

©Copyright, 2006. Todos os direitos são reservados. Será permitida a reprodução integral ou parcial dos artigos, ocasião em que deverá ser observada a obrigatoriedade de indicação da propriedade dos seus direitos autorais pela INTERFACEHS, com a citação completa da fonte. Em caso de dúvidas, consulte a secretaria: interfacehs@interfacehs.com.br

CONSIDERAÇÕES SOBRE RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇO DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Antonio de O. Siqueira¹; Ângelo José Consoni²

¹ Coordenador e Professor do Curso de Gestão Ambiental, Centro Universitário Assunção – Unifai; Mestre em Tecnologia Ambiental pelo Instituto de Pesquisas Tecnológicas – IPT.

² Pesquisador do Laboratório de Resíduos e Áreas Contaminadas, do Centro de Tecnologias Ambientais e Energéticas, Instituto de Pesquisas Tecnológicas – IPT; Doutor em Geociências e Meio Ambiente pelo IGCE/Unesp.

RESUMO

O atendimento domiciliar à saúde vem crescendo significativamente nos últimos anos. Em detrimento do manejo adequado de resíduos se tratar de boa prática, as empresas e profissionais que prestam este tipo de assistência deixam de gerenciá-lo da forma correta, seja por questões financeiras ou conhecimento. Estimativas indicam que a cidade de São Paulo pode ter 7,5 toneladas/dia de resíduos potencialmente contaminados sendo encaminhados em conjunto com o resíduo doméstico. Em função disso, no presente trabalho, discute-se a elaboração de uma ferramenta de gestão adaptada às condições de uma residência. Como principais resultados destaca-se primeiramente a caracterização dos resíduos sólidos de serviços de saúde gerados durante a assistência domiciliar. O segundo resultado significativo foi a elaboração do Manual de Procedimentos para o Manejo de Resíduos na Assistência Domiciliar, baseado no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde – PGRSS preconizado pela Agencia Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa, mas adaptado ao ambiente domiciliar.

Palavras-chave: resíduos sólidos; assistência domiciliar; plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde; resíduos de serviços de saúde; PGRSS.

INTRODUÇÃO

Não só no Brasil, mas também nos demais países em desenvolvimento, o serviço de assistência domiciliar vem crescendo de forma significativa nos últimos anos e o desenvolvimento desta assistência terapêutica, baseia-se na concepção de ação conjunta dos familiares com os profissionais da saúde. Admite a possibilidade de os pacientes serem mantidos em seu próprio domicílio, utilizando equipe clínica multidisciplinar e alguns recursos hospitalares que assegurem a assistência médica, dividindo assim, com a família, os cuidados com o paciente, proporcionando apoio psicoafetivo e melhor qualidade de vida, dentro de suas limitações, de acordo com Fernandes, Fernandes e Ribeiro Filho (2000).

A assistência domiciliar permite uma redução de custos, em torno, de 52% em relação à assistência hospitalar, segundo Tavolari (2000); como indica Pereira (2001), a produção de um maior número de leitos, a redução dos riscos de infecção hospitalar, a humanização do atendimento e uma sensível redução nos custos, são justificativas para a adoção crescente da assistência domiciliar; Vaz (2005) complementa as justificativas dizendo que a assistência domiciliar oferece, ainda, maior dignidade para os pacientes terminais e seus familiares.

Mais adiante, em avaliação aos efeitos dessa forma de atendimento feita por Nakagawa (2003), no que se refere à utilização do sistema de saúde e seus custos, foram possíveis algumas conclusões importantes: redução de 89% no número de atendimentos ambulatoriais; redução de 46% nos exames diagnósticos; redução de 89% na quantidade de internações; redução de 76% no custo de atendimento.

Segundo Brasil (1998), o Serviço Único de Saúde – SUS estabeleceu critérios para a realização da assistência domiciliar, dentre os quais são consideradas condições prioritárias: pacientes com idade superior a 65 anos com pelo menos três internações pela mesma causa ou procedimento em um ano; pacientes portadores de condições crônicas tais como: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença vascular cerebral e diabetes; pacientes acometidos por trauma com fratura ou afecção ósteo-articular em recuperação e pacientes portadores de neoplasias malignas.

A assistência domiciliar é indicada também às crianças e idosos que se ressentem mais do afastamento familiar e de pacientes com problemas de saúde mental, conforme Vaz (2005).

Cerca de 20,6% dos pacientes em assistência domiciliar têm infecções, ocorrendo 1/4 durante o período de cuidado domiciliar e 3/4 existindo previamente, de acordo com Fernandes, Fernandes e Ribeiro Filho (2000).

É imprescindível que a equipe de saúde oriente procedimentos sobre a manipulação do leito, tais como limpeza, troca de roupa, respeito às normas de biossegurança e precauções padrão, observando e orientando quanto aos cuidados no manejo dos resíduos; orientando quanto aos cuidados com a água, caso não haja saneamento básico e quanto ao descarte de excreções, secreções e demais dejetos Fernandes, Fernandes e Ribeiro Filho (2000).

Observa-se a necessidade de um melhor entendimento das questões que envolvem os resíduos e a assistência domiciliar, para que possa haver alguma contribuição efetiva, prevenção e mitigação dos possíveis impactos à saúde das pessoas e dos profissionais envolvidos, além dos ambientais.

OBJETIVOS

Este estudo tem a finalidade de contribuir para o conhecimento na área de gerenciamento de RSSS, no que se refere aos resíduos gerados na assistência domiciliar, buscando contextualizar com as questões de saúde, segurança ocupacional e ambiental. Além disso, teve como objetivo geral conhecer a realidade da geração dos resíduos sólidos de serviços de saúde – RSSS na assistência domiciliar e por meio desse conhecimento elaborar um “Manual de Procedimentos para o Manejo de Resíduos na Assistência Domiciliar”, destacando a atenção que os RSSS devem receber, para um manejo seguro.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa pode ser classificada como um estudo exploratório quanto aos seus objetivos, uma vez que se propõe a disponibilizar um método para a gestão de RSSS de pacientes em assistência domiciliar. Quanto aos meios, a pesquisa pode ser classificada como bibliográfica e documental, no que se refere à caracterização dos RSSS oriundos da internação domiciliar na Região Metropolitana de São Paulo – RMSP, que embasa a elaboração dos demais produtos gerados, conforme Cervo e Bervian (2002) e Gil (2002).

Os procedimentos metodológicos utilizados foram baseados, principalmente, em: levantamento bibliográfico abrangendo os últimos dez anos; levantamento, tabulação, tratamento e análise de dados primários disponíveis acerca dos resíduos sólidos e em particular dos RSSS do sistema de assistência domiciliar da RMSP, obtidos das coletas realizadas pelo sistema de assistência domiciliar de uma empresa com atuação na RMSP, cujos pacientes, em sua maioria, são idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas; discussão, por meio de revisão bibliográfica, das questões que envolvem os RSSS; levantamento, identificação e análise da legislação sobre resíduos sólidos, RSSS e o PGRSS.

GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS NO DOMICÍLIO

Apesar das indicações dos cuidados que devem ser tomados com os resíduos sólidos no seu manejo no ambiente domiciliar, as empresas e profissionais que prestam esse tipo de assistência, deixam de gerenciá-los da forma correta, por questões financeiras ou mesmo pela falta de conhecimento sobre o assunto, segundo Fernandes, Fernandes e Ribeiro Filho (2000).

Um exemplo a citar é o que ocorre no Japão, pois os resíduos resultantes da assistência domiciliar, são descartados como resíduos comuns, mesmo sendo exigido por lei, que os resíduos produzidos nos hospitais, clínicas e demais unidades de saúde devam ser tratados e coletados de forma diferenciada, de acordo com Matsuda (2000).

Em 1990, a Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos, em seu relatório “Gerenciamento de Resíduos Médicos”, já demonstrava preocupação com o manejo desses resíduos, segundo Environmental Protection Agency (1990).

Essa preocupação somente produziu algum efeito prático, oito anos depois da publicação desse relatório, quando foi divulgado o documento com o título: *Disposal Tips for Home Health Care*, cuja tradução livre é: Guia para disposição de resíduos da

assistência domiciliar, tendo como maior preocupação os perfurocortantes, de acordo com Environmental Protection Agency (1998).

No Brasil, as medidas de gerenciamento dos resíduos sólidos resultantes da atividade de assistência domiciliar, quando adotadas, são parcas, ou seja, grande parte das empresas enfoca apenas os resíduos com características perfuro-cortantes. Outra parte das assistências domiciliares não toma qualquer cuidado com os resíduos em geral. Uma pequena fração, coleta a totalidade dos RSSS, mas no momento do transporte, o faz sem as garantias mínimas de segurança, utilizando-se de veículos particulares dos profissionais que estão em serviço na residência, ou ainda pior, transportando os resíduos no mesmo veículo que supre as residências com medicamentos e materiais descartáveis.

A GERAÇÃO DOS RSSS NO DOMICÍLIO

Levantamento mostra que, na cidade de São Paulo, 7,5 toneladas/dia de resíduos dessa atividade são destinados juntamente com o lixo doméstico, conforme Siqueira (2003).

Esta conclusão foi possível por meio do cruzamento das informações das empresas ativas que prestam o serviço de assistência domiciliar e o número estimado de seus pacientes, que multiplicado pela média de produção de resíduos apurada, produziram, à época, 7.647,50 kg/dia (4025 pacientes x 1,90 kg/dia por paciente).

Segundo São Paulo (2005), a Cidade de São Paulo gera cerca de 80,51 toneladas por dia de RSSS dos Grupos A, B e E, o que indica que os resíduos produzidos durante a assistência domiciliar equivalem, de forma relevante, à 9,30% da geração total desse resíduo.

Nessa produção total não estão sendo considerados os resíduos da assistência domiciliar e dos demais pacientes que não dispõem de assistência formal, cujo exemplo mais evidente são os diabéticos, com auto-aplicação de insulina.

Com relação à situação japonesa, uma exceção à questão da destinação inadequada é o que ocorre com os resíduos perfurocortantes, pois 78% dos portadores de diabetes que fazem a auto-aplicação de insulina em suas residências, encaminham as seringas e agulhas usadas, aos hospitais, clínicas ou farmácias, conforme Matsuda (2000).

Os pacientes assistidos no domicílio, são em sua maioria idosos portadores de doenças crônico-degenerativas; característica semelhante à do Japão, segundo Matsuda (2000).

Conforme Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2002) e Hebling (2005), até o ano 2022, poderemos ter no Brasil, uma população de idosos na faixa de 30 milhões, o que representaria 13% do total; atualmente, esse percentual é de aproximadamente 8,6%.

Considerando-se as características dos resíduos sólidos de serviços de saúde – RSSS e o potencial de utilização da modalidade de assistência domiciliar no País, é importante avaliar a gravidade de prosseguir misturando resíduos potencialmente perigosos com resíduos não-perigosos, aumentando os riscos inerentes ao processo.

Essa situação, como foi possível observar, tem como protagonista o serviço de assistência domiciliar, pois nesta prática não se tem adotado o gerenciamento adequado dos resíduos, colocando em risco, não apenas os pacientes e familiares, mas o meio ambiente e a sociedade como um todo.

Cabe então, evitar que tal situação continue a ocorrer, produzindo e divulgando informações que conduzam as empresas de assistência domiciliar a implementarem o

Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, apesar das particularidades do ambiente esses resíduos são gerados.

Ainda, segundo Ferreira e Anjos (2001), dando seguimento à questão do PGRSS, as afirmações de determinados profissionais a respeito da ausência de riscos relacionados aos resíduos não podem servir de justificativas para que as instituições de saúde não estabeleçam procedimentos gerenciais a fim de reduzir os riscos associados aos resíduos.

Entende-se ainda que estudos futuros acerca deste tema poderão solucionar problemas tão ou mais graves que os apresentados e que não foram considerados, que são os pacientes de entidades públicas e os doentes sem assistência formal, quando então recebem cuidados de seus familiares e estão longe das estatísticas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considera-se como adequada uma nova atitude de todos os envolvidos com o manejo dos RSSS, quanto à obediência às legislações que tratam do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS, principalmente a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa RDC n.306/04 e do Conselho Nacional de Meio Ambiente – Conama n.358/05, especialmente aqueles que lidam com os resíduos gerados durante o atendimento aos pacientes em assistência domiciliar.

Diante dessas necessidades especiais relativas ao PGRSS para o ambiente domiciliar e observando sugestão de Matsuda (2000), que coloca como indispensável a criação de um manual com o objetivo de oferecer informações adequadas, é que suscitou como resultado um manual para o manejo de resíduos na assistência domiciliar.

Cabe observar ainda, que as preocupações relacionadas aos resíduos gerados no domicílio acabam ocorrendo em decorrência da relevância desses resíduos.

A CARACTERIZAÇÃO DOS RSSS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Corroborando com a questão da importância do procedimento de caracterização dos resíduos, destaca-se que “a caracterização dos resíduos é o ponto básico de todo o processo de gerenciamento, influenciando todas as etapas envolvidas” (RISSO, 1993).

A caracterização dos RSSS na assistência domiciliar foi possível a partir do tratamento dos dados das coletas realizadas nas residências atendidas pelo sistema de assistência domiciliar de uma empresa com atuação na Região Metropolitana de São Paulo – RMSP. O período da coleta foi de 19.05.1999 até 30.09.2005, um tempo bastante significativo.

Segundo informações prestadas pela empresa, os pacientes, em sua maioria, são idosos e portadores de doenças crônico-degenerativas, que são características semelhantes às encontradas no Japão, como descreve Matsuda (2000).

Quanto aos RSSS, podem ser estabelecidos como principais componentes: as secreções, excreções, materiais utilizados em curativos, exsudato e demais líquidos orgânicos procedentes dos pacientes, restos de medicamentos, materiais perfurantes ou cortantes e demais materiais contaminados.

De posse de relatórios gerenciais, as informações foram sendo introduzidas em planilhas específicas de controle. Foram utilizados, basicamente, três relatórios:

Controle do veículo de coleta: extração de horário de início e término das atividades; o total de espaço percorrido em quilômetros e a quantidade de dias de coleta.

Comprovantes de pesagem: por onde se pode chegar ao peso (massa), em quilogramas, em cada processo de destinação dos resíduos para incineração.

Manifestos e comprovantes de coleta: forneceram a quantidade de coletas realizadas e a diversidade dos pacientes atendidos, para se chegar ao número médio de coleta por paciente.

Assim, foi possível a comparação dos pesos e volumes entre os perfurocortantes e os demais resíduos durante a assistência domiciliar. Dessa forma, foi constatado que: quanto ao peso (massa), os perfurocortantes representam apenas 0,60% do total de RSSS coletados; quanto ao volume, somente 0,56% é de perfurocortantes.

Considerando-se que resíduos do Grupo C e D (radioativos e comuns) não são coletados nos serviços de assistência domiciliar, por diferença, tem-se o valor referente ao somatório dos resíduos dos Grupos A e B (com riscos biológico e químico). Com relação ao peso (massa), ao somatório dos resíduos dos Grupos A e B representam 99,4% do total coletado (100% – 0,60%). Quanto ao volume, 99,44% (100% – 0,56%), é o somatório dos resíduos dos Grupos A e B.

Portanto, a produção de resíduos perfurocortantes é absolutamente irrelevante quando comparados aos demais resíduos em peso e volume. Apesar do pequeno percentual de perfurocortantes envolvidos, os mesmos devem ser submetidos aos cuidados preconizados pelas legislações existentes.

Considerando-se que boa parte do gerenciamento dos resíduos é feita apenas para os perfurocortantes e sua produção é irrelevante, pode-se concluir que não existe um gerenciamento eficaz, havendo, assim a necessidade da implementação de um Plano de Manejo adequado para este tipo particular de unidade de saúde.

Deve-se destacar também, a necessidade de segregação dos resíduos sólidos com potencial de riscos biológicos, químicos ou radioativos dos resíduos domésticos, quanto ao encaminhamento, tratamento e disposição final adequada às suas características, evitando-se possíveis impactos ambientais e sanitários negativos.

Outro risco evitável com a correta aplicação do PGRSS é aquele referente ao transporte inadequado dos RSSS, oriundos da assistência domiciliar, transporte este, feito pelo próprio corpo de enfermagem.

Levando-se em consideração a geração diária, pode-se verificar um número bastante expressivo, pois o paciente sob a assistência domiciliar, gera diariamente cerca de 2,64 kg, que quando comparado à quantidade produzida por pacientes internados em hospitais da Cidade de São Paulo, que é de 3,77 kg, conforme Bidone e Povinelli (1999), constata-se que há uma diferença menor que 30% de produção.

Comparando-se com o padrão da América Latina, onde “a média de geração de resíduos varia entre 1,0 e 4,5 kg/leito/dia” (CENTRO PAN-AMERICANO..., 1997), conclui-se que a geração dos RSSS na assistência domiciliar está dentro de padrões hospitalares, realçando sua relevância.

Mas, se considerada apenas a nossa realidade local, como relatado por Bidone e Povinelli (1999), pode-se justificar uma produção de RSSS menor em cerca de 30% na assistência domiciliar pelo fato de haver uma individualização no processo de gestão dos resíduos, o que por si só já produziria uma redução, além da inexistência de grandes procedimentos como cirurgias, emergências, laboratórios entre outros.

Outro fator preponderante para o entendimento da similaridade de quantidade e características, entre os RSSS gerados na assistência domiciliar e no atendimento convencional, está relacionado ao paciente, pois a mesma enfermidade tratada no

domicílio é tratada no hospital, cabendo, muitas vezes, a decisão pela transferência, à empresa de medicina de grupo, por questões de contenção de custos.

Como abordado anteriormente, se comparadas as estatísticas da geração de resíduos dos Grupos A, B e E no Município de São Paulo, com as estimativas de geração na assistência domiciliar, segundo São Paulo (2005) e Siqueira (2003), respectivamente, observa-se mais claramente, à luz das novas informações, que os RSSS produzidos no domicílio são relevantes, pois representam cerca de 10% da produção diária do total de RSSS atualmente gerenciados pela Prefeitura do Município de São Paulo.

Não se pode deixar de considerar, ainda:

Que a produção de RSSS no atendimento domiciliar informal, altera qualquer tentativa de estatística das quantidades geradas, pois não existem informações acerca desse grupo de geradores; e

A conseqüente destinação incorreta dos resíduos, devido a ausência de um Plano de Manejo adequado; fato que faz crer, que essa pequena parcela de resíduos poderá contaminar uma parte maior de outros resíduos.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA O MANEJO DE RESÍDUOS NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

Levando-se em consideração as ponderações feitas até aqui, foi identificado um grande potencial de riscos, presente e futuro, ao qual a sociedade e o ambiente estão expostos, riscos estes de origem biológica, química ou radioativa, como explica Takayanagui (2005).

Aponta como de extrema necessidade, uma nova postura de todos os envolvidos, no sentido de fazer valer o que as legislações preconizam para os RSSS, principalmente a Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa RDC n.306/04 e do Conselho Nacional de Meio Ambiente – Conama n^o 358/05, bem como de melhor adaptá-las ao ambiente da assistência domiciliar.

O simples fato de os resíduos gerados durante o período de assistência domiciliar terem características semelhantes aos hospitalares já seria fator determinante para essa nova postura; porém, pode-se destacar outras situações:

Se não havia legislação que vinculasse a assistência domiciliar aos serviços de saúde, a partir da Resolução Anvisa RDC n^o 33/03, esse vínculo passou a existir, sendo ratificado, no final de 2004, quando foi substituída pela RDC n^o 306, segundo informado em Brasil (2004). A própria Consulta Pública n.81 (10/10/2003) da Anvisa, que dispõe sobre o regulamento técnico e contém as normas de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar, dá destaque aos cuidados com esses resíduos, conforme Brasil (2003). Diante da exigência do PGRSS por resolução federal, a não adoção dessa prática configura-se como crime ambiental, segundo o Artigo 60 da Lei Federal 9.605.

Pela definição da Norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, NBR 10.004/2004, os RSSS são perigosos.

Pelo fato de as empresas responsáveis por essa modalidade de serviço não adotarem procedimentos para o manejo adequado, os resíduos produzidos durante o tratamento são adicionados aos resíduos domiciliares.

A população mundial na faixa etária dos idosos está aumentando. Em particular, o Brasil terá a sexta maior população de idosos em 2025, chegando ao número de 30 milhões, aproximadamente, conforme São Paulo (2005) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002).

Como, em princípio, os idosos são a maioria beneficiada por essa modalidade de atendimento, tal fato potencializa cada vez mais a utilização da assistência domiciliar como ferramenta de diminuição de custos para as empresas de seguro saúde e assistência médica; possibilitando aumentar a rotatividade dos leitos em hospitais e para uma melhor qualidade no atendimento.

Assim sendo, diante das observações precedentes e ratificando as informações anteriormente abordadas por sugestão de Matsuda (2000), que identifica como imprescindível a concepção de um manual abordando o manejo dos RSSS durante o período do tratamento do paciente em sua residência, foi elaborado o Manual de Procedimentos para o Manejo de Resíduos na Assistência Domiciliar, o qual deve ser considerado como o precursor de uma eventual discussão para sua adequação efetiva. É certo que já há situações que carecem de análise adicional, ou seja:

A participação do morador: apesar de o morador não ter um papel estabelecido no Plano de Manejo, acaba participando e, por vezes até substituindo o cuidador, o que se entende como viável, pois a enfermagem e o cuidador só devem centrar esforços e atenção ao paciente. Quando tal situação for necessária, deve-se ter uma série de cuidados. Esse familiar deve ser treinado de tal forma que os resultados sejam satisfatórios e sem a criação de situações de risco.

Lixeiras: de maneira geral, o que se percebe é que a própria família é quem providencia a compra das lixeiras envolvidas no processo, seja pelo baixo custo, por necessidade ou para cobrir a falha na operação. Observa-se ainda que a quantidade de lixeiras varia muito, de residência para residência, de acordo com a quantidade dos resíduos gerados, da forma que se administra as questões relativas aos resíduos e principalmente quanto ao número de coletas semanais. Sugere-se a existência de duas lixeiras, uma para o quarto, de tamanho pequeno para obrigar a retirada freqüente dos resíduos e outra lixeira maior no local onde irá ser feita a armazenagem dos resíduos até a coleta externa, com possibilidade de acondicionar um volume maior que a instalado no quarto. A responsabilidade pelo fornecimento das lixeiras, em princípio, é da empresa de assistência domiciliar, porém poderá ser alvo de acerto comercial entre as partes, como ocorre com outros itens mais importantes, como medicamentos, fraldas etc.

O papel da municipalidade e dos conselhos de classe: a municipalidade e os conselhos, por meio dos órgãos de comando e controle e das equipes de fiscalização, têm papel fundamental no desenvolvimento equilibrado das operações da assistência domiciliar no Brasil, pois podem e devem exercer a sua função de fiscalizador das condições de funcionamento das empresas, indo além disso, permitindo somente a abertura e funcionamento de empresas que cumprem com as exigências legais.

O gerador do resíduo de serviços de saúde na assistência domiciliar: do ponto de vista das legislações existentes, há duas possibilidades de caracterização dos responsáveis pela geração dos resíduos (será o paciente, sempre que estiver sem o amparo de qualquer empresa; será a empresa de assistência domiciliar, quando o paciente estiver sob os seus cuidados, como se cada residência fosse um quarto de um hospital e a empresa de assistência fosse o próprio hospital).

O transporte informal: apesar de freqüente, o transporte inadequado deve deixar de ocorrer, pelos riscos envolvidos e pelas leis existentes.

Indicadores de desempenho para gestão do RSSS domiciliar: devem ser encarados como grandes aliados no processo de gestão dos resíduos e quanto mais adaptados à realidade domiciliar, melhor serão os seus resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BIDONE, F. R. A.; POVINELLI, J. *Conceitos básicos de resíduos sólidos*. São Carlos: EESC/USP, 1999. 120p.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.306, de 7 dez. 2004. Aprimora, atualiza e complementa os procedimentos na Resolução RDC n.33, de 25 fev. 2003. Disponível em: www.anvisa.gov.br/. Acesso em: 14 jun. 2004.
- BRASIL. Consulta Pública da Agência Nacional de Vigilância Sanitária n.81, de 10 out. 2003. Dispõe sobre o regulamento técnico contendo as normas de funcionamento de serviços que prestam assistência domiciliar. Disponível em: www.anvisa.gov.br/. Acesso em: 27 nov. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.2.416, de 23 mar. 1998. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 1998.
- CENTRO PAN-AMERICANO DE ENGENHARIA SANITÁRIA E CIÊNCIAS DO AMBIENTE. *Guia para o manejo interno de resíduos sólidos em estabelecimentos de saúde*. Tradução Carol Castillo Argüello. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. 64p.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. *Metodologia científica*. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 242p.
- ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY – EPA. *Disposal tips for home health care*. Washington (DC), 1998. 10p.
- ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY – EPA. *Medical waste management in the United States: second interim report to congress executive summary*. New York, 1990. 4p.
- FERNANDES, A. T. (Coord.); FERNANDES, M. O. V.; RIBEIRO FILHO, N. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000. 1806p.
- FERREIRA, J. A.; ANJOS, L. A. Aspectos da saúde coletiva e ocupacional associados à gestão dos resíduos sólidos municipais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.689-96, 2001.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.
- HEBLING, E. Direito de sorrir dos idosos. *FOP Unicamp*, Campinas, 18 abr. 2005. Disponível em: www.fop.unicamp.br/portal/. Acesso em: 14 jun. 2005.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos municípios brasileiros: 2002. *Pesquisa de informações básicas municipais: pressão, estado e resposta: o meio ambiente em escala municipal*. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.
- MATSUDA, A. Proposals on the management of the wastes from the home health care. *The Japanese Journal of Clinical Pathology*, Supplement 112, p.76-88, May 2000.
- NAKAGAWA, A. et al. Influência do atendimento médico domiciliar no tratamento de pacientes com doenças crônicas. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v.5, n.19, p.26-30, abr./jun. 2003.
- PEREIRA, M. J. B. *O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re)construção da prática de saúde e de enfermagem*. 2001. Tese (Doutorado) – EERP/USP, Ribeirão Preto.
- RISSO, W. M. *Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde: a caracterização como instrumento básico para abordagem do problema*. 1993. 162f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- SÃO PAULO. Secretaria de Serviços e Obras. Departamento de Limpeza Urbana – Limpurb. *Informações sobre coleta, transporte e tratamento de RSSS e sobre home-care no Município de São Paulo*. São Paulo: Limpurb, 2005. (Relatório técnico)
- SIQUEIRA, A. O. *Estatísticas Totallix*. São Paulo: [s.n.], 2003. (Relatórios internos, analíticos e consolidados, sobre estimativas de produção de RSSS de pacientes em assistência domiciliar)
- TAKAYANAGUI, A. M. M. Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. In: PHILLIPI JR, A. (Ed.) *Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável*. Barueri: Manole, 2005. p.323-74.
- TAVOLARI, C. E. L. et al. O desenvolvimento do *Home Health Care* no Brasil. *Revista de Administração em Saúde*, Rio de Janeiro, v.3, n.9, 2000.
- VAZ, J. C. *Assistência domiciliar à saúde*. Rio de Janeiro: BNDES, 1994. Disponível em: www.federativo.bndes.gov.br/. Acesso em: 14 out. 2005.