

PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

MANIFESTO

Instruções para o Preenchimento do PGRSS no fim da página

No dias atuais, especialmente em face do crescimento desordenado das cidades, do aumento populacional e do desenvolvimento tecnológico, discute-se muito sobre os problemas ambientais e, conseqüentemente, acerca da saúde dos seres humanos. Nesse quadrante, o gerenciamento dos resíduos, lixo, possui importante destaque e merece algumas considerações.

Este manifesto tem como objetivo principal apontar e esclarecer significativo equívoco presente na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 306/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, publicado no Diário Oficial da União em 10 de dezembro de 2004.

A discussão existe porque a mencionada Resolução classifica os Resíduos de Serviços de Saúde – RSS no Grupo A, ou seja, como Resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção. Em descompasso, a citada Resolução, não considerou os Resíduos Comuns ou Domiciliares com iguais ou piores características.

Tal classificação vem atormentando a classe odontológica, isso porque, com base nas disposições da RDC, os profissionais cirurgiões dentistas encontram-se obrigados a pagar taxas com valores variados e elevados para a prestação do Serviço de Coleta dos RSS. Além disso, verifica-se que essas taxas variam muito entre as regiões, em alguns casos, denota-se a existência de uma única empresa apta para a prestação do serviço, podendo caracterizar monopólio e/ou cartel.

Diante disso, importante elencar alguns fatores que demonstram o potencial infectante dos resíduos domiciliares que, por seu turno, não estão obrigados ao pagamento de taxas e ao programa de gerenciamento especial.

Segundo dados do IBGE, a população feminina em condições de reprodução no Brasil atualmente é de aproximadamente 57 milhões. Considerando que em cada menstruação a perda de sangue é em média 50 ml, é possível concluir que são depositados no lixo comum (domiciliar) uma quantidade de 2,85 milhões de litros de sangue por mês, aproximadamente 95.000 litros/dia que não sofrem qualquer tratamento diferenciado ou depósito especial.

Ademais, frisa-se que os resíduos sólidos contêm também grandes proporções de fezes em papel higiênico ou fraldas; sangue; exsudatos ou secreções nasais em guardanapos de papel; preservativos; material para curativo (algodão, gaze, bandaid, atadura, esparadrapo, etc.); máscaras descartáveis; luvas; restos de material orgânicos removido por manicures; fio dental; restos de alimentos; dentre muitos outros itens, inclusive potencialmente tóxicos.

Encontra-se, ainda, no lixo domiciliar, seringas e agulhas utilizadas pelos insulino dependentes e usuários de drogas, bem como ampolas; lâminas de barbear; vidros; latas de conserva; medicamentos vencidos e recipientes com sobras de medicamentos.

Sublinha-se que esses substratos possuem alta concentração de microorganismos, de diferentes níveis de virulência e grau de infectividade, bem como produtos químicos com acentuada toxicidade.

No Brasil, os resultados das análises microbiológicas em amostras de resíduos de serviços de saúde e domiciliar, obtidos na pesquisa apresentada no XX Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, em 1999, no Rio de Janeiro, por J. A. Ferreira, apontam para uma razoável semelhança entre ambos os resíduos, a ponto de, sob ótica gerencial, poderem ser classificados na mesma categoria de risco.

No mesmo sentido Jayme Neves, médico infectologista, afirma em artigo publicado no Diário Popular de Pelotas - RS em 17/05/02 que, “para justificar uma provável legislação utiliza-se de uma afirmação falsa e jamais comprovada e que esse lixo é perigoso para saúde pública porque transmite doenças infecciosas. É, no mínimo, curioso para não dizer suspeito tamanho interesse por um risco inexistente, já que se escamoteia os seguintes fatos:

- a) cerca de 30% do lixo doméstico no Brasil não são coletados e cerca de 90% do coletado são destinados de forma inadequada;
- b) não há preocupação idêntica com os resíduos industriais;
- c) tão pouco há preocupação semelhante com os produtos tóxicos existentes no lixo e que envenenam o solo e a água do sub-solo.” e continua, “**não há diferença alguma entre o lixo domiciliar e o dos serviços de saúde, incluindo o hospitalar**”.

Conforme trabalho de Noil Amorim de Menezes Cussioli, Gustavo Henrique Tetzi Rocha e Liséte Celina Lange, intitulado “Quantificação dos Resíduos Potencialmente Infectantes presentes nos Resíduos Sólidos Urbanos da região sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil”, verifica-se, no item Discussão Final, que: “*Extrapolando o dado obtido na pesquisa (em que 5,49% dos resíduos domiciliares são potencialmente infectantes) para o município, percebe-se que a fração de resíduos originários de unidades de serviços de saúde é, no mínimo, duas vezes menos que a fração total coletada e aterrada de resíduos potencialmente infectantes de origem domiciliar. Se os componentes infectantes e comuns fossem discriminados em separado, a fração dos resíduos de serviço de saúde seria menor ainda para os componentes biologicamente contaminados*”.

Segue o autor “Considerando que todos indivíduos (homens e animais sadios, assintomáticos e os que já são reconhecidamente portadores de doenças infectocontagiosas e parasitárias) são fontes de infecção e estão regularmente gerando resíduos contaminados por agente patogênico, pode-se esperar que quando mal destinados, os resíduos domiciliares tenham um potencial maior de contaminação biológica ao meio ambiente do que os resíduos de unidades de serviço de saúde”.

Coroando a incoerência e a falta de técnica da resolução em apreço encontramos os dispositivos de número 10, 11.9 e 14.4 que possibilitam que resíduos de serviço de saúde originados em domicílio possam ser transportados pelo próprio agente de atendimento (enfermeiro, auxiliar de enfermagem do PSF ou outros) e encaminhado ao estabelecimento de saúde de referência enquanto o cirurgião dentista precisa contratar uma empresa para tarefa idêntica.

Diante do exposto, surgem os seguintes questionamentos:

1. Têm-se a quantificação de seringas comercializadas pelas farmácias, às pessoas insulino dependentes e usuários de drogas?
2. Têm-se estudos que demonstram a melhora do índice de contaminação dos lençóis freáticos quando o RSS odontológico é suprimido?
3. Não seria importante que fossem citadas as pesquisas que embasaram a RDC em contraponto aos estudos apresentados acima?
4. As políticas de favorecimentos a terceiros não estão presentes nas contratações de empresas coletoras?
5. Quantos aterros sanitários e/ou controlados existem no Brasil com real capacidade de receber os RSS nos padrões determinados como eficazes?

6. Existem Leis que regulamentam os valores a serem cobrados?
7. Considerando que os Cirurgiões Dentistas já pagam a Taxa de Coleta de Lixo, essa nova taxa não configura uma bitributação?
8. A RDC 306/2004 da ANVISA determina que o Cirurgião Dentista não pode transportar o RSS até um ponto de coleta, contudo, sugere que o RSS Domiciliar seja levado até o ponto de coleta. Diante disso, pergunta-se: Qual a diferença entre um cirurgião dentista e um atendente de enfermagem para transportar estes resíduos? E se o profissional autoclavasse o seu RSS? Poderia, então, lançar no Lixo Comum ou Domiciliar?

Conforme restou demonstrado com os fatos e argumentos acima relacionados, acreditamos que a dispensação do RSS odontológico no lixo comum não determina agravamentos ou melhorias das condições sépticas dos aterros e lixões.

Para finalizar, ressalta-se que o objetivo da classe odontológica, já que se produz uma quantidade ínfima de RSS, é propor um procedimento (em relação à dispensação desses resíduos) mais simples, prático e menos oneroso para as partes envolvidas na questão, a saber alternativamente:

- 1. A autoclavagem (esterilização) de perfurocortantes e material sujo com sangue e/ou secreções de patologias bucais. Utilizando-se, para tanto, embalagens identificadas e apropriadas e dispensação no lixo comum; ou**
- 2. Que seja permitido ao Cirurgião Dentista proceder da mesma forma que o atendente domiciliar encaminhando os resíduos até pontos de coleta adequados instalados nos municípios o que não infringiria de maneira nenhuma as disposições da citada RDC 306 da ANVISA.**

Procedimentos estes, que poderiam muito bem ser fiscalizados pela VISA Municipal e/ou Estadual e contariam com total apoio das entidades odontológicas.

Documento produzido pelo Grupo de Trabalho sobre PGRSS do CRO-SC

Otto Pereira Schneider – Conselheiro

Cesar de Souza – Delegado Regional

Alexandre Monghilhot – Procurador Jurídico

Marcílio Sales – Assessor da Presidência

Instruções para o Preenchimento do PGRSS (Vigilância Sanitária de SC) - [Clique aqui](#)