



prefeitura de  
**PORTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**EQUIPE DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL - CGP/DA/SMS**

**PORTARIA - Nº: 14752597/2021**

**PORTARIA SMS Nº 14752597/2021**

**PROCESSO 19.0.000119712-9**

Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços Públicos e Privados que prestam Atendimento Odontológico Domiciliar, no Município de Porto Alegre

**O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II, parágrafo único do Art. 87 da Constituição Federal, e:

considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90 e a Lei 6.437/77 no que tange a infrações sanitárias;

considerando a Lei nº 8.078/90, no que diz respeito aos direitos do consumidor, da qualidade de produtos e serviços, da prevenção, da reparação de danos e da proteção à saúde e segurança;

considerando as disposições contidas no Código Penal, art. 129 (das lesões corporais), e dos artigos 949, 950 e 951 do Código Civil, que tratam da indenização no caso de lesão ou outra ofensa à saúde de outros;

considerando a Lei Estadual nº 6.503/72, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde pública e o Decreto Estadual nº 23.430/74, em seu Artigo 664, § 2º, e a RDC- 11/2006 da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atendimento domiciliar e demais legislações estaduais e federais vigentes;

considerando a Lei Complementar nº 395/96, que institui o Código Municipal de Saúde, em seu Art. 10, inc. VII e VIII, bem como a Lei Complementar nº 790, de 10 de fevereiro de 2016, que trata do processo administrativo;

**RESOLVE:**

**Art. 1º** Os serviços odontológicos móveis, com equipamentos portáteis, deverão ser licenciados somente para atendimento de pacientes que, comprovadamente, não possam ou não devam locomover-se.

**Art. 2º** Os equipamentos portáteis utilizados por profissionais de odontologia devem ser registrados e licenciados pela ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária ou MS - Ministério da Saúde.

**Art. 3º** Os profissionais que atuam com serviços odontológicos utilizando equipamentos portáteis, no atendimento de pacientes que não possam se locomover, devem possuir Licença Sanitária emitida pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, apresentando documentos conforme Anexo I.

**§ 1º** O profissional de odontologia que realizará o atendimento odontológico domiciliar deverá possuir Alvará Sanitário no consultório ou clínica odontológica a que esteja vinculado.

**§ 2º** O serviço de atendimento domiciliar, quando realizado pela rede pública de saúde, está isento de licenciamento.

**Art. 4º** Os profissionais que atuam na prestação de serviços odontológicos no atendimento de pacientes que não possam se locomover, devem seguir o Guia de Atendimento Domiciliar - GAD, documento que orientará para a tomada de medidas na atuação dos profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência ao paciente em seu domicílio. O GAD deve servir como orientação ao profissional, conforme Anexo II.

**Art. 5º** O profissional de odontologia, antes de iniciar o atendimento, no domicílio do paciente sem condições de locomoção, deve realizar avaliação do quadro clínico do paciente e o preenchimento de ficha de anamnese detalhada, conforme Anexo III.

**Parágrafo único.** O atendimento deve ser autorizado pelo paciente ou responsável legal do paciente com o preenchimento do Termo de Consentimento, conforme documento do Anexo IV.

**Art. 6º** O profissional de odontologia que realizar atendimento domiciliar de pacientes que não possam se locomover deve manter as informações referentes aos procedimentos efetuados em prontuário específico, mantendo o sigilo de informações e à disposição dos profissionais da Vigilância Sanitária, que somente solicitarão em casos justificados.

**Parágrafo único.** O prontuário de atendimento domiciliar deve conter identificação do paciente, prescrição e procedimentos realizados, resultados de exames, descrição do fluxo de atendimento em casos de Urgência e Emergência e deve ser armazenado pelo tempo previsto em legislação em forma de documento físico ou eletrônico.

**Art. 7º** Para o atendimento de pacientes que não possam se locomover, o profissional de odontologia, quando no domicílio do paciente, deverá adotar medidas preventivas com barreiras físicas de proteção do ambiente onde se realizam os procedimentos, a fim de evitar riscos de exposição por agentes biológicos ao paciente e aos demais integrantes do domicílio.

**Art. 8º** O profissional de odontologia, durante o atendimento ao paciente impossibilitado de locomover-se e antes de dar início aos procedimentos, deve se assegurar dos serviços básicos de retaguarda de acordo com a necessidade de cada paciente e conforme estabelecido no GAD (Anexo II).

**Art. 9º** É de responsabilidade do profissional de odontologia a supervisão, execução e controle de todo o processo de esterilização dos materiais que serão utilizados no atendimento do paciente impossibilitado de locomoção, quando realizado em consultório ou clínica odontológica.

**Art. 10º** O processo de esterilização dos materiais a serem utilizados no atendimento ao paciente deverá ser realizado em estabelecimento odontológico que possua alvará sanitário ou realizado por empresa especializada e devidamente licenciada.

**§ 1º** No caso de empresa terceirizada, deverá manter à disposição da Vigilância Sanitária o contrato de prestação de serviço e notas fiscais com o número do lote.

§ 2º No caso de o processo de esterilização ser realizado em estabelecimento odontológico, o profissional responsável pela esterilização deve realizar o monitoramento do correto funcionamento da autoclave através de testes biológicos com periodicidade de acordo com a legislação vigente. Recomenda-se a realização de testes com integradores químicos classe V ou VI no intervalo entre os testes biológicos.

§ 3º Os testes de controle de eficácia da autoclave deverão ser armazenados sob a responsabilidade do profissional de odontologia por no mínimo cinco anos. Estes dados devem ser anexados a planilhas específicas e mantidos à disposição dos profissionais da Vigilância Sanitária.

§ 4º A sala de esterilização dos materiais odontológicos utilizados no atendimento odontológico domiciliar deve ser projetada para seguir um fluxo unidirecional, sem cruzamentos entre as diversas etapas do processo, impedindo cruzamento de materiais estéreis com materiais contaminados.

§ 5º O profissional de odontologia deve realizar o transporte dos materiais esterilizados em recipiente rígido, higienizável, hermético, identificado, exclusivo e apropriados para este fim, visando a garantir a integridade das embalagens e instrumentos odontológicos.

§ 6º O profissional de odontologia deve realizar o transporte dos materiais contaminados em recipiente rígido, higienizável, hermético, identificado, exclusivo e apropriados para este fim, visando a evitar contaminação do ambiente e riscos de acidentes.

Art. 11º O profissional de odontologia responsável pela execução dos procedimentos, após o atendimento ao paciente, deve adotar medidas específicas de armazenamento, transporte e descarte de todo o resíduo biológico gerado no atendimento, conforme legislação específica vigente.

Art. 12º O não cumprimento desta Portaria constituirá infração sanitária capitulada na legislação vigente.

Art. 13º Esta Portaria entra em vigor a partir da data de sua publicação.

Porto Alegre, 09 de julho de 2021.

#### ANEXO I

##### ODONTOLOGIA DOMICILIAR

#### LICENÇA SANITÁRIA PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOMICILIAR

Lista de documentos	
1.	Alvará de Saúde do profissional no consultório ou clínica a que está vinculado.
2.	Certidão de registro do equipo portátil e demais equipamentos junto à ANVISA, Ministério da Saúde.
3.	Declaração emitida pelo requerente especificando qual o local (consultório, clínica odontológica ou empresa terceirizada) onde ocorre a esterilização dos materiais e descarte de resíduos infectados.
4.	Contrato com a empresa de recolhimento e tratamento de resíduos licenciada pelo órgão ambiental (FEPAM/SMAM), atualizado.
5.	No caso da utilização de aparelho de Raio-X portátil, deverá ser apresentado laudo de Controle de Qualidade emitido por empresa cadastrada na DGVS. Além disso, o profissional deverá apresentar contrato de dosimetria pessoal atualizado da equipe que realizará o atendimento.

#### ANEXO II

##### ODONTOLOGIA DOMICILIAR GAD – GUIA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR

#### GAD – Guia de Atendimento Domiciliar

1. Planejamento da Visita	<p>1.1 Previamente à realização do procedimento odontológico, será necessária a realização de um planejamento minucioso com a finalidade de elucidar as necessidades materiais inerentes a demanda do procedimento que será realizado;</p> <p>1.2 O material deverá ser transportado em recipientes apropriados para este fim de maneira a evitar exposição dos mesmos ao calor excessivo, luz solar, poeira e contaminação, tendo-se especial cuidado com materiais líquidos e inflamáveis como soluções de hipoclorito, álcool, etc;</p> <p>1.3 Instruções e recomendações deverão ser feitas aos familiares ou responsáveis no sentido de preparar o ambiente para o atendimento. Por exemplo: remoção de sujidades visíveis, tapetes e pequenos móveis. Crianças e animais domésticos deverão ser retirados do local, assim como atitudes visando a privacidade do paciente deverão ser adotadas;</p> <p>1.4 Solicitar aos familiares ou responsáveis condições de boa iluminação, circulação de ar e água à disposição.</p> <p>1.5 Certificar-se que existe rede elétrica compatível com a potência dos equipamentos portáteis a serem utilizados.</p> <p>1.6 Certificar-se que existe serviço de remoção disponível ao paciente em caso de emergência.</p>
2. Biossegurança	<p>2.1 O profissional e o eventual auxiliar deverão adotar medidas a fim de proteger a sua saúde e de sua equipe;</p> <p>2.2 O profissional e o eventual auxiliar deverão evitar contato direto com matéria orgânica contaminada;</p> <p>2.3. O profissional e o eventual auxiliar deverão fazer o uso correto dos EPI's, assim como, realizar a lavagem das mãos antes do procedimento – que será realizada no lavatório disponível, com água, sabão líquido e papel toalha de matéria prima não reciclada. Em caso de procedimento cirúrgico, deverá ser utilizado sabão antisséptico, escova ou esponja estéril e compressas estéreis para a secagem das mãos. Após a lavagem das mãos, as luvas deverão ser colocadas e o profissional não deve encostar em superfícies contaminadas. Solicitar auxílio de outra pessoa nesta etapa (auxiliar, cuidador ou familiar).</p> <p>2.4. Campos cirúrgicos estéreis e descartáveis também deverão ser utilizados. Superfícies de difícil descontaminação (seringa triplice, pontas de alta e baixa rotação, ponta de fotopolimerizador, etc.) deverão ser protegidas por barreira física.</p> <p>2.5. Em caso de tomadas radiográficas com uso de aparelho portátil, durante o atendimento odontológico domiciliar, o profissional deverá operar dentro dos parâmetros de segurança estabelecidos pela Portaria nº 453/98 – ANVISA ou outra que venha a substituí-la.</p>

3. Controle de Resíduos	<p>3.1 Qualquer resíduo sólido contaminado produzido no atendimento domiciliar deverá ser transportado para o consultório do CD em saco plástico branco leitoso para posterior descarte por empresa especializada e devidamente licenciada.</p> <p>3.2 Os resíduos perfuro cortantes deverão ser descartados em recipiente apropriado (rígido, lacrável e devidamente identificado como "Material Perfuro cortante"). Este tipo de resíduo também deverá ser transportado para o consultório do CD para posterior descarte por empresa especializada e devidamente licenciada.</p> <p>3.3 Os fluídos provenientes do atendimento odontológico deverão ser aspirados com sugador descartável.</p> <p>3.4 Os fluídos aspirados durante os procedimentos deverão ser aspirados para coletor rígido, lacrável, descartável, fixado em base apropriada (afim de evitar queda). Após o uso, este coletor deverá ser embalado em saco plástico específico para resíduos biológicos contaminados (saco branco leitoso com</p>
-------------------------	---

	devida simbologia de substância infectante - RDC 222/18 - ANVISA).
	3.5 Os resíduos do saco branco deverão ser coletados e encaminhados para o tratamento em empresas licenciadas.
<b>4. Realização do Procedimento</b>	4.1 O profissional deverá conhecer técnicas de manejo de pacientes acamados. 4.2 Sempre que possível o profissional, com ajuda de outra pessoa, deverá transferir o paciente da cama para uma poltrona/cadeira, visando melhor ergonomia para o profissional e segurança para o paciente (prevenindo acidentes).

## ANEXO III

## ODONTOLOGIA DOMICILIAR PRONTUÁRIO E ANAMNESE – ITENS OBRIGATÓRIOS

<b>DADOS PESSOAIS</b>
Nome:
Profissão (quando exercida):
End. Residencial:
Bairro/CEP:
Cidade/Estado
Telefone (s) para contato (paciente e responsável):
<b>FILIAÇÃO</b>
Nome do pai:
Nome da mãe:
Responsável legal:
Médico Responsável (nome e contato):
Serviço de remoção de emergência (nome e contato):

## SEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO LEGAL

Esta seção será preenchida de acordo com as condições odontológicas com que o (a) paciente se apresentou no **início do tratamento**, sendo que serão descritas: - a presença e ausência de dentes - as patologias existentes. Os trabalhos presentes, bem como as faces envolvidas, o material utilizado e a situação atual dos mesmos. Outras situações encontradas que o (a) cirurgião (ã) - dentista julgar necessário relatar.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

## Prontuário Odontológico

Nº: .....

<b>ANAMNESE</b>
Queixa principal:
Quando foi a última consulta no dentista:
Qual a frequência que realiza a higiene oral:
Quem realiza a higiene oral:
Tem algum hábito traumático:
Realiza ou realizou quimioterapia (se sim, quando, onde e porque):
Já residiu em área rural:
Está sob tratamento médico (se sim, qual?):
Faz uso de alguma medicação (se sim, qual?):
Já se submeteu a alguma cirurgia (se sim, quando, onde e porque):
Já foi hospitalizado (se sim, quando, onde e porque):
Teve perda ou ganho acentuado de peso?
Consumo bebida alcoólica (se sim, qual e com que frequência):
Faz uso de tabaco (se sim, por quanto tempo e qual a quantidade):

<b>ALERGIAS</b>
Já tomou ou toma:
Anticoagulantes?
Anticonvulsivantes?
Tranquilizantes?
Anti-histamínico?
Analgésico?
AAS?
Dipirona?
Antibiótico?
Penicilina?
Benzetacil?
Corticosteróide?
Sulfa?
Teve reação a algum medicamento (se sim, qual?)
Já se submeteu a anestesia dentária (se sim, teve alguma reação?)
Tem alergia a algum alimento?
Tem alergia a algum cosmético?
Tem ou teve algum problema alérgico?
<b>DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS</b>
Tem ou teve pneumonia?
Tem ou teve bronquite?
Tem ou teve asma?
Tem ou teve hemoptise (escarrar sangue)?
Tem ou teve enfisema pulmonar?
Tem ou teve algum outro problema respiratório?
<b>DISTÚRBIOS CARDIOVASCULARES</b>
Possuí alguma prótese cardíaca?
É portador de marca passo?
Sente dores no peito?

Sente falta de ar ou cansaço a esforços leves?
É hipotenso?
É hipertenso?
Sangra muito quando se corta ou extrai dentes?
Já teve infarto?
Já sofreu AVC?
Costuma ter pernas e pés inchados?
Tem ou teve algum problema cardiovascular?

<b>DISTÚRBIOS ENDÓCRINOS</b>
É diabético?
Tem hipotireoidismo?
Tem hipertireoidismo?
Tem Hiperparatireoidismo?
Tem ou teve algum outro problema endócrino?

<b>DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS</b>
Tem gastrite?
Tem úlcera gástrica?
Já vomitou sangue?
Tem ou teve algum outro problema gastrointestinal?

<b>DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS</b>
Tem desmaios frequentes?
Tem cefaleias frequentes?
Tem nevralgia na face?
Tem convulsões?
É epilético?
Já fez ou faz tratamento psiquiátrico?
Tem ou teve algum outro problema neurológico?

<b>DISTÚRBIOS RENAIIS</b>
Tem ou teve nefrite?
Tem insuficiência renal?
Faz ou fez hemodiálise?
Tem ou teve algum outro problema renal?

<b>DISTÚRBIOS SANGUÍNEOS</b>
Tem anemia?
Tem leucemia?
Tem hemofilia?
Já teve hemorragia? Em que região?
Tem ou teve algum outro problema sanguíneo?

<b>DISTÚRBIOS DAS ARTICULAÇÕES/ÓSSOS</b>
Já fraturou algum osso?
Já sofreu trauma em face?
Tem artrite?
Tem artrose?

Tem reumatismo?
Tem febre reumática?
Sofre de osteoporose?
Faz uso de medicação para Osteoporose? Qual?
Tem ou teve algum outro problema nas articulações e ossos?
<b>DOEÇAS TRANSMISSÍVEIS</b>
Tem alguma doença sexualmente transmissível?
Tem ou teve sífilis?
É portador do vírus do HIV?

Tem ou teve Hepatite? Qual?
Tem ou teve Tuberculose?
Tem ou teve alguma outra doença transmissível?
<b>DISTÚRBIOS HEPÁTICOS</b>
Tem ou teve algum outro problema hepático?
<b>DISTÚRBIOS SALIVARES</b>
Tem salivação abundante?
Tem xerostomia?
Tem cálculo salivar?
<b>DISTÚRBIOS NA ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR</b>
Range os dentes a noite?
Mastiga de um lado só? Porque?
Sente dor na região próxima aos ouvidos?
Quando abre e fecha a boca ouve algum estalo?
Sente dores no ouvido, cabeça, face, nuca, pescoço?
Tem dificuldade em abrir a boca?
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>
Tem alguém doente na família?
Houve algum falecimento recente?
Em sua família existe ou existiu algum caso de:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Câncer?</li> <li>• Diabetes?</li> <li>• Hipertensão?</li> <li>• Problemas renais?</li> </ul>
<b>TEM OU TEVE ALGUM OUTRO PROBLEMA DE SAÚDE NÃO MENCIONADO NESTE QUESTIONÁRIO?</b>

Declaro que os dados, inclusive cadastrais, por mim mencionados são verdadeiros. Comprometo-me a informar qualquer alteração no quadro de saúde atual.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável legal

**ANEXO IV - ODONTOLOGIA DOMICILIAR**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

<b>Leia e assinale conforme segue:</b>
1. Fui informado (a) pelo (a) cirurgião(a)-dentista sobre as condições do atendimento domiciliar, seus benefícios e limitações;
2. Fui informado (a) pelo (a) cirurgião(a)-dentista sobre o diagnóstico das condições orais no momento do exame;
3. Recebi todas as explicações necessárias quanto aos benefícios, riscos e alternativas de tratamento;
4. Recebi todas as explicações quanto aos benefícios e riscos de não ser tomada nenhuma terapêutica diante da natureza da (s) enfermidade (s) diagnosticada (s);
5. Estou ciente que durante o (s) procedimento (s): _____ poderão apresentar-se intercorrências, alterando o desfecho programado do tratamento associado a estes procedimentos são:
6. Estou ciente de que, devido às condições/doenças na (s) qual (quais) apresento: _____
_____ e necessitando de procedimentos que utilizem anestesia prévia, será necessária autorização por escrito do médico do enfermo, especificando as contraindicações anestésicas, bem decorréncia da (s) situação (ões) supracitada (s);
7. Por livre iniciativa aceito os riscos supramencionados e dou permissão/autorização voluntária para que o (s) procedimento (s) seja(m) realizado(s) da forma como foi exposto no sanar as situações imprevisíveis e/ou emergenciais, as quais deverão ser conduzidas e resolvidas de acordo com a conveniência singular de cada evento;
8. Esta autorização é dada ao cirurgião (ã)-dentista _____ bem como ao(s) seu(s) assistente(s) e/ou outro(s) profissional(is) por ele selecionado(s) a intervir no(s) procedimento(s) necessidade de co-participação;
9. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

10. Informo que discuti com o (a) cirurgião(ã)-dentista minha história de saúde geral, inclusive as doenças conhecidas por mim. Declaro, outrossim, com base no Código de Defesa Intercorrências citadas acima, fui devidamente informado

(a) sobre os propósitos dos procedimentos e seus custos;

11. Consinto, portanto, ao cirurgião(ã)-dentista supra identificado a execução do tratamento, comprometendo-me a seguir rigorosamente suas orientações, comunicando imediatamente. Tenho ciência de que o (a) cirurgião(ã)-dentista se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do tratamento, considerando as especificações dos atos decorrentes de falha técnica na execução de seus serviços;

12. Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e não houve omissão de nenhum dado que possa interferir nos procedimentos a serem realizados.

Local, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**RESPONSÁVEL LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**BENEFICIÁRIO (A) / PACIENTE**

\_\_\_\_\_  
**CIRURGIÃO (Ã) - DENTISTA**



Documento assinado eletronicamente por **Mauro Fett Sparta de Souza, Secretário(a) Municipal**, em 19/07/2021, às 13:54, conforme o art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006, e o Decreto Municipal 18.916/2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site <http://sei.procempa.com.br/autenticidade/seipmpa> informando o código verificador **14752597** e o código CRC **B105FE03**.