Prefeitura do **M**unicípio de **S**ão **P**aulo
Secretaria **M**unicipal da **S**aúde
Coordenação de **D**esenvolvimento de **P**rogramas e **P**olíticas de
Saúde - **CODEPPS**

CADERNOS DE SAÚDE BUCAL DA SES SP

CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE BUCAL

adotado pela Área Técnica de Saúde Bucal para subsidiar as ações de saúde bucal na rede municipal de saúde.

Gestão 2005-2008

dezembro de 2005

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL

CUIDADOS DOMICILIARES EM SAÚDE BUCAL

Introdução

Os esforços da sociedade fizeram com que a Constituição de 1988 (BRASIL 1988) reconhecesse a saúde como um *"direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação"* (art. 196)

Os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS) constantes da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de1990) asseguram a "*universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência*"; "*a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*"; "*a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral*"; (art 7º, I, II, III), devendo o Estado estabelecer as condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (art 2.º, §1º).

As mudanças ocorridas no perfil demográfico da população, na qual o envelhecimento apresenta-se, muitas vezes, associado a doenças crônicas e degenerativas assim como o aumento da violência urbana, tem resultado em um contingente maior de pessoas com perdas funcionais temporárias ou permanentes. Por outro lado, também se faz premente facilitar o acesso dos portadores de deficiências físicas e mentais aos serviços de saúde, o que exige a reorganização dos mesmos de forma a contemplar as necessidades desta parcela da população em todos os níveis de atenção.

De forma a adequar-se a esta realidade, a Lei 10.424, de 15 de abril de 2002, acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080/90, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. O parágrafo 2º, do artigo 191 da referida Lei estabelece que "*o atendimento e a internação domiciliares serão realizados*

por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora".

Embora a lei não cite expressamente os profissionais de Saúde Bucal, estes se incluem entre aqueles necessários para realizar o cuidado integral aos pacientes em seu domicílio.

Constata-se que ainda não houve no âmbito do SUS, até o momento, acúmulo suficiente de experiências e discussões a respeito desse assusto que pudessem subsidiar os profissionais para a organização e desenvolvimento dessas atividades. Dada a importância do tema e de suas múltiplas dimensões, o Centro Técnico de Saúde Bucal da Secretaria de Estado da Saúde propôs essa discussão ao Fórum Estadual de Saúde Bucal, espaço criado pela Resolução SS-67 de 10/05/1999, com representantes da Administração, das Universidades, dos Serviços e das Entidades de Classe.

O presente documento sintetiza essa discussão e pretende esclarecer alguns aspectos, oferecendo subsídio aos técnicos que se dedicam à organização dos serviços, bem como aos profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção do sistema, procurando favorecer a implantação e/ou implementação de cuidados domiciliares, de forma a permitir que os indivíduos que não possam chegar aos serviços de saúde em decorrência de incapacidade funcional, permanente ou temporária, tenham acesso aos cuidados em Saúde Bucal.

Cuidados domiciliares em saúde bucal

Os serviços de saúde vem se organizando no sentido de oferecer o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. O primeiro normalmente apresenta-se vinculado à Unidade de Saúde, oferecendo cuidados de atenção básica aos indivíduos acamados. O segundo, normalmente, encontra-se vinculado a um hospital, oferecendo cuidados e recursos mais especializados e com maior freqüência.

A princípio define-se como *cuidados domiciliares em saúde bucal* o conjunto de ações de educação em saúde, orientações sobre os autocuidados, prevenção e assistência odontológica realizados no domicílio.

Frente ao desafio de proporcionar *cuidados domiciliares em saúde bucal*, no que diz respeito à assistência, há que se considerar que na maior parte das vezes, exige equipamentos, instrumentais, condições de biossegurança e de ergonomia que dificilmente serão alcançadas plenamente no domicílio. Em decorrência das dificuldades apontadas, o consultório odontológico dos serviços de saúde é o espaço privilegiado para o desenvolvimento das atividades clínicas. As atividades de assistência odontológica oferecidas no domicílio devem ficar restritas aos casos em que a equipe que acompanha o paciente julgar necessário, sempre considerando acima de tudo a necessidade apresentada pelo mesmo.

Os mais variados critérios são utilizados pelos serviços de saúde para a definição de prioridades para o atendimento ou internação domiciliar. Respeitando estes critérios, mas, como forma de avançar na discussão trazendo subsídios para a implantação e/ou implementação deste tipo de atenção, optou-se por utilizar a Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola, oferecendo parâmetros para a definição de cuidados em saúde bucal a serem oferecidos no domicílio, devendo cada equipe local ajustar à sua realidade.

Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola:

- **Grau 0** (zero) - Vale-se totalmente por si mesmo. Caminha normalmente;
- **Grau 1** (um) Realiza suficientemente as Atividades da Vida Diária (AVD). Apresenta algumas dificuldades para locomoção;
- **Grau 2** (dois) Apresenta algumas dificuldades nas AVD, necessitando apoio ocasional. Caminha com ajuda de bengala ou similar;
- **Grau 3** (três) Apresenta graves dificuldades nas AVD, necessitando de apoio em quase todas. Caminha com muita dificuldade, ajudado por pelo menos uma pessoa.
- **Grau 4** (quatro) Impossível realizar, sem ajuda, qualquer das AVD. Capaz de caminhar com extraordinária dificuldade, ajudado por pelo menos duas pessoas.
- **Grau 5** (cinco) Imobilizado na cama ou sofá, necessitando de cuidados contínuos.

Ressalta-se que a avaliação efetuada pela equipe de saúde deve levar em conta os aspectos socioeconômicos que permeiam cada caso e que não estão contemplados nestes critérios, ressaltando-se que a flexibilidade deve ser a tônica, e que os direitos da pessoa a uma assistência humanizada sobrepõem-se a esses critérios.

Nota: A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é proposta pela Organização Mundial de Saúde visando integrar as várias perspectivas de funcionalidade (biológica, individual e social). O presente documento não utilizou essa classificação tendo em vista que foi publicada em 2003 em língua portuguesa e, portanto, ainda não foi devidamente discutida e assimilada pela maioria dos profissionais e serviços de saúde. Ressalta-se contudo que futuramente pretende-se adequar o presente documento à referida classificação.

Cuidados domiciliares a serem oferecidos de acordo com o grau de incapacidade funcional:

Os indivíduos que se enquadram nos graus 0 (zero), 1 (um) e 2 (dois) da Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola normalmente não

necessitam de assistência domiciliar. A educação em saúde, objetivando o autocuidado, pode ser oferecida nas Unidades de Saúde às quais os indivíduos encontram-se vinculados, e/ou espaços sociais dentro da área de abrangência da mesma. Em regiões assistidas pelo Programa de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde desenvolvem um importante papel educativo, tanto na Unidade de Saúde e espaços sociais da comunidade, como na sua rotina de visitas domiciliares, independentemente dos indivíduos estarem ou não incapacitados funcionalmente, devendo ser ressaltada a sua importância em atividades educativas relativas à saúde bucal. Os cuidados específicos em saúde bucal realizados pelos profissionais da área a estes indivíduos, devem ser oferecidos preferencialmente na Unidade de Saúde à qual estão vinculados.

Conforme o documento "Estratégia para implementação de cuidados domiciliares de saúde na esfera do Sistema Único de Saúde SUS" (SÃO PAULO 2002), os indivíduos que se enquadram no grau 3 (três) da Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola devem dispor de um cuidador no domicílio, mas não necessariamente durante as 24 horas. Estes necessitam de ajuda de um cuidador para executar apenas algumas das atividades da vida diária, em intervalos regulares, não necessitando da presença do cuidador permanentemente. Para os mesmos a educação para o autocuidado bem como o apoio e treinamento do cuidador devem ser realizados no domicílio por profissional auxiliar de saúde bucal devidamente treinado. A assistência odontológica dessas pessoas deverá ser realizada nos serviços de saúde (nível primário, secundário ou terciário), preferencialmente. Neste caso, todavia, deve-se estabelecer com esse indivíduo e família um diálogo levando em conta sobretudo sua disposição em receber o atendimento na Unidade de Saúde ou no domicílio.

Os indivíduos classificados nos graus 4 e 5 da Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola são os eleitos para receber, prioritariamente, a assistência odontológica no domicílio.

Cabe ressaltar que, dependendo da gravidade do quadro clínico, esse indivíduo pode estar vinculado a Unidade de Saúde ou a uma equipe multidisciplinar de internação domiciliar.

Em decorrência dos agravos à saúde que podem acometer esse grupo de indivíduos, envolvendo transtornos físicos e mentais com os mais diversos graus de comprometimento, a avaliação conjunta da equipe médica e de saúde bucal indicará a oportunidade das intervenções necessárias, baseada em aspectos tais como: a gravidade do quadro geral de saúde, a urgência do atendimento odontológico a ser instituído, o período pelo qual o indivíduo permanecerá incapacitado, a complexidade dos procedimentos a serem executados, o grau de aceitação ao atendimento, a capacitação do profissional, a disponibilidade de recursos físicos e materiais, a disponibilidade de serviços de referência, as condições que o domicílio apresenta para os tipos de procedimentos a serem realizados, entre outros.

A avaliação minuciosa deve considerar como alternativas para a resolução problema:

- Remoção para atendimento na Unidade de Saúde da área de abrangência;
- Atendimento domiciliar paliativo pela equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde que não dispõe de equipamentos portáteis, envolvendo procedimentos que possam ser realizados com instrumentos manuais;
- Atendimento domiciliar com equipamento portáteis tendo a possibilidade de realizar uma gama maior de procedimentos;
- Remoção para serviços especializados que contam com profissionais capacitados e recursos físicos necessários;
- Remoção para serviço de atenção terciária em ambiente hospitalar com recursos de anestesia geral.

Verifica-se, portanto, que os procedimentos a serem realizados no domicílio estarão na dependência de inúmeros fatores, tendo como ponto de partida a avaliação das condições de saúde bucal do indivíduo, o que servirá de subsídio para a subseqüente discussão com a equipe (seja da Unidade de Saúde tradicional, do Programa de Saúde da Família, equipe de atendimento domiciliar ou equipe de internação domiciliar), com vistas ao tratamento ou devido encaminhamento do caso, buscando, se necessário, recursos em outros níveis de atenção para a sua resolução.

Universalização do acesso

Para que realmente se permita o acesso de todos os indivíduos acamados aos cuidados em Saúde Bucal, a avaliação deve envolver todos aqueles que se encontram nesta situação (graus 3, 4 e 5 da Escala de Avaliação Funcional da Cruz Vermelha Espanhola) atendidos pela Unidade de Saúde, ou eventualmente estejam incluídos em programas de internação domiciliar. A avaliação das condições de saúde bucal destes indivíduos deve ser realizada periodicamente, de acordo com o risco individual que o mesmo apresentar, em relação às doenças bucais.

Cabe ressaltar que os serviços de saúde devem se organizar de forma a permitir a realização desta avaliação e também viabilizar a articulação e o acesso destes indivíduos aos serviços de maior complexidade, buscando a resolutividade do caso, cabendo inclusive acompanhar os resultados alcançados.

A educação para o autocuidado bem como o apoio e treinamento do cuidador para desempenho de suas atividades devem ser realizadas no domicílio pelo profissional que executar avaliação.

Planejamento do trabalho

O presente tópico não pretende abordar todos os aspectos relativos ao planejamento do trabalho, mas apenas alguns pontos mais polêmicos relacionados com a questão.

A autorização para a realização dos procedimentos deve ser obtida com o indivíduo ou seu representante legal, ressaltando-se a necessidade do referido documento explicitar que a assistência proposta será realizada no domicílio.

Identificada a necessidade de intervenção odontológica, segue-se a avaliação das condições do ambiente, com vistas ao planejamento do trabalho, buscando encontrar soluções em conjunto com família e a equipe de saúde para a efetivação da intervenção requerida para o caso.

a)Verificação do ambiente externo à casa:

- Presença de esgoto a céu aberto;
- Presença de terrenos baldios com acúmulos de lixo (possibilidade de proliferação de ratos e insetos);
- Asfaltamento da rua (condições de acesso);
- Condições da casa (madeira, alvenaria ou mista);
- Segurança;
- Verificar se é região sujeita a alagamentos.

b)Verificação do ambiente interno.

- Luminosidade suficiente para realização dos procedimentos;
- Altura da cama;
- Posição da cama em relação à janela;
- Presença de energia elétrica;
- Presença de tomadas elétricas;
- Presença de janelas possibilitando uma boa ventilação;
- Avaliação do piso e móveis em relação à desinfecção;
- Presença de bolores na parede ou outros agentes contaminantes;
- Condições de higiene local;
- Presença de animais domésticos soltos na residência;
- Presença de escabiose e pediculose nas crianças e adultos;
- Existência de móveis necessários para o atendimento;
- Pias ou tanques com água corrente para higienização;
- Avaliação do ambiente social em que se encontra o paciente (uso de drogas, má convivência familiar etc).

Mesmo em condições adversas, a realização ou não da intervenção, deve pautar-se **necessariamente** na **urgência do caso.**

Para o planejamento da atividade, é importante considerar o itinerário a ser seguido, o tempo gasto no domicílio e o horário disponível dos profissionais da equipe de saúde bucal assim como do paciente e de sua família.

c) Ações a serem desenvolvidas

A questão que merece destaque neste momento refere-se aos procedimentos que podem ser realizados no domicílio em situações em que não se encontra disponível o equipamento portátil, devendo ser lembrado que estas ações deverão ser precedidas da avaliação prévia da equipe, conforme discutido anteriormente.

- Orientações sobre a prevenção de doenças bucais;
- Exame clínico;
- Prescrição terapêutica;
- Aplicação tópica de flúor;
- Aplicação de cariostático;
- Aplicação de verniz com flúor;
- Escariação / selamento de cavidades com cimento provisório ou ionômero de vidro;
- Raspagem coronária e radicular;
- Curetagem sub-gengival;
- Capeamento pulpar direto/ selamento da cavidade (em situações de urgência);
- Pulpotomia / selamento da cavidade (em situações de urgência);
- Exodontia de dente decíduo;
- Exodontia de dente permanente;
- Remoção de resto radicular;
- Drenagem de abcesso;
- Biópsia/citologia esfoliativa;
- Pequenas cirurgias em tecidos moles;
- Tratamento de hemorragia;
- Tratamento de alveolite;
- Remoção de sutura;
- Gengivectomia;
- Ulotomia;
- Ulectomia;
- Confecção de próteses;
- Outros procedimentos de urgência.

Conforme experiência dos participantes deste Fórum, com a disponibilidade de equipamentos portáteis amplia-se a gama de procedimentos a serem realizados no domicílio, sendo possível realizar praticamente todos os procedimentos que são realizados no consultório, observando-se a avaliação realizada pela equipe e excetuando-se aqueles em que apresentam restrições por parte da Vigilância Sanitária, como é o caso de tomadas radiográficas.(Art. 53 da Resolução SS-15 de 18 de janeiro de 1999).

d) Biossegurança

Os procedimentos de biossegurança a serem instituídos na assistência domiciliar são os mesmos preconizados para o atendimento clínico, devendo ser adaptados à realidade de cada domicilio, porém jamais negligenciados.

Durante a avaliação das condições do ambiente anteriormente proposta, sugere-se orientar a família a realizar procedimentos que venham a favorecer as condições de biossegurança, tanto em relação à proteção do paciente, quanto da equipe.

Desafios a serem enfrentados:

Figueiredo (2002), em sua revisão da literatura sobre o atendimento odontológico a pacientes portadores de necessidades especiais, declara que 80% dos profissionais não se sentem aptos a realizar este atendimento. O autor ressalta que a falta de profissionais treinados para atender essa população e o limitado suporte na provisão de serviços especializados complica ainda mais a resolução deste entrave. Ao mesmo tempo identifica que nem todas as universidades apresentam disciplina voltada ao atendimento desta parcela da população, cujo treinamento ocorre normalmente em cursos de pós-graduação.

O que se observa na prática, em relação aos serviços de assistência odontológica voltados para o atendimento de pessoas que necessitam de atenção especial, é que são serviços isolados, não constituindo um sistema, dificultando, ou até mesmo impedindo a articulação entre os diversos níveis de complexidade. As iniciativas isoladas no sentido de promover uma atenção integral, embora bem-vindas, devem estar inseridas em um contexto mais amplo, conforme proposto pelo SUS, de forma a darem respostas satisfatórias, sendo possível oferecer às pessoas portadoras de necessidades especiais um tratamento na medida da sua necessidade.

Essa constatação evidencia a necessidade de integrar-se os diversos serviços que oferecem assistência odontológica aos indivíduos portadores de necessidades especiais nos diversos níveis de complexidade, de forma a estruturar-se um sistema que seja capaz de oferecer uma atenção integral, tendo como porta de entrada não apenas a Unidade de Saúde, mas também o domicílio, em situações em que os indivíduos encontrem-se impossibilitados (de forma temporária ou permanente) de buscar os cuidados em saúde de que necessitam.

Para que se possa acompanhar o desenvolvimento dessa proposta, e se está conseguindo atingir os seus objetivos, é necessário estruturar-se um sistema de informações adequado, de forma a dimensionar a problemática dentro das comunidades atendidas e observar-se qual a resolutividade que as equipes estão conseguindo alcançar, possibilitando se necessário, propor redirecionamentos que aumentem a eficácia destas ações.

Conclusão:

Cabe aos gestores do SUS buscarem mecanismos que possam garantir os preceitos constitucionais, buscando formas de atuar e prover cuidados aos indivíduos que, em decorrência de suas limitações funcionais, muitas vezes encontram-se excluídos do sistema de saúde.

Bibliografia Consultada:

Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo: IMESP; 1988. Seção II, p. 37.

Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set 1990. Seção I, p. 18055.

Brasil. Lei 10.424 de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, 16 abr. 2002. Seção I, p. 1.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n.º 1.668, de 2003: dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência. **Diário Oficial da União,** Brasília, 3 jun. 2003. Seção I, p. 84.

Figueiredo JR. **Estratégias para a provisão de cuidados no atendimento odontológico a pacientes portadores de deficiência.** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado- Faculdade de Odontologia da USP]

Fundação Zerbini, Prefeitura de São Paulo. **Programa Saúde da Família**. Manual para a equipe saúde bucal em visita domiciliar. São Paulo; 2003.

Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROHD) de Marília-SP. Marília. s.d.

Ministério da Saúde. Portaria 2.416, de 23.3.98: estabelece requisitos para credenciamento de Hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. **Diário Oficial da União,** Brasília, 26 mar. 1998. Seção I, p. 106.

Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Resolução RDC n.º 33, de 25.2.2003: dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de

resíduos de serviços saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, 5 mar. 2003. Seção I, p. 45.

Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental** 1990-2002. Brasília. 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. **Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde**. 2. ed. Brasília, 1994.

Monteiro MFG. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: Barata RB, organizador. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. P.189-204.

Nunes MRPTM, Monteiro MAG. **Sistema de Atendimento Domiciliar** SAD. Campinas. out. 2001.

Organização Mundial de Saúde. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** Coord. de trad. CM Buchalla. São Paulo: Edusp; 2003.

São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. Programa de Saúde da Família. **Estratégia para implementação de cuidados domiciliares de saúde na esfera do Sistema Único de Saúde- SUS.** São Paulo, 2002. [Apostila produzida por técnicos da Prefeitura Municipal de São Paulo].

São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Centro de Referência do Idoso. **Programa de visita domiciliar ao idoso acamado em recuperação do Centro de Referência do Idoso**. São Paulo, s.d.

Secretaria da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS 01, Resolução SS-15, de 18-1-99: aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo,** São Paulo, 20 jan. 1999. Seção I, p. 21.

Secretaria da Saúde. Resolução SS-374, de 15.12.95: altera a Norma Técnica sobre a organização do Centro de Material e Noções de Esterilização. **Diário Oficial do Estado de São Paulo,** São Paulo, 16 dez. 1995. Seção I, p. 12.
Secretaria da Saúde. Resolução SS-67, de 10.5.99: cria o Fórum Estadual de Saúde Bucal na Secretaria do Estado de Saúde e determina providências correlatas. **Diário Oficial do Estado de São Paulo,** São Paulo, 12 maio. 2003. Seção I, p. 14.

Secretaria da Saúde. Coordenação dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Sanitária. Portaria CVS 01, 02.1.2002: dispõe sobre o SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SEVISA, define o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária CEVS e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes Municipais e Estaduais de Vigilância Sanitária no Estado de São Paulo e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 18 fev. 2002. Seção I. [Retificações publicadas em **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, Poder Executivo, Seção I, em: 23.1.02, 28.3.02 e 23.7.02].

Toledo RP de, coordenadora. **Ante-Projeto do Sistema de Assistência Domiciliar em Campinas. Campinas**. nov. 2001.

.

Anexo 1

Algumas normas legais relativas à questão

Com a finalidade de facilitar o acesso às normas e documentos legais pertinentes, destacamos em ordem cronológica:

- Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde. 2.ª edição – 1994 (Ministério da Saúde).
- Resolução SS-374, de 15-12-95. *"Altera a Norma Técnica sobre a organização do Centro de Material e Noções de Esterilização".*
- Resolução SS-15, de 18-1-99. ***"****Aprova Norma Técnica que estabelece condições para instalação e funcionamento de estabelecimentos de assistência odontológica, e dá providências correlatas".*
- Portaria CVS 01, de 02 de janeiro de 2002. *"Dispõe sobre o SISTEMA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - SEVISA, define o Cadastro Estadual de Vigilância Sanitária CEVS e os procedimentos administrativos a serem adotados pelas equipes municipais e estaduais de vigilância sanitária no estado de São Paulo e dá outras providências".* Cabe ressaltar que a referida Portaria foi citada em decorrência do fato dos estabelecimentos de saúde que se propõem a realizar a assistência domiciliar devem registrar esta modalidade de assistência em seu cadastro e seguir as orientações da mesma.
- A Resolução CFM n.º 1.668/2003 "*Dispõe sobre normas técnicas necessárias à assistência domiciliar de paciente, definindo as responsabilidades do médico, hospital, empresas públicas e privadas; e a interface multiprofissional neste tipo de assistência*".

- Resolução RDC n.º 33 de 25 de fevereiro de 2003. "*Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde*".

No item "Bibliografia consultada" é possível obter-se referências de outras normas legais também relativas à questão.

Anexo 2

Algumas considerações sobre a Resolução RDC n.º 33 de 25 de fevereiro de 2003 (Resíduos de Serviços de Saúde)

Considerando que os serviços de saúde são responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os resíduos por eles gerados, atendendo às normas e exigências legais, desde o momento de geração até a sua destinação final, a Resolução RDC n.º 33 de 25 de fevereiro de 2003 , define como geradores de RSS (resíduos de serviços de saúde) todos os serviços que prestem atendimento à saúde humana, incluindo os prestadores de serviço que promovam os programas assistência domiciliar.

Segundo essa resolução, é de responsabilidade dos dirigentes dos estabelecimentos geradores de RSS a definição do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) referente ao estabelecimento sob sua responsabilidade, obedecendo a critérios técnicos, legislação ambiental e outras orientações contidas na referida Resolução.

O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) é o documento que aponta e descreve as ações relativas ao manejo dos resíduos, observadas suas características, no âmbito dos estabelecimentos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e destinação final, bem como a proteção à saúde pública.

Cópia do PGRSS deve estar disponível para consulta sob solicitação da autoridade sanitária ou ambiental competente, dos funcionários, dos pacientes e do público em geral.

A Resolução classifica os RSS objetivando destacar a composição desses resíduos segundo as suas características biológicas, físicas, químicas, estado da matéria e origem, para o seu manejo seguro.

- GRUPO A - (POTENCIALMENTE INFECTANTES) - resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção.

- GRUPO B - (QUÍMICOS) - resíduos contendo substâncias químicas que apresentam risco à saúde pública ou ao meio ambiente, independente de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade.
- GRUPO C - (REJEITOS RADIOATIVOS)
- GRUPO D - (RESÍDUOS COMUNS) são todos os resíduos gerados nos serviços abrangidos por esta resolução que, por suas características, não necessitam de processos diferenciados relacionados ao acondicionamento, identificação e tratamento, devendo ser considerados resíduos sólidos urbanos - RSU.
- GRUPO E - PERFUROCORTANTES

Em linhas gerais a Resolução indica que os resíduos do GRUPO A, B e E gerados pelos programas de assistência domiciliar, devem ser acondicionados, identificados e recolhidos pelos próprios agentes de atendimento ou por pessoa treinada para a atividade, de acordo com esse Regulamento Técnico, e encaminhados ao estabelecimento de saúde de referência.

A referida norma também salienta que o pessoal envolvido diretamente com o gerenciamento de resíduos deve ser capacitado na ocasião de sua admissão e mantido sob treinamento periódico para as atividades de manejo de resíduos, incluindo a sua responsabilidade com higiene pessoal e dos materiais. A capacitação deve abordar a importância da utilização correta de equipamentos de proteção individual - uniforme, luvas, avental impermeável, máscara, botas e óculos de segurança específicos a cada atividade, bem como a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação. Todos os profissionais que trabalham no estabelecimento, devem conhecer o sistema adotado para o gerenciamento de RSS, a prática de segregação de resíduos, reconhecimento de símbolos, expressões, padrões de cores adotados, localização de abrigos de resíduos, entre outros fatores indispensáveis à completa integração ao PGRSS.

Não é objetivo do presente documento entrar em pormenores sobre a referida Resolução, porém apontá-lo como um documento legal que deve ser criteriosamente analisado para a construção do PGRSS local para, desta forma, viabilizar a assistência domiciliar dentro dos critérios propostos por este Regulamento Técnico.

Fórum Estadual de Saúde Bucal
São Paulo, setembro de 2.003.

Geraldo Alckmin
Governador do Estado de São Paulo

Luiz Roberto Barradas Barata
Secretário de Estado da Saúde

Oswaldo Yoshimi Tanaka
Secretário Adjunto

Maria Cecília Corrêa
Coordenadora da Coordenadoria de Planejamento em Saúde

Maria da Candelária Soares
Diretora do Centro Técnico de Saúde Bucal
Coordenadora do Fórum Estadual de Saúde Bucal

Ana Flavia Pagliusi
Angela Maria Spadari D'Amello
Julie Silvia Martins
Maria Eglaucia Maia Brandão
Tania Isabel Bighetti Forni
Vladen Vieira
Assessores Técnicos

www.saude.sp.gov.br

2004

Fórum Estadual de Saúde Bucal

Aparecida S. Franco

Carlos Botazzo

Catalina Riera Costa

Décio Roberto Masini

Fernanda Lucia de Campos

Flávia Brandão T. Pierozzi

Helenice Biancalana

Hiroko H. Nishiyama

José Geraldo Lupato Conrado

Maria Ercília de Araújo

Neide Aparecida Sales Biscuola

Nidia Martineli

Paulo Capel Narvai

Roberto A. C. Fernandez

Rosa Maria Vranjac

Silvia Fedato Barbosa

Grupo de trabalho

Adriano Luis Senra Xavier

Catalina Riera Costa

Doralice Severo da Cruz Teixeira

Eduardo Osvaldo Mishima

Eliane Barbosa Prado

Ida Tecla P. Calvielli

Isamo Murakami

José Geraldo Lupato Conrado

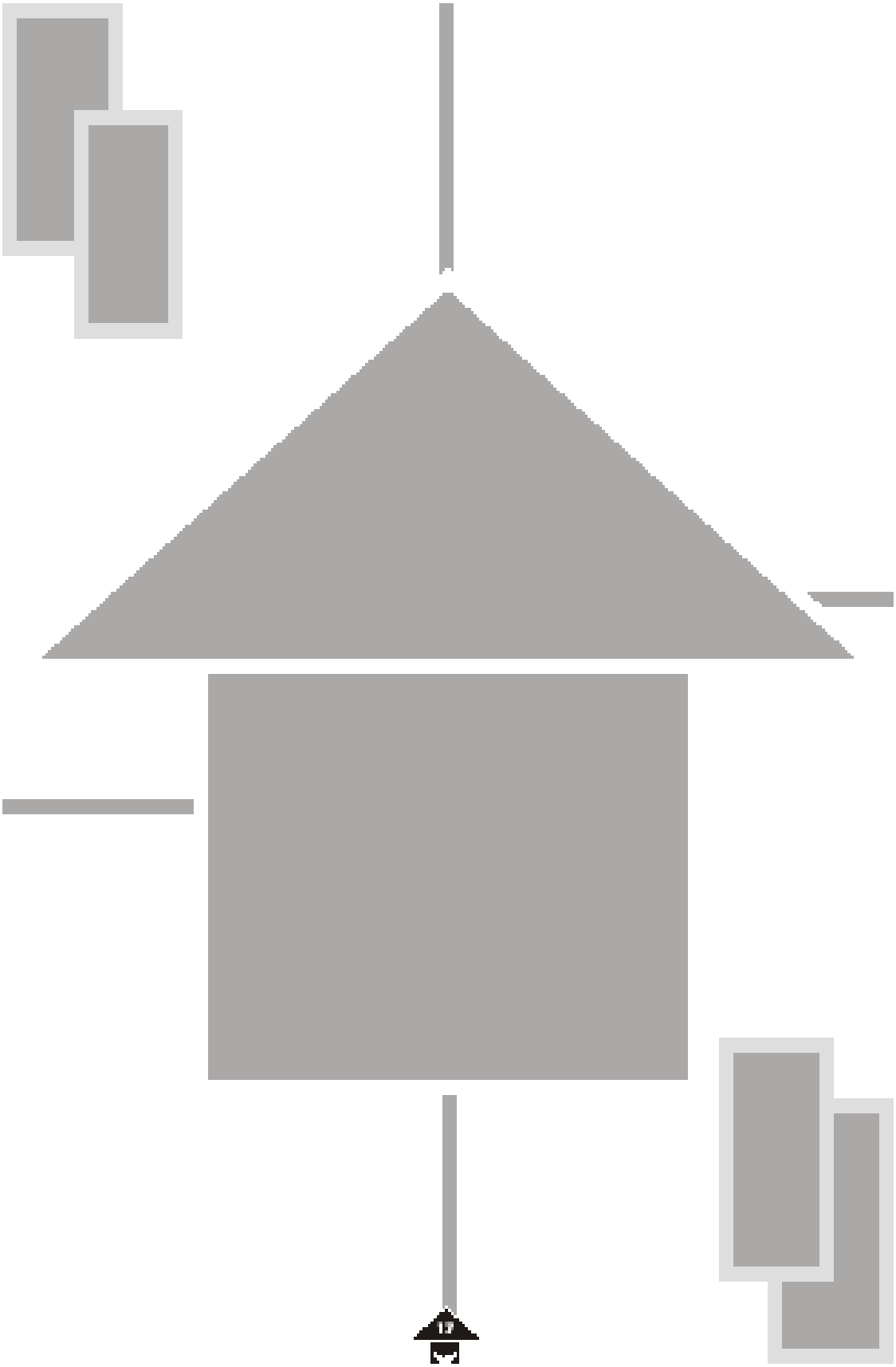
José Roberto Lidor Pontes

Julie Silvia Martins

Moacyr da Silva

Nídia Martinelli

Paulo Capel Narvai

Suzel Longhi Nunes de Oliveira

Tania Izabel Bighetti Forni