem cobertura etc) se for redobrado esforços a nível dos recursos renováveis para impedir a mistura dos RBM com lixos doméstico seria bom. Nota-se insuficiência de caixotes de lixo e falta de recolha (especialmente das agulhas) sobretudo estocagem dos assim como a falta de equipamento apropriado de protecção pelo pessoal de gestão dos RBM.

No que concerne a transporte deste lixo fora das formações sanitárias, os recursos a prestação privada especializada na recolha dos RBM, constitui um maior constrangimento para os Centros de saúde porque não dispõem de sistemas interno de tratamento, o que lhes leva a criar as descargas selvagens internas.

No Hospital Nacional Simão Mendes a recolha dos lixos (e os resíduos biomédicos) é assegurado pelos serviços técnicos Municipais, por causa da incineradora que se encontra estragada. Na prática, a execução desta recolha Municipal é ligada a umas séries de constrangimentos, porque é feita gratuitamente, não existe nenhum contrato de retirada . Os Municípios não sentem a obrigação de assegurar a recolha dos lixos e intervir de uma forma frequente. Deste modo, compromete a regularidade das prestações e ocasiona prejuízos no plano ambiental e sanitário.

As insuficiências notadas na separação efectiva dos RBM constitui uma preocupação maior, não só no ponto de vista técnico, mas também ambiental e Sanitário. Embora os esforços dos recursos nas salas de tratamento, constata-se uma mistura composta de " venha tudo" os lixos infectados os lixos ordinário não infectados (similar aos lixos doméstico) assim também se constata nos caixotes de lixo e nos lugares da evacuação. Esta situação da origem a um cruzamento de volume de lixos contaminados.

Portanto uma separação desse lixo iria permitir a redução do lixo contaminado e garantir uma melhor protecção da saúde publica e facilitar a grande maioria de preocupações que leva a crer que não se pode fazer nada para diminuir o volume do RBM produzido.

Se tivermos em conta que o lixo contaminado representa mais de 20% da produção total gerado, compreendemos a desordem que representa (em termos materiais e financeiros). O esforço para

recolha conjunta do lixo sujo. Se não se perceber o perigo que o resíduo Biomédico representa, ele vai continuar a ser despejado nos lugares públicos ou terrenos baldios, sem tomar nenhuma precaução para a protecção dos sítios. Os lixos contaminados são recolhidos da mesma maneira que os domésticos, geralmente a descarga não tem restrição são feitas todas no mesmo lugar. Não existe nenhuma disposição especial para dominar os riscos causados por resíduos Biomédicos contaminados e resíduos tóxicos no meio ambiente. Devido à falta de gestão e seguimento destes lixos, a população acaba pensando que estes resíduos não constituem nenhum perigo. A utilização de materiais reciclados (caixas de medicamentos e outros recipientes em plástico) parece ser uma opção interessante para a redução dos resíduos tóxicos e redução do volume de lixos a serem incinerados. A selecção deste tipo de lixo pode permitir recolhedores recuperar alguns objectos de contaminação sem nenhuma formação Sanitária. Este passo vai permitir reduzir os riscos de infecção na descarga.

Quadro 6 Separação e código das cores para a GRBM

Designação	Lixo de	déchets	Cesto de lixo altamente	Cesto de lixo com	Balde de lixo
perigosos	perigoso	objectos	traçantes		
Tipo	de Cesto ou saco de plástico	Cesto de lixo ou saco	Lata hermétique	Bac en plastique ou	
balde/lixo	plástico	container			
Color	amarelo	Amarelo com	descrição	Amarelo	descrição preto
« altamente infeccioso » « agulhas »					
Categoria de Resíduo infeccioso não Resíduo traçante altamente Objectos cortantes Resíduos					
Resíduo	traçante	infeccioso	assimiláveis	aos	
domésticos					

7.4. - Tratamento e deposição final dos Resíduos Biomédicos

Na formação sanitária são utilizados diversos métodos de tratamento e eliminação dos resíduos biomédicos. Na missão ao terreno constatou-se que depois de se proceder à formação sanitária, começaram a incinerar os resíduos biomédicos (não com frequência ou normalmente)

Em 7 centros visitados constatou-se o seguinte:

* Tratamento local: 05 estrutura sobre 07

Todo o lixo sem distinção é tratado no local: Laboratório faz a queimada numa fossa construídas, Bandim queima num buraco aberto, Mansoa dispõe dum sítio para queimar o lixo, Cumura e Bafata dispõem de incineradora tradicional em alvenaria.

* Tratamentos fora da estrutura sanitária: 02 sobre os 07

No Hospital nacional a câmara recolher o lixo que estiverem no seu alcance, quando o camião não vem recolhê-lo, eles são incinerados na incineradora tradicional em metal ou e evacuado para a descarga pública. As clínicas normalmente, convocam carruagens públicas que recolhem o lixo e queimam-nos nos arredores da cidade.

Algumas formações sanitárias queimam os seus lixos no local ao ar livre, como é o caso de Mansoa. Queimada ao ar livre é praticada na presença de uma testemunha de saúde na maioria parte dos Centros de Saúde. Também fazem queimadas dos lixos nos buracos, mas esta prática pode ser prejudicial porque polui o ar e não é boa para o meio ambiente (por exemplo plástico queimado liberta muito dióxido de carbono). Esse métodos deixa uma quantidade enorme de resíduos por

queimar apenas 30% é destruído totalmente o resto da eliminação fica sem resolver. Todavia, os riscos nocivos abala fortemente o meio rural.

Nas outras estruturas os Resíduos Biomédico são enterrados, como o Centro de saúde de Bandim. Quando encher o buraco enterram-no e fazem um outro ao pé. A forma como é feita o enterramento é muita anarquia. Existe riscos verdadeiros de deterioração das agulhas e dos outros objectos que podem causar ferimentos e infecções como o tétano e poluição.

Reacção directa dos lixos de tratamento do centro de saúde pela natureza e pelo solo. A mistura dos resíduos biomédico com os lixos doméstico nos cestos do lixo é uma prática que entourna os Centros de Saúde situados nos meios urbanos. Normalmente não possuem incineradoras. Isso vai fazer com que a descarga do lixo se faça nos balneares da formação sanitária, o que é muito frequente nos centros de tratamento em Bissau e nos outros Centros Urbanos. O não controlo dos resíduos biomédico apresenta riscos ambiental e sanitário especialmente para as crianças recuperadores informais que utilizam depósitos selvagens.

7.5. - Evacuação das àauas usadas

Apenas o Hospital principal esta ligado a um esgoto que desaba no porto. As outras estruturas dispõem de fossas sépticas que constantemente são esvaziadas por camiões na mata sem nenhum tratamento.

8. IMPACTO AMBIENTAL SANITARIO E SOCIAL

8.1 - Impacto sanitário

i) Impacto Sanitário global

Problemas causadas por uma mà gestão dos resíduos biomédicos são coroados de uma grande preocupação. As pessoas expostas no processo dos resíduos biomédico são: os pacientes e profissionais de saúde, pessoal médico e paramédica que se encontram nos compartimentos de tratamentos, os ajudantes, serventes e os agentes responsáveis para a incineração etc. Fora do perímetro hospitalar, os agentes da sociedade privada ou ONG responsável para a recolha, transporte e descarga dos lixos doméstico misturado com resíduos biomédicos. Os recuperadores informais que praticam de uma maneira permanente ou ocasional a busca do lixo. Especialmente as mulheres as crianças e a população que utiliza os objectos hospitalares recuperados para o uso doméstico.

Os riscos ligados a mà gestão dos lixos saídos dos tratamentos de saúde é enorme, como os do materiais utilizado para limpar e tratar ferimentos em acidente etc. As crianças que jogam ou procuram as suas necessidades na descarga dos lixos podem contrair uma intoxicação aguda, infecção nociva. Para o pessoal de saúde e recolhedores dos lixos (exposição, falta de equipamento de protecção, falta de seguimento médico etc).

No que conceme as infecções, identificou-se três categoria:

* As doenças virais como HIV/SIDA, hepatite viral B e Hepatite Viral A, são patologias mais expostas ao pessoal de manutenção do lixo e a população que reviram o lixo

(crianças, recuperadores etc);

* Também há a contaminação das doenças microbianas e bacteriosa como a Tuberculose, Varicela e Febre Tifóide, etc;

* As doenças parasitárias,(resultados de selas provenientes dos Centros de Saúde e rejeitado nos depósitos públicos situados perto das habitações) como disenteria os ascaris, etc.

No que concerne ao risco dos ferimentos, podemos sublinhar que os lixos agudo e cortantes, como seringas, pedaços de vidro, laminas, podem causar ferimentos que origina infecções, por exemplo as seringas usadas e recicladas pelo usuário podem ser usados como brinquedo pelas crianças. Ela constitui uma via potencial para a transmissão do VIH, câncer através dos produtos radioactivo, queimadura e irritação da pele através dos produtos químicos tóxicos e radioactivo, sem nenhuma ligação com o risco de infecção do VIH/SIDA.

De uma maneira geral, a população esta exposta aos resíduos biomédico esvaziados no deposito do lixo (no fundo ou nas proximidade das habitações) o que constitui um grande risco. O deposito dos bairros populares são geralmente utilizados com lugar de facilidades (principalmente pelas crianças, que normalmente andam ai descalças), expõem-se a contaminação sobretudo dos objectos cortantes e das agulhas. Os objectos utilizados nas curas feitas em casa, são juntados com lixo doméstico, esses ficam expostos as crianças que as utilizam como brinquedos. Com a campanha de vacinação alargada, o risco de ferimentos aumentam, devido a proliferação das agulhas e seringas nas lixeiras. O impacto da contaminação alimentar é muito grande, devido a ignorância dos manipuladores dos lixos (nos Hospitais e clinica) e a falta de equipamento adequado para a stocagem, recolha e disposição dos resíduos biomédico, o que faz com que exista a mistura dos resíduos biomédicos com lixos solidos menos nocivos. Nas descargas publica do lixo nota-se presença de animais domésticos procurando comida. A descarga ao ar livre se houver vento, ele pode transportar germes patogenias proveniente dos residuo biomédicos, proveniente dos Hospitais e Clinicas.

ii) Impactos Sanitários observado na gestão actual dos Resíduos Biomédicos

Quadro 7 Impacto sanitário observado na gestão actual dos RBM

Actividades ou Consequências estrangulamentos de gestão RBM.	Impactos sanitários	Categoria
Sem triagem selectiva	Mistura dos RBM com lixos	Feridas infecções/contaminação Maior
Cestos lixos não apropriado	Despejos dos RBM, uma ma manipulação.	Feridas infecções contaminação Maior
Mistura dos RBM domésticos .	com lixos Contaminação dos lixos dentro dos resíduos.	Feridas infecções contaminação Maior
Não responsável designado para assegurar a gestão dos RBM.	Falta de seguimento da gestão dos RBM.	Feridas infecções contaminação Maior
Incineração dos RBM cancerígena.	Emissão de fumos	Emissão de gás toxico e Maior
Despejo dos RBM numa fossa a céu aberto.	Decomposição de resíduos	Mau cheiro proliferação de germes patogénicos e outros
vectores de doenças.		
Sem equipamentos de protecção nua, cara descoberta	Manipulação dos RBM à mão	Feridas e infecções Maior

O quadro a seguir indica os níveis dos riscos por cada categoria de actores implicados na gestão dos RBM.

Quadro 8 Riscos para os actores formais na GRBM

Categoria	Nível do risco	explicações
Pessoal de saúde	de Médio	- grande tomada de consciência dos perigos - possibilidades de reciclagem sobre as melhores práticas para efectuar rotina
Rapazes e raparigas	e alto	- tomada de consciência relativamente fraco - baixo nível de formação de instrução
agentes de manutenção		- fraca motivação - fraca protecção
Recolhedores de resíduos municipais	alto	-tomada de consciência relativamente fraco - baixo nível de formação e de instrução - Fraca motivação - Fraca protecção

(Fonte: visitas no terreno)

Quadro 9 riscos para as populações riverinas

Categoria	Nível de risco	Explicações
População fracos rendimentos	de Médio elevado	- Fraca tomada de consciência - Precariedade de habitat e das condições de vida - Coabitação« forçada » com as lixeiras e resíduos - Zonas de habitação localizadas na proximidade dos sítios de descargas - Contaminação do quadro da vida ambiental - Práticas correntes de automedicação (cuidados ao domicilio)
Crianças elevadas	Muito elevado	- Falta de consciência do perigo - Falta de protecção (eles são geralmente nus) - Contacto diário com os resíduos

(Fontes :visitas de terreno)

Quadro 10 Riscos para os actores informais (recuperadores)

Categoria	Nível de risco	Explicações
Recuperadores elevados	Muito elevado	- Contacto fechado e directo com os resíduos - Falta de alternativas económicas que podem lhes conceder rendimentos económicos mais elevados que a reciclagem dos resíduos. - Fraco nível de educação e fraca tomada de consciência do risco - Utilização mínimo de equipamentos de protecção devido custos elevados. - Sempre, fraca resistência as infecções devido ma condições de vida - Fraco acesso aos cuidados de saúde - A maior parte entre eles consultam pacientes poucos escrupulosos e eles são afectados pelos primeiros produtos

Quadro 11 Riscos de infecção por VIH/SIDA por etapa de produção dos RBM

Pessoas expostas e situação	Risco	Cat�goria de risco
actores	contaminação de	
HIV/SIDA		
Produção	Pessoal médica (Centro Falta de atenção ignorancia Ferimentos com maior de saúde, clandestinos e de riscos, mistura com outros objectos cortantes e ambulantes)	lixos. picantes
Triagem na	Personnel m�dical Absence de cat�gorisation Accidents	maior
fonte	(centres santé, (mélange de tous les DBM Contaminations de maior clandestins et tous les déchets ambulants)	coupants/piquants
Armazenage	Aides-soignants Déchets non protégés Blessure par objets maior m Personnel d'entretien (récupération, déversement)	coupants
Recolha	Personnel des Sociétés Mélange avec ordures Blessures avec maior transporte e privées Récupération objets	
evacua��o		piquants/coupants
Moyens de collecte	peu Blessures avec maior appropriés et récupération	objets coupants
Elimina��o	Pessoal de manuten��o, Sem protecção Ferimentos maior crianças, populações recuperação riberinhos,	
__recuperadores		

(Fonte: visita de terreno)

8.2. - Impacto no meio Rural

i) Impactos globais no meio Rural

As práticas mais nocivas para a natureza são alguns métodos de tratamento e eliminação dos resíduos biomédico como: deposito na lixeira publica, enterramento, queimada ao ar livre. Nos centros e alguns estabelicimento de saúde os resíduos são enterrados nos buracos feito de qualquer maneira isso é uma prática de expansão dos produtos nocivos para o Meio Ambiente, porque estes buracos não são protegidos e a sua eficacidade não garante uma boa manutenção . A queimada ao ar livre   uma outra prática utilizada nas formações Sanitarias, contudo este método pode ser considerado como sendo o mais poluente para o ar, porque emana particulas que contem substancias altamente toxicas. A combustão dos resíduos biomédicos pode emitir acido cloridico em azoto, oxido de carbono, sulfurio, assim como emissão de particulas contendo substancias organocloro, tal como dioxina, os furanos, os clorobenzeno e os clorofenos, conhecidos como grande causadores de cancer. O despejo dos resíduos biomédicos na descarga publica dos lixos domésticos parece ser a solução que vai facilitar os esforços. O recurso a esse método engendra o aparecimento de infecção, que tende a multiplicar com o contacto dos lixos aos Resíduos biomédico e a contaminação do meio natural e transmissão das doenças.

Por outro lado, apercebe-se ausencia de acompanhamento para dominar o perigo causado ao meio ambiente e pessoal de (recuperação).

A incineração constitui uma prática geralmente recomendada devido a sua eficacia, mas não é um método que tem menos riscos de contaminação atomosférica e perigos de saúde para a população, se não for adoptada desposições técnicas apropriadas por exemplo, selecção dos lixos, para evitar a combustão de elementos plasticos, os produtos clinicos e metais pesados.

Por outro lado, a colocação da incineradora do despositivo de purificação dos fomos, a altura do chamine e o periodo de funcionamento deverão ser sériamente estudados.

No que concerne aos resíduos liquidos, o seu desvaziamento sem um particular tratamento apresenta riscos enormes para a saúde publica e para o meio natural. Mesmo se a maioria das Formações Sanitarias dispõem de fossas sépticas para o despejo de águas usadas, essas não são tratadas antes de serem despejadas, portanto um simples desinfecção quimica poderia reduzir de maneira muito sensivel os elementos patogénico.

Em resumo, os impactos sobre o ambiente biofisico são de diversas ordens e conceme: i) A poluição estética, a poluição do ar, os incomodos provocados por queimadas de lixo ao ar livre, os fomos das incineradoras; ii) A contribuição e a poluição das águas superficiais e subterraneas pelas águas de lixiviação das descargas.

ii) Impacto especifico observado na actual gestão dos Resíduos Biomédico

Quadro 12: Impacto sobre o meio natural devido a gestão dos resíduos Biomédico

Actividades	ou Consequencias	Impacto sobre o meio	Categorias
estrangulamento de dos RBM			

Sem triagem selectiva	Mistura dos RBM com os lixos	Poluição do lençol freatico	Maior
contaminação dos resíduos ao nivel	Poluição do ar	Menor	
de descarga.	Pouição do solo	Maior	

Sem cesto de lixo	Estocagem não apropriada dos RBM	Poluição do lençol freatico	Maior
apropriado		Poluição do ar	Menor
Pouição do solo	Maior		

Mistura dos RBM com os lixos	Contaminação dos resíduos ao nivel	Poluição do lençol freatico	Maior
das descargas		Poluição do ar	Menor
Pouição do solos	Maior		

Incineração dos RBM	Emissão de fumos na atomesfera	Poluição do lençol freatico	Maior
Poluição do ar	Menor		
Pouição do solo	Maior		

Despejo dos RBM nas cheiros	Poluição do lençol freatico	Maior
fossas aar livre	Poluição do ar	Maior
Pouição do solo	Menor	

8.3. - Aspectos socio culturais da gestão dos Resíduos Biomédicos

i) Impactos Gerais

Uma modificação qualitativa do sistema dos lixos podera reduzir de uma vez a quantidade de residuos(proveniente dos Centros de Saúde) e também vai reduzir os recursos de investimento que dispõem o grupo que exercem a actividade de recuperação e de reciclagem dos lixos.

É por isso, o plano deve prever medidas de seguimento como por exemplo autorizar a recuperação na fonte (nos centros de saúde) e sobretudo proibir o pessoal encarregue para a recolha e manutenção de proceder as actividades de recuperação, (afim de não penalisar os recuperadores). Tendo em conta que os recuperadores não habitam na zona da localização das descargas publicas, por isso não existem riscos de recorrer medidas de afugentação. Efectivamente as descargas são sempre longe da vila e os recuperadores vêm ali exercer as suas actividades antes de procederem o regresso para casa.

Em todo o caso, os aspectos socio-culturais ligados a GRMB devem ser tomadas em consideração no quadro das estratégias do plano de acção afim de permitir a adesão das populações implicadas e a sua inteira e plena participação na implementação do programa.

Convem sublinhar que a população demonstra uma grande sensibilidade face a certos tipos de resíduos, especialmente anatomicos (placentas, amputações,etc...). Eles são muitas vezes bastante exigentes relativamente a forma da sua eliminação. Nos seus olhos é inaceitavel deitar fora este tipo de resíduos nas descargas de lixos ou os incinerar. Regra geral, este tipo de resíduos é entregue ao paciente ou membro da familia para proceder o seu enterramento. Qualquer forma as crenças religiosas e socioculturais devem ser tomadas em consideração no plano da GRBM, no sentido de garantir o respeito das representações assim como dos costumes das populações concementes. Esta é uma das condições necessarias para obter uma adesão não formal, mas real a toda a estratégia de gestão dos resíduos.

Quadro 13 Impactos socioculturais especificos

Actividades ou estrangulamentos de RBM	dos Impactos socioculturais	Categorias
Sem triagem selectiva	nada	
Cestos de lixo não apropriados	Risco de estocagem de produtos de amputação, de	Maior
placentas nas lixeiras de fortuna		
Mistura dos resíduos Biomédicos com os lixos domésticos	Riscos de despejo de productos de amputação, de	Maior
Incineração dos RBM	placentas, etc. nas descargas de lixos.	
placentas, etc..	Riscos de incineração dos membros amputados, de	Maior
Despejo dos resíduos Biomédicos nas fossas aar livre	Riscos de despejo de produtos de amputação, de	Maior
	placentas, etc...	

9. AVALIAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE ELIMINAÇÃO DOS RBM

9.1. - Princípios e critérios de análise

As opções de tratamento dos RBM a reter deve ser eficaz, seguro, ecologico e acessivel, afim de proteger as pessoas das exposições voluntarias ou acidentais aos efeitos dos lixos no momento da recolha, da manutenção da colocação, do transposte, do tratamento ou de eliminação.

As escolhas devem ser efectuadas na base dos seguintes critérios:

- Performancia e eficacia de tratamento;
- Viabilidade ambiental e sanitario
- Facilidade e simplicidade de instalação, de funcionamento, de manutenção;
- Disponibilidade da aquisição de peças sobressalentes
- Acessibilidade dos custos de investimento e de funcionamento;
- Aceitação sociocultural

A implantação de sistema de eliminação deve ser tomada em conta da proximidade do local de produção. Efectivamente, também o tratamento e o deposito dos RBM deve se efectuar o mais perto possivel do local da produção, desde que este seja possivel no ponto de vista técnico e ambiental.

9.2. - Apresentação e análises dos sistemas de tratamento dos resíduos solidos

i) O sistema de autoclave e de microonda

Estes métodos são geralmente utilizados nos laboratorios de análises médicas onde podemos encontrar resíduos bastante infecciosos onde é prevista a reutilização do material. Eles permitem uma estrelização total, mas necessitam de grandes investimentos e pessoal altamente qualificado.

ii) Métodos de Incineração

A incineração dos resíduos especiais é um tratamento termico que tem como objectivo destruição da parte organica de um resíduo por oxidação a alta temperatura. Quando existe a presença nos resíduos de elementos tais como o cloro, o azote ou sulfurio produz a libertação do acido clorohydrico de oxydos de azoto ou sulfurio. Um dos critérios de classificação das fileiras de incineração sera a sua capacidade de neutralização dos fumos ao nivel da mesma combustão. Enfim, alguns compostos organicos, cloro presente em algumas produções fisiosanitarias libertam toxicos tal como dioxinas: Eles devem então ser incinerados a alta temperatura (superior a 1200 °C).

O objecto final é: redução o mais de 90% de volume e 70% do peso dos resíduos; Enorme quantidade de resíduos aceites em mistura: certos liquidos, massa e solidos; Possibilidades de valorização energética. Relativamente aos limites, a incineração produz 3 tipos de resíduos, impossiveis de evacuar sem um tratamento apropriado: os fumos (o processo da purificação dos fumos de alguns componentes tomam esta fileira bastante carro); os resíduos de carvão, (ou ainda metalico); recuperados na saída do forno e que devem ser estocados enquanto ultimos resíduos; os resíduos de tratamento compreendem as cinzas, etc..

Distingue-se entre outros sistemas de incineração:

- * a Pyrolyse sob vacuum: sua capacidade de tratamento é de 500 a 3000 kg de resíduos por dia, com uma temperatura de combustão de 1200 'C à 1600 'C; o resíduo é seguidamente enviado para a descarga; ele custa bastante caro em investimento e manutenção e necessita de pessoal altamente qualificado;
- * O incinerador pyrolítico (incinerador moderno): sua capacidade de tratamento é de 200 a 10000 kg por dia, com uma temperatura de combustão de 800 a 900°C; o resíduo é enviado a descarga; necessita de um investimento e de custos de manutenção relativamente elevados e pessoal qualificado;
- * Incinerador a uma Câmara de Combustão (incinerador tipo Monfort), melhorado porque é exclusivamente manufacturado de uma forma artesanal com terra cozida dosada com cimento branco (esta técnica foi recentemente experimentada aquando de um seminário organizado por OMS em Bamako, Mali, sobre a construção de incineradoras em terra). Eles permitem atingir temperaturas relativamente elevadas, que conduzem inclusivamente a fusão das agulhas. Recentemente (no mês de Novembro 2001) esta técnica foi aplicada com sucesso em alguns países africanos (Burkina Faso, Togo e Benin), no quadro do programa alargado de vacinação contra varíola. O investimento e manutenção são relativamente modestos, e necessitam de um pessoal pouco qualificado.

iii) A desinfeção química

Este tratamento é utilizado para os resíduos infecciosos. Os produtos químicos tal como a lixívia e outros ácidos são utilizados para destruir os germes patogénicos antes de ser posto na lixeira ou nas covas. Os desinfetantes químicos mais utilizados são:

- O cloro (hipoclorite de sódio) que é um desinfetante universal muito activo contra os microrganismos. Principalmente para as situações das infecções de VIH/SIDA, as concentrações de 5g/ litros (5000 ppm) o cloro activo são recomendados;
- O formaldéido que é um gás activo contra todos os micro-organismos, excepto a baixa temperatura (<20°C); a humidade relativamente deve ser perto de 7%. E também comercializado sobre forma de gás que dissolve na água, o formol tem a concentração de 370 g/litro. Este desinfetante é recomendado para os vírus de hepatite e Ebola (mas não para os vírus de Sida); e demais o formaldéido é canceroso.

A inconveniência deste sistema de desinfeção de resíduos é a necessidade de prever outros métodos de eliminação final.

iv) Enterramento sanitário Municipal

Esta prática consiste em depositar os resíduos biomédicos directamente nas descargas municipais. Na realidade, não é um sistema de tratamento: Os resíduos são misturados com o lixo doméstico na melhor dos casos são enterrados em casinhas construídas para este efeito. Esta técnica é de pouco investimento, mas apresenta enormes riscos sanitário e ambiental tendo em conta a prática lamentável em matéria dos resíduos público (ausência de controlo, recuperação).

v) Enterramento no recinto do Centro de Saúde

Enterramento no local é uma outra forma de eliminação, observado nos estabelecimentos sanitários aonde não existe sistema de incineração. Aqui o risco da destruição dos resíduos infectado não é sempre garantido em função do meio. Deste modo, há sempre o risco de desenterramento dos resíduos, sobretudo objectos agudos. Todavia pode-se prever no meio rural, fossas especiais com paredes e profundos estabilizados, a utilizar especialmente nos Centros de Saúde aonde se produz uma quantidade muito pequena de resíduos biomédicos.

vi) Incineração ao ar livre

A queimada dos resíduos praticada em pleno ar livre é factor de poluição prejudicial para o meio ambiente. Geralmente efectuado nos buracos, mas a taxa da destruição dos resíduos nunca é total, porque ronda na ordem dos 70%. As crianças normalmente vão em busca dos restos para utilizarem como brinquedos.

Quadro 14 Apreciação dos sistemas de eliminação segundo os critérios

Fiabilidade Custos de Custo de Facilidade e Disponibil Viabilidade Aceitação
técnica investimento manutenção simplicidade idade de ambiental

peças sobressale ntes	socio cultura l							
Autoclava	Muito bom	Muito alto	Médio	Pessoal	Sem	Muito	Muito	
bastante	evidencia	ecológico	bom					
qualificado								
Muito	Muito alto	Médio	Pessoal	muito	Não	Muito	Muito	
Irradiação	performante		qualificado	evidente	ecológico	bom		
micro-onda								
Pyrolyse em	Muito	Muito alto	Médio	Pessoal	Possível	Um pouco	Muito	
vacuum	performante		qualificado		poluente	bom		
Incinérador	Muito	Suficientemente	Médio	Pessoal	pouco	Possível	Um pouco	Muito
pyrolítico	performante	nte alto	qualificado		poluente	bom		
(incinerador moderno)								
Incinerador	Suficientemente	pouco	pouco	Pessoal	pouco disponível	Poluente	Muito	
com uma	nte		qualificado		bom			
camara de	performante							
combustão								
(artesenal)								
Desinfecção	Suficientemente	pouco	pouco	Pessoal	pouco disponível	Poluente	Muito	
Química	nte		qualificado		bom			
performante								
Enterrament	Pouco	pouco	pouco	Pessoal	disponível	Muito	Mau	
o sanitário	performante		qualificado		poluente e			
municipal				arriscado				
Enterrament	Pouco	pouco	pouco	Pessoal	pouco disponível	Poluente	e Mau	
o nos locais	performante		qualificado		arriscado			
dos Centros								
de saúde								
Incineração	Pouco	pouco	pouco	Pessoal	pouco disponível	Poluente	e Muito	
ao ar livre	performante		qualificado		arriscado	mau		

Quadro 15 Anàlise comparativa de diferentes tecnologias

procedimento	vantagens	desvantagens	Aplicação na
Guiné-Bissau			
Autoclave ambiente	Incidentes insignificantes no meio - Tempo de contaminação elevado - Necessidade de utilizar conteúdos recomendados resistentes a temperaturas maiores 120°.		Não
	- Presença de operador qualificado		
	- Custo relativamente elevado		
Irradiação Micro-onda (Micro-ondas)	- Boa eficácia de desinfecção em certas condições. - Redução considerável do volume dos resíduos	- Custos de investimentos e de funcionamento elevado. - Necessita de volumes importantes para ser ótimo	Não
Ambiente	- Efeitos insignificantes no Meio e manutenção.	- Eventuais dificuldades de fazer funcionar	
Pyrolyse a vácuo	em Decontaminação a 100% ser ótimo	- Necessita de volumes importantes para Não recomendado	
	- Custos muito elevados		
	- Presença de operador qualificado		
Incinerador pirólítico (incinerador moderno)	- Decontaminação a 100% - Redução do volume dos resíduos a atmosfera cinzas. - os resíduos podem ser enterrados	Produção de fumos bastante poluentes para Manutenção pública para hospital nacional	Poderia ser recomendado
	- Sem necessidade de pessoal altamente qualificado	Simão Mendes	
	- custos de investimento bastante elevado.		
	- Custo de investimento bastante elevado		
	- Custo de manutenção fraco		
Incinerador com câmara de combustão artesanal (Tipo Montford)	- Redução considerável do volume dos resíduos - Não há necessidade de pessoal técnico qualificado. 99% dos microorganismos são destruídos. - Custos muito baixos em termos de investimento e manutenção.	- Forte poluição de ar - Custos relativamente elevados - Destruição concerne aproximadamente regionais e Centros de saúde urbanos.	Apropriado para hospitais e
Desinfecção Química	- Grande eficácia de desinfecção - Redução do volume dos resíduos - Fracos custos de certos desinfetantes. desinfectados mantêm intactos.	- Técnicos qualificados - Medidas específicas de proteção - O problema dos resíduos	Não recomendado
Enterramento Sanitário Municipal	- Evacuação externa dos resíduos - custos muito baixos - recuperação /feridas	- Recurso de serviço de recolha necessário - poluição do lençol freático-Risque de contaminação	Não recomendado
Fossa de enterramento no sítio	- Autonomia - custo zero	- Necessidade de uma cobertura permanente dos DISS com a terra para evitar envenenamentos nos sítios de saúde	Apropriado para Centros

Centro de rural e puosto
Saúde (fundo e - Nécessidade de um local apropriado de saúde
as paredes em (diminuição dos espaços sanitarios)
alvenaria)
Incineração ao - Reducção de volumes Poluição importante do ar A proescriir
ar livre - Eliminação imediata Combustao precaria (incinerada)
- Custo zero
28

vii) Conclusão e análise dos sistemas de tratamento

O tratamento no sítio ou no local de produção dos resíduos biomédicos, na medida do possível deve ser privilegiado, porque evita riscos enorme ligados ao sistema de transporte cuja eficácia e durabilidade pode não ser assegurado todo o tempo.

Os quadros discriminados determinam as vantagens e inconveniências de cada método assim como suas aplicações no contexto económico e socio-cultural do País. Análises comparativas permitem recomendar os doutores e hospitais as referências de incineradoras modernas. Construção de incineradoras artesanais tipo Montford nos Hospitais Regionais, Centros de Saúde e meio Urbano. No centro de Saúde e Postos de Saúde, realizar fossas de enterramento com paredes protegidas e fundo estabilizado.

Portanto, a incineração inadequada ou a combustão dos resíduos não incinerado (plástico, produtos radioactivo ou químico, mercúrio, metais pesados etc) pode regenerar os efeitos poluentes no ar, muito nocivo para a saúde. A incineração proposta no plano de acção inscreve-se no quadro de uma estratégia que repousa fundamentalmente no trió selectivo da separação no lugar da produção dos resíduos para poder reduzir no máximo os resíduos infectados e limitar a contaminação dos outros resíduos não contagiosos (papeis, plástico, tubos, seringas, gesso, algodão etc). Todos os tipos de resíduos não devem ser incinerados. O trió selectivo devesse permitir enviar todos os resíduos não contaminado através dos sistemas de tratamento mais clássico (desinfecção, enterramento, descarga municipais, etc) é de reservar para incineração unicamente os resíduos contaminados e os de risco (Agulhas, algodões, embalagens de sangue, etc). Ou esta categoria de resíduos que não libertam (ou muito pouco) produtos tóxicos, especialmente a dioxina e o mercúrio. Por outro lado, o sistema permite uma aniquilação total das agulhas que são vectores mais perigoso para a transmissão acidental do VIH/SIDA.

Nos Centros de Saúde localizados nas províncias e no meio Rural, a quantidade de resíduos produzidos são poucos. Se for respeitada a separação, os volumes de resíduos a incinerar será insignificante. E de mais, a promoção de utilização de recipientes em plástico, permitira reduzir os nocivos resultados de incineração.

A incineração é sempre posta em causa, mas é difícil de a substituir por um outro sistema que apresenta tudo bom para o plano ecológico e económico e que seja fácil a manipular de ponto de vista técnico. A OMS, organizou em 2001 em Bamako (Mali) um seminário para iniciar alguns quadros Africanos em técnicas de fabricação de incineradoras artesanais em terra podendo mesmo permitir a fusão das agulhas. Este tipo de incineradora foi manufacturada em Togo com o apoio de OMS no quadro do programa de vacinação contra o sarampo.

Aonde existe obstáculos institucionais ou políticos será encontrada alternativas na utilização de incineradora, as opções alternativas são: A desinfecção química; descarregamento nas descargas municipais e enterro das placentas nas formações Sanitária (fossas em paredes com fundos estabilizado) se houver espaços adequados.

Os outros sistemas (autoclave, microndas) são muito caros e necessitam de pessoal altamente qualificado para a sua manutenção e funcionamento. As peças sobressalentes não existem sempre no País, por estas e outras razões, estes métodos não são recomendáveis.

9.3. - Tratamentos das agulhas e objectos cortantes

As agulhas e outros objectos cortantes representam os resíduos biomédicos de alto risco que deve ser eliminado, segundo técnicas ecologicas seguras. A tabela seguinte concede uma indicação exacta sobre as técnicas de tratamento suceptiveis de ser utilizado por cada categoria de resíduos.

Quadro 16 Tecnologia de Eliminação dos objectos agudos e cortantes.

Criterios de Fisibilidade Custos de Custo de Facilidade Disponibilidade Viabilidade Aceitação
tecnologia tecnica investimento manutenção simplicidade de peças ambiental social
sobressalente

Autoclave	Muito	Muito elevado	Medio	Pessoal	Pas évident	Não	Muito bom
irradiação micro	performante		qualificado		poluente		
onda				mas			

necessita da
disposição
dos resíduos

Fusion	par	Muito	Medio	para Fraco	Pessoal	pouco Possible	Não	Muito bom
incinération	performante	incinerador		qualificado		poluente		
moderno fraco								

para artesenal

Desinfecção	performante	Fraco	Fraco	Pessoal		Poluente e Bastante
quimica			qualificado		necessita de bom	

depor os
resíduos

armazenamento	Bastante	Muito fraco	Fraco	Pessoal	não	Não	Bastante
nas lixeiras	performante		qualificado		poluente	bom	
enterramento					mas risco de		
nas descargas.					desenterro		

dos objectos
agudos

Enterramento	Pouco	Muito fraco	Muito fraco	Pessoal	não	Mau risco de Bastante
no recinto do	performante		qualificado		deterioração bom	
Centro de Saúde					dos agudos.	

Moer	Muito	Bastante	Fraco	Pessoal	pouco Sem evidencia	Não	bom
mecanicamente	performante	elevado		qualificado		poluente	
mas os							
resíduos							

devem ser
despesados

Encapsulação	Perforrnante	Fraco	Fraco	Simple,		Seguro e bom
pessoal pouco		nao poluente				
qualificado		mas é				

preciso
despejar os
blocos de
capsulas

A fusão dos objectos cortantes nas incineradoras é muito eficaz contudo, a encapsulação, a desinfecção quimica e a estocagem nos recipientes hermeneticos poderia também ser sugerida, devido os seus infimos custos. Em todo o caso, deveria-se insistir sobre a estrelização dos objectos,

em que certos são varias vezes utilizados no meio Hospitalar.

30

9.4. - Tratamento de resíduos líquidos

As águas usadas oriundas das formações sanitárias, particularmente as dos laboratórios, deveriam merecer uma purificação psicoquímica, biológica e bacteriológica especial. Neste domínio preciso a desinfecção química deverá acompanhar todo o sistema a implementar. Efectivamente, a desinfecção química é certamente o método mais eficiente para o tratamento das águas usadas que se encontram infectadas. Por isso, ele devera ser privilegiada no quadro deste projecto, centralizado precisamente sobre a luta contra o HIV/SIDA. Assim podemos prever um sistema combinado (desinfecção e fossa septica) para os centros de saúde, provinciais e rurais. Ao nível dos hospitais centrais, é perferível, considerando o grande volume das águas usadas, optar para um tratamento físico químico, que inclui um posto de desinfecção.

Entretanto, este sistema necessita de um estudo de viabilidade profundo. O quadro a seguir ilustra uma análise comparativa de tecnologias susceptíveis a serem contempladas para o tratamento dos resíduos líquidos nas formações sanitárias.

Quadro 17 Análise comparativa de diferentes tecnologias

Sistema de Funcionamento	Performance técnico	Custo de (investimento e	Recomendação para a
tratamento		Guiné - Bissau	
manutenção)			
Bacia de - tratamento da lama	Medio	Bastante importante	Hospitais nacionais
decantação - precisa de pouca superficie			referências e regionais
e digestão			
Fossa - tratamento da lama	Medio	Muito fraco	Hospitais nacionais,
septica necessita de muita pouca superficie			centro de saúde e posto
de saúde, mas com um			
posto de desinfecção na			
entrada.			
Sistema de - desgrelhado	Muito elevado	Muito fraco	Muito caro, pode ser
lama - Tratamento das lammas			previsto para os
Activada - ventilação			hospitais.
- nécessite surface bastante importante			
Disco - desgrelhado	Elevado	Muito fraco	Não recomendado
biologico - tratamento das lammas			
camas - necessita de superficie bastante			
bacterianas importante			
Tratament - desgrelhado	Tres	Muito fraco	Relativamente caro
o fisico - productos Quimicos	Elevado		pode ser recomendado
quimico - necessita de superficie bastante			para os hospitais de
importante			
recomande		referência , puodo-se	
(muito caro) mas não			
para os centros de			
_____ ~~~saúde.			
Disinfecção - utilização de productos quimicos	Elevado	Medio	Recomendado para todo
quimica - pouca superficie			o sistema de tratamento
- sem investimento em infraestruturas	—		de águas usadas.

10. ESCOLHA DE LOCAIS DE DESCARGA DE RESÍDUOS DE TRATAMENTO

Actualmente, não existe sitios propriamente ditos onde são realizadas descargas controladas de resíduos sólidos na Guiné-Bissau. As descargas são efectuadas de uma forma selvagem, não controlada, fora das aglomerações urbanas, sem nenhuma forma de gestão. Na Guiné-Bissau assim como na maioria dos países africanos, a ausência de direito a propriedade sobre a maioria das terras, é o factor fundamental que conduz com que estas acabam por pertencer ao Estado e as colectividades locais.

Por outro lado, a escolha de sitios para descargas não é coroada de nenhuma dificuldade de ordem administrativa, mas pode acarretar problemas ambientais e socio culturais sérios. Na verdade, as lixeiras selvagens que são observadas nas grandes cidades como Bissau, são constituídas de antigas carreiras de exploração de materiais de construção (areia, laterite) e terrenos nus, compactados com resíduos urbanos, com todos os riscos ambientais e de saneamento que estas actividades podem causar. Trata-se na realidade de autênticos locais selvagens de descargas que recebem elevadas quantidades de RBM. Não é saudável prever de utilizar estas descargas selvagens no quadro de um sistema eficiente e ecologico de gestão dos RBM.

Nas cidades regionais e outras localidades, nota se sobretudo a presença de pequenos depositos selvagens na parte exterior das habitações. Neste caso concreto, seria inapropriado o enterramento dos RBM sem um tratamento adequado. Mesmo assim, nas formações sanitarias onde são recomendadas incineradores (que são implantadas nas cidades não dispõem de descargas controladas) os resíduos de combustão, já esterilizados

Nem com isso as formações sanitarias onde as incineradoras são recomendadas (que são implantados nas vilas não dispõem de descargas controladas) os resíduos de combustão que já são esterilizados, poderiam ser enterrados nos hospitais sob a condição de materializar os locais.

11. FINANCIAMENTO DA DOS RBM

11.1. - Principios e mecanismos da implicação dos Privados

O Ministério da Saúde Pública, MSP e as formações sanitarias, com o apoio das comunidades, deveriam ser implicadas no financiamento duravel da gestão dos RMB, especialmente a nível do seu tratamento e da sua eliminação final. Uma abordagem alternativa seria implicar o sector privado para assegurar o transporte, a estocagem, o tratamento e a eliminação dos lixos sanitarios e as actividades associadas. O presente estudo avaliara as possibilidades do sector privado em fornecer este tipo de serviço. Igualmente serão analisadas as possibilidades do parceria publico-privado neste dominio. Da mesma forma sera avaliada as possibilidades da compensação dos custos ao nível regional ou municipal na base do principio poluidor paga os custos da poluição, isso significa a responsabilização dos custos da poluição por cada estrutura sanitaria em conformidade com o volume dos resíduos produzidos.

Para as formações sanitarias publicas e os gabinetes de saúde privados, a questão de recolha dos RBM constitui uma preocupação pouco importante que esta actividade não faz parte da sua missão primordial.

Todavia, estas estruturas sanitarias tem a responsabilidade e obrigação de assegurar uma ecologicamente duravel dos seus resíduos, em particular os RBM, aplicando sempre o principio, poluidor/pagador. Na prática, as formações sanitarias, sobretudo aquelas que tem estatuto público, parecem estar confrontadas com dificuldades financeiras bastante graves para retribuirem as prestações ligadas a gestão dos RBM.

Relativamente aos gabinetes privados, as dificuldades residem sobretudo na ausência de soluções ecologicas alternativas a suas práticas actuais.

Efectivamente a maioria dos gabinetes de cura (particularmente aqueles que exercem nas suas habitações) não parece estarem a altura de adquirir instrumentos de tratamento apropriados por causa da modestia dos seus recursos financeiros, e da natureza das suas prioridades em materia de investimento e equipamento. Portanto os gabinetes privados manifestam uma vontade e uma disponibilidade a participar a uma montagem institucional que facilita a dos seus RBM. Neste quadro, é conveniente identificar, de uma maneira concertada, um mecanismo de , definir modalidades tecnicas de recolha e encontrar uma chave para a partilha dos custos de tratamento. Com uma produção nacional estimada em 1781 Kg/dia, dos quais 566 Kg/dia de RBM, a dos RBM não constitui um mercado muito importante no plano financeiro. Todavia, esta produção poderia oferecer oportunidades de receitas interessantes para algumas empresas privadas, particularmente as pequenas empresas emergentes, cujas actividades são orientadas em trabalhos de baixo custo e uma grande intensidade de mao de obra.

A implicação destas estruturas na gestão dos RBM implica o reforço das suas capacidades e dos seus equipamentos. Se queremos que o mercado potencial da gestão dos RBM, seja atractivo no ponto de interessar as sociedades privadas, é preciso que haja garantias serias de pagamento dos serviços que são oferecidos. A priori, não é um problema que se poem a nivel dos gabinetes privados que se encontram em altura de retribuir a recolha dos seus RBM. Mas, o problema coloca- se a nivel das formações sanitarias publicas com fraco orçamento e que constitui sempre um objecto de solicitacoes quotidiana no sentido de assumir os encargos de urgencia de ordem medical. Tal situação justifica a opção em favor de instalação de incineradoras (modernos e artisenais) nas formações publicas. Medida deste genero evitaria de recorrer aos prestadores privados para a recolha e o transporte dos RBM.

11.2. - Medidas ormanisativas e incentivos

A organização de tratamento dos RBM deveria privilegiar a eliminação in situ, no seio dos locais da produção, afim de evitar prejuizos ambientais e sanitarios ligados a um sistema de recolha e de transporte fora de alcance.

Neste ponto de vista, o objectivo devia ser, de dotar todas as formações sanitarias de instalações ou equipamentos apropriados no plano técnico, economico e ambiental.

Tendo em conta a impossibilidade de dotar no imediato, todas as infraestruturas sanitarias, de sistemas autonomos de tratamento, pode ser previsto medidas progressivas que permitirao ao curto termo, de utilizar ou racionalizar certas instalações de tratamento existentes em determinadas formações sanitarias.

Esta medida concerneria os gabinetes de tratamento privados que manifestarem certa « vontade de pagar » para o tratamento dos seus RBM se lhe forem oferecidas as possibilidades. Dentro desta perspectiva, um mecanismo de parceria publica e privado poderia ser prevista para o tratamento na base dos seguintes principios:

- Os estabelecimentos sanitarios publicos dispendo de incineradoras performantes e de grande capacidade podendo receber os RBM provinientes de estruturas de saúde situados nas proximidades, a espera que estes ultimos possam dispor de unidades de tratamentos autonomos.

- neste caso, as formações sanitarias concemantes serao obrigadas de contactar prestadores para a recolha (empeza de recolha) e transporte dos RBM em direcção dos incineradoras da sua zona e sobretudo participar no funcionamento e das instalacoes segundo as modalidades que de comum acordo podem ser determinadas;

Em todo o caso, um esforço particular deve ser efectuado ao nivel das infraestruturas sanitarias publicas e privadas (com a instauração de linhas de escritura especifica para a gestão dos RBM) afim de assegurar o financiamento deste serviço, cujos custos poderiam ser assumidos facilmente se as medidas de reter no local da produção (na fonte) forem rigorosamente aplicadas (redução dos volumes dos RBM). Naturalmente que a falta de afectação de fundos para a gestão dos RBM compromete fortemente a melhoria do sistema de tratamento duravel dos RBM. Por outro lado, a falta de afectação de um orçamento especifico ao nivel dos centros de saúde e a modestia das provisões a nivel nacional não incita os privados a investirem capitais dentro de uma fileira que parece não lhe proporcionar perspectivas reais de realizar lucros.

Para garantir uma implicação duravel dos privados no processo da gestão dos RBM, é indispensavel prever medidas incitativas, cuja contribuição mais importante é o reforço e a aplicação da regulamentação.

Esta regulamentação deve ser baseada no principio de « poluidor pagador » e obrigar o productor dos resíduos de assegurar a sua recolha e a sua eliminação. Disposicoes especificas devera constituir obrigação aos Centros de saúde (essencialmente as clinicas privadas) de tratar os seus RBM, ou de os evacuar (pelos seus proprios meios ou recorrer as empresas privadas) em direcção dos incineradoras localizados nas zonas de referência.

Outras medidas são suceptiveis de fortalecer positivamente esta implicação, especialmente a formação dos responsaveis em tecnicas de gestão dos RBM. A obtenção de facilidades fiscais para os operadores privados que tem projectos de importar equipamentos especiais de recolha dos RBM; a facilitação de obtenção de acordos e adopção de procedimentos diligentes de acordo dos privados que desejarem investir nas fileiras de gestão dos RBM

12. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO

12.1. - Nível de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP)

Varias categorias socioprofissionais são directamente ligadas (em termos de riscos) por GDISS e susceptíveis de serem contaminadas pelo HIV/SIDA. Trata se em particular os grupos seguintes: i) pessoal de estabelecimentos de saúde (pessoal médico, paramédico, assistentes sanitarios e serventes); ii) pessoal de limpeza e recolha de resíduos; iii) os recuperadores informais; iv) populações riverinos das descargas ou utilizadores dos objectos reciclados ou utentes dos serviços tradipraticos. Por isso é necessario de apreciar ao nível destes diferentes actors, o degrau da consideração de risco e da dimensão ambiental da dos Resíduos Biomédicos-GRBM.

i) O pessoal de saúde

O pessoal de saúde é composto de agentes sanitarios (médicos, cirurgiões, etc.), agentes paramédicos (parteiras, enfermeiras, etc.) de serventes (assistentes rapazes e raparigas) e o pessoal de limpeza. Estas pessoas são os primeiros a estarem em contacto directo e quase permanente com os RBM. Os inqueritos CAP foram efectuados a partir das amostras seguintes:

Em termos de conhecimento, mais de metade dos entrevistados (68%) citaram os resíduos infectuosos e os resíduos cortantes e picantes como sendo os RBM. A noção dos resíduos picantes/traçantes /agudos é mais saliente, talvez devido o risco de transmissão de SIDA assim como as dificuldades ligadas a sua eliminação. Pelo contrario, nota se que a noção de resíduos quimicos não é bem claro ao nível do pessoal de saúde (somente 33% dos inqueridos mencionaram este tipo de resíduos).

Relativamente aos efeitos causados no Homem, a grande maioria dos entrevistados (96%) pensam que os RBM podem ocasionar feridas e doenças. Todos os inqueridos são de opiniao que é necessario a separação dos RBM, e que esta deve ser processada na fonte e que é um sinal distintivo é preciso nos tanques de lixo afim de descriminar o seu conteudo.

Acerca da formação, 57% dos inqueridos pensam que todo o pessoal de saúde deve ser formado sobre a GRBM, tendo como prioridade as parteiras, agentes de limpeza, assistentes. Todos os mencionados são de opiniao que é necessario um supervisor, encarregado de seguimento e da dos RBM. Dos 28 agentes inqueridos, somente um recebeu uma formação organizada pelo Centro hospitalar nacional efectuado para alguns agentes de limpeza, com objectivo da gestão dos RBM e a prevenção de infecções.

Pelo contrario, 96% pensam que não é possivel reduzir a produção dos RBM (somente 4% pensam que é possivel através da formação, sensibilização e educação do pessoal assim como a utilização racional dos productos).

Como os RBM são geridos nas formações sanitarias, 29% dos inqueridos manifestaral a sua satisfacção, contra 71% que deram em geral como motivo de não satisfacção, i) falta de material e equipamento de, ii) falta de formação e educação e iii) falta de um sistema perfeito de tratamento dos RBM.

Relativamente a protecção dos agentes, somente metade dos inqueritos afirma que o pessoal de manutenção dispõem de equipamentos de protecção. Eles possuem luvas em todos os casos, alguns tem batas e muito poucos calçam botas e usam mascaras. Em qualquer caso acidentes e ferimentos aparecem esporadiacamente, embora não fazem parte de registos sistematicos.

Regra geral, o pessoal médico e paramédico é relativamente consciente dos riscos ligados a manipulação dos DISS, mesmo se a maioria não foi formado para se responsabilisar da sua. Nota se entretanto ao nivel desta categoria alguns casos de negligencia e as vezes de comportamentos deploraveis (explicados certamente pela cohabitação quotidiana com os RBM). Este facto é sobretudo relacionado com os agents paramédicos cujo nivel de conhecimento e de sensibilização acerca da GRBM são menos elevados que no caso concreto dos médicos.

É importante sublinhar que o pessoal médico e paramédico consagra mais tempo as tarefas medicas (tratamento dos doentes) que a gestão dos RBM. A formação de base deste pessoal não inclui o componente dos riscos biomédicos, nas unidades sanitarias visitadas, pelo menos um agente recebeu uma formação acerca da higiene hospitalar e prevenção das infecções.

Os agentes de manutenção e de assistentes sanitarios, responsaveis encarregados de recolha e evacuação dos RBM nos Centros de Saúde tem pouca consciencia do impacto e dos efeitos da ma dos RBM. Constantemente, esta tomada de consciencia não ultrapassa a percepção do perigo que imediatamente pode surgir durante a manipulação dos resíduos.

Isso esta ligado, primeiramente por não disporem geralmente de qualificação na altura de recrutamento e que o seu nivel de instrução é relativamente baixo. A negligencia e a falta de sensibilidade sobre os riscos ligados a gestão dos RBM, constituem igualmente estrangulamentos. Por outro lado os agentes muitas vezes não são munidos de equipamentos de protecção (luvas, botas, farda, mascaras, etc.). O orçamento reduzido concedido aos centros de saúde não permite comprar os seus equipamentos, tendo em conta que as despesas para os tratamentos são considerados como prioritarios.

ii) O pessoal das empresas privadas de recolha dos resíduos

Na cidade de Bissau, o pessoal municipal que efectua a recolha dos resíduos domésticos ao nivel dos bairros (mas também em algumas instituições sanitarias), geralmente não dispõem de nenhuma qualificação em materia do meio ambiente e de saneamento. Estes agentes não são geralmente conscientes dos riscos ligados aos resíduos, fundamentalmente os RBM. Eles encontram se em contacto permanente com os resíduos infectados. É uma ma de obra não qualificada e com um nivel de instrução baixo. Maioria trabalham em condicoes precarias de higiene e de protecção. Sem equipamentos suficiente, nem segurança,etc. O risco é tao elevado que assistimos a uma proliferação de clinicas medicas privadas que não possuem sistemas de eliminação in situ, misturando os RBM com os lixos domésticos nos mesmos cestos. Esta prática consistente de misturar resíduos toma se cada vez mais comum devido a automedicação (tratamento ao domicilio dado a alguns pacientes por certos agentes de saúde) que acabam por gerar uma importante quantidade de RBM despejados nas lixeiras domesticas).

iii) Os recuperadores

A recuperação e a reciclagem dos RBM constitui uma grande actividade no seio das unidades de saúde. Essencialmente, as actividades de recuperação são efectuadas fundamentalmente pelas crianças.

O agravamento da pobreza e a insuficiencia das alternativas economicas incita as populações a adoptarem as estrategias de sobrevivencia, principalmente no meio urbano. Neste quadro as actividades informais de recuperação ou de reciclagem nas descargas ou depositos dos lixos constitui fontes de rendimento para as populações desprevilegiadas. A diversidade da natureza dos resíduos atrai constantemente as crianças nas lixeiras onde resíduos domésticos se encontram misturados com os RBM. Com os RBM, a actividade de recuperação parece relativamente lucrativa e sussista um certo interesse; seringas usadas, garrafas e recipientes de vidro, etc.. Esta actividade comporta riscos sanitarios graves, especialmente a contaminação e o ferimento com as agulhas e outros objectos cortantes. Devido o seu nivel de instrução relativamente baixo e das suas condicoes precarias da vida, é dificil que os recuperadores (sobretudo crianças descalças) conseguem compreender os perigos ligados a manipulação dos resíduos. Eles não aceitam de se afastar das lixeiras, que constituem a fonte de ganhar o seu pao quotidiano.

Eles não dispõem de nenhum equipamento de protecção e vivem em condicoes de presmicuidade dificilmente suportavel.

i) As populações

O publico necessita de ser informado acerca dos perigos eminentes ligados aos objectos recuperados nos RMB. Seu nivel de conhecimento ligado aos riscos da manipulação dos RBM é fraco. Isto concerne particularmente as pessoas que utilizam os productos de recuperação e aqueles que efectuam ou recebem cuidados de saúde no domicilio. Para sucitar consciencia ao nivel desta categoria de actores, é necessario a elaboração de um programa de informação, de sensibilização e de educação sobre os perigos ligados aos RBM. Neste quadro, é conviniente de priveligiar informação de proximidade, especialmente com o impacto de certas ONG e OCB, que tem uma grande experiencia em materia de comunicação de proximidade, para alem de beneficiarem de experiencia no terreno e confiança da populações locais.

O quadro seguinte indica o nível da apreciação dos CAP para categoria dos actores implicados na dos RBM.

Quadro 1: Apreciação dos CAP na dos RBM conforme a categoria dos actores

Catégorie d'acteurs exposés	Conhecimento	Atitude	Práticas
Categoria do actor exposto	(saber)	(saber estar)	(saber fazer)
Pessoal dos Pessoal médico	Muito bom	Correctos	bons
Centros de saúde Pessoal paramédico	Suficiente	Relativamente	Assez bonnes
bom correctes			
Rapazes e raparigas assistentes	Fraco	Suficientes	Suficientes
Pessoal de apoio			
Pessoal de Pessoal enquadramento das empresas	Bastante bons	Bastante bons	Bastante
serviço de privadas de recolha de lixos.		bons	
recolha Pessoal de recolha das empresas	Muito fracos	Mediocres	médiocres
privadas de recolha de lixos.			
Tradipacientes	fracos	Médiocres	médiocres
População Recuperadores informais	Muito fracos	Muito deploravel	maus
(crianças)			
Publico em geral,	Muito fracos	Muito deploravel	maus
(utilizadores de tratamento médico em			
domecilio, etc.)			
(fonte visita de terreno)			

12.2 - Anàlise dos programas de formação e de educação para saúde

i) Programas de formação para o pessoal de saúde

A Direcção dos Recursos Humanos do Ministerio da Saúde Publica é institucionalmente responsavel das questoes ligadas a formação do pessoal de saúde. Mas é preciso reconhecer que em termos da formação propriamente dita as actividades são praticamente inexistentes, principalmente no que toca as actividades RBM. Não existe nenhum plano operacional de formação dos agentes. Portanto, o PNDS identifica tres accoes prioritarias para atingir a eficiencia dos recursos humanos, entre os quais a integração dos programas e os ciclos de formação. O PNDS da uma importancia particular a elaboração de um plano de formação, tanto interno assim como no exterior do pais, e uma reorientação da Escola Superior de Medicina, tendo em conta o petencial excedente de médicos. O PNDS, preve igualmente o desenvolvimento dos programas de formação continua do pessoal de saúde. Entretanto, nas orientacoes, o acento é sobretudo posto para dar continuidade a formação das parteiras e ao programa de pos graduação no dominio clinico e da saude publica, assim como reforço dos programas de formação em administrativa e financeira.

A formação inicial e a reciclagem do pessoal médico e paramédico são geralmente assegurados pela Escola Nacional de Saúde, cuja criação visa a integração de todos os aspectos da formação do pessoal do Ministerio da Saúde Publica, da formação inicial (Escola Superior de Medicina, Escola Tecnica de quadros de Saúde) e a formação continua.

A falta de um plano director de formação não permite assegurar a coherencia entre a politica nacional da saúde, a politica de emprego e as necessidades em formação.

i) Programa de Informação e Educação para Saúde

O PNDS sublinha a necessidade de assegurar a promoção da saúde de base fundamentado no quadro de uma cooperação intersectorial e uma abordagem de Informação, Educação e Comunicação, afim de poder mudar as atitudes, práticas e comportamentos prejudiciais a saúde, mas também de promover aqueles que são lhe são favoráveis.

Em materia de informação e de sensibilização, a Direcção de Informação, Educação e Comunicação do sector de saúde (DIECS) constitui a estrutura estrategica e coordenador do MINSAP. A sua missão é i) de elaborar um programa de IEC de acordo com as prioridades definidas pelo PNDS, ii) assegurar o seguimento e a avaliação do impacto das actividades do programa de IEC em conformidade com as prioridades definidas no quadro do PNDS ; iii) elaborar modulos de formação em IEC, iv) elaborar produzir materiais de IEC. A DIECS dispoem de uma unidade de concepção e produção e o seu pessoal é dotada de conhecimentos da concepção de utensilios didacticos de informação e sensibilização em materia de saúde assim como a sua difusão. A DIECS da um apoio as Unidades de Saúde assim como as estruturas nacionais e regionais na elaboração e difusão de mensagens relativas a saúde (posters, mensagens radiofonicos e televisivos, etc.)

Todavia, as intervenções da DIECS encontram se para alem das necessidades em materia de educação do publico. A maior parte do tempo é a insuficiencia de meios que parece constituir o maior estrangulmento.

12.3. - Necessidade de formação sobre CAP

Geralmente todos os actores que intervem na dos RBM deveriam ser formados, sobretudo o pessoal de saúde e o pessoal de apoio nas Unidades de saúde, assim como o pessoal municipal ligado a dos resíduos solidos. São enormes as fontes da degradação sanitaria e ambiental, sendo assim cada vez enorme as pessoas expostas. Por isso, se impoe mudanças de comportamento em termos de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP). O quadro a seguir resume as necessidades em materia de reforço de CAP.

Quadro 1. Necessidades em Formação/Sensibiliização e Estrategia

Categoria dos actores	Estrategias
Falta de conhecimento de riscos ligados aos Organizações de sessoes de DISS e a negligencia comportamentais.	Formações em materia de comportamento
Pessoal de saúde	
Ausencia de formação de base dos agentes de Reciclagem dos agentes saúde sobre a dos RBM	
Falta de ligação au nivel das Unidades de saúde	Formação dos formadores em para reforçar os CAP em de RBM. materia da dos RBM.
Insuficiencia de informação dos rechedores	Informação e sensibilização
Municipalidades	sobre os riscos ligados aos RBM.
Ausencia de formação em tecnicas de recolha dos RBM.	Formação reciclagem dos agentes colectores.
Ignorancia da noção de RBM.	Sensibilização através médias
Insuficiencia da informação dos lideres de População	Sensibilização
opinioao acerca dos riscos ligados aos RBM.	
Insuficiencia de informação e de motivação dos decisores e eleitos locais sobre os riscos ligados debates com os dirigentes e eleitos aos RBM.	Sensibilização, advocacy, encontros locais.

(Fonte: Visitas de terreno)

E. PLANO DE GESTÃO DOS RBM

1. PROBLEMAS PRIORITARIOS NA DOS RBM

i) Deficiencia do quadro institucional e juridico

No documento da politica nacional da saúde (PNDS), a gestão dos RBM não constitui uma prioridade especifica. Contudo, a preocupação é fortemente exprimida no quadro do Plano Nacional da Ambiental que se encontra em vias de validação. Qualquer forma, o quadro institucional é marcado pela falta de uma estrategia nacional em materia da dos lixos hospitalares: Não existe nenhum documento da politica sectorial, nem limitação evidente de competencias e de responsabilidades das diferentes instituições envolvidas, especialmente o MINSAP, MRNE, as Municipalidades e as Unidades Sanitarias.

Igual modo podemos constatar a ausencia de procedimentos da GRBM formalizados. A falta de uma legislação sobre os RBM e a falta de regulamentos internos no seio das Unidades de Saúde que não permite garantir uma racional dos RBM. Actualmente não existe procedimentos normalizados (guias tecnicas ou directivasà para a recolha, transporte, estocagem e o tratamento dos RBM.

ii) Falhas no sistema de organização dos RBM

Para além de determinados esforços notados nas estruturas sanitarias, a GRBM é na sua globalidade falhada e apresenta varias insuficiencias, sendo a essencial concerne: i) falta de procedimento de interna, ii) falta de um responsavel encarregado de seguimento da dos RBM, iii) Insuficiencia e a inadequação de material de recolha de condicionamento dos RBM ; iv) insuficiencia dos equipamentos de protecção dos agentes encarregados de manipular os RBM; (v) falta de triagem sistematica dos RBM e a sua mistura com os lixos domésticos ; (vi) falta de performance e sistemas de iliminção dos RBM.

iii) Comportamento lastimavel em materia de RBM

A priori, o pessoal que procede os tratamentos médicos (médicos, enfermeiros, parteiras) possuem um nivel de conhecimentos relativamente satisfatorio, mas na prática, as suas atitutes e comportamento em materia de GRBM deixa muito a desejar. Relativamente ao pessoal hospitalar de apoio (serventes, agentes de limpeza, etc.) os recolhedores municipais dos resíduos e as populações, é necessario esforços consideraveis de formação e de sensibilização. Efectivamente, esta categoria dos actores conhecem muito pouco, ou quase nada sobre os riscos ligados a manipulação dos RBM e prestam muita pouca atenção a sua manipulação, que acarreta sempre alguns acidentes (ferimentos ou infecções). O nivel da ignorancia leva a mistura dos RBM com os outros resíduos solidos menos perigosos, nos contentores e outros tipos de tanques de lixos frequentados pelos animais domésticos.

iv) Insuficiencia dos Recursos Financeiros afectos a GRBM

Nas Unidades de saúde, a dos resíduos solidos sofre de uma falta cruel de recursos financeiros. Isso justifica em parte a falta da implicação do sector privado (que antes de tudo exige uma garantira de pagamento dos seus serviços) e a recorrenca as Municipalidades que oferecem uma

recolha não segura (mistura dos RBM com os lixos domésticos). Para além de isso, a evacuação dos contentores de lixo não é de uma forma geral sistematica, o que leva o aparecimento de varias lixeiras selvagens. Sem uma afectação orçamental regular para a gestão dos RBM é impossivel de prever uma melhoria duravel.

2. OPORTUNIDADES E PONTOS FORTES

O sistema actual da GRBM encerra algumas oportunidades e pontos fortes que uma vez bonificados e valorizados, podem permitir acentar de uma forma duravel algumas estrategias de.

Foram identificados as seguintes oportunidades:

- Existencia de documento da politica de saúde: mesmo se o PNDS não evidencia as questões dos RBM, não deixa de constituir um quadro de referência que vai permitir formar a estratégia nacional em materia de saúde, abrindo eixos prioritarios no dominio da promoção, de higiene;
- a preparação e a validação do Plano Nacional de Ambiental que acentua particularmente a necessidade de assegurar uma saudavel gestão dos lixos hospitalares;
- a presença de estruturas de formação nos dominios da saúde e higiene hospitalar (ENS, Escola Superior de Medicina, Escola tecnica dos quadros de saúde) que podem apoiar a implementação das actividades de formação e de reforço de capacidades
- disponibilidade e apoio dos parceiros de desenvolvimento no dominio da GRBM;
- disponibilidade da categoria dos actores a implicar totalmente no quadro da implementação do plano da GRBM (serviços técnicos de Estado, colectividades locais, ONG, privados, parceiros de desenvolvimento).

3. OBJECTIVOS E ESTRATEGIAS DO PLANO DE GESTÃO DOS RBM

Foram identificados cinco (5) objectivos estratégicos no quadro do plano da GRBM:

- * Objectivo 1: Melhorar quadro juridico da GRBM
- * Objectivo 2: Melhorar a GRBM nas Formações Sanitarias
- * Objectivo 3: Formar pessoal hospitalar e os recolhedores dos resíduos solidos
- * Objectivo 4: Sensibilizar as populacoes sobre os riscos ligados aos RBM
- * Objectivo 5: Apoiar a implementação dos Programa da GRBM

i) Objectivo 1: Melhorar o quadro institucional e iuridico da GRBM

Trata se antes de tudo de constituir uma estrutura de coordenação e de seguimento do plano, em seguida elaborar um documento de orientação politica completa atraves de um texto juridico (que indica os principios e objectivos nacionais em materia de gestão dos RBM e determinar os objectivos e obrigações das diferentes instituições, mas também preparar a guia tecnica da gestão dos RBM

Estrate2ias:

Instituir uma estrutura de coordenação e de seguimento do plano da GRBM.

Esta estrutura que compreendera conjunto dos actores interpelados neste questionario (MINSAP, MRNE, Unidades de Saúde, ONG, etc..) e devera assegurar validação tecnica do do plano GRBM, a planificação e a programação das actividades, o seu seguimento e a sua avaliação.

Elaborar um texto legislativo relativo a GRBM

Melhoração do quadro juridico necessario a elaboração de um texto legislativo sobre a gestão dos RBM, tendo em conta todas as dimensoes (prerecoilha, recolha, transporte, deposição, tratamento e eliminação) e comportando as disposições de penalisação assim como os mecanismos internos de contrôle relativos a politica de higiene.

Neste contexto sera possivel garantir a implicação dos agentes de controle na verificação da efectividade da dos RBM nas Unidades sanitarias publicas e privadas. O texto legislativo devera conter os elementos seguintes: (i) uma clara e correcta definição de categorias dos RBM perigosos (ii) as exigencias legais detalhadas para todos os produtores, transportadores de RBM e/ou as exigencias legais detalhadas por todos os produtores, transportadores de RBM e/ou aqueles implicados no seu tratamento e disposição afim de evitar prejuizos na saúde das populacoes e deterioração do meio Ambiente; (iii) um sistema de regulação destinado a reforçar a legislação; (iv) os procedimentos de obtenção das autorizações (certificado de autorização, certificado de conformidade, licença de exploração) para estabelecimento ou modificação dos sistema de GRBM prevendo a colocação, o tratamento (pour incineração, desinfecção,etc...) ou o transporte dos RBM (v) as disposições de reforço das leis e regulamentos do nivel central pelas medidas regulamentares (decretos municipais, etc...); (vi) os procedimentos e as medidas de aplicação ao nivel provincial e local (vii); os dispositivos de sanção por qualquer falta e/ou não aplicação assim como as medidas incentivadas pelas instituicoes que adoptem as boas práticas na gestão dos RBM.

Elaborar as guias ou directivas tecnicas da gestão dos RBM:

As directivas tecnicas deverão ser práticas e directamente applicaveis. Elas devem incluir detalhes suficientes acerca dos seguintes pontos: quadro legal relativamente a saudavel dos RBM, higiene hospitalar, segurança da profissão sanitaria, esclarecimento das responsabilidades das autoridades sanitarias, publicas dos chefes de estabelecimentos sanitarios e outros produtores dos RBM; a descrição das práticas saudaveis de separação e de triagem dos lixos nas fontes, práticas da selecção, manipulação, estocagem e transporte dos RBM; a descrição dos métodos de tratamento e de eliminação por cada categoria dos RBM, incluindo águas usadas. No dominio ambiental, as directivas devem por acento tonico acerca da necessidade de elaborar um guia de impacto sectorial

para a de resíduos sólidos, com um acento particular sobre os resíduos perigosos, especialmente os RBM.

ii) Objectivo 2: Melhorar a GRBM nas Formações Sanitarias

Estrategias

Regulamentar a GRBM ao nível das Formações Sanitarias:

Trata se de definir o papel e as responsabilidades das diferentes instituicoes publicas na dos RBM; de elaborar modelos de planos de interna (guias ou procedimentos) dos RBM para o estabelecimento de cuidados (compreendendo entre outros, a implementação de um sistema de triagem na fonte, a eliminação separada dos lixos consoante a sua natureza, designação de um responsavel encarregado de seguimento dos resíduos assim como a atribuição de um orçamento de funcionamento); de conceber os equipamentos de pre-recolha apropriados aos RBM nos Centros de saúde; elaborar e adotar os procedimentos de sanções (positiva et negativa) do pessoal implicado na gestão dos RBM; instituir procedimentos de contrôle da dos RBM (missoes de agentes de contrôle, registo de quantidades e RBM, produzidos pelos Centros de saúde, contrôle do processo de recolha e evacuação das agulhas e outros objectos cortantes em direcção dos locais previstos para a sua eliminação, etc..)

Criação dos Comités de higiene nas Formações Sanitarias e designar um responsavel encarregado de seguimento da GRBM;

Os referidos Comites irao facilitar definir as linhas de conduta, elaborar planos de interna, de sensibilizar o pessoal e de definir o papel no contexto da gestão dos RBM. O Comité designara um responsavel do seguimento de triagem na fonte do seguimento da aplicação da boa conduta do pessoal de saúde, do seguimento da recolha, do transporte e da eliminação interna dos RBM assim como a preparação dos requerimentos para a obtenção de um orçamento para financiar as actividades da dos RBM.

Equipar as Formações Sanitarias com materiais de racional dos RBM:

Trata se de dotar as Formações de saúde de tanques de lixo apropriados para a pre-recolha, condicionamento e de estocagem dos RBM, assim como sistemas performantes de tratamento e da eliminação ecologica dos RBM sólidos e líquidos.

Efectuar a triagem sistematicamente e gerar racionalmente os resíduos pontoagudos/cortantes:

Tendo em conta as dificuldades dos quais os estabelecimentos de cuidados de saúde são confrontados, (insuficiencia de tanques de lixo, sistemas de tratamentos deficientes, etc.), a prioridade deve ser concedida a dos resíduos mais perigosos (resíduos pontoagudos e cortantes).

Trata se de instituir triagem na fonte instaurar codificação dos lixos por cores (tanques pretos, lixos

domésticos não contaminados, tanques vermelhos; lixos contaminados, tanques amarelos ou garrafas de água mineral ; lixos pontagudos ou cortantes.

Geralmente é necessário proceder a eliminação racional dos resíduos: lixos domésticos devem ser armazenados nos cestos dos lixos comuns ou directamente evacuados na direcção das descargas autorizadas, devendo os lixos contaminados serem queimados nos incineradoras, sendo os pontagudos ou cortantes serem também queimados nos incineradoras, podendo as cinzas serem enterradas no local ou lugares especificos nas lixeiras.

Promover a utilização do material reciclaveis

A utilização dos materiais reciclaveis (caixas de medicamentos ou outros recipientes plasticos, frascos, garrafas de vidros, etc.), constitui uma opção interessante no processo de minimização do volume de lixos, podendo este facilitar a redução da quantidade dos lixos a queimar ou a tratar. O material de embalagem pode ser reciclado (papel, cartao, vidro, caixas metalicas, emblagem plastico, etc..)

Tendo em conta as oportunidades de reciclagem e a importancia do mercado, mecanismos de cooperação poderiam ser deterrninados entre os recuperadores profissionais e os responsaveis da unidades de saúde.

Neste quadro, a utilização dos recipientes em plastico não clorino deveria ser consideravelmente apoiado afim de diminuir a quantidade dos produtos poluentes, resultantes da incineração dos RBM.

Selecionar um sistema de tratamento dos RBM para as unidades de saúde:

Trata se de determinar o sistema de tratamento mais adequado para cada tipo da Unidade de saúde (Hospitais de referência, Hospitais regionais, Centros de Saúde, Posto de Saúde, etc..) para a eliminação dos lixos solidos e liquidos.

Prever recursos financeiros suficientes para financiar a dos RBM:

Instaurar linhas de escritura especifica para a G RBM ao nivel das Formações Sanitarias.

iii) Obiectivo 3: Formar o pessoal hospitalar e outros actores

É importante de informar e formar todos os actores (quadros do MINSAP, MRNE, Municipalidades), mas essencialmente o pessoal de saúde (incluindo o pessoal de apoio), os agentes de manutenção os recolhedores municipais e privados dos lixos solidos sobre o perigo ligado a uma ma dos RBM.

Por outro lado, é conviniete integrar a problematica da GRBM nos curricula de formação dos agentes que ocupam da manutenção dos RBM (pessoal hospitalar, manipuladores dos lixos, recolhedores municipais), elaborar e difundir um programa nacional de formação dos formadores sobre os riscos sanitarios e as boas práticas da GRBM. É necessario de reforçar os conhecimentos, mas sobretudo melhorar a prática destes agentes na manipulação e a dos RBM. A formação deve ser dirigida aos técnicos municipais activos na dos resíduos solidos.

Estratégias

Elaborar programas de formação e formar formadores:

Trata-se de identificar as necessidades em matéria de formação ao nível dos estabelecimentos sanitários; de identificar os grupos de formadores e assegurar sua formação na gestão dos RBM, elaborando os programas de uma forma participativa.

Formar o conjunto de operadores da fileira da GRBM:

Trata-se de formar o pessoal quadro, os médicos, os enfermeiros, os agentes de higiene e de saneamento, as equipas técnicas das Direcções Regionais de Saúde, o pessoal de enquadramento os serviços técnicos municipais, os manipuladores dos lixos (serventes, assistentes, agentes de manutenção e outros agentes hospitalares e agentes municipais de recolha dos lixos)

Avaliar a implementação do plano de formação:

O controle e o seguimento nos centros de saúde deve ser efectuado regularmente, para supervisionar a aplicação dos programas de formação, com o objectivo de melhorar o nível da dos RBM e sobretudo de assegurar que as boas práticas são efectivamente angariadas. Medidas devem ser adoptadas para identificar os riscos e a prevenção dos problemas futuros. A supervisão deve preocupar-se com a selecção dos RBM, a sua identificação, o sistema de estocagem, de transporte e de tratamento interno, as medidas de segurança de descarga, etc.

iv) Objectivo 4: Sensibilizar as populações sobre os riscos ligados aos RBM

Os programas da DIECS concernente a informação e a sensibilização das populações não inclui de uma forma explícita as preocupações ligadas a gestão dos RBM. Ele cobre essencialmente os domínios ligados a saúde em geral (cuidados de saúde, prevenção das doenças, etc.). Por isso é necessário realizar programas de sensibilização dirigidas sobretudo as populações que recebem ou fornecem cuidados de saúde nos domicílios, pessoas que utilizam objectos reciclados ou que vivem nos arredores das descargas de lixos assim como os recuperadores dos resíduos. Estes programas deveriam ser implementados com o apoio das ONGs e OCB que possuem larga experiência nas questões ambientais e de saúde.

Estratégias:

Informar as populações sobre os perigos ligados aos RBM

Trata-se de informar o público em geral sobre os perigos ligados à gestão dos RBM e a utilização dos objectos reciclados (conceber e difundir mensalmente mensagens televisivas dirigidas ao público, acerca do perigo ligado à manipulação dos RBM, particularmente as agulhas, conceber e difundir semanalmente mensagens radiofónicas, especialmente em línguas locais, sobre os perigos relacionados com a manipulação dos RBM, particularmente as agulhas e outros objectos cortantes; iniciar uma campanha nacional de colocação de posters nas estruturas de saúde, dirigida aos visitantes, que acompanham os doentes, etc.. confeccionar banderolas de informação e de

sensibilização; realizar sessões mensais de informação pública nos Bairros com a animação das ONGs.

Por outro lado, torna-se conveniente sensibilizar as populações sobre as medidas a tomar nos lares após os tratamentos no domicílio (automedicação) para assegurar uma saúde dos DISS que geralmente são misturados com os lixo domésticos.

O programa de HIV/SIDA deveria apoiar-se igualmente nas actividades multisectoriais não relacionadas com as actividades da saúde ao nível das comunidades de base. É preciso apoiar as actividades de tratamento comunitário e no domicílio. Os avanços no domínio da medicina permitem actualmente um seguimento da saúde familiar e de tratamento de certas doenças ao domicílio. Mas, tais actividades podem conduzir a introdução de resíduos infectuosos nos cestos dos lixo domésticos nas habitações: seringas usadas, medicamentos fora do prazo, etc... Este tipo de lixo deve ser gerido correctamente a fim de evitar a sua mistura com resíduos domésticos contaminados. Isso trata-se particularmente de lâminas utilizadas para escarificação. Estas lâminas podem deste modo causar ferimentos que podem originar fontes de infecção.

Consequentemente, apresenta-se necessário elaborar um programa de informação e de sensibilização dirigida às pessoas que solicitam os cuidados ao domicílio e práticas profissionais. Estes últimos devem dispor de recipientes específicos para as agulhas e objectos cortantes. As agulhas, lâminas, seringas e outros objectos cortantes devem seguramente ser despejados com outros resíduos domésticos, sob a condição de serem embalados correctamente e tomar certas disposições. Podendo ser utilizadas garrafas de água mineral com tampa para as agulhas, ou qualquer outro tipo de recipiente que pode ser hermeticamente fechado.

Os medicamentos fora de prazo constituem fontes de perigo para as crianças e mesmo para os adultos que desconhecem os seus efeitos. Este tipo de resíduos podem ser rejeitados nas casas de banho familiares. As garrafas e as caixas vazias de medicamentos devem ser cuidadosamente lavadas antes da sua reutilização.

As ligaduras, luvas e algodão contaminado devem ser embalados duplamente em sacos plásticos e bem amarrados antes da sua rejeição nos taques de lixo. É recomendado, fundamentalmente, esterilizar na medida do possível todos os resíduos pontiagudos ou cortantes antes do seu despejo ou enterramento, se caso existir um espaço para o fazer. O Agente de saúde que exerce cuidados médicos no domicílio deve dispor de um estojo de tratamento, de recipientes de pré-recolha que ele deve encaminhar sempre no seu Centro de Saúde mais próximo. As luvas uma vez utilizadas devem ser destruídas a fim de evitar uma possível reutilização. A sensibilização deve ser também dirigida aos pacientes em tratamento.

É de salientar que melhoria da gestão dos RBM nas Formações Sanitárias necessita também da cooperação dos acompanhantes e dos guardas-doentes a fim de materializar certas medidas de, particularmente a disposição de diferentes resíduos sanitários nos tanques de lixo. Neste quadro, este grupo deve ser algo enquadrado nas campanhas de informação e de sensibilização. Assim como as populações que vivem no interior das formações sanitárias, especialmente mulheres e crianças.

v) Objectivo 5: Apoiar a implementação do Programa de GRBM

Estratégias:

Validar o Programa de GRBM: Organizar seminários, em função de região sanitária, de lançamento de informação e de validação do Programa de gestão dos RBM, (na preocupação de alcançar um consenso alargado do conjunto dos actores; implantar uma estrutura ou um comité nacional de coordenação da implementação do Programa de dos RBM; informar as autoridades nacionais, provinciais e distritais do lançamento do Programa de do RBM.

Preparar as actividades operacionais: proceder a avaliação do arranque: realizar os inquéritos sobre a qualificação e a caracterização dos resíduos, avaliar a forma da gestão dos RBM em cada formação sanitária, inventariar os equipamentos e as infraestruturas de gestão dos RBM (recolha, tratamento, protecção) existente no seio das formações sanitárias ; preparar os dossiers de concursos e da programação das actividades.

Seguir a implementação e avaliar o Programa de gestão dos RBM: assegurar o controlo e o seguimento no plano regional; assegurar o controlo e o seguimento mensal ao nível nacional; efectuar a avaliação a médio prazo (fim do segundo ano); efectuar a avaliação final do Programa de gestão dos RBM (fim do projecto)

4. QUADRO LOGICO DA INTERVENÇÃO DO PLANO DE GESTÃO DE RBM

Quadro 21 Quadro Logico

| Indicadores objectivamente verificaveis

Objectivo 1: Melhorar o quadro institucional e juridico da dos RBM

Resultados: Documento de politica, leis, regulamentos e procedimentos da GRBM elaborado, comité de seguimento criado.

Criar uma estrutura de coordinação
Criado um Comite de seguimento

Elaborar unma politica nacional de higiene
Documento da politica

Elaborar um texto legislativo relativamente a gestão dos RBM. Leis e regulamentos

Elaborar as directivas tecnicas de gestão dos RBM. Quantidade de directivas

Objectivo 2: Melhorar a dos RBM no quadro da formação sanitaria.

Résultado : os RBM geridos de uma forma ecologica nas formações sanitarias.

Activités Regulamentar a dos RBM nos Centros de Saúde regulamentação

Criar um Comité de higiene e designar um responsavel dos RBM Responsaveis designados

Equipa de formação sanitaria em materia da gestão dos RBM. Quantidade de equipamentos

Efectuar a triagem sistematica e gerir racionalmente os resíduos

pontaaguados Lixos de triagem sistema de

elimiúnação dos pontoaizudos

Promover utilização dos materiais reciclaveis. Matériaais reciclaveis utilizados

Determinar um sistema de tratamento e eliminação final dos RBM por Sistema de tratamento e de cada tipo de formação sanitaria. eliminação proposto.

Prever recursos orçamentais para financiar as actividades da GRBM. Inscrição/orçamental

Objectivo 3: Os actores (MINSAP, MRNE, pessoal hospitalar e os recolhedores de resíduos na GRBM))

Resultado : As pessoas expostas são conscientes dos riscos ligados aos RBM e são munidos de conhecimentos, atitudes e prà icas apropriadas na sua manipulação.

Actividades Elaborar os programas de formação e formar os formadores Documentos de formação

Formar o conjunto dos operadores da fileira da gestão dos RBM. Quantidade de agentes formados

Avaliara a implementação do plano de formação. Relatorio da avaliação

Objectivo 4 : Mobilizar as populações sobre os riscos ligados aos RBM.

Résultado : As populações são informadas dos riscos ligados aos RBM

Actividades : [Informar as populações sobre os perigos ligados aos RBM. % da população sensibilizada

Objectivo 5 : Efectuar a preparação da implementação do PGRBM.

Résultado: O PGRBM é valido, um dispositivo de coordinação e implementação das actividades do PGRBM o seu seguimento e avaliação ; os responsaveis sanitarios regionais e locais são informados do plano da GRBM.

Actividades Organização de seminario regionais de sensibilização dos responsaveis Numero de seminarios sanitarios . realizados .

Preparar as actividades operacionais (avaliação do arranque, etc.) Relatorios de inqueritos aaiçoe de programação

Seguir a implementação e avaliar o PGRBM Relatorios mensais e anuais de seguimento ; relatorios

intermedios e final de

avaliação.

5. ESTRATEGIAS DE INTERVENÇÃO

5.1. - Eixos de intervenção

O Plano de GRBM aqui proposto tem como objectivo iniciar um processo de apoio a posição nacional em materia de de resíduos de cuidados de saúde. Acento será posto sobre as medidas preventivas, especialmente as iniciativas a adoptar para reduzir os riscos sanitarios e ambientais ligados as práticas actuais, a partir de acções concretas devem permitir, em termo de mudanças de comportamento, uma gestão ecologicamente duravel dos RBM e uma protecção dos actores contra os riscos de infecção.

Nesta perspectiva, a estrategia de intervenção do projecto deve ser subentendido por certo numero de medidas sendo as mais importantes ligadas as seguintes pontos:

- reforçar as capacidades institucionais e tecnicas no quadro de uma consultação com as autoridades governamentais, para iniciar a formulação da politica e da regulamentação relativas a GRBM, com a finalidade de criar quadros institucionais e a elaboração de instrumentos de adequados;
- realizar actividades de formação por diferentes actores (pessoal de saúde, agentes de manutenção recolhedores de lixos municipais e privados, etc.);
- empreender campanhas de informação, educação e sensibilização dirigidas para as populações na base dos desafios da ecologicamente duravel dos RBM;

Estas actividades serao objectos de uma estimulação financeira e formarao uma parte integrante das actividades do projecto da luta contra a SIDA.

As actividades « curativas » podem contribuir na melhoria do sistema actual de nas formações sanitarias (criação de infraestruturas de tratamento, equipamento e material, etc.) serao determinados a titulo indicativo afim de permitir as instituicoes publicas de dispor de oportunidades de acção no quadro da criação de projectos governamentais. Estas actividades estarao incluidas na parte relativa as medidas governamentais complementares ao Plano de que o projecto da luta contra o SIDA poderia financiar ou que o Estado poderia realizar segundo as prioridades proprias e em conformidade com as possibilidades orçamentais.

5.2. - Aspectos tecnologicos da GRBM

A duravel GRBM nas formações sanitarias exige o dominio perfeito de todo o processo, desde o condicionamento nas salas de tratamento, o transporte em direcção aos sitios transitorios de estocagem, recolha e o transporte em sito e ex sito assim como o tratamento e a disposição final dos RBM. Os pricipios de intervenção fundamentarao prioritariamente da seguinte forma i) racional dos resíduos, ii) disponibilizar tanques de lixos adequados e proceder a triagem sistematica a partir da fonte e iii) a designação de um responsavel interno e a dotação de um orçamento para a GRBM. Em relação ao condicionamento dos RBM, é necessario de proceder a sua triagem selectiva equipando as salas de cuidados de cestos de lixos de diferentes cores, equipados no seu interior com sacos de plasticos a renovar quotidianamente (pelos menos nos hospitais de referência)

A recolha dos lixos nas salas de cuidados (recolha em sitio) deve ser assegurado quotidianamente, com a utilização se é possível de charruas. Os que participam nesta operação devem dispor de equipamentos (uniformes) apropriadas para garantir a sua protecção, fardas, mascarras, luvas e botas.

Um local de estocagem provisoria deve ser arranjado para recolher os lixos e outros sacos. O local deve ser vedado as pessoas não autorizadas e também para animais, como uma localização relativamente longe zona da preparação da comida.

Trata-se de recolha ex sito (previsto no caso de ausencia de sistema de tratamento local), um serviço de recolha e de transporte quotidiano privado dos RBM, deve ser criado, especialmente através de camionetas ou fourgonettes de transporte, com contentores específicos, fechados hermeticamente, preparados para receber lixos contendo RBM. Qualquer forma, este tipo de material deve ser objecto de aprovação pelos serviços competentes do MRNE antes de ser colocado em serviço. Entretanto, os lixos solidos não infectados podem ser recolhidos tal como os resíduos domésticos e encaminhados para as descargas publicas.

Tratando se dos RBM, pode se prever duas opções: incineração (de uma forma moderna ou artesanal); enterramento em situ em fossas especificamente construidas para tal. Os incineradoras modernos podem ser recomendados para os hospitais nacionais de referência, tendo em conta o enorme volume dos RBM que estes estabelecimentos produzem. Para os hospitais regionais e os centros de saúde localizados no meio urbano, é preferivel prever os incineradoras de tipo artesanal, tipo « Montfort » (confeccionado com materiais locais), um dos quais foi experimentado pela OMS no quadro do programa alargado da vacinação no Togo e Benin. Nos centros de saúde rurais e nos postos de saúde, devido a infima quantidade dos RBM que são generados, é recomendado efectuar fossas de enterramento com fundo estabilizado.

5.3. - Aspectos organizativos da GRBM

A gestão dos RBM necessita a presença de um dispositivo organizacional performante, em termos de planificação, execução, controle e seguimento. Por isso torna se necessaria criar algumas estruturas ao nivel do MINSAP, MRNE e as Municipalidades. Estes Comitês devem i) orientar os estudos de melhoria do quadro institucional, juridico e técnico da dos RBM; ii) controlar a implementação do plano de dos RBM nas Unidades de saúde; iii) centralizar as informações estatísticas sobre a dos RBM.

Nas Unidades de saúde, é necessario criar os comités de higiene, encarregados de seguimento da implementação da politica nacional de higiene, partindo do plano da dos RBM, especialmente a criação de estratégia interna da dos RBM, desde a triagem selectiva, o condicionamento, o transporte e o tratamento final. Fundamentalmente os Comitês de higiene devem: i) elaborar um plano interno de dos RBM (recolha, transporte, tratamento utilização dos cestos de lixos, colocação dos equipamentos de protecção, etc..) este plano deve indicar claramente, o papel e responsabilidade de cada um, ii) designar um agente responsavel do seguimento regular da dos RBM; iii) seguir a colocação dos recursos necessarios; iv) assegurar a formação do pessoal e informação dos doentes e visitantes sobre os riscos ligados aos RBM

6. ESTRATEGIAS DE FORMAÇÃO E DE SENSIBILIZAÇÃO

6.1. - Estratégia de formação e de sensibilização dos agentes de saúde e recolhedores

A formação de todos os agentes de saúde (incluindo o pessoal de apoio) e os outros actores institucionais implicados na GRBM inscreve-se no quadro de estratégia nacional de formação continua do MINSAP, repousa fundamentalmente sobre grandes princípios, especialmente a descentralização da formação ao nível das regiões sanitárias; harmonização da formação continua com a formação de base; a colaboração com as instituições nacionais de formação e validação dos programas de formação continua.

O programa de formação e de sensibilização tem como objectivo:

- Tornar operacional a estratégia de gestão dos RBM.
- Favorizar o aparecimento de expertise e de profissionais em GRBM.
- Elevar o nível da consciência profissional e de responsabilidade dos empregados na GRBM;
- Proteger a saúde e a segurança do pessoal de saúde e de recolha.
- A formação deve ser dirigida e adaptada aos grupos-alvo: pessoal de saúde e pessoal dos RBM. A formação deverá apoiar-se sobre os estudos específicos e sobre as informações disponíveis em matéria de práticas correctas. Regra geral, os melhores formadores encontram-se no seio do pessoal (hospitalar), e a educação dos homologos é recomendada em todos os níveis. A formação deverá prioritariamente preocupar-se:
 - o pessoal de Direcção ou enquadramentos e os responsáveis do pessoal para melhor lutar contra os comportamentos, condutas ou práticas que comprometem a segurança de trabalho;
 - a formação para os homologos afim de lhes permitir dominar correctamente o conteúdo e os métodos da prevenção dos riscos; o que permitirá de ser capaz de ensinar total ou parcialmente os programas de informação e de educação aos trabalhadores e sobretudo de apoiar os últimos a identificar os factores que aumentam os riscos da infecção na sua vida quotidiana.
 - os representantes dos trabalhadores para melhor explicar a política sobre o local de trabalho em matéria de prevenção dos riscos;
 - os agentes de saúde e o pessoal de gestão dos RBM afim de lhes facultar com conhecimentos que tratam do conteúdo e métodos de prevenção, permitindo-lhe de avaliar os seus meios de trabalho afim de melhorar ou diminuir os factores de riscos, adoptar as medidas preventivas susceptíveis de minimizar o risco de exposição ao sangue, de promover a utilização dos equipamentos de protecção e de aplicar correctamente os procedimentos a seguir em caso de exposição de sangue.

A estratégia e o sistema de formação serão articulados à volta dos princípios seguintes

- Formação dos formadores : trata-se de formar os responsáveis no primeiro plano no seio das Formações Sanitárias (médicos, agentes de higiene e de saneamento, pessoal de

enquadramento dos serviços técnicos, municipais, das empresas privadas de recolha dos lixos), mas também alguns quadros do MRNE e do MINSAP. Estes modulos serao preparados pelos experts em ligação com os responsaveis envolvidos no processo participativo. As sessoes de formação podem desenrolar se em Bissau, devendo agrupar tres dezenas de agentes (por volta de 35 agentes por 5 dias de formação);

- Formação do pessoal de tratamento nos centros de saúde (pessoal medical, paramédico) para os responsaveis ja formados. Estas formações podem decorrer em função de regioa sanitaria e serao asseguradas pelos responsaveis ja formados; total 11 sessoes de formação serao realizadas, agrupando em media aproximadamente 40 agentes por regioa sanitaria, durante 5 dias de formação (total 440 agentes serao assim formados)

Formação sensibilização do pessoal de gestão dos RBM nos Centros de saúde (serventes, pessoal de manutenção, matronas). Estas formações decorrerao por Formação Sanitaria e serao asseguradas pelos responsaveis ja formados. Aproximadamente, 400 agentes de manutenção receberao formação por sessoes de 5 dias.

Os modulos de formação tratarao dos riscos ligados a manipulação dos RBM, métodos ecologicos da (recolha, eliminação, colocação, transporte, tratamento), os comportamentos adequados e as boas práticas, da manutenção das instalacoes e equipamentos, as medidas de protecção. Ao nivel do pessoal de saúde, sera acentuada a necessidade de proceder a triagem antecipada dos RBM para evitar a mistura com os outros resíduos menos perigosos e reduzir assim o volume dos lixos contaminados.

É recomendado formar os formadores e lhes conduzir a produzir eles proprios um guia de boa prática/ dos RBM, em vez de lhes ensinar de uma maneira passiva. A formação do pessoal médico e paramédico constitui uma prioridade, se o objectivo é aumentar o impacto do plano de gestão dos RBM.

Ao medio e ao longo termo, vai se tratar de rever os referênciais pedagogicos das instituicoes de formação sanitaria, ENS, Escola Superior de Medicina, Escola Tecnica dos Quadros de Saúde, incluindo a termo um componente maior sobre a higiene hospitalar e a GRBM.

Seguidamente são indicados os conteudos dos modulos de formação:

Modulo de formação para os operadores da dos resíduos

- informação sobre os riscos assim como os conselhos de saúde e da segurança
- Conhecimentos de base sobre os procedimentos de manipulação e de dos riscos.
- Vestir os equipamentos de protecção e de segurança

Modulos de formação para os transportadores dos resíduos.

- Riscos ligados ao transporte dos resíduos
- Procedimentos de manipulação, carga e descarga
- Equipamento de viaturas
- Equipamentos de protecção

Modulos de formação para os operadores do sistema de tratamento

- As grandes linhas do processo de tratamento e de operação
- Saúde e segurança em relação com os operações
- Procedimentos de urgencia e de socorro
- Procedimentos técnicos
- A manutenção dos equipamentos
- Contrôles das emissões
- Vigilância do processo e os resíduos

Modulo de Formação para os gestores municipais de descargas públicas

- Informação sobre a saúde e a segurança
- Controle da recuperação e de reciclagem
- Equipamentos de proteção e higiene pessoal
- Procedimentos seguros para a dos lixos descarregados
- Medidas de urgencia e de socorro

6.2. - Sensibilização das populações e dos dirigentes

Os programas de informação e de sensibilização ao nível dos centros de saúde, mas sobretudo dirigidos ao público em geral e dos dirigentes em particular, são essencialmente para reduzir os riscos de infecção e de afectação pelos RBM. Estes programas devem possuir um carácter multiforme e apoiar em vários suportes. Devendo ser leccionados por pessoas dignas de confiança e de respeito

Na medida do possível, os programas de informação e de sensibilização sobre a dos RBM deveriam ser ligados às campanhas mais largas da luta contra os IST/HIV/SIDA, levados à escala comunitária, sectorial, regional ou nacional. No quadro da realização, convém apoiar em informações fiáveis e actualizadas relativas aos RBM, as modalidades da sua, as precauções que devem ser tomadas em caso da manipulação, aos impactos sobre as pessoas e o meio, etc...

Enquanto possível, as campanhas devem ser integradas na política e programas existentes, especialmente ao nível do Ministério da Saúde. Especificamente, a estratégia de sensibilização este deve ser orientado da seguinte forma:

* A população, incluindo os curandeiros tradicionais e os recuperadores de lixos. A sensibilização deverá ser efectuada sobre os riscos ligados à manipulação dos RBM, os perigos ligados aos objectos recuperados potencialmente contaminados, a contaminação da cadeia alimentar com a devagação dos animais nos depósitos de RBM. Convém privilegiar as campanhas de informação e de sensibilização através das rádios locais, a televisão, mas fundamentalmente por meio de sessões de animação de proximidade (pelas ONGs dinâmicas na de saúde ou de meio ambiente).

Estas acções devem ser apoiadas com campanhas de colocação de posters ao nível dos lugares muito frequentados pelo público. Para além, é sabido que muitos objectos de arte e jogos são confeccionados a partir de resíduos sólidos em alguns países. Também, as campanhas de informação e sensibilização devem ser também dirigidas aos artistas e os promotores de arte assim como agentes culturais e turísticos.;

* Os decisores governamentais. Trata-se de preparar um documento de advocacy a enviar às autoridades governamentais relacionadas com este domínio, que poderá ser alvo de uma apresentação pelo Ministério da saúde aquando de um seminário organizado para efeito.

* Os consultorios privados de saúde, para assegurarem uma saudavel gestão dos seus RBM (os tratar ou encaminhar, para os seus proprios meios ou atraves de um serviço de recolha, dirigido aos estabelecimentos de saúde dotados de incineradoras situados nas areas de referência, ou nos centros de enterramento Técnico de Ougadougou, conforme as modalidades de co a determinar de uma forma consensual.

A informação, educação e a comunicação para mudança de comportamento devem ser ligados principalmente aos problemas de saúde relacionados com RBM que poe a população assim como os métodos de prevenção e de para remediar. Estas intervenções devem visar modificar quantitativamente e de uma forma duravel o comportamento da população. O sucesso da sua criação implica supostamente uma dinamica dos serviços de saúde e de todos os membros da comunidade (familiares, diversas associações, animadores de saúde..) Nesta optica, os animadores de saúde e os eleitos locais encarregados da saúde devem ser enquadrados para melhor tomarem a responsabilidade nas actividades ligadas a mudança de comportamento. A producção de material pedagogico deve ser desenvolvido é importante utilizar racionalmente todos os canais de apoio de informação existentes para a transmissão das mensagens apropriadas a saúde. As medias publicas desempenham um papel importante na sensibilização da população sobre o SIDA. Elas constituem mensagens eco que são transmitidas em permanente pelas autoridades nacionais e locais. As estruturas federativas das ONGs e das OCB devem ser também convidadas para contibuiem na sensibilização das populações.

7. QUADRO DE PARCERIA NA GRBM

7.1. - Ouadro de Parceria

A estrategia do projecto de luta contra a SIDA responde acerca da integração de todas a entidades publicas, privadas, ONGs, associações e a sociedade civil afim de garantir a coerencia das acções empreendidas e atingir os objectivos. Nesta logica, a estrategia de implicação das populações e dos parceiros no quadro de uma parceria formal, deve permitir determinar por cada categoria dos actores, o seu papel e responsabilidade potencial assim como as contribuições esperadas.

Quadro 22 Domínio potencial da intervenção dos actores.

Actores Domínio potencial de intervenção

Os serviços técnicos de Estado. - Informar e sensibilizar as autoridades nacionais e locais
(MINSAPIMRNE) - Facilitar a concertação e a coordenação das actividades do projecto

- Apoiar o fornecimento de expertise técnica
- Assegurar o enquadramento dos parceiros
- Formar o pessoal de saúde
- Apoiar os actores em infraestruturas e equipamentos de GRBM
- Supervisar o processo da execução e de seguimento/avaliação

As Municipalidades - Participar na mobilização e sensibilização das populações

- Participar na formação e no seguimento/avaliação

As formações sanitárias e - Participar nas actividades de formação

publicas - Sensibilizar o seu pessoal e lhes dotar de equipamento de segurança

- Elaborar estratégias internas da GRBM

As formações sanitárias e - Participar nas actividades de formação

privadas - Sensibilizar o seu pessoal e lhes dotar de equipamento de segurança

- Elaborar as guias interna para os RBM
- Assegurar a recolha e seguimento do processo de tratamento dos RBM
- Contactar um serviço de evacuação dos RBM

Os operadores privados de - Participar nas actividades de formação

recolha dos lixos. - Sensibilizar o pessoal e lhes dotar de equipamento de segurança

- Efectuar a recolha dos RBM nos consultorios privados

As ONGs activas no meio - Enquadrar a populações beneficiarias

Ambiente e luta contra o - Participar nas actividades de formação

HIV/SIDA - Sensibilizar o pessoal e lhes dotar de equipamento de segurança

Les OCB et autres mouvements - Servir de interface entre as populações beneficiarias, o projecto, os
associatifs actifs dans la serviços técnicos e os outros parceiros.

protection de l'environnement - Participar na informação e sensibilização das populações

- Apoiar a mobilização das populações, essencialmente os jovens

Les Structures de formation - Ajudar o reforço da capacidade das categorias dos actores

(ENS, etc.) - Servir de apoio-conselho aos actores na GRBM

- Enquadrar as sessões de formação dos formadores
- Participar no processo de seguimento e avaliação

7.2. - Implicação da sociedade Civil

As populações organizam se cada vez mais em estruturas formais ou informais, sendo as dos jovens e das mulheres que revelam serem as mais dinamicas.

Estas organizações procuram melhorar as suas condições de vida, participar no desenvolvimento das suas localidades sendo assim parceiros incontrolaveis. Neste relatorio, o projecto devera privilegiar as formas locais que beneficiam a proximidade e o conhecimento do meio. Por isso, no quadro da estrategia de parceria, o projecto deverá fundamentar a sua escolha prioritariamente sobre as estruturas locais de autogestão, que têm uma presença efectiva no terreno, com experiencia reconhecida na area de Informação, Educação e Comunicação, especialmente sobre o HIV/SIDA, tendo conhecimento da zona de intervenção e realmente motivados.

8. MEDIDAS AMBIENTAIS E SOCIAIS

8.1. - Medidas de redução dos impactos dos incineradoras e descargas

O funcionamento das incineradoras propostos no quadro do plano de acção pode acarretar algumas enuências no plano ambiental e sanitario. É preciso entretanto notar que devido a quantidade bastante reduzida a incinerar por estabelecimento e por dia, os impactos ambientais e sanitarios deste sistema serao relativamente infimos, e que as enuencias não são bastante consideraveis. Qualquer forma, é conveniente de adoptar alguns dispositivos de acompanhamento para atenuar os efeitos negativos induzidos pelas instalações e o funcionmanto de infraestruturas: i) na altura de implantação do incinerador, é preciso escolher um local no perimetro da formação sanitaria, afastado dos pavilhoes de hospitalização ou de tratamentos; ii) no quadro de funcionamento dos equipamentos, é melhor privilegiar a incineração nocturna afim de minimizar os efeitos negativos dos fumos. A triagem na fonte deve ser efectuada de uma forma sistemática afim de reduzir ao minimo os volumes dos resíduos a incinerar, especialmente os objectos plasticos não contaminados devem ser seleccionados cuidadosamente e misturados com os lixos domésticos.

Por outro lado, é conveniente promover a utilização dos productos plasticos não colorinos que são de natureza afim de minimizar as incoviniencias emanadas pelos resíduos incinerados. No caso da utilização das fossas para enterramento, as paredes e o fundo devem ser estabilizados para evitar arrombamento e as infiltrações suceptíveis de contaminarem o lençol freático.

As referidas fossas devem ser protegidas e recobertas de areias a medida que vao sendo enchidas. No que toca as descargas municipais, é recomendado consideravelmente que elas sejam vedadas afim de reforçar a segurança. O acesso aos recuperadores e crianças deve ser estritamente regulamentada.

8.2. - Medidas sociais

A implementação do PGRM, cujo objectivo é promover uma eficiente GRBM tanto no ponto de vista qualitativo assim como quantitativo. Os RBM podem ter impactos sociais negativos relativamente ao grupo dos recuperadores e as suas familias (em termo da redução dos rendimentos). Estes impactos serao menores tendo em conta o volume reduzido dos RBM que provem das descargas. É necessario precisar, que o sistema não proibe as actividades de recuperação. Pelo contrario, ele pode conduzir a diminuição de lixos solidos provinientes dos centros de saúde a descarregar devido a triagem que se opera na fonte. Mesmo assim, a instauração de um sistema de organizada dos RBM nos estabelecimentos de tratamento a triagem na fonte, vai permitir de estabelecer os protocolos no quadro dos quais os centros de saúde poderiam aprovisionar directamente os recuperadores informais dos lixos não infectados e não contaminados e que podem ser reutilizaveis (como frascos de vidros, tubos, seringas sem agulhas). Também é possível que estes ultimos sejam autorizados a procederem a recolha no seio das estruturas sanitarias em conformidade com modalidades a determinar.

A aplicação desta medida social deve se acompanhar com a estrita proibição ao pessoal de recolha de procederem a recuperação para evitar a violação dos interesses dos recuperadores. É preciso no entanto ter presente no espirito que este tipo de medida sera difícil a implementar no terreno. Assim para reduzir as eventuais perdas de rendimento dos recuperadores, as seguintes medidas devem ser preconizados: i) autorizar os recuperadores a recolher somente dos objectos triados nos centros de

saúde (tal medida permite reduzir o risco de infecção nas descargas) ii) proibir o pessoal de saúde e os recolhedores dos lixos de procederem a recuperação.

Por outro lado, a eliminação e a descarga de alguns lixos anatomicos (membros imputados, placetas) pode ser mal entendido pela população afectada se estas práticas não são em conformidade a sua cultura. Por isso, esta questao sensível de ser objecto de uma atenção particular no quadro da implementação do plano da dos RBM.

9. LIGAÇÃO DO PGRBM A POLITICA SANITARIA NACIONAL

9.1. - Elo institucional

Componente essencial do programa de luta contra a SIDA pilotado pelo PNLS, o PGRB deve ser no plano institucional, estreitamente articulado a estratégia sanitaria nacional. Também, o plano de deve inscrever se numa logica de complementaridade em relação a politica global da dos resíduos particularmente a politica nacional de higiene e de saneamento, que é importante elaborar sob a egide do MINSAP. Assim a coordenação das actividades do PGRBM deve ser assegurada pelo PNLS.

9.2. - Responsabilidades e competencias institucionais

Melhoriação da dos RBM implica previamente esclarecer a parte de responsabilidades e os dominios de competencia de cada um dos actores institucionais em causa. Nesta perspectiva, pode se preconizar a seguinte divisão

- Ao nivel central, o MINSAP deve ser responsavel pela definição e da aplicação da politica nacional de gestão dos RBM. A DHE deve assumir o papel central no seguimento da execusão do plano de , especialmente em conformidade com os procedimentos de recolha, entreposagem, transporte e eliminação conforme as normas e procedimentos que serao elaborados. A preparação dos textos legislativos e regulamentados relativos a GRBM assim como os da formação deve ser confiado a DHE , enquanto que as actividades de sensibilização pode ser coordenada pela DIECS;

- Ao nivel regional e local, os Directores Regionais de Saúde terao a responsabilidade administrativa da gestão dos RBM na sua zona de influencia. Criando unidades tecnicas operacionais encarregadas de seguir a aplicação da politica nacional no seio das estruturas sanitarias da sua zona;

- O Director de cada formação sanitaria sera administrativamente responsavel da GRBM de seu estabelecimento. Devendo observar a aplicação do regulamento e de procedimentos de boa conduta. Devendo designar as equipas encarregadas de triagem, da recolha, de entreposagem, do transporte e de eliminação dos RBM.

- O MRNE deve elaborar as normas de poluição e de procedimentos de elaboração e aprovação de EIE para poder seguir a aplicação rigorosa das normas e procedimentos ambientais em todas as actividades da gestão dos RBM;

As municipalidades terao a responsabilidade de seguir a salubridade das zonas situadas nos seus territorios, especialmente assegurar que os contentores publicos e as lixeiras que geram não recebem os RBM não tratados. Devendo igualmente emitir parecer acerca de qualquer projecto suceptivel de influenciar a saúde das populações locais, especialmente o projecto de recolha, transporte e eliminação dos RBM no seu territorio.

10. PLANO DE SEGUIMENTO DA CRIAÇÃO DO PGRBM

10.1. - Principios

Para medir a eficiencia do Plano de GRBM sobre o nivel de redução das infecções e afecção nas pessoas principalmente afectadas, especialmente a segurança no meio de tratamento, as acções preconizadas devem constituir um objecto de um seguimento/avaliação no quadro de uma estrutura de coordenação que deve implicar todos os actores assim como o PNLS, os serviços de MINSAP e do MRNE, as formações sanitarias (especialmente os hospitais de referência) assim como as Municipalidades e as ONG activas no dominio da saúde e do Meio Ambiente. O PNLS assegurara a coordenação de seguimento e centralisara as informações e dados de seguimento/avaliação no contexto de um banco de dados e de um sistema de informação para a dos RBM que pode ser gerido ao nivel da Direcção da Planificação do MINSAP.

10.2. - Metodologia

O quadro seguinte indica a metodologia de seguimento de implementação do plano de acção.

Quadro 23 Metodologia de seguimento da implementação do plano de acção

Timing/periodicidade Responsaveis

Objecto

Criar uma estrutura de coordenação e seguimento do Inicio do primeiro ano DHE/MINSAP PGRBM.

Organização do seminarios regionais de sensibilização dos Inicio do primeiro ano DHE et DRS responsaveis sanitarios.

Melhorar o quadro juridico da GRBM Primeiro ano DHE

Melhoração da gestão dos RBM nas formações sanitarias. anual DHE

Formação/sensibilização DHE et DIECS (com apoio

-Formação - 2 primeiros anos ENS)

-Sensibilização - Anual

Iniciação dos privados e parceiros Os dois primeiros anos DSP et DMH publicos/privados/sociedade civil na GRBM afim de garantir o seu financiamento.

Apoio a preparação e implementação do PGRBM. PNLS

Contrôle e seguimento da execusão das medidas do PGRBM Mensal DRS

Anual DHE, DIECS

A medio prazo (no final DHE

Avaliação do PGRBM do segundo ano)

No final do projecto DHE (quarto ano)

Supervisão Anual PNLS,

DHE, DIECS

MRNE, Municipalidades

10.3. - Responsabilidades da implementação

O quadro seguinte determina as responsabilidades implementação do plano de acção.

Quadro 14 Responsabilidades da implementação

Componentes e actividades	Execução	Contrôle e Supervisão
Criar a estrutura de coordenação e de	DHE	MINSAP/DGSP
Melhoriação seguimento do PGRBM		
juridica da dos	Elaborar uma politica nacional de higiene	Consultores DHE
RBM	Elaborar os textos legislativos	Consultores DHE
Elaborar as guias da GRBM	Consultores	DHE
Melhoriação da	Regulamentar a dos RBM nas Unidades	Unidade de saúde DHE; DSH; DRS
dos RBM nas	de saúde	
Unidades de	Designar um responsavel encarregado da	Unidade de saúde DGSP/DSH ;DRS
saúde.	gestão dos RBM	
Equipar as Unidades de saúde com	Unidade de saúde	DGSP/DSH
materiais adequados a GRBM		
Efectuar sistematicamente a triagem e	Unidade de saúde	DHE
gerar racionalmente os resíduos		
pontaagudos.		
Promover a utilização dos materiais	Unidade de saúde	DHE
reciclaveis.		
Determinar um sistema de tratamento e	DHE	MRNE/DGE
eliminação final dos RBM para cada tipo		
de Unidade saúde.		
Prever recursos orçamentais para financiar	Centros de saúde	DGSP
as actividades da GRBM.		
Formação	Elaborar os programas de formação e	Consultores DHE (avec ENS)
formar os formadores.		
Formar o conjunto dos operadores da	Pessoal de enquadramento	DHEI; DRS
fileira da dos RBM.		
Avaliar a implementação do plano de	Consultores	DHEI; DRS
formação.		
Sensibilisação	Informar as populações sobre os perigos	TV, radio, ONG, OCB, etc. DIECS (avec
populações	ligados aos RBM.	Municipalités et ONG)
Assegurar uma saudavel dos RBM nos	TV, radio, ONG, OCB, etc.	DIECS
domicilios apos os tratamentos		
domnciliarios.		
Apoio a	Organiser des séminaires régionaux de	DRS DHE/DGSP
preparação e a	sensibilisation des responsables	
criação do		
PGRBM	Evaluation démarrage et programmation	Consultores DHE
Suivi mensuel au niveau région	DRS	DHE/DGSP
Suivi annuel au niveau national	DHE	DGSP
Evaluation à mi-parcours exteme	Consultores internacionais	DHE/DGSP
Evaluation exteme finale	Consultores internacionais	DHE/DGSP

10.4. - Arranjos institucionais para a implementação

A execução dos diferentes componentes do plano de GRBM necessita de estabelecer muito claramente os arranjos institucionais da implementação. Efectivamente, as necessidades em materia de formação e de reforço de capacidades serao determinados na base de uma delimitação do papel e responsabilidades de cada actor implicado (para saber exactamente quem deve fazer o que) e uma avaliação da suas capacidades em recursos humanos e institucionais. Nesta perspectiva, são propostos os seguintes arranjos institucionais:

Melhorar o quadro institucional e juridico da GRBM: Para este componente, primeiramente trata-se de criar uma estrutura de coordenação e de seguimento do plano de gestão dos RBM, que compreende o conjunto dos actores interpelados para esta questao (MINSAP, MRNE, Unidades de saúde, comunidades, ONG, etc.) e elaborar um texto legislativo e as directivas tecnicas de gestão dos RBM. O MINSAP sera responsavel da execução de este componente, especialmente a DHE. Efectivamente, esta instituição dispoem de recursos humanos a altura de conduzir e de supervisionar o processo da elaboração de novos textos de leis e de guias tecnicas relativas a gestão dos RBM. O MINSAP deve zelar para a implicação do processo assim como os outros departamentos implicados, especialmente a DGE do MRNE. A preparação das guias tecnicas e as directivas da gestão dos RBM poderia ser responsabilizado aos consultores nacionais (ou internacionais) que possuem competencia reconhecida no dominio, naturalmente sob a supervisão da DHE.

Melhorar a GRBM nas Formações Sanitarias: A DGSP, com apoio da DHE e a Direcção dos Serviços Hospitalares (DSH), devem regulamentar a gestão dos RBM nas Unidades de saúde. Esta regulamentação sera aplicada pelos responsaveis directos destes Centros. Por outro lado, os responsaveis dos Centros em causa devem zelar para a previsão de recursos orçamentais afim de financiarem as actividades de gestão dos RBM. Eles devem efectuar a triagem sistematica dos resíduos, criar um sistema de racional dos resíduos pontagudos, designara um responsavel encarregado da dos DISS e promover a utilização dos materiais reciclaveis, debaixo de contrôle da DHE e a DSH. A determinação de um sistema de tratamento e de eliminação final dos RBM para cada tipo de Unidade de saúde sera efectuado pela DHE e os responsaveis das Unidades de Saúde implicados. Tendo a responsabilidade do contrôle e a supervisão a DGE do MRNE. As actividades de instalação e de funcionamento dos materiais de dos RBM nas Unidades de Saúde (lixos, incineradoras, equipamentos de protecção) serao coordenados pela DGSP.

Formação: As actividades de formação ao nivel das Unidades de saúde devem ser pilotadas e supervisadas ao nivel nacional pela DHE, com apoio da ENS, para a elaboração dos temas e dos modulos. Ao nivel das provincias, o contrôle da execução das actividades deve ser incumbida as DRS. As acções especificas de formação devem ser efectuadas durante os dois primeiros anos do programa. Os Consultores ou os gabinetes de Estudos assegurarao a formação dos formadores ao nivel das Unidades de saúde. Seguidamente os responsaveis assim formados devem garantir a ligação ao nivel das suas estruturas respectivas no contexto da extensão do programa de formação (pessoal médico, paramédico, serventes, agente de manutenção, agentes de recolha, etc...) A DHE elaboraria os Termos de Referência dos programas de formação, assegurando o contrôle e o seguimento da execução ao nivel nacional e local. Em resumo, as proposicoes seguintes são formuladas para a execução das actividades de formação:

- A DHE devem elaborar os termos de referência para a preparação (concepção) e a difusão dos módulos de formação;
- Os consultores nacionais ou internacionais com experiencia reconhecida no dominio da dos RBM tera que assegurar os modulos de formação;
- Ao nivel nacional um seminario de formação dos formadores (pessoal de enquadramento dos centros de saúde, dos privados, etc...) deve ser organizado; a moderação de tal seminario deve ser garantida pelos consultores nacionais ou internacionais com boa experiencia e conhecimento no dominio da gestão dos RBM, sob contole da DHE, que deve elaborar os relatorios da avaliação do seminario em causa.
- nas regioes sanitarias e nas unidades de saúde, o pessoal de enquadramento formado durante os seminarios regionais assegurara a formação do pessoal médico e paramédico e o pessoal de apoio (assistentes rapazes e raparigas, agentes de inanutenção,etc...) através do contrôle do chefe de estabelecimento que tera de produzir relatorios de formação dirigidos para as DRS encarregados de assegurar a supervisão ao nivel local. As referidas direcções devem fazer chegar os relatorios de avaliação ao nivel central.

Sensibilização da população: As acções de educação e de sensibilização dirigidas as populações em geral devem ser conduzidas e supervisadas, ao nivel nacional, pela DIECS, com apoio da DHE. Ao nivel regional, as DRS devem assegurar o contrloe da execusão das actividades e elaborar os relatorios de seguimento e da avaliação. Estas acções de sensibilização devem cobrir toda a duração da execusão do programa. Elas apoiaram essencialmente as sessões de animação nos bairros, com mensagens radiotelevisivas, posters, seminarios e reunioes assim como visitas de terreno.

A DIECS, em relação com a DHE, deve definir os conteudos das mensagens e a natureza de apoios a utilizar, mas também assegurar o contrôle e o seguimento da execusão dos diferentes programas. A realização destas actividades necessitara o recurso aos prestadores dos serviços (privados). A execusão das actividades poderia desenrolar como se segue:

- a DIECS define, com apoio técnico da DHE e na base dos documentos técnicos disponiveis que tenham tratado a gestão dos RBM (guias de , textos de leis, etc.), os conteudos das mensagens radiotelevisivas, os posters assim como os programas de animação publica;
- a estação nacional de televisão assegura a difusão das mensagens televisivas, através do contrôle da DIECS, enquanto que as mensagens radiofonicos são emitidos em linguas locais;
- as estruturas privadas (imprensa, etc.) assegura a confeicção dos posters que a DIECS colocaram a disposição dos centros de saúde;
- as sessoes de animação publica nos bairros serao efectuadas pelas ONGs que intervem no dominio da saúde e do meio ambiente, sob a supervisão das DRS encarregadas de elaborar os relatorios periodicos de seguimento e avaliação dirigidos a favor da DIECS.

Avaliação do arranque e programação das actividades: A avaliação do início deve ser garantido pelos Consultores nacionais, controlados e supervisionados pela DHE. Esta fase reverte uma importancia crucial porque ela permite determinar a natureza das principais actividades do projecto a realizar. O recurso aos consultores nacionais apoiados pelos consultores internacionais especialista em materia de ambiente e de saúde constitue uma vantagem que permite garantir a qualidade de avaliação do arranque e assegurar a advocacy a favor do projecto tanto ao nível nacional como internacional. A avaliação deve se efectuar desde ao início do projecto por uma equipa pluridisciplinar, durante um mes e meio. Durante esta fase, os consultores vao proceder a preparação dos dossiers de concurso e da extensão para a implementação das actividades do PGRBM.

Contrôle e seguimento da execusão das medidas do PGRBM: Ao nível regional e local, é recomendado que o contrôle seja assegurado pelas DRS, ligados com os estabelecimentos implicados nos tratamentos, afim de garantir a coerencia das medidas propostas e facilitar o seu seguimento. Estas instituições devem controlar a aplicação efectiva das acções a realizar e este contrôle deve decorrer durante todo o periodo da execusão do programa. O seguimento mensal sera efectuado ao nível das DRS, enquanto que a avaliação annual sera da competencia dos serviços centrais: DHE e DIECS.

Avaliação do PGRBM: Deve se confiar a avaliação da ambiental do PGRBM a Consultores internacionais, supervisionados localmente pela DHE, DIECS e da DGSP, sob a coordenação do PNLS, com uma avaliação de medio termo (fim do segundo ano) e no final do projecto.

Supervisão: Ao nível local, o contrôle e supervisao deve ser assegurado pelas DRS, enquanto ao nível nacional, a supervisão compete a DHE, a DIECS e a DGSP, assim como o PNLS em colaboração com os serviços do MRNE e as Municipalidades implicados.

10.5 - Calendario da implementação

O quadro seguinte determina o calendário da implementação do plano de Gestão dos RBM

Quadro 25 Calendario da implementação

Actividades do plano de dos DISS	Ano1	Ano2	Ano3	Ano4	Ano 5
Criação de um estrutura de coordenação.					
Organizar os seminarios regionais de sensibilização dos responsaveis _					
Elaborar um texto legislativo nacional para a gestão dos RBM					
Elaborar as directivas nacionais na gestão dos RBM					
Regulamentar a dos RBM ao nivel das Unidades de saúde.					
Criar procedimentos de contrôle da dos DISS					
Designar um responsavel encarregado da gestão dos RBM.					
Equipar as Unidades de saúde em materiais de gestão dos RBM					
Efectuar a triagem sistematica e gerar racionalmente os resíduos pontaàguados					
Prmover a utilização dos materiais reciclaveis					
Determinar um sistema de tratamento e de eliminação final dos RBM por cada tipo de unidade de saúde.					
Prever recursos orçamentais para financiar as actividades da GRBM					
Sensibilizar as populações (familias, acompanhantes dos doentes, recuperadores, crianças): mensagens TV, mensagens radiofonicos, posters banderolas e sessoes de animação nos bairros.					
Sensibilizar e efectuar um advocacy junto aos dirigentes governamentais.					
Formar os formadores					
Formar o pessoal hospitalar na gestão dos RBM					
Avaliar a aplicação dos programas de formação					
Reforçar a capacidade de administrativa dos privados na gestão dos RBM					
Preparar as actividades operacionais (avaliação e arranque, etc.) _					
Seguir a implementação e avaliação do PGRBM					

11. CUSTO DO PLANO DE GRM

O custo do plano de gestão estima globalmente na ordem dos 257 100 000 UM (US\$ 1 028 400)

Quadro 26 Custos da implementação do PGRBM

Actividades (fcfa)	Unid. (fcfa)	Quant.	Cust. unitario	Custo Total
Elaborar textos jurídicos (codigos, decretos	H/d	60	100 000	6 000 000
Melhorar o quadro aplicação)				
institucional e Elaborar guias tecnicas da GRBM	U	500	6 000	3 000 000
juridico Sub-total quadro institucional				9 000 000
Formação do Pessoal de enquadramento (35 agentes	H/d	175	40 000	7 000 000
peessoal de saúde e durante 5 dias, equivalente 105 h/d)				
dos agentes Pessoal médico e paramédico (11 sessoes, 40	H/d	2200	30 000	66 000 000
privados agentes por regioao sanitaria durante 5 dias,				
recolhedores dos seja por volta 1320h/j)				
resíduos. Pessoal de apoio: assistentes rapazes e	H /d	2000	30 000	60 000 000
raparigas, matronas, etc. (400 agentes durante				
Sdias, seja 800h/d)				
Sub total formação			133 000 000	
Sensibilização das Produccção de mensagens comunicação	U	-	FF	15 000 000
populações Difusão de mensagens televisivas (spots)	U	18	300 000	5 400 000
Difusão mensagens radio (spots)	U	60	100 000	6 000 000
Posters nos centres de santé	U	10 000	500	5 000 000
Animação publica (ONG, OCB)	U	60	50 000	3 000 000
Sub totoal sensibilização/IEC			34 400 000	
Melhorar a recolha Caixas de seringas	U	3000	10 000	30 000 000
e o tratamento dos Cestos de lixo de sala	U	3000	5000	15 000 000
RBM nos Centros Botas para pessoal de manutenção	U	400	10 000	4 000 000
de saúde Mascras para pessoal de manutenção	U	2000	500	1 000 000
Luvas para pessoal de manutenção	U	1000	3000	3 000 000
Incenadores modernos	U	5	15 000 000	75 000 000
Incineradoras atesenais	U	114	600 000	68 400 000
Fossas sanitarios de enterramento	U	19	150 000	2 850 000
Sub total Equipamento/ material			199 250 000	
Apoío a preparação Seminarios regionais de sensibilização.	U	11	3000 000	33 000 000
e a implementação Avaliação de arranque/preparação das	H/d	30	100 000	3 000 000
do PGRBM actividades				
Seguimento mensasal ao nivel regional	H/d	-	-	
Seguimento ao nivel regional	H /d	-	-	
Avaliação externa medio prazo	H/d	30	300 000	9 000 000
Avaliação externa final	H/d	30	300 000	9 000 000
Sub-total apoio			54 000 000	
TOTAL				429 650 000

12. PROPOSTA DO PLANO DE FINANCIAMENTO

12.1. - Custos das actividades de reforço da capacidade

O custo das actividades de reforço do quadro institucional e juridico, de formação e da sensibilização dos actores implicados, é na ordem dos 230 400 000 Francos CFA repartidos num programa de 5 anos.

Quadro 27 Custo das actividades incluindo o projecto HIV/SIDA

Componente do PGRBM	Custo Total (fcfa)
-Melhorar o quadro institucional e juridico	9 000 000
- Formação	133 000 000
- Sensibilização/IEC populações	34 400 000
- Apoio a preparação e a implementação do PGRBM	54 000 000
TOTAL	230 400 000 fcfa

12.2. - Custos de medidas complementares

Para além das actividades de apoio institucional e do reforço das capacidades dos actores implicados na gestão dos RBM, parece- nos necessario de identificar e de propor, no quadro dos estudos, outras acções complementares pertinentes. Estas acções chifram na ordem dos 199 250 000 francos CFA, poderiam ser realizadas por instituições públicas encarregadas de questões sanitarias e ambientais no contexto do respectivo programa em conformidade com a disponibilidade orçamental.

As acções mais importantes relacionam se com a melhoria do processo da gestão dos RBM nos estabelecimentos de cuidados de saúde fornecimento de material de recolha e de tratamento assim como os equipamentos de protecção para o pessoal.

Quadro 28 Custos de medidas complementares

Actividades	Custo Total (fcfa)
Melhoria da recolha e do tratamento dos RBM nos Centros de saúde	199 250 000

(Eauipamentos/material de recolha e tratamento dos RBM, equipamento de protecção)

Anexos: Pessoal contactado

NO	Nome e apelido	Função	Instituição
Ministério da Saude Publica			
Dr. Paulo RABNA	Coordinador Nacional de PNLS		
Dr. Victor MENDES	Médixo do PNLS	Programme National de Lutte	
Inacio Carvalho Alvarenga	Médico Consultor	contre le SIDA (PNLS)	
Dr Paula DJATA	Director/Cuidados Primar. Saúde	Ministerio Saúde Publica	
Dr. Nocolas ALMEIDA	Director Regional	Direc.Regional Saúde Bafat	
José Silva DJU	Responsavel Grandes Endemias	Direcção Reg.Saúde Mansoa	
Dr. Clotilde NEVES	Director dos Recur.Humanos	Ministerio Saúde Publica	
Chefe Serviço Higiène saneamento e		Direcção higiene et	
Domingo Mané	àgua	Epidémologia/MSP	
Secretaria de Estado dos Recursos Naturais e Energia			
Laurentino Da CUNA	Biolo ista Adjunto do Director Geral	Direcção Geral do Ambiente	
Camara Municipal de Bissau			
_____ Ibrahim Sori Djalo	Présidente	Camara Municipal de Bissau	
Director dos Serviços Urbanos e			
Mamadou Mané	protecção do Ambiente	Camara Municipal de Bissau	
Parceiro do Desenvolvimento			
Dr. Antonio Pedro Da Costa			
_____ DELGADO	Representante Residente	OMS	
Mr. MENEZES	Admnistrador de Saúde	UNICEF	
Dr. Carmen Pareira	Banco Mundial		
ONG IOCB			
1 Coordenador da Secção			
Pedro QUADE	Informação e Sensibilização	ONG Tiniguena/Bissau	
Formações Sanitarias			
Responsavel dos Serviços de			
Dr. Marieme DIALLO	Genocologia	Hospital Regional de Bafata	
Joâ Luis DJONU	Técnico de saúde	Escola Nacional de saúde	
Augusto DENG	Enfermeiro Cirurgiao	Hospital Regional de Bafata	
Secu SILVA	Enfermerio Medicina	Hospital Regional de Bafata	
Lucette Preira NHAGA	Infirmière Anesthésie	Hospital Regional de Bafata	
Manuel TIBNA	Infirmier Général Hôpital	Hospital Regional de Bafata	
Femand SANE	Responsable Hygiène Hôpital	Hospital Nacional S. MENDES	
Dr Samba T. BARRY	Responsavel clinico/Urgencia	Hospital Nacional S. MENDES	
Mme Felich B. BARBOSA	Enfermeiro Medicina	Hospital Nacional S. MENDES	
Quintino NHAGA	Administrador Geral	Hospital Nacional S. MENDES	
Dr. Francisco DIAS	Director Laboratorio	Laboratorio N.Saúde Publica	
Dr Michael FLACHER	Administrador Hospital	Centro de Saúde Mansoa	
Djibril SANHA	Servente	Centro de Saúde Mansoa	
Dr Francisco A. LOPES	Médico Chefe/Clinica	Clinica Privada Madre Teresa	
Mme Maria SANTY	Enfermeiro Chefe	Centro Saúde Bandim	
Padré Giusseppe MELAN	Curador/ Igreja	Hospital de Cumura	
Maria G. ANGRISANI	Voluntario Itaaliana	Hospital de Cumura	
Sceur Maria AMELIO	Responsavel Hospital	Hospital Cumura	
Mme Fidela SA	Assistente Laboratorio	Centro de Saúde de Bandim	

Dr. Doulia BARBOSA	Administrador Hospital	Hospital Raoul Follereau
Eduardo MONTEVERDE	Representante Residente	Hospital Raoul Follereau
66		

bibliografia

Titulos	Autor/Organismo	Ano
Cuidados de Saúde e de Resíduos	OMS	Março 2002
Orientação para o Desenvolvimento do Plano de Acção Nacional (draft)		2002
Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitario (PNDS) 2002-2006	Ministère de la Santé Publique	2002
Plano nacional de Ambiental de Guinée Bissau (Version preliminar)	Ministère des Ressources Naturelles et de l'Energie	Mai 2002
Decisão-Marketing guia para a de Cuidados de Saúde-resíduos de Cuidados Primarios de Saúde.	OMS/Vacinas e protecção biologica do Ambiente Humano	2001
Revisão do Impacto de Saúde de perigos Microbilogicos nos Cuidados de Saúde e Resíduos.	Ira F. SALKIN	2001
Relatorio Mundial sobre o Desenvolvimento Humano	PNUD	2001
A de Resíduos Biomédicos	Ministério de Ambiente	2000
Québec- Canada		
saudavel de resíduos para actividades de cuidados de saúde.	A. Pruss; E.Giroult; P.	1999
Rushbrook		
OMS		
de resíduos solidos e liquidos em pequenas facilidades de cuidados de saúde nos Países em via de Desenvolvimento.	Franziska Jantsh, Heino Vest	1999
Prevenção de Riscos biologicos nas pessoas de saúde num Pais em via de Desenvolvimento.	GTZ Benjamin FAYOMI	1999
Processo de Consulta sobre a de Resíduos Biomédicos na Africa Ocidental.	PGU/IAGU	1999
Guia do Professor de Resíduos nas actividades de Cuidados de Saúde	A. Prüss et W.K. Townend, OMS	1998
Eliminação de Resíduos nas actividades de Cuidados a Riscos	OMS	
Guia Tecnica		

TERMOS DE REFERÊNCIA

O Projecto da mitigação global HIV/SIDA da Guiné-Bissau apoia o objecto nacional do governo deste pais na luta contra HIV/SIDA, cuja finalidade é a redução da propagação da infecção HIV no pais. Como forma de concretizar este objectivo, o projecto ira apoiar as seguintes areas: a) mitigação da saúde e impactos socio-economico da HIV/SIDA ao nivel individual, doméstico e comunitario de forma a sustentar a existencia de uma população economicamente productiva e b) formar uma forte capacidade nacional afim de enfrentar a epidemia. O processamento, recolha, disposição e dos materiais infectados pelo HIV/SIDA constitui o ambiente mais significante originario deste projecto. Plano de de Lixos Médicos que sera avaliado de uma forma adequada, com claros arranjos institucionais da sua execusão sera elaborado durante a preparação do projecto. O tratamento inadequado do material infectado pelo HIV/SIDA constitui risco não somente para o pessoal nos hospitais e centros dos cuidados de saúde, mas também para familias e crianças da rua que revistam as lixeiras. Alguns aspectos da implementação do projecto, por exemplo o estabelecimento do conselho dos voluntarios da HIV/SIDA e testes clinicos, a compra de equipamentos pelas comunidades para cuidados domésticos de pessoas que vivem com HIV/SIDA, a promoção do uso de preservativos etc... pode constituir potencialmente um aumento do risco ambiental e sanitario associado com tratamento dos lixos infectados com HIV/SIDA.

Justificação do Projecto

A epidemia do HIV/SIDA constitui actualmente um problema significativo para o desenvolvimento na Africa Subsahariana. Para enfrentar esta crise de desenvolvimento, a Regiao Africana de Banco Mundial, adoptou uma nova estrategia que intensifica a Acção contra HIV/SIDA na Africa Sub-Saheliana. No sentido de melhor esclarecer as potenciais consequencias, da epidemia, a Regiao Africana concebeu um Programa multiplo do pais de HIV/SIDA para a Africa (MAP) em Projecto da Mitigação de HIV/SIDA da Guiné-Bissau é componente da escala com sucessivas intervenções compreensivas do programa nacional enquadrando sectores multiplos e implementadores, deste modo erguendo HIV/SIDA para alem do sector de saúde fazendo dele um aspecto fundamental de desenvolvimento. A abordagem mais consistente e eficiente no quadro de MAP de toda a regioa aumentaria a eficacia e a efectividade da intervenção do Banco na contribuição para os esforços da construção da nação na Africa Subsaheliana em geral e Guiné Bissau em particular. As actividades apoiadas pelo projecto complementaria as actividades existentes dos programas financiados pelos varios doadores e ONGs, que ja se encontram empenhados na luta contra HIV/SIDA na Guiné-Bissau. O projecto canalizara recursos através de ambas as formas, sector publico (Ministérios, regioes e OCB) assim como do sector privado (ambos lucrativo e não lucrativo)

Descrição detalhada do Projecto

O projecto tera as seguintes componentes:

A Apoio para a Administração do Projecto NAC e NAS.

B Apoio para a de conhecimento, educação e informação.

C Apoio para a redução do processo da disseminação, aconselhamento, teste, cuidados de saúde e a ajuda a mitigação economica

D. Apoio a formação de capacidade, organização e formação para actividades publicas e privadas do HIV/SIDA.

E. Programa Special de Orfaos e apoio Economico para PWLVIIH

Objectivo dos Estudos

O objectivo do estudo é para identificar o nível dos Cuidados da Sanitario dos Resíduos que serão relevantes para ajudar a implementar e fortalecer um ambiente sanitaria sonoro propriamente adequado, tecnicamente factível, economicamente viável e socialmente um sistema aceitável para a dos cuidados sanitarios na gestão dos resíduos na Guiné-Bissau. O exame das práticas correntes relativamente a manipulação dos resíduos hospitalares observara ambos a dos resíduos dentro dos hospitais, clinicas e centros de cuidados de saúde assim como a sua gestão pelas autoridades locais aquando os lixos saírem da sua origem (fonte). Ele observara também dentro do nível do conhecimento entre os funcionarios dos cuidados de saúde e autoridades locais sobre as práticas da diposição saudavel a ser adoptadas para os resíduos médicos dentro da capacidade para com este tipo de lixos.

Forma de estudos;

Tarefa 1

- * Avaliar a politica, quadro legal e administrativo assim como o quadro regulamentar acerca dos cuidados sanitarios da do lixo e tratamento/facilidade de destruição no país incluindo estandar da emissão no ar que é requerido actualmente pela lei e que provavelmente sera necessario nos proximos dez anos.
- * Identificar as exigencias das autorizações, incluindo edificio ambiental, e outras autorizações que os procedimentos dos cuidados sanitarios de tratamento dos resíduos/facilidades de destruição iria efectuar
- * Descrever qualquer participação do público ou exigencias de escuta publica e procedimenos. Para cada necessidade, listar a principal agencia a contactar.
- * Avaliar o tempo tipico necessario para as infraestruturas propostas para obter autorizações e dirigir o impacto ambiental e participação publica necessaria.
- * Indentificar todas as infraestruturas de cuidados de saúde no país incluindo informação basica para cada infraestrutura, nomeadamente, quantidade de camas, taxa de ocupação por cama, especialização, dividida em categorias tais como: Hospitais Nacionais, Hospitais Regionais, etc..
- * Avaliar a produção de resíduos de cuidados de saúde ao nível ; i) Hospital nacional em Bissau, ii) um outro hospital regional; iii) alguns centros de saúde locais e iv) uma clinica privada. Os detalhes devem incluir o peso minimo por semana da globalidade dos resíduos produzidos por cada local de cuidados de saúde.

A composição dos resíduos deve ser determinada na separação do ponto final do lixo e a exploração do resultado para cobrir todo o país.

- * Avaliar o nível do reaproveitamento, se ele existe, ou reciclagem efectuada no interior do Centro de saúde, ao longo da trajetoria de transporte e nos sitios da descarga final. Determinar aspectos sociais em relação ao reaproveitamento que se efectua.

- * Rever e analisar a estocagem dos resíduos sanitarios existentes, recolha e sistemas de diposição tendo em consideração o nível da separação, a frequencia da recolha; e ambiente assim como o impacto da saúde para o tratamento existente.

Tarefa II

Determinação da tecnologia e infraestruturas de acentamento:

Determinação da tecnologia

Para os tipos e quantidades dos lixos gerados nos cuidados de saúde na area de estudo, avaliar tecnologias alternativas e o tamanho de infraestruturas para o tratamento e destruição. A avaliação deve comparar alternativas baseado no custo de capital, custo operacional, local da disponibilidade de peças sobressalentes, da experiencia operacional, confiança demonstrada, durabilidade, e o impacto ambiental. As tecnologias a serem consideradas inclui: aterramento saudavel, incineração, esterlização (autoclave e microonda) desinfecção quimica. Baseado nesta avaliação, recomendar um fluxo de processo para o tratamento ambiental e disposição final de resíduos de cuidados de saúde, conduzidos na selecção de tecnologia apropriada. A decisão final de escolha deve ser efectuada pelo governo e/ou facilidade

Determinação do local de descarga;

Em caso de existencia de um sitio de descarga, recolher todos os planos existentes dos sitios desejados para serem considerados para localização de infraestrutura/s de tratamento e rever o sistema de geral de trafico e de transporte relativo aos sitios apropriados. Considerar a) acessibilidade para o sitio, b) distancia entre a infraestrutura de cuidado de saúde para o sitio; c) distancia para area sensitiva; d) plano futuro do desenvolvimento da area; e) possibilidade de obter as areas. Consultação publica/escuta deve ser efectuada como elemento da avaliação final para a localização da infraestrutura de tratamento.

Análises do sitio

Análise da informação acima para determinar se ha material apropriado suficiente no sitio para cobertura diaria e final, se o solo do sitio, se condições hidrologicas e hidrogeologicas podem assegurar uma protecção adequada, das águas superficiais e subterraneas usadas para consumo e/ou irrigação. Se os sitios não são estaveis informar os clientes das causas.

Financiamento

O governo central ou local, potencialmente em conjunção com outro local de tratamento de resíduos solidos e actividades de diposição deve financiar uma infraestrutura regional. Uma abordagem alternativa é para o sector privado de conceder o tratamento de resíduos de cuidados de saúde e actividades diposição ou de transporte de lixo para toda a região ou ilha.

* Avaliar a participação do sector privado como fornecedor de serviço.

* Avaliar o parceria publico-privado e compensação de custos ao nivel nacional, da ilha ou municipal baseado no principio do poluidor pagador, onde cada infraestrutura de cuidado da saúde deve contribuir em função do volume do lixo produzido.

Tarefa III

Rever as formações existentes e programas da consciencialização publica sobre dos lixos dos cuidados de saúde nos hospitais e outros estabelecimentos sanitarios e preparar a avaliação das necessidades de formação.

Trabalhar em conjunção com relevantes instituições governamentais ao nível central e descentralizado, preparar o programa de formação incluindo custos e um Programa da Campanha de Consciencialização que abarca o publico em geral, especialmene trabalhadores dos cuidados de saúde, municipalidades, enfermeiros, aproveitadores dos lixos, familias e crianças da rua.

O tipo de material necessitado para o programa da conciencialização deve ser discutido com as autoridades relevantes e o publico em geral no sentido de garantir que as suas preocupações fiquem devidamente incorporados no programa traçado, nomeadamente; disposição dos lugares, medidas de mitigação e programa comunitario de comunicação. A formação e o Programa da Consciencialização deve ser avaliado e o programa deve ser apresentado num seminario nacional.

Resultados e Relatorio

Presentar e discutir o esboço completo do relatorio com a direcção do projecto e o responsavel das tarefas da equipa com acento tonico nos aspectos de saneamento ambiental a semelhaça do formato seguinte:

Resumo

Politica, Legislação e Quadro Descritivo do Projecto

Dados de base

Avaliação de lixos dos cuidados de saúde

Determinação da avaliação das Necessidades de Formação em materia de lixos dos cuidados de saúde, determinação da tecnologia dos sitios de diposição.

e Formação para Instituições e Plano de Seguimento das Agencias.

Apendices

Lista e referências das pessoas contactadas

Registos da Inter-agencia/forum/reunioes da consultação

Tarefa IV Relatorio Final

Rever o esboço do relatorio em conformidade com os comentarios do Banco Mundial, do governo e outros parceiros interessados e submeter o relatorio final incorporando todas as modificações requeridos pela equipa de tarefas do projecto.

Estudos supervisão e cronograma

O trabalho do consultor sera supervisado pela importante instituição governamental responsavel pelo projecto. A instituição coordenará com todas as agencias do governo e outros doadores activos no sector. O Consultor/s deve começar a trabalhar antes dos 30 dias depois da data efectiva do contracto. Devendo o Consultor conluir os resultados do trabalho maximo em 6 semanas sendo 4 dos quais dedicados ao trabalho no campo para a recolha de dados e sua compilação e 2 semanas de preparação do relatorio e a sua conclusão apos este ser previamente revisto pelo ASPEN e o responsavel das tarefas da equipa. O Consultor deve

propor um cronograma evidente com etapas criticas bem definidas e envidar todo o esforço no sentido de concluir o trabalho no tempo predefinido. O Consultor deve possuir conhecimentos no dominio de saneamento ambiental e/ou engenharia sanitaria. Ele ou ela deve ter experiencia na participação do sector privado e/ou formação e reforço institucional. Devendo o Consultor entregar 6-8 Relatorios encadernados com imagens e mapas para o Governo da Guiné-Bissau e o Banco Mundial.

